

Georg Marckmann¹, Gerald Neitzke², Jan Schildmann³

Triage in der COVID-19-Pandemie – was ist gerecht?

Zusammenfassung

Angesichts der hohen Anzahl schwerer Krankheitsverläufe stellt sich während der COVID-19-Pandemie die Frage, wie die verfügbaren Intensivbetten bei einer akuten, anders nicht zu behebenden Knappheit an Intensivkapazitäten zugeteilt werden sollen. Der vorliegende Beitrag diskutiert, wie solche Triage-Entscheidungen in einer gerechten Art und Weise getroffen werden können.

Zunächst muss die Intensivtherapie eine realistische Erfolgsaussicht besitzen und dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen. Sofern diese Voraussetzungen erfüllt sind, müssen die dann folgenden Zuteilungsentscheidungen in einem transparenten, fairen Verfahren nach ethisch gut begründeten Kriterien erfolgen. In Ermangelung entsprechender staatlicher Vorgaben haben acht medizinische Fachgesellschaften Empfehlungen für die Allokation knapper intensivmedizinischer Ressourcen im

Rahmen der COVID-19-Pandemie erstellt. Um mit den knappen Intensivkapazitäten möglichst viele Menschenleben retten zu können, sollte eine Priorisierung der Intensivpatienten nach dem Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht erfolgen.

Aus Gründen der Gleichbehandlung sind alle Patienten mit einem intensivmedizinischen Behandlungsbedarf in die Priorisierung einzubeziehen, auch diejenigen, die nicht an COVID-19 leiden und die sich bereits auf der Intensivstation befinden. Dieses Vorgehen ist kohärent mit der Triage im Katastrophenfall und der Organverteilung, die sich insbesondere an den Kriterien der Dringlichkeit und Erfolgsaussicht zu orientieren hat. Ein pauschaler Ausschluss bestimmter Personengruppen aufgrund von Alter, sozialer Faktoren, bestimmter Grunderkrankungen oder Behinderungen unabhängig von der Einzelfallbetrachtung kann damit verhindert werden.

Alternative Zuteilungskriterien wie beispielsweise ein First-come-first-served oder ein Losverfahren hätten einen hohen moralischen Preis: Es könnten deutlich weniger Menschenleben gerettet werden. Zudem wäre die Tragik der Triage-Entscheidungen noch größer, da auch Patienten mit einer vergleichsweise guten Prognose sterben müssten. Zu diskutieren wäre aber aus ethischer Sicht, ob jüngere Patienten gegenüber älteren Patienten, die einen Großteil ihres Lebenszyklus bereits gelebt haben, bevorzugt werden. Nachdem eine akute Ressourcenknappheit in der Intensivmedizin durch konsequente Infektionsschutzmaßnahmen und eine maximale Mