



# Not kennt kein Gebot?

## Die *Rule of Rescue* als Leitprinzip in der Covid-19-Pandemie

Die SARS-CoV-2-Pandemie zeigt die Notwendigkeit eines akademischen und politischen Diskurses über die normativen Grundlagen der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen deutlich auf. Einerseits ist die Priorisierung verschiedener Maßnahmen zur Vorbeugung und Therapie von Erkrankungen – insbesondere von Covid-19-Fällen – angesichts der begrenzten Ressourcen des Gesundheitswesens unvermeidbar. Andererseits sind zahlreiche Maßnahmen zur Vorbeugung und Therapie von SARS-CoV-2-Infektionen unvereinbar mit Präventions- oder Therapiemaßnahmen bei anderen Krankheiten, sodass auch in diesem Rahmen Priorisierungsentscheidungen notwendig werden. Viele der in Deutschland und den meisten anderen europäischen Staaten getroffenen Priorisierungsentscheidungen folgen dabei der Logik der *Rule of Rescue*, die sich damit auch in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie als ein wichtiges Prinzip der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen erweist.



Julian W. März

Michael Schlander

### *Die gesundheitsökonomische und medizinethische Priorisierungsdebatte im Licht der Covid-19-Pandemie*

Die SARS-CoV-2-Pandemie ist gewiss die bisher größte gesundheitspolitische Krise in Deutschland seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs. Sie wird die Priorisierungsdebatte, die schon zuvor in der Gesundheitsökonomie und Medizinethik geführt wurde, weiter vorantreiben. Die wirtschaftlichen Folgen der Pandemie, etwa der vorhergesagte Rückgang des deutschen Bruttoinlandsprodukts (BIP) um 4,9% bzw. um ca. 169 Mrd. Euro im Jahr 2020 (Europäische Kommission 2021), werden absehbar weitere Rationierungs- und Priorisierungsentscheidungen im Gesundheitswesen erfordern. Zudem sind zahlreiche Maßnahmen zur Vorbeugung von SARS-CoV-2-Infektionen mit der Prävention und Therapie anderer Erkrankungen unvereinbar, so-

dass auch dabei Priorisierungsentscheidungen erforderlich sein werden. So wird beispielsweise laut einer Modellrechnung von Maringe et al. (2020) in England die Aussetzung von Krebspräventionsprogrammen und die Verzögerung der Krebsdiagnostik in Folge der Covid-19-Pandemie in den nächsten fünf Jahren mit bis zu ca. 1500 zusätzlichen Todesfällen an Darmkrebs und bis zu ca. 1300 zusätzlichen Todesfällen an Lungenkrebs einhergehen.

Die gesundheitsökonomische und medizinethische Debatte über die *Rule of Rescue* als ein wichtiger Erklärungsansatz der Priorisierung von Ressourcen im Gesundheitswesen, die seit der Prägung des Konzepts durch Albert R. Jonsen (1986) geführt wird, ist dementsprechend gerade in der Co-

vid-19-Pandemie von besonderer Aktualität. Der Beitrag wird deshalb auf Grundlage des wissenschaftlichen Diskurses der letzten Jahrzehnte aufzeigen, inwieweit in der Covid-19-Pandemie notwendige Entscheidungen zur Priorisierung von Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Covid-19-Erkrankungen sowie zur Prävention und Therapie von anderen Erkrankungen der Logik der *Rule of Rescue* entsprechen.

### *Skizze der Rule of Rescue*

Die *Rule of Rescue* wurde traditionell als Erklärungsansatz für die bevorzugte Behandlung medizinischer Notfälle entwickelt, doch ist sie auch zur Analyse von Maßnahmen zur Prävention und Therapie von nicht unmittelbar lebensbedrohlichen Erkrankungen geeig-

net. Nach Weyma Lübke ist unter *Rule of Rescue* die Praxis zu verstehen, „dass zur Rettung akut bedrohter Menschenleben hohe Kosten nicht gescheut wer-

den – auch ungeachtet dessen, dass bei alternativem Einsatz der Mittel (statistisch) sehr viel mehr Menschen gerettet werden könnten“ (Lübke 2017).

