

MEDIZINETHIK UND CORONA PUBLIC HEALTH UND INTENSIV- MEDIZIN IN ZEITEN VON COVID-19

von Sebastian Muders

Die Entwicklung der vom neuartigen Coronavirus verursachten Pandemie stellt unser Schweizer Gesundheitssystem vor gewaltige Herausforderungen. Hierbei stellen sich zum einen die Frage nach den richtigen Massnahmen auf der Ebene der öffentlichen Gesundheitspflege: Inwieweit hilft ein allgemeines Versammlungsverbot oder die weitgehende Schliessung von Läden und Einrichtungen dabei, die weitere Verbreitung des Virus einzudämmen? Zum zweiten besteht auf klinischer Ebene die Befürchtung einer Überbeanspruchung der intensivmedizinischen Kapazitäten von Hospitälern, was zur Frage nach dem ethisch angemessenen Umgang mit einer solchen Situation führt.

Mit unserer Expertin **Tanja Krones**, Professorin für Klinische Ethik an der Universität Zürich, sind wir beiden Problemsträngen nachgegangen.

Liebe Frau Krones, beginnen wir mit der gegenwärtigen Lage, die zumindest auf den ersten Blick hoffnungsfroh stimmt: Seit zwei Wochen gehen Infizierten- wie Hospitalisierten-Zahlen nach unten. Wie beurteilen Sie die vom Bundesrat getroffenen Massnahmen aus der Perspektive einer Public Health Ethik, gerade auch im Vergleich mit Staaten wie Österreich einerseits, die z. T. noch restriktivere Massnahmen durchgesetzt haben, und Schweden andererseits, das einen deutlich liberaleren Kurs fährt?

Es ist noch zu früh, eine abschliessende Einschätzung abzugeben; das dürfte vermutlich erst im kommenden Jahr möglich sein. Jedenfalls gibt es aber zumindest im Moment in der Schweiz keine Engpässe in der Spitalversorgung, insbesondere was die Verfügbarkeit von Intensivbetten und Beatmungsgeräten betrifft. Das ist eine gute Nachricht.



Bild: Nik Hunger

*Tanja Krones,
PD Dr. med., Dipl. Soz.
Leitende Ärztin Klinische
Ethik / Geschäftsführerin
Klinisches Ethikkomitee,
Universitätsspital Zürich/
Universität Zürich*

Dennoch werden politische Massnahmen ja laufend bewertet, und Staaten wie Schweden dafür kritisiert, dass sie mit einer «utilitaristisch» bezeichneten Vorgehensweise versuchten, möglichst rasch eine «Herdenimmunität» herzustellen. Was verbirgt sich hinter beiden Begriffen?

Um mit der Herdenimmunität zu beginnen: Bislang geht man davon aus, dass sich ohne strikte Massnahmen gegen die Verbreitung des Virus die Bevölkerung nach und nach immunisieren – eigentlich muss man sagen: anstecken – wird. Schwere Verläufe werden dabei nicht ausbleiben. Eine solche Vorgehensweise muss nicht unbedingt utilitaristisch begründet werden, man kann das aber tun. So hat hier in der Schweiz der Ökonom Reiner Eichenberger dafür argumentiert, dass es unter Abwägung

aller Gesichtspunkte besser sei, dass sich möglichst rasch möglichst viele ansteckten, auch wenn wir dabei einige Tote zu beklagen haben, einfach um die mit dem Lockdown verbundene Opportunitätskosten, etwa was die Wirtschaft betrifft, möglichst niedrig zu halten. Die Erwartung ist dabei also, dass die gesellschaftlichen Gesamtkosten eines lange andauernden Lockdowns, utilitaristisch verstanden als das grösste Glück der grössten Zahl, grösser sind als die Kosten einer Durchseuchung der Gesellschaft. Damit nimmt man jedoch eben in Kauf, dass akute Knappheiten in der Versorgung entstehen, die auch ebenso akut Menschenleben kostet. Das zu vermeiden, und auch Zeit für Behandlungsmöglichkeiten zu finden, darauf zielen ja die Lockdown-Massnahmen.

