

## Pandemie Triage-Entscheidungen

Wer sollte dafür die Regeln festlegen – ist das eine Angelegenheit der Ärzteschaft oder ist der Gesetzgeber gefragt?

*Ein Beitrag von Prof. Uwe Janssens zum Thema Pandemie Triage-Entscheidungen.  
Am 26. Mai 2020 nimmt der Notfallmediziner Stellung zu der Frage: Wer sollte dafür die Regeln festlegen – ist das eine Angelegenheit der Ärzteschaft oder ist der Gesetzgeber gefragt?*



© Thomas Weiland

### Zur Person

Prof. Uwe Janssens ist Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Seit 2008 ist er Sprecher der DIVI-Sektion Ethik, in der er sich unter anderem mit der Frage befasst, bis zu welcher Grenze der Einsatz moderner intensivmedizinischer Mittel dem Wohl der Patienten dient. Als Chefarzt arbeitet Janssens in der Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin am St.-Antonius-Hospital in Eschweiler.

## Pandemie Triage-Entscheidungen

Schneller zu medizinischen Innovationen – trotz Finanzierungsvorbehalt

*Ein Beitrag von Prof. Uwe Janssens zum Thema Pandemie Triage-Entscheidungen. Der Notfallmediziner nimmt Stellung zu der Frage: Wer sollte dafür die Regeln festlegen – ist das eine Angelegenheit der Ärzteschaft oder ist der Gesetzgeber gefragt?.*

### Einleitung

Am 21. März 2020 berichteten Mirco Narcoti und Kollegen im NEJM Catalyst über die dramatischen Zustände im Papa Giovanni XXIII Krankenhaus (Bergamo, Italien). Dieses moderne Krankenhaus verfügt über 900 Betten und 48 Intensivbetten. Bergamo war schon zu diesem Zeitpunkt das Epizentrum der Corona-Pandemie in Italien. Am 18.3.2020 verzeichnete die WHO 74.346 bestätigte SARS-CoV-2 Infektionen, davon 35.713 in Italien. In Bergamo waren mittlerweile 4.305 Infektionen aufgetreten. 70% der Intensivbetten im Papa Giovanni XXIII Krankenhaus wurden für COVID-19 Patienten vorgehalten, die aus Sicht der behandelnden Ärzte eine realistische Überlebenswahrscheinlichkeit hatten. Ältere Patienten wurden nicht mehr versorgt und verstarben allein gelassen in der Notaufnahme ohne adäquate palliative Versorgung. Diese dramatischen und bewegenden Berichte aus Italien, aber auch aus Spanien und erstaunlicherweise Frankreich sowie die unfassbaren Bilder aus New York mit einem kollabierenden Gesundheitssystem, welches die rasch ansteigenden Patientenzahlen mit zum Teil schweren, prinzipiell intensivpflichtigen Krankheitsverläufen nicht mehr beherrschen konnte, haben sich bei uns eingeprägt.

### Wie mit explodierenden Patientenzahlen umgehen?

Sorgen und Ängste vor ähnlichen Zuständen in Deutschland machten sich folgerichtig in der Bevölkerung breit und auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen stellten sich die Frage, wie mit einer Überlastung des Gesundheitswesens angesichts explodierender Patientenzahlen im Verlauf der Corona-Pandemie umgegangen werden

sollte. Dabei wurde rasch offensichtlich, dass keine fundierten Empfehlungen zum Umgang mit knappen (intensivmedizinischen) Ressourcen existieren. Zahlreiche Anfragen von besorgten Ärzten aber auch Ethikkomitees bei verschiedenen Fachgesellschaften veranlasste die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) gemeinsam mit 7 weiteren Fachgesellschaften eine klinisch-ethische Empfehlung zu „Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie“ auszuarbeiten, die mittlerweile in einer 2. Version vorliegt ([www.divi.de](http://www.divi.de)).