## Das traditionelle Verständnis der Rule of Rescue

Das Konzept der *Rule of Rescue* findet sich erstmalig in einem Zeitschriftenbeitrag von Jonsen (1986), der den Begriff im Rahmen einer Analyse des Entscheidungsprozesses über die Kostenübernahme neuer medizinischer Eingriffe prägte. Nach Jonsen sind Kosten-Nutzen-Bewertungen zwar im Verfahren der Entscheidung über die Kostenübernahme lebensverbessernder medizinischer Maßnahmen etabliert, doch lehnen es Entscheidungsträger grundsätzlich ab, „lebensrettende“ (*life-saving*) oder „lebenserhaltende“ (*life-sustaining*) medizinische Eingriffe allein aus Kostengründen zu verwerfen. Als im allgemeinen menschlichen Moralempfinden verankertes ethisches Prinzip führe die *Rule of Rescue* in der Entscheidungspraxis in Ausnahmesituationen zu einem Abweichen vom Prinzip gesundheitsökonomischer „Effizienz“<sup>1</sup> (Jonsen 1986).

 Die *Rule of Rescue* als ethisches Prinzip führte in Ausnahmefällen zu einem Abweichen vom Prinzip gesundheitsökonomischer Effizienz

Derartige Ausnahmesituationen, in denen ein starker moralischer Druck zur Finanzierung „nicht-effizienter“ Behandlungen bestehe, seien etwa lebensbedrohliche Erkrankungen, aber auch schwere körperliche Beeinträchtigungen (etwa chirurgisch therapierbare angeborene Skelettfehlbildungen) (Hadorn 1991; McKie und Richardson 2003). Aufgrund der *Rule of Rescue* würden deshalb kostspielige heilende Maßnahmen zur Behandlung schwerkranker Patienten gegenüber weitaus kostengünstigeren Vorbeugungsmaß-

nahmen, die deutlich mehr Patienten zugutekämen und dementsprechend weitaus größere „Gesundheitsgewinne“ bedeuteten, bevorzugt (Lübke 2017).

Ein einsichtsreicher Versuch, zentrale Elemente der *Rule of Rescue* zu formulieren, findet sich bei McKie und Richardson (2003): Die *Rule of Rescue* setze voraus, dass „identifizierbare“ Individuen („*identifiable individuals*“) in einer Situation drohender und abwendbarer Gefahr eines schweren oder tödlichen Krankheitsverlaufs, in der Nichteingreifen schockierende Auswirkungen habe, seien. Zwar wurden diese Elemente der *Rule of Rescue* (Identifizierbare Individuen, Lebensgefahr, Unmittelbarkeit eines tödlichen Verlaufs, Vermeidbarkeit dieses Verlaufs, Nichteingreifen schockierend) von McKie und Richardson (2003) bereits lange vor der Covid-19-Pandemie formuliert, doch sind sie auch in der gegenwärtigen Pandemiesituation im Entscheidungsprozess über die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen beobachtbar, wie ein Interview mit dem hessischen Ministerpräsidenten Volker Bouffier illustriert: „*Ich muss dann entscheiden, unter dem Eindruck der Bilder aus Bergamo, und Sie kommentieren das dann*“ (Bouffier 2020).

Zentral für das Konzept der *Rule of Rescue* ist insofern die empirisch nachweisbare psychologische Präferenz für die Rettung „identifizierbarer Leben“ im Gegensatz zu bloß „statistischen Leben“ (McKie und Richardson 2003; Jenni und Loewenstein 1997; Kohn et al. 2011; Żuradzki 2015; siehe auch Frick 2015). Nach der Definition von Daniels (2012) beziehen sich „identifizierbare Leben“ auf diejenigen Patienten, die aktuell an einer schwerwiegenden Gesundheitsbeeinträchtigung leiden (etwa ein

schwer verletztes Opfer eines Verkehrsunfalls), während der Terminus „statistische Leben“ sich auf die aufgrund statistischer Daten zukünftig zu erwartenden Patienten beziehe (etwa die Opfer zukünftiger Verkehrsunfälle).

