

Das Verbot der Ex-post-Triage ist für Ärzte inakzeptabel

Der Beitrag ist zuerst in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung online unter der Rubrik F.A.Z. „Einspruch Exklusiv“ (23.09.2022) erschienen sowie danach in der Marburger Bund Zeitung (7.10.2022).

Nach dem Willen des Bundesverfassungsgerichts sollen gesetzliche Regelungen Menschen mit Behinderung bei knappen intensivmedizinischen Ressourcen vor Benachteiligung schützen. Ein Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht das Verbot der Ex-post-Triage vor. Die vorgesehenen Regelungen unterlaufen die klinischen Erfolgsaussichten als zentrales Kriterium der ärztlichen Entscheidung. Das Bundesverfassungsgericht hat am 21.12.2021 nach einer Klage von Menschen mit schweren Behinderungen den Gesetzgeber verpflichtet, Vorkehrungen zum Schutz behinderter Menschen zu treffen, wenn pandemiebedingt bei begrenzten intensivmedizinischen Ressourcen eine Triage erforderlich wird. Der Begriff der Triage stammt aus der Militärmedizin und bedeutet „Auswahl“ oder „Sortierung“. Dieses Vorgehen wird in der Katastrophenmedizin im Wesentlichen unwidersprochen eingesetzt. In Konsensuskonferenzen beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe sind vier Sichtungskategorien festgelegt, deren Ziel es ist, die medizinischen Res-

ourcen schnellstmöglich denen zur Verfügung zu stellen, die diese am dringlichsten brauchen, folglich nicht denen, die keine Überlebenschancen haben oder deren Verletzungen nicht dringlich sind.

Auch bei der Berg- oder Seenotrettung müssen in Einzelfällen Priorisierungsentscheidungen getroffen werden. Bei der Ex-ante-Triage wird entschieden, wer von mehreren Patienten eine zu knappe medizinische Ressource (etwa ein Beatmungsgerät) erhält. Bei der Ex-post-Triage werden zusätzlich diejenigen Patienten einbezogen, denen eine solche Ressource bereits zugeteilt wurde, was letztlich auch den Entzug einer bereits zugeteilten Ressource bedeuten kann.

Begrenzte Ressourcen

Tief in unser Bewusstsein eingeebnet haben sich die schrecklichen Erfahrungen aus Bergamo, dem ersten europäischen Corona-Hotspot, wo im Frühjahr 2020 Ärzte entscheiden mussten, welche Patienten beatmet werden konnten, während andere ohne diese Möglichkeit verstorben sind. Es waren Entscheidungen über Leben und Tod.

Die Pandemie hat auch in Deutschland offengelegt, was vorher nur hypothetisch klar war: Die apparativen, medikamentösen und insbesondere die personellen Ressourcen sind begrenzt. Für uns als Ärzte waren Zuteilungs- und Priorisierungsentscheidungen schon immer Teil unserer Tätigkeit. Beispielsweise müssen Ärzte im Nachtdienst entscheiden, zu welchem Patienten sie zuerst gehen, wenn Pflegekräfte auf zwei verschiedenen Stationen ärztliches Eingreifen anfordern.

Die behandelnden Ärzte befinden sich im Fall einer pandemiebedingten Triage in einer extremen und zeitkritischen Entscheidungssituation. Deswegen ist es wichtig, dass insbesondere diejenigen, die in der Intensiv- und Notfallmedizin tätig sind, sich mit den ethischen Dilemmata und juristischen Implikationen genauso ausei-



Triage-Station im Ersten Weltkrieg, Frankreich, Suippes.

nersetzen wie mit den entscheidenden grundgesetzlich verbrieften Rechten: Das Recht auf Leben und der Schutz der Menschenwürde. Beide sind zwar miteinander verbunden, setzt doch die Wahrnehmung von Menschenwürde das Leben voraus: Aber nicht jede Abwägung von Leben gegen Leben muss zwangsläufig gegen die Menschenwürde verstoßen (ein Terrorist darf bei akuter Bedrohung anderer Menschen erschossen werden, nicht aber zu Tode gefoltert).

Die verfasste Ärzteschaft hat sich dieser Herausforderung gestellt: In der Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation intensivmedizinischer Ressourcen wurden im Mai 2020 am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie wichtige Entscheidungsvoraussetzungen benannt und betont, dass auch in einer Pandemie die medizinische Indikation, der Patientenwille und die klinischen Erfolgsaussichten zentrale Kriterien sind, unabhängig von der Frage, aus welchem Grund eine intensivmedizinische Behandlung notwendig ist. Ebenso gibt es entsprechende Empfehlungen der Fachgesellschaften in Deutschland und auch in der Schweiz und Österreich.

Regelungen greifen auch bei Grippewellen

Der Verpflichtung durch das Bundesverfassungsgericht will der Gesetzgeber nun im Rahmen einer Änderung des Infektionsschutzgesetzes nachkommen. Im Kabinettsentwurf wird für Zuteilungsentscheidungen das von den Karlsruher Richtern explizit genannte Kriterium der aktu-

Foto: © mauritius images/SweetHour/Alamy/Alamy Stock Photos



Covid-19-Pandemie Anfang März 2020 in Italien: Schild vor einem Krankenhaus in Pisa.