### Hans-Jürgen Papier, ehemaliger Präsident des Bundesverfassungsgerichts äußerte sich Anfang April in der Süddeutschen Zeitung:

*„Mich beschäftigt im Augenblick sehr, wie über die Behandlung von Menschen entschieden wird, falls wir wirklich nicht genügend Intensivbetten haben sollten. Das wird unter ethischen Gesichtspunkten diskutiert. Es ist aber auch ein rechtliches Problem. Medizinische Fachgesellschaften haben Empfehlungen an die Ärzte herausgegeben. Meiner Meinung nach sind diese Empfehlungen rechtlich problematisch, weil sie die Menschenwürde und den Grundsatz der Gleichheit des Menschenwürdeschutzes infrage stellen. Denn in diesen Empfehlungen wird abgestuft, wer Zugang zur Intensivmedizin bei nicht ausreichenden Ressourcen haben soll und wer nicht. Und wann eine solche Therapie abbrechen ist zugunsten einer anderen Person, die als vorrangig behandlungsbedürftig angesehen wird. Wer bereits andere schwere Krankheiten hat, der hat bei knappen Ressourcen schlechte Chancen.“*

Im weiteren betonte er: „*Leben darf nicht gegen Leben abgewogen werden. Jedes Leben ist gleichrangig und gleich wertvoll, es genießt den gleichen Schutz. Und es geht nicht an, dass dann jemand entscheidet, dieses oder jenes Leben ist vorzugsweise zu schützen oder zu retten. Ich kann den Ärzten also nur raten, sich an diese Empfehlungen nicht blindlings zu halten. Es kann ja immerhin um den möglichen Vorwurf der fahrlässigen Tötung gehen.*“

### Ärzte mit juristischen Konsequenzen bedroht

Dieser bekannte Staatsrechtler bleibt aber wie bei viele andere kritischen Äußerungen von Juristen, Politikern aber auch von Behindertenverbänden die Antwort schuldig, wie sich Ärztinnen und Ärzte in einer tragischen Entscheidungssituation angesichts knapper oder nicht (mehr) vorhandener intensivmedizinischer Kapazitäten bei einer Überzahl schwerstkranker Patienten verhalten sollten. Es ist schon erschreckend und zugleich beschämend, dass einerseits Mediziner in vorderster Front ihrer beruflichen Verpflichtung zum Schutz und Erhalt des Lebens nachkommen sollen, gleichzeitig aber mit juristischen Konsequenzen nahezu bedroht werden, wenn sie einem nachvollziehbaren und fundiertem Vorschlag folgend versuchen, möglichst vielen Menschen in einer verzweifelten Situation das Leben zu retten.

Die Empfehlung der DIVI betont im Kern, dass die ärztliche Indikation und der Patientenwille die Grundlage für jede patientenzentrierte Entscheidung darstellen. Dabei ist von vorneherein klar, dass eine Intensivtherapie nicht indiziert ist, wenn (1) der Sterbeprozess unaufhaltsam begonnen hat, (2) die Therapie als medizinisch aussichtslos eingeschätzt wird, weil keine Besserung oder Stabilisierung erwartet wird oder (3) ein Überleben an den dauerhaften Aufenthalt auf der Intensivstation gebunden wäre. Lehnt der Patient auf der Grundlage des aktuellen, vorausverfügten (z.B. in einer Patientenverfügung), früher mündlich geäußerten oder mutmaßlichen Willens eine Intensivtherapie ab, darf dieser auch nicht intensivmedizinisch behandelt werden. Wenn die Ressourcen nicht ausreichen – weder im eigenen Haus noch regional oder überregional –, muss unausweichlich entschieden werden, welche

intensivpflichtigen Patienten intensivmedizinisch behandelt und welchen nicht (oder nicht mehr) intensivmedizinisch behandelt werden sollen. Nur in einer solchen Situation wird eine Einschränkung der sonst gebotenen patientenzentrierten Behandlungsentscheidungen erforderlich und es muss über die Verteilung der begrenzt verfügbaren Ressourcen entschieden werden.