Auf dieser Grundlage lässt sich der gegenwärtige Stand der Debatte zur *Rule of Rescue* wie folgt zusammenfassen: Im akademischen Diskurs ist die *Rule of Rescue* als Prinzip der Ressourcenzuteilung im Gesundheitswesen verbreitet. Dennoch sind sowohl ihre theoretische Be-

 Zentral für das Konzept der *Rule of Rescue* ist die empirisch nachweisbare psychologische Präferenz für die Rettung „identifizierbarer Leben“ im Gegensatz zu bloß „statistischen Leben“

gründung als auch ihr eigentlicher Inhalt strittig. Am Anfang der Debatte dominierte noch ihre Herleitung aus den beobachtbaren Moralvorstellungen der Bevölkerung bzw. der im Gesundheitswesen Verantwortlichen. Heutzutage wird sie zunehmend auch als ein eigenständiges, normatives Prinzip entworfen (Rulli und Millum 2016). Umstritten ist ferner, ob die *Rule of Rescue* ausschließlich auf Situationen akuter Lebensgefahr (so etwa Schöne-Seifert und Friedrich 2013) oder grundsätzlich auf die medizinische Versorgung schwerkranker – gegebenenfalls auch nicht mehr heilbarer – Patienten oder gar auf die Palliativversorgung anwendbar ist (siehe NICE 2006). Lübke (2019) weitet die *Rule of Rescue* ungeachtet ihrer Wirtschaftlichkeit auch auf Maßnahmen zur Therapie von Erkrankungen aus, die erst zu einem deutlich späteren Zeitpunkt lebensbedrohlich werden können.

Daneben unterscheiden sich die vorgetragenen Entwürfe der *Rule of Rescue* häufig in ihrer Absicht: Wäh-

<sup>1</sup> Ausführlich zum gesundheitsökonomischen „Effizienz“-Begriff Schlander (2017).



rend Jonsen (1986) die *Rule of Rescue* eher als Ergänzung und Korrektiv gesundheitsökonomischen Effizienzdenkens ansieht, sind zahlreiche andere Verständnisse der *Rule of Rescue* – etwa das von Hadorn (1991), das von Nord et al. (1995) oder das von Lübbecke (2015, 2017, 2019) – auch als Kritik an einer Gesundheitsökonomie zu verstehen, in der das Nützlichkeitsdenken dominiert (siehe hierzu Schlander 2005). Darüber hinaus sind weitere Sichtweisen von Bedeutung: Cookson et al. (2008) sehen die *Rule of Rescue* als wesentlich in der Bereitstellung angemessener notfallmedizinischer Kapazitäten zu verwirklichen; Orr und Wolff (2015) befürworten die *Rule of Rescue* als Prinzip der Mikroallokation medizinischer Ressourcen, d. h. sie wollen es der individuellen Entscheidung des Arztes überlassen, welche diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen für den einzelnen Kranken angezeigt sind. Auf der Makroebene des Gesundheitswesens plädieren sie hingegen für das Prinzip der Kosteneffektivität. Dem widerspricht Lübbecke (2019), die die *Rule of Rescue* auch auf der Makroebene verankert sehen will, da diese die konkrete Situation „am Krankenbett“ entscheidend beeinflusst.

Trotz aller Unterschiede und Kritik im Detail sind den im akademischen Diskurs verbreiteten Konzepten der *Rule of Rescue* doch drei Punkte gemeinsam:

(1) Erstens wurden diese Konzepte allesamt in einer Situation entwickelt, in der die Frage der Finanzierbarkeit medizinischer Eingriffe und nicht die Problematik der Verfügbarkeit ausreichender medizinischer Kapazitäten im Vordergrund stand.

Unter dieser Voraussetzung ist einerseits mit einer limitierten finanziellen Belastung des Gesundheitswesens (ökonomisch: Kostenfolgen, *budget impact*) durch *rescue cases* (zumindest in absoluten Zahlen), andererseits aber auch mit einer limitierten Zahl an Fällen, die unter die *Rule of Rescue* fallen können, zu rechnen (sie-