Auf die Frage nach den wirtschaftlichen Schäden werden wir später noch kommen. Doch noch einmal zurück zum Utilitarismus: Nicht nur politische Massnahmen werden unter dieses Schlagwort gepackt, auch klinische Triage-Richtlinien – also Regeln, die dann zum Einsatz kommen sollen, wenn nicht mehr alle Patienten intensivmedizinisch betreut werden können – werden so kritisiert. So hat die Regensburger Philosophin Weyma Lübke die in Italien geltenden Triage-Normen mit Verweis auf deren Ziel, die Anzahl der Lebensjahre zu maximieren, auf diese Weise beanstandet. Tenor: Das sei eine Abkehr von der klassischen Sichtweise, die auf die Zahl der geretteten Leben abstelle, und diskriminiere die Alten gegenüber den Jungen, da die erwarteten geretteten Lebensjahre bei älteren Personen naturgemäss niedriger ausfallen würden als bei jüngeren. Was halten Sie von dieser Kritik?

Zunächst einmal würde ich den Utilitarismus nicht pauschal als ethische Theorie disqualifizieren; das erscheint mir angesichts dessen bedeutsamer Stellung im Reigen der Moraltheorien auch nicht angemessen. Im Gegenteil ziehen wir dessen Grundidee bei vielen Problemen der öffentlichen Gesund-

heitspflege richtigerweise heran, etwa in der Frage, wie viele Rettungshubschrauber ein Land anschaffen soll. Nur konfligiert dieser Ansatz in der konkreten Anwendung eben mit einer auf Menschenrechte fokussierten Kantianischen Ethik, bei denen einige Vertreterinnen jede Art von Orientierung am Gesamtglück ablehnen. Umgekehrt kann die strikte Ausrichtung an Individualrechten aber auch dazu führen, dass die Bewahrung möglichst vieler Menschenleben zu einem gegebenen Zeitpunkt als Ergebnis hat, dass insgesamt weniger Leben – oder Lebensjahre – gerettet werden. Hier darf man nicht eine ethische Theorie gegen die andere ausspielen, sondern muss versuchen, den Konflikt klar zu benennen, denn sicherlich sollten wir uns zumindest auch am gesellschaftlichem Gesamtwohl orientieren. Zudem gibt es auch in der Tradition der auf die Kantianische Pflichtenethik zurückgehenden Ansätze Gründe, nach Alter zu differenzieren. Norman Daniels beispielsweise denkt den Ansatz von John Rawls weiter in dem «fair innings»-Argument: Da Junge noch nicht die gleiche Chance auf eine erwartbare Lebensspanne hatten wie hochbetagte Menschen, gibt es Gründe, junge Menschen zu bevorzugen. Das tun wir beispielsweise auch bei der Organzuteilung in gewissem Mass.

«Man darf nicht die eine ethische Theorie gegen die andere ausspielen, sondern muss versuchen, den Konflikt klar zu benennen, denn sicherlich sollten wir uns auch am gesellschaftlichen Wohl orientieren.»

Jetzt konkret bezogen auf Triage-Richtlinien: Die italienischen Kollegen haben unter grösstem Zeitdruck gehandelt, und wir haben viel von ihnen gelernt; bei der Entwicklung der deutschen und schweizerischen Triage-Richtlinien, bei denen ich in beiden Fällen beteiligt war, haben wir ebenfalls das Kriterium der geretteten Lebensjahre diskutiert, uns dann aber dagegen entschieden, das mit aufzunehmen. Dennoch haben wir das Alter in unsere Überlegungen durchaus mit einbezogen...

Sie sagen es. In den schweizerischen Richtlinien etwa findet sich die Passage, dass zwar die kurzfristige Prognose entscheidend ist, aber das Alter durchaus indirekt eine Rolle spielt, nämlich in Form von Vorerkrankungen, die bei älteren Menschen gehäuft auftreten als bei jüngeren. Könnte man dann vielleicht etwas vereinfacht sagen, dass auch in den Schweizer Richtlinien ein Stück weit der Utilitarismus drinsteckt?