Foto: © mauritius images/Science Source

ellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit als einziges genannt. Zusätzlich sollen Verfahrensregeln wie ein Vier- bzw. Sechsaugenprinzip plus die Hinzuziehung von Fachexpertise, spezielle Dokumentation und eine individuelle Verfahrensanweisung für jedes Krankenhaus gesetzlich geregelt werden.

Die Regelungen des vorliegenden Kabinettsentwurfs greifen nicht nur bei intensivmedizinischen Knappheitssituationen im Rahmen einer Pandemie, sondern auch bei anderen übertragbaren Krankheiten (also etwa auch bei Grippewellen). Sie werden von Juristen, Ethikern und nicht zuletzt von den Behindertenverbänden äußerst kontrovers diskutiert. Aus Sicht der Ärzteschaft ist der darin enthaltene kategorische Ausschluss der Ex-post-Triage inakzeptabel, weil er medizinische Grundsätze in Frage stellt und Ärzte potenziellen strafrechtlichen Risiken aussetzt.

Es ist die Aufgabe jedes Arztes, die Indikation für ärztliches Handeln genau zu prüfen und invasive Handlungen zu unterlassen, wenn die Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden für den Patienten ungünstig ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient aufgrund der Schwere seiner Erkrankung diese Entscheidung nicht aufgeklärt selbst treffen kann. Im Falle der intensivmedizinischen Behandlung müssen selbstverständlich die Indikationen für bereits eingeleitete Therapien (etwa die Beatmungstherapie) regelmäßig neu überprüft werden. Denn erhebliche Veränderungen des Krankheitsverlaufs können dazu führen, dass einmal eingeleitete Maßnahmen bei fehlender Erfolgsaussicht wieder beendet werden. Solche Therapiezieländerungen, die im Falle der Intensivmedizin häufig in palliative Betreuung übergehen, werden in der Regel mit Angehörigen und klinischen Ethikkomitees besprochen. Es stellt sich die Frage, wie im Zweifelsfall zwischen einer Therapiezieländerung und einer Ex-post-Triage unterschieden werden kann.

Nein zu Losentscheiden

Im Fall der Ressourcenknappheit müssen bei mehreren zeitnah eintreffenden Patienten zügig Entscheidungen getroffen



Foto: © Milos Drndarevic – stock.adobe.com

Während der Covid-19-Pandemie Anfang April 2020 vor einem Krankenhaus in Belgrad, Serbien.

werden. Sollten beispielsweise alle Beatmungsbetten in einer Region belegt sein und keine Verlegungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, würde der Ausschluss der Ex-post-Triage automatisch den Tod von Unfallopfern, Schlaganfall- oder Herzinfarktpatienten bedeuten, selbst wenn diese möglicherweise nur kurzzeitig eine intensivmedizinische Behandlung brauchen.

Wenn also die Ex-post-Triage ausgeschlossen wird, ist die Wahrscheinlichkeit extrem hoch, dass deutlich mehr Menschen versterben, da Patienten mit guten Überlebenschancen, die nur kurzfristig ein Beatmungsgerät brauchen, dies nicht bekommen. Auch bei Losentscheidungen – ein Verfahren, das teilweise von Behindertenverbänden gefordert wird – würden mehr Menschen sterben, denn dies führt zu einem Nachteil aller potenzieller intensivmedizinischer Patienten und damit auch der Menschen mit schweren Behinderungen, die in Deutschland etwa einen Bevölkerungsteil von 9,5 Prozent ausmachen.

Als Ärzte sind wir zunächst dem individuellen Patienten verpflichtet. Gleichzeitig ist es unser Bestreben, das Leben und die Gesundheit möglichst vieler Menschen zu retten. Deswegen ist es richtig, in einer solchen Situation existenzieller Ressourcenknappheit einen Patienten mit nur noch minimalen kurzfristigen Überlebenschancen zugunsten eines anderen mit deutlich besseren Chancen vom Beatmungsgerät zu trennen. Nicht nur Handeln, sondern auch Unterlassen kann die Menschenwürde und das Recht auf Leben verletzen. Die Rechtswissenschaftlerin

und Rechtsphilosophin Tatjana Hömle hat das (F.A.Z. vom 28.7.2022) auf den Punkt gebracht: „Wenn wir mit dem Bundesverfassungsgericht die akuten kurzfristigen Überlebenschancen als Kriterium anerkennen und hierin keine Ungleichbehandlung von Menschen mit Behinderungen sehen, kann es keinen Unterschied machen, ob vor oder nach einem Behandlungsbeginn entschieden wird.“

Christian Drosten hat die Coronapandemie eine „Naturkatastrophe in Zeitlupe“ genannt. Wir haben durch diesen zeitlichen Aspekt Handlungsmöglichkeiten. Insofern war und bleibt es richtig, den Fokus auf Maßnahmen zu setzen, die dazu führen, die Notwendigkeit von Triageentscheidungen bezüglich intensivmedizinischer Ressourcen so weit wie möglich zu reduzieren. Zu Beginn der Pandemie wurden diese Eindämmungsentscheidungen mit dem Begriff „flatten the curve“ verbunden. Ist eine Triage dennoch nicht zu vermeiden, müssen Ärzte in extremen belastenden Situationen unter hohem Zeitdruck Entscheidungen treffen. Dann ist es inakzeptabel, gesetzliche Bedingungen zu schaffen, unter denen diese Entscheidungen strafrechtlich eingeordnet werden könnten.

Dr. med.

Susanne Johna

1. Vorsitzende des Bundesverbandes Marburger Bund, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen



Foto: Katarina Ivanisevic