Die unterschiedlichen Ansätze der *Rule of Rescue* wurden in einer Situation entwickelt, in der die Finanzierbarkeit medizinischer Eingriffe und nicht die Problematik der Verfügbarkeit ausreichender medizinischer Kapazitäten im Vordergrund stand

he Cookson et al. 2008). In dieser Logik propagieren einige Autoren, etwa Cookson et al. (2008), gar eine Begrenzung der *Rule of Rescue* auf Einzelfälle und lehnen dementsprechend eine weitergehende Anwendung auf ganze Patientengruppen dezidiert ab. Im traditionellen Verständnis der *Rule of Rescue* Albert R. Jonsens (1986) ebenso wie im Verständnis Lübbeckes (2015, 2017, 2019) erscheint ihre Anwendung jedoch auf ganze Patientengruppen denkbar, was eine wichtige Voraussetzung für die Anwendbarkeit der *Rule of Rescue* in der Covid-19-Pandemie ist. Zu beachten bleibt, dass die vor der SARS-CoV-2-Pandemie entwickelten Verständnisse der *Rule of Rescue* wenn nicht nur für Einzelfälle, so doch für kleinere Zahlen von *rescue cases* konzipiert waren. Deshalb kann die Anwendung der *Rule of Rescue* in der Covid-19-Pandemie wohl nur unter dem Vorbehalt der – finanziellen und kapazitätsbedingten – Machbarkeit angesichts der exponentiell gewachsenen Anzahl an *rescue cases* erfolgen. Vor diesem Hintergrund bleibt in der gegenwärtigen Literatur unklar, in wel-

chem Maß die *Rule of Rescue* überhaupt skalierbar ist und welche aus ihr resultierenden Opportunitätskosten gesundheitsökonomisch bzw. medizinethisch noch vertretbar erscheinen.<sup>2</sup>

(2) Zweitens bezieht sich das traditionelle Verständnis der *Rule of Rescue* vorrangig auf den Fall eines Konflikts um die monetären Ressourcen des Gesundheitswesens. In diesem Sinne impliziert die *Rule of Rescue* eine Übernahme von Therapiekosten in *rescue cases*, auch wenn diese dem Prinzip der Nutzenmaximierung widerspricht.

(3) Drittens ist die traditionelle *Rule of Rescue* gänzlich auf die Spannungsverhältnisse präventive vs. kurative Medizin sowie „identifizierbare“ vs. „statistische“ Leben zugeschnitten. Klassischer *rescue case* ist etwa der Schockraumpatient nach einem Verkehrsunfall, klassischer „*non-rescue case*“ eine medizinische Behandlung zur Verhinderung beispielsweise eines Infarkts. Den „statistischen“, nur rechnerisch durch die Infarktprävention geretteten Leben steht insofern der „identifizierbare“ Schockraumpatient gegenüber. Insofern ist die traditionelle *Rule of Rescue* scheinbar dichotom konzipiert: Der Patient befindet sich entweder in einer akuten Notfallsituation, in der ein tödlicher Verlauf oder eine schwerwiegende Gesundheitsbeeinträchtigung unmittelbar zu erwarten sind, oder aber er befindet sich nicht in einer solchen Situation. Im ersten Fall fällt er in den traditionellen Anwendungsbereich der *Rule of Rescue*, im zweiten nicht.

### Möglichkeiten der Ausweitung der *Rule of Rescue* auf „*quasi-rescue cases*“

Diese Einfachheit der *Rule of Rescue* ist ideal auf den „Normalbetrieb“ des

Gesundheitssystems zugeschnitten. Die Covid-19-Pandemie sprengt je-

<sup>2</sup> Opportunitätskosten sind im betriebswirtschaftlichen Denken keine echten Kosten im Sinn der Kostenrechnung, sondern stellen entgangenen Gewinn oder entgangenen Nutzen dar, der bei der Entscheidung für eine von mehreren Alternativen im Vergleich zur besten Alternative ganz ausbleibt oder nur gemindert anfällt.



doch diesen Rahmen: Die Zahl der *rescue cases* nimmt dramatisch zu, wodurch es kaum mehr möglich ist, die in der gegenwärtigen Literatur ungeklärten Fragen im Kontext der *Rule of Rescue* zu vernachlässigen.