Ja, dem kann ich zustimmen. Im Falle einer maximalen Knappheit an Intensivbetten – Triage-Entscheidungen der Stufe B – wurde auch eine Altersobergrenze von 85 Jahren, um intensivmedizinisch behandelt zu werden, aufgenommen, da die Prognose für ein Überleben einer schweren gesundheitlichen Krise, die eine Intensivbehandlung erfordert, sehr schlecht ist. Und auch wenn in Stufe B ein Patient eine Lebenserwartung von unter 24 Monaten bei einer erfolgreichen Behandlung hätte, würde er nicht aufgenommen. Die gerettete Lebenszeit spielt also bei uns ebenfalls eine Rolle, und dabei der Vergleich zwischen der Überlebenschance verschiedener erkrankter Menschen.

Gottseidank ist uns wenigstens bislang die Anwendung dieser Regeln in der Schweiz erspart geblieben. Wie die kommende Entwicklung aussieht, ist damit freilich offen. So ging heute morgen eine Studie des Universitätsspitals Genf durch die Medien, wonach wohl insgesamt 5,5 % der Genfer Bevölke-

rung infiziert sind oder waren. Nicht nur ist man damit von einer Herdenimmunität weit entfernt; auch hat ein Epidemiologe via Twitter angesichts der Zahlen verkündet, dass bei entsprechender Anwendung dieser Befunde auf die Gesamtschweizer Bevölkerung fünf von sechs Erkrankungsfälle bislang statistisch nicht über positive Testresultate erfasst seien. Fünf von sechs Fällen – ist es bei einem derart krassen Missverhältnis zwischen tatsächlich vorhandenen und erfassten Fällen wirklich klug, erste Schritte aus dem Lockdown zu wagen?

Tatsächlich gibt es derzeit keine wirklich belastbaren Zahlen, was die Dunkelziffer an nicht identifizierten Fällen angeht, und die mögliche Bandbreite ist hier je nach Expertenmeinung gross. Entsprechend gehen auch die Vorschläge zur zeitlichen Erstreckung des Lockdowns weit auseinander. So meint etwa der Biologe Beat Glogger vom Wissensmagazin Higgs, dass wir diese Massnahmen eigentlich für zwei Jahre aufrechterhalten müssen; andere denken, die Zahl der Neuerkrankungen so weit unter Kontrolle halten zu können, dass wir uns die anstehenden Lockerungen erlauben können. Der ausgehend von diesen Erwägungen vorgenommene Umgang mit der Erkrankung ist letztlich eine Abwägungssache, die neben gesundheitlichen auch durchaus beispielsweise wirtschaftliche Opportunitätskosten in die ethische Überlegung mit einbeziehen darf – übrigens auch im Rahmen von rechtezentrierten Ansätzen. Aber gleich ob man eine in mehreren Stufen erfolgende Lockerung der Massnahmen erwartet oder ein «Stop and Go» mit Vor- und Rückschritten – so oder so werden leider voraussichtlich weiter viele Menschen erkranken, auch schwer erkranken, alte wie junge.

«Die Weiterentwicklung der Kultur eines kantonsweiten Miteinanderdenkens und Einanderhelfens in der Krise finde ich grossartig.»

Wir haben jetzt mehrmals die wirtschaftliche Malaise angesprochen, in die die Schweiz durch Covid-19 gerät. Tatsächlich sind trotz des grössten Wirtschaftshilfepakets in der Geschichte der Schweiz – 42 Milliarden Franken sind gegenwärtig geplant, und der Bundesrat hat deutlich gemacht, dass er bereit ist, mehr zu geben –, die wirtschaftlichen Auswirkungen von Covid-19 bereits jetzt spürbar: Die Arbeitslosenzahlen sind angestiegen, die Kurzarbeit ist auf Rekordniveau, die Exporte wichtiger Schweizer Branchen sind eingebrochen. Jetzt haben Sie bereits deutlich gemacht, dass man sozusagen mit mehreren Bällen jonglieren, neben der Gesundheit auch die wirtschaftlichen Folgen im Blick behalten muss. Der ethische Laie fragt sich aber nun: Wie geht man da vor? Wie kann man Güter wie die beiden gerade genannten überhaupt miteinander vergleichen?