Die dann erforderlichen Priorisierungen erfolgen dabei ausdrücklich nicht in der Absicht, Menschen oder Menschenleben zu bewerten, sondern mit der Zielsetzung, mit den (begrenzten) Ressourcen möglichst vielen Patienten eine Teilhabe an der medizinischen Versorgung unter Krisenbedingungen zu ermöglichen. Dabei orientieren sich die Behandlungsteams am Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht. Eine Priorisierung ist aufgrund des Gleichheitsgebots nicht vertretbar nur innerhalb der Gruppe der COVID-19-Erkrankten und nicht zulässig aufgrund des kalendrischen Alters, aufgrund sozialer Merkmale oder aufgrund bestimmter Grunderkrankungen oder Behinderungen.

### Menschenleben dürfen nicht gegeneinander abgewogen werden

Die Empfehlung weist explizit darauf hin, dass aus verfassungsrechtlichen Gründen Menschenleben nicht gegen Menschenleben abgewogen werden dürfen. Da es bis zum heutigen Tage keine entsprechende verfassungsrechtliche Bewertung einer solchen tragischen Entscheidungssituation gibt, werden sich Ärztinnen und Ärzte zunächst an den Empfehlungen der DIVI orientieren. Neben dem Schweregrad der aktuellen Erkrankung spielen Anzahl und Ausmaß der vorliegenden Begleiterkrankungen in der Bewertung der Erfolgsaussicht neben einer Vielzahl weiterer klinischer Parameter eine wesentliche Rolle in der Bewertung der Erfolgsaussicht. Entscheidungen, die dem Prinzip „first come – first served“ folgen oder gar eine Losentscheidung wären für medizinische Behandlungsteams schwer zu ertragen und würden zu weiteren massiven Konflikten führen, die die psychische Belastung der Behandler zusätzlich aggravieren würden.

Man stelle sich folgendes Szenario vor: Eine Intensivstation ist voll belegt, alle Beatmungsgeräte sind im Einsatz und weder regional noch überregional sind weitere Kapazitäten vorhanden. Seit 12 Tagen wird ein 55-jähriger Patient nach prähospitalen Herz-Kreislauf-Stillstand beatmet, seine Organfunktionen sind weiterhin schwer eingeschränkt bzw. verschlechtern sich täglich. Es besteht ein Nieren- und Leberversagen, zusätzlich eine schwere Herzinsuffizienz. Wegen eines schweren hypoxischen Hirnschadens kommt auch keine Organtransplantation in Frage. Die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Patient die Intensivtherapie überlebt wird vom gesamten Behandlungsteam als unwahrscheinlich eingeschätzt. In der Notaufnahme wurde am Vormittag ein 55-jähriger Patient ohne relevante Vorerkrankungen aber mit einer schweren COVID-19 Pneumonie aufgenommen, der dringend eine intensivmedizinische Behandlung und Beatmungstherapie benötigt. Würde eine Lostherapie das Beatmungsgerät dem erstgenannten Patienten zuweisen, hätte man am Ende zwei Menschenleben zu beklagen.

### Appell an den Gesetzgeber

Der Gesetzgeber sollte daher dringend Vorgaben für eine solche Priorisierung aufstellen. Der Staat und das Recht dürfen die zur Rettung verpflichteten Ärztinnen und Ärzte nicht mit dem Hinweis auf eine individuelle Gewissensentscheidung allein lassen, die ihnen die vollständige ethische Verantwortung und umfangreiche Haftungsrisiken aufbürdet (K. Gaede et al. medstra Heft 3/2020).

Die Entscheidungen müssen zwingend von Ärzten getroffen werden, die Bewertung der Erfolgsaussicht einer medizinischen Behandlung darf nicht in die Hände von Juristen gelegt werden.

## Impressum

### Herausgeber und Redaktion

Presseagentur Gesundheit  
Albrechtstraße 11  
10117 Berlin  
[www.pa-gesundheit.de](http://www.pa-gesundheit.de)  
030 - 318 649 - 0  
V.i.S.d.P.: Lisa Braun

### Mit Unterstützung von

AOK-Bundesverband GbR  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Arbeitsgemeinschaft  
kommunaler Krankenhäuser e.V.  
Aroser Allee 70  
13407 Berlin

Roche Pharma AG  
Emil-Barell-Str. 1  
79639 Grenzach-Wyhlen

Sanofi-Aventis  
Deutschland GmbH  
Potsdamer Straße 8  
10785 Berlin