Hierzu gehören u. a. das Problem der Skalierbarkeit, insbesondere aber auch die Frage, in welchem Maß sogenannte Opportunitätskosten hinzunehmen sind. Gleichzeitig sprengt die Covid-19-Pandemie vollends die Ein-dimensionalität der klassischen *Rule of*



### Die Covid-19-Pandemie sprengt den Rahmen, auf den die *Rule of Rescue* zugeschnitten ist

*Rescue*, da der zeitliche Abstand zwischen Covid-19-vorbeugenden und Covid-19-heilenden Maßnahmen relativ gering ist. Das Unterlassen einer Maßnahme zur Infarktprävention wirkt sich in der Regel erst nach einem unbestimmten Zeitraum (manchmal Jahrzehnten) und mit unbestimm-

ter Wahrscheinlichkeit aus, sodass in diesem Fall noch sinnvollerweise von „statistischen“ Leben gesprochen werden kann. Im Fall einer SARS-CoV-2-Infektion tritt der *rescue case* hingegen mit geringer, aber doch erheblicher Wahrscheinlichkeit relativ rasch ein.

Zumindest im Fall von Patienten, die ein hohes Risiko eines schweren klinischen Verlaufs einer SARS-CoV-2-Infektion haben, kann damit kaum mehr von lediglich „statistischen“ Leben gesprochen werden. Diese Patien-

## LITERATUR

- Bouffier, V. (2020): „Das Ungeheuerliche drückt man weg“ (Interview) Wiesbadener Kurier (31. Juli 2020), 5.
- Cookson, R./McCabe, C./Tsuchiya, A. (2008): Public healthcare resource allocation and the Rule of Rescue. *J Med Ethics* 34, 540–544. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021790>
- Daniels, N. (2012): Reasonable disagreement about identified vs. statistical victims. *The Hastings Center Report* 42, 35–45. <https://doi.org/10.1002/hast.13>
- Europäische Kommission (2021): European Economic Forecast. Spring 2021. Publications Office of the European Union, Luxemburg.
- Frick, J. (2015): Treatment versus Prevention in the Fight Against HIV/AIDS and the Problem of Identified versus Statistical Lives, in: Cohen, I. G./Daniels, N./Eyal, N. (Hg.): *Identified versus Statistical Lives: An Interdisciplinary Perspective*, New York, 182–202.
- Hadorn, D.C. (1991): Setting Health Care Priorities in Oregon. *JAMA* 265, 2218–2225. <https://doi.org/10.1001/jama.1991.03460170072036>
- Jenni, K.E./Loewenstein, G. (1997): Explaining the Identifiable Victim Effect. *Journal of Risk and Uncertainty* 14, 235–257.
- Jonsen, A.R. (1986): Bentham in a Box: Technology Assessment and Health Care Allocation. *L. Med. & Health Care* 14, 172–174.
- Kohn, R./Rubinfeld, G.D./Levy, M.M./Ubel, P.A./Halpern, S.D. (2011): Rule of rescue or the good of the many? An analysis of physicians' and nurses' preferences for allocating ICU beds. *Intensive Care Med* 37, 1210–1217. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2257-6>
- Lübbe, W. (2015): *Nonaggregationismus: Grundlagen der Allokationsethik*, Münster.
- Lübbe, W. (2017): Rule of Rescue vs. Rettung statistischer Leben. *Das Gesundheitswesen* (2017) 877–882. Wiederabdruck in *Amosinternational* 11.1 (2017), 3–9 unter dem Titel „Lebensrettung als Verschwendung knapper Mittel? Rule of Rescue versus Rettung statistischer Leben“.
- Lübbe, W. (2019): Appeal to the Rule of Rescue in health care: discriminating and not benevolent? *Med Health Care Philos* 22, 53–58. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9839-9>
- Maringe, C./Spicer, J./Morris, M./Purushotham, A./Nolte, E./Sullivan, R./Rachet, B./Aggarwal, A. (2020): The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national population-based, modelling study. *Lancet Oncology* 21, 1023–1034.
- McKie, J./Richardson, J. (2003): The Rule of Rescue. *Social Science & Medicine* 56, 2407–2419. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00244-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00244-7)
- NICE (2006) Citizens Council Report: Rule of rescue, auf: <https://www.nice.org.uk/Media/Default/Get-involved/Citizens-Council/Reports/CCReport06RuleOfRescue.pdf> (zuletzt abgerufen am 12. Mai 2020)
- Nord, E./Richardson, J./Street, A./Kuhse, H./Singer, P. (1995): Who cares about cost? Does economic analysis impose or reflect social values? *Health Policy* 34, 79–94. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(95\)00751-D](https://doi.org/10.1016/0168-8510(95)00751-D)
- Orr, S./Wolff, J. (2015): Reconciling cost-effectiveness with the rule of rescue: the institutional division of moral labour. *Theory Decis* 78, 525–538. <https://doi.org/10.1007/s11238-014-9434-3>
- Rulli, T./Millum, J. (2016): Rescuing the duty to rescue. *J Med Ethics* 42, 260–264. <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101643>
- Schlender, M. (2005): Kosteneffektivität und Ressourcenallokation: Gibt es einen normativen Anspruch der Gesundheitsökonomie? In: Kick, H.A./Taupitz, J. (Hg.): *Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit*, Münster, 37–112.
- Schlender, M. (2017): Woran bemisst sich Effizienz im Gesundheitswesen? Zur Klärung fachwissenschaftlicher Begriffe und Kriterien. *Amosinternational* 11.1, 22–31.
- Schlender, M. (2020): Allen Patienten gerecht werden – Gedanken eines Gesundheitsökonomen zur Covid-19-Krise. *Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ)* (29. Mai 2020), 20.
- Schöne-Seifert, B./Friedrich, D.R. (2013): Priorisierung nach Dringlichkeit? Kritische Überlegungen zur Rule of Rescue, in: Schmitz-Luhn, B./Bohmeier, A. (Hg.): *Priorisierung in der Medizin*, Berlin/Heidelberg, 109–123.
- Żuradzki, T. (2015): The preference toward identified victims and rescue duties. *Am J Bioeth* 15, 25–27. <https://doi.org/10.1080/15265161.2014.990168>