Ich finde hier ein Zitat des britischen Sozialwissenschaftlers Rudolf Klein sehr treffend, der sagt: «Weder die Wissenschaft noch die Ökonomie» (noch, würde ich hinzufügen, die Ethik oder das Recht) «wird uns den Schmerz der Entscheidung abnehmen. Das Beste, was wir hoffen können, ist es, den Prozess zu verbessern, durch den wir Entscheidungen fällen.»: Man sollte hinzusetzen, dass uns die Ethik in ethischen Dilemmata der Art, in dem wir uns gerade befinden, zudem dabei unterstützen kann, die relevanten Güter zu identifizieren und auch hervorzuheben, dass sie eigentlich nicht gegeneinander abwägbar sind und schmerzhaft gegeneinanderstehen. Diese Dilemma-Situation transparent zu machen und Pseudo-Erklärungen zurückzuweisen, die uns bestimmte Lösungen als unproblematisch verkaufen wollen, ist erstmal das Allerwichtigste. Sodann gilt es, die verschiedenen ethischen Theorien, die wir zu Beginn schon angesprochen haben, auf ihre Vor-

schläge hin zu überprüfen – um uns dann in einem transparenten gesellschaftlichen Prozess für einen Weg zu entscheiden, der von einer oder mehrerer der genannten Theorien – neben Utilitarismus und einen auf Rechte schauenden Kantianismus ist das beispielsweise die Care Ethik – angeboten wird. Dabei gilt es auch, die eigenen ethischen Scheuklappen abzulegen und für Lösungen anderer ethischer Ansätze offen zu sein. So denke ich etwa, dass die sogenannte Care- oder Beziehungsethik gerade in der momentanen Situation mehr Gehör verdient, als sie bislang erhalten hat...

Welche Perspektive genau bringt die Beziehungsethik in die Diskussion um Covid-19 ein? Dem Utilitarismus geht es, wie wir gehört haben, um das grösste Glück der grössten Zahl; dem Kantianismus um die Rechte des Einzelnen, die nicht von seinem Alter oder anderen Eigenschaften abhängen dürfen. Auf welche Begriffe setzt die Beziehungsethik?

Die Beziehungsethik führt leider noch immer ein Schattendasein gegenüber den vorgenannten Theorien – zu Unrecht wie ich finde, lässt sie sich doch gut mit vielen ihrer Einsichten verknüpfen. Zentral ist bei ihr die Vorstellung, dass der Mensch gerade nicht ein rein rationales Lebewesen ist. Entsprechend sollte ethisch nicht nur der Begriff des moralischen Rechts im Vordergrund stehen, sondern mindestens genauso Begriffe wie Verantwortung, Fürsorge und Miteinander in Beziehungen. Gerade das allgegenwärtige «Social Distancing» sollte uns vor Augen führen, wie wichtig der letztgenannte Aspekt ist, etwa für Menschen in Alten- und Pflegeheimen, die ihre Liebsten derzeit nicht sehen dürfen und nicht umstandslos auf

Online-Kommunikationstools wie eben Zoom oder Skype zurückgreifen können. Wie Mitglieder dieser Personengruppen Beziehungen auch in Zeiten von Covid-19 aufrecht erhalten können, und nicht das soziale Sterben, wie Norbert Elias es einmal formuliert hat, dem physischen vorausgeht, ist für mich eine ganz zentrale Frage. Durch die Presse gingen Schicksale nicht nur in Italien, wo Menschen alleine ohne ihre Angehörigen sterben mussten. Dies, das weiss ich, ist auch bei uns in der Schweiz in den letzten Wochen in Einzelfällen passiert. Solche Schicksale sind nicht allein menschenrechtlich, sondern auch beziehungsethisch relevant. Und sie werden nun noch relevanter, wenn man bedenkt, dass jüngere Menschen vielleicht schon im Juni wieder in Cafés sitzen können, während ältere aus Gründen der Sicherheit weiter von ihren Nächsten isoliert bleiben sollen.