ten sind zwar nicht derart sichtbar wie der „identifizierbare“ Schockraumpatient, doch gleichzeitig sind sie weit aus „sichtbarer“ als die „statistischen Leben“ im Fall der Infarktprävention. Zwar lassen sich die durch zukünftige SARS-CoV-2-Infektionen bedingten *rescue cases* zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht konkret identifizieren, doch unterliegen bestimmte Risikogruppen der unmittelbar drohenden Gefahr eines schweren klinischen Verlaufs. Daher erscheint es sinnvoll, diese Fälle be-



Die *Rule of Rescue* beschreibt eine Ressourcenzuführung zugunsten von *rescue cases*, nicht aber eine entsprechende Zuteilung zwischen *rescue cases*

reits vor Eintritt dieses kritischen Zustands mit dem Konzept der *Rule of Rescue* zu analysieren. Dementsprechend könnte in diesen „*quasi-rescue cases*“ die *Rule of Rescue* bereits dann zum Zug kommen, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

(1) Unter Berücksichtigung der individuellen Charakteristika des Patienten besteht ein hohes Risiko eines Übergangs in einen kritischen Zustand infolge einer SARS-CoV-2-Infektion.

(2) In diesem kritischen Zustand wäre dann die *Rule of Rescue* unmittelbar

anwendbar, was unter Rückgriff auf die von McKie und Richardson (2003) formulierten Elemente der *Rule of Rescue* (identifizierbare Individuen, Lebensgefahr, Unmittelbarkeit eines tödlichen Verlaufs, Vermeidbarkeit dieses Verlaufs, Nichteingreifen schockierend) geprüft werden kann.

(3) Durch die präventive Intervention wird das statistische Risiko eines Übergangs in diesen kritischen Zustand erheblich vermindert.

(4) Ohne die präventive Intervention wäre ein Übergang in den kritischen Zustand in unmittelbarer Zukunft zu erwarten.

(5) Unter Abwägung der Wahrscheinlichkeiten des Übergangs in den kritischen Zustand mit und ohne die präventive Intervention sowie unter Abwägung der Wahrscheinlichkeit eines tödlichen Verlaufs des kritischen Zustands trotz umfassender medizinischer Versorgung ist unmittelbares Handeln eine ethische Pflicht.

(6) Die Zahl an „*quasi-rescue cases*“ liegt unterhalb einer (fiktiven) Schwelle, oberhalb derer die Anwendung der *Rule of Rescue* aus finanziellen oder kapazitätsbedingten Gründen nicht mehr möglich wäre und die Opportunitätskosten weder gesundheitsökonomisch noch medizinethisch vertretbar erscheinen.

fern nach klinischer Einschätzung zumindest eine geringe Aussicht auf eine Abwendung eines tödlichen Verlaufs besteht. Nicht geeignet ist die *Rule of Rescue* hingegen in der (zumindest in Deutschland bislang hypothetisch gebliebenen) Debatte über eine Priorisierung bei einer Überlastung der notfall- und intensivmedizinischen Kapazitäten, da die *Rule of Rescue* nur eine Zuführung von Ressourcen zugunsten von *rescue cases* beschreibt, nicht aber Regeln für eine entsprechende Zuteilung „zwischen“ *rescue cases* aufstellt.

(2) Zweitens ist die *Rule of Rescue* nach dem hier dargestellten Verständnis auch zur Analyse von Präventionsmaßnahmen gegen Covid-19-Infektionen in Risikogruppen geeignet, sofern die oben genannten sechs Bedingungen erfüllt sind. Derartige Maßnahmen umfassen etwa die Bereitstellung von Schutzausrüstung für Hochrisikogruppen oder die Schaffung stationärer Versorgungskapazitäten für Covid-19-Fälle, sofern dies nicht zu Lasten der Versorgung durch andere Erkrankungen bedingter *rescue cases* geht. Daneben können auch Maßnahmen, die das Infektionsgeschehen eindämmen und eine zu erwartende Überlastung der intensivmedizinischen Kapazitäten abwenden sollen, der *Rule of Rescue* zugeordnet werden. Allerdings sollte dann den Opportunitätskosten besondere Beachtung geschenkt werden.

## Die Rule of Rescue in der Covid-19-Pandemie

In diesem Verständnis können sowohl Maßnahmen zur Vorbeugung und Therapie von Covid-19-Erkrankungen als auch zur Vorbeugung und Therapie anderer Erkrankungen der *Rule of Rescue* zugeordnet werden.

### Anwendung der Rule of Rescue auf vorbeugende und therapeutische Maßnahmen im Zusammenhang mit Covid-19

Im Zusammenhang mit der Prävention und Therapie von Covid-19 sind vor-

allem zwei Anwendungsmöglichkeiten der *Rule of Rescue* denkbar.

(1) Klassischer Anwendungsfall der *Rule of Rescue* ist die medizinische Versorgung von Patienten, die sich in einer akuten Lebensgefahr befinden, die mit zumindest einer kleinen Chance abgewendet werden kann. In der Logik der *Rule of Rescue* sind im Fall der Therapie von Notfällen im Zusammenhang mit Covid-19 wie auch anderen Erkrankungen die Therapiekosten für die Therapieentscheidung unerheblich, so-

### Anwendung der Rule of Rescue auf präventive und therapeutische Maßnahmen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen

Darüber hinaus können auch Maßnahmen der präventivmedizinischen und therapeutischen Versorgung anderer Erkrankungen in der Covid-19-Pandemie unter die *Rule of Rescue* subsumiert werden.

(1) So folgt die Sicherstellung der intensiv- und notfallmedizinischen Versorgung von *rescue cases* trotz der SARS-CoV-2-Präventionsmaßnahmen, insbesondere die Bereitstellung ausreichender intensivmedizinischer Kapazi-



täten (für die Therapie von Covid-19 und anderen Erkrankungen) sowie die Schaffung von geeigneten Zugangsmöglichkeiten zur Notfallversorgung, der Logik der *Rule of Rescue*.