Im Kanton Uri gab es am 19. März den Fall, dass den Über-65-Jährigen abgesehen von wenigen Ausnahmefällen untersagt wurde, nach draussen zu gehen. Diese Regelung wurde wenige Tage später vom Bundesrat wieder einkassiert, aber verstehe ich Sie richtig, dass auch hier mittels der Beziehungsethik deutlich gemacht werden kann, inwieweit derlei Massnahmen über das Ziel hinausschiessen?

Ja, neben der menschenrechtlichen Perspektive ist auch hier wieder die Beziehungsethik relevant. Wir müssen uns fragen: Weshalb empfehlen wir etwa den Jungen, nicht zum Skifahren zu gehen, überlassen ihnen aber die Entscheidung, ob sie das Risiko auf sich nehmen wollen oder nicht, während wir den Alten vorschreiben, dass sie zu Hause zu bleiben haben? Warum dürfen sie nicht selbst das Risiko abwägen, warum wird für sie entschieden? In Pflegeheimen ist hier

natürlich auch die Gefährdung anderer als Grund für solche restriktive Massnahmen ausschlaggebend, aber auch hier müssen wir diskutieren und uns kreative Lösungen überlegen, anstatt pauschale Verbote auszusprechen. Vor allen Dingen muss man auch hier die Menschen fragen, wer mit dem Risiko leben möchte und dafür etwa seine Enkelkinder sehen kann und wer eine solche Gefährdung lieber nicht hinnehmen will. Vielleicht bringt uns Covid-19 auch dazu, die Praktikabilität von Grossinstitutionen als solche in Frage zu stellen: Egal ob Altersheime, Behinderteneinrichtungen oder auch Asylbewerberunterkünfte: Sie alle bergen Risiken für ihre Bewohner, die auch, aber nicht allein ihre Gesundheit gefährden. So haben wir beispielsweise jedes Jahr in Alters- und Pflegeheimen eine beträchtliche Anzahl an Opfern durch Norovirus-Infektionen. Und es sind nicht die Angehörigen, sondern das Personal, welches die Infektionen von Zimmer zu Zimmer trägt. Das ist nicht mit einer Schuldzuweisung verbunden. Das Problem ist das System, Menschen mit einem hohen Risiko in Grosshaushalten zu versorgen. Und wenn es dann Krisensituationen wie aktuell gibt, kommen auch Phänomene der «totalen Institution» hinzu, wie sie Erving Goffman beschrieben hat: Menschen, die in Grossinstitutionen unter verallgemeinerten Regelwerken leben, werden über einen Kamm geschert, und mit rigorosen Verhaltensregeln lassen sich Persönlichkeitsrechte, die Individualität, Autonomie und, ja, auch die Würde eines jeden Menschen nicht mehr ausreichend wahren.

Sie haben gerade auf das Selbstbestimmungsrecht verwiesen, dass man auch mit 65 nicht einfach plötzlich verliert. Das bringt mich auf einen weiteren Themenkomplex, nämlich die Entwicklung von Me-

dikamenten und Impfstoffen, die ja derzeit ebenfalls einen wichtigen Baustein in der Bekämpfung von Covid-19 darstellt. Tatsächlich wurde bereits am 21. März ein Impfstoff der US-amerikanischen Firma Moderna an Freiwilligen getestet, ohne dass der Stoff zuvor in Tierversuchen erprobt worden wäre. Was halten Sie als klinische Ethikerin von solchen «Abkürzungen», auch angesichts der drängenden Lage, in der alle Welt nach Impfstoffen schreit?