(2) Gleichzeitig ist die *Rule of Rescue* auch auf vorbeugende und therapeutische Maßnahmen bei anderen Erkrankungen anwendbar, sofern diese Maßnahmen die Sterblichkeit erheblich verringern und die Voraussetzungen analog dem Fall der SARS-CoV-2-Infektionen erfüllt sind. Das setzt voraus, dass der Übergang in einen kritischen Zustand, der durch eine präventive Maßnahme mit zumindest kleiner Wahrscheinlichkeit abgewendet werden kann, derart wahrscheinlich ist, dass Abwarten keine sinnvolle Handlungsoption mehr darstellt und auch diese Fälle folglich unter die *Rule of Rescue* fallen können. Insofern werden etwa eine rechtzeitige und ausreichende Krebstherapie sowie Maßnahmen zur rechtzeitigen Therapie schwerwie-

### Schlussfolgerung – Ressourcenallokation in der Covid-19-Pandemie im Licht der Rule of Rescue

Die der *Rule of Rescue* zuzuordnenden Maßnahmen in der Covid-19-Pandemie lassen sich dementsprechend in den folgenden Stichpunkten zusammenfassen:

- Adäquate medizinische Versorgung von durch Covid-19 und andere Erkrankungen bedingten Notfällen, in denen eine Gefahr für das Leben der Patienten mit mindestens kleiner Chance abgewendet werden kann;
- Präventive Maßnahmen zum Schutz von Hochrisikogruppen vor einer SARS-CoV-2-Infektion (etwa die Bereitstellung von Schutzausrüstung für immunsupprimierte Patienten);
- Sicherstellung ausreichender intensivmedizinischer Kapazitäten zur Therapie von Covid-19 und anderen Erkrankungen;
- Sicherstellung des Zugangs zu notwendigen Maßnahmen zur Vorbeu-

## KURZBIOGRAPHIEN

**Julian W. März**, geb. 1993, Dr. iur., ist Jurist und Medizinethiker. Seit Januar 2020 forscht er am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg unter Leitung von Prof. Michael Schlander zu Ethik und Recht der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen.

**Michael Schlander**, geb. 1959, ist assoziierter Professor für Gesundheitsökonomie am Alfred-Weber-Institut der Universität Heidelberg und Universitätsprofessor für Gesundheitsökonomie an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg, zugleich Leiter der Abteilung für Gesundheitsökonomie am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg. 2005 gründete er das als gemeinnützig anerkannte *Institute for Innovation & Valuation in Health Care* (InnoValHC), Wiesbaden, und ist seitdem dessen Leiter.

gender psychiatrischer Erkrankungen oder zur Prävention häuslicher Gewalt von der *Rule of Rescue* erfasst.

(3) Gleichzeitig folgen nach dem im Vorhergehenden dargestellten Verständnis auch Maßnahmen zur Sicherstellung des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen und der angemessenen medizinischen Versorgung drohender, zukünftiger *rescue cases* der Logik der *Rule of Rescue*.

nanzierbarkeit der auf der *Rule of Rescue* fußenden Maßnahmen oder das Problem der Hierarchisierung verschiedener *rescue cases*, offenkundig nicht allein unter Rückgriff auf die *Rule of Rescue* gelöst werden. Auch bleiben die in der gegenwärtigen Literatur ungelösten Fragen der Skalierbarkeit der *Rule of Rescue* und der akzeptablen Opportunitäts-



Die *Rule of Rescue* ist als Erklärungsansatz der in der Covid-19-Pandemie getroffenen Priorisierungsentscheidungen geeignet

gung und rechtzeitigen Therapie anderer Erkrankungen;

- Entwicklung einer Strategie zur Sicherstellung der langfristigen medizinischen Versorgung von gegenwärtigen und zukünftigen *rescue cases*.

Die *Rule of Rescue* ist insofern gut als Erklärungsansatz der in der Covid-19-Pandemie getroffenen Priorisierungsentscheidungen geeignet, da sie sowohl Maßnahmen zum Schutz von durch SARS-CoV-2 besonders gefährdeten Risikogruppen als auch Maßnahmen zur Sicherstellung der adäquaten medizinischen Versorgung anderer Erkrankungen während der Covid-19-Pandemie und in der langfristigen Perspektive erklären kann.

Gleichzeitig können viele von der *Rule of Rescue* aufgeworfene Folgeproblematiken, etwa die Frage nach der Fi-

kosten eine Herausforderung. Trotz ihrer nicht zu vernachlässigenden Rolle als Erklärungsansatz der in der Covid-19-Pandemie ergriffenen Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Covid-19-Erkrankungen ist die *Rule of Rescue* damit zwar ein zentrales, aber doch kein abschließendes oder gar alleiniges Paradigma der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen.

### Interessenkonflikte

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.