Die Frage, ob sogenannte «First in Human»-Studien in dieser Situation ohne vorherige Experimente an Tieren durchgeführt werden dürfen, ist komplex. Schon aus tierethischen Gründen ist es klarerweise vernünftig, solche Tests an Tieren zumindest zu minimieren, und es mag etwa im Einzelfall Gründe für die Annahme geben, dass wir nicht ausreichend valide Daten durch den Test des jeweiligen Impfstoffs an Mäusen erhalten würden. Grundsätzlich müssen wir aber natürlich in den von Ihnen angesprochenen Fällen sehr genau hinschauen, gerade auch was die Freiwilligkeit der Testpersonen angeht: Oftmals sind das junge Menschen, die dafür auch Geld erhalten; zudem stellt sich in einigen Fällen die Frage, ob die genuin altruistischen Motive, die diese Personen häufig bewegen, das Risiko aufwiegen, dem sie sich aussetzen. Ich erinnere mich da an einen Fall von Ordensschwestern, und generell lässt sich sagen, dass junge Menschen gerade im Vergleich mit älteren häufig eher «risk taking» sind, also bereit dazu, auch höhere Gefährdungen einzugehen, weil sie denken, dass schon alles gut gehen werde. Auch hier gilt also: Es kommt auf den Einzelfall an.

Weil noch keine speziell für Covid-19 entwickelten Medikamente auf dem Markt sind, setzt man gegenwärtig verstärkt auf Wirkstoffe, die ursprünglich gegen andere Erkrankungen entwickelt worden sind, bei denen man aber davon ausgeht, dass sie

auch gegen das Corona-Virus wirksam sind. Am 21. März wurde beispielsweise in Italien ein Patient erfolgreich mit dem Ebola-Medikament Remdesivir behandelt. Könnte das der Königsweg sein, um einerseits die Kosten eines lange andauernden Lockdowns zu vermeiden und andererseits Patienten ein Mittel zur Verfügung zu stellen, dessen Risiken, etwa was die Nebenwirkungen betrifft, überschaubar sind?

Auch diese Frage ist komplexer, als man zunächst denken mag. Dieser Off-Label-Use ist ja letztlich auf Einzelfälle beschränkt, und da ist die Versuchung auch unter Medizinern gross, bei erfolgreicher Behandlung davon auszugehen, dass der wahrgenommenen Korrelation zwischen Behandlung und Genesung ein Wirkmechanismus zugrunde liegt. Um das zu erhärten, bedarf es aber in jedem Fall umfangreicher Studien. Es finden sich in der Medizin buchstäblich tausende von Beispielen, wo bei näherem Hinsehen die angenommene Korrelation wirklich nur im Einzelfall bestand, und diese bei breiterer Anwendung im Extremfall sogar negativ ausfiel. Weiterhin haben wir das Problem, dass die Zweckentfremdung bestehender Medikamente für den Einsatz gegen Covid-19 dafür sorgt, dass diese Mittel an anderer Stelle fehlen. Beispielsweise gab aus China vereinzelt Berichte, dass ein Wirkstoff gegen systemischen Lupus Erfolge gegen Corona gezeigt hat. Das hat dazu geführt, dass dieses Mittel von Leuten teilweise sogar prophylaktisch gegen Covid-19 angewendet wird. Ein gegen das Coronavirus ungetestetes und unsicher wirkendes Medikament steht also Menschen, die es dringend für ihre Lupus-Erkrankung benötigen, nicht mehr in ausreichender Masse zur Verfügung, obwohl es hier ganz sicher wirksam ist.

Kommen wir zum Schluss vielleicht noch zu der Frage, ob sich zur Corona-Krise nicht auch Positives sagen lässt, und sei es nur, was die erwarteten Effekte betrifft. So könnte man die Hoffnung hegen, dass die in der Schweiz seit Jahren stagnierende Zahl an Impfdosen gegen die vermeintlich harmlose saisonale Grippe durch die derzeitige Erkrankungswelle einen Schub nach oben erhalten wird, einfach weil die Menschen nun gegenüber Infektionserkrankungen im Allgemeinen stärker sensibilisiert sind.

Tatsächlich kann ich hier von vielen positiven Dingen berichten. So habe ich einmal in den vergangenen Wochen wirklich eine unglaubliche Welle an Solidarität und Hilfsbereitschaft erlebt, gemeinsam in der Krise Spitäler und Pflegeheime zu unterstützen, trotz der vielen Diskussionen und Schwierigkeiten, mit denen wir konfrontiert waren. Weiterhin weiss jetzt vermutlich die ganze Bevölkerung, wie wichtig Hygiene-Massnahmen wie Händewaschen oder in die Armbeuge husten sind, um der Verbreitung von Atemwegserkrankungen Einhalt zu gebieten. Wir müssen hier also gar nicht bis zur Sensibilisierung für Impfmassnahmen gehen, um positive Effekte verzeichnen zu können, die uns hoffentlich auch in der Nach-Corona-Zeit als Wissen und Gewohnheit erhalten bleiben. Sodann sind auch wichtige ethische Konzepte wie das sog. «Advance Care Planning» zu nennen, also die Bereitschaft von Menschen, darüber zu sprechen, was ihnen in Zeiten einer ernsthaften Erkrankung wichtig sein wird, um etwa festzulegen, wie weit sie in diesen Fällen lebensverlängernd behandelt werden wollen. Diese Weiterentwicklung der Patientenverfügung in eine wirkliche Vorausplanung der eigenen medizinischen Behandlungswünsche hat auch weltweit einen riesigen Schub erhalten. Schliesslich haben wir in der Krise sehen können, wie wichtig in Krisenzeiten die Solidarität zwischen den Kantonen ist: Was zunächst wie ein lokales

Problem im Tessin aussah, hat zwar nicht sofort, aber doch bald zur Frage geführt, weshalb wir eigentlich keine nationale Koordinierung von Intensivbetten haben. Die dadurch vorangetriebene schweizweite Verteilung der Intensivpatienten hat nicht zuletzt dazu beigetragen, dass tragische Triage-Entscheidungen bislang weitgehend vermieden werden konnten. Diese Weiterentwicklung der Kultur eines kantonsweiten Miteinanderdenkens und Einanderhelfens finde ich grossartig.

Liebe Frau Krones, vielen Dank für das Gespräch.

Tanja Krones, Prof. Dr. med. Dipl. Soz., geboren 1969 in Essen, ist Leitende Ärztin Klinische Ethik / Geschäftsführerin Klinisches Ethikkomitee Universitätsspital Zürich/Universität Zürich. Studium der Medizin, Soziologie, Psychologie und Politologie in Marburg (Diplom in Soziologie 1997, Staatsexamen Medizin 2000, Dr. med. 2000, gefördert durch das Hessische Ministerium für Wissenschaft und Kunst). Auslandsaufenthalte in Israel, Portugal und Indien. 2000-2006 Assistenzärztin (Innere Medizin, Gastroenterologie), wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin (Bioethik-Klinische Ethik, Allgemeinmedizin) in verschiedenen Projekten zu ethischen Aspekten der Pränataldiagnostik, Reproduktionsmedizin und Versorgungsforschung/Evidenz-basierten Medizin. Geschäftsführerin Kommission für ärztliche Forschung Fachbereich Medizin, Marburg 2006-2009; Dozententätigkeit in Soziologie, Zentrum für Konfliktforschung, Innere Medizin, Ethik in der Medizin 2000-2009. Ethikliaison- und Konsiliardienst seit 2004. Habilitation für das Fach Ethik in der Medizin 2007. Mitglied der Deutschen Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) seit 2007, Sprecherin (gemeinsam mit U. Körner, Berlin) der AG Reproduktionsmedizin und Embryonenschutz in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) und (gemeinsam mit Daniel Strech, Hannover) des Fachbereichs Ethik und Evidenzbasierte Medizin des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Seit 01.08.2009 Leitende Ärztin Klinische Ethik/ Geschäftsführerin Klinisches Ethikkomitee des Universitätsspitals Zürich am Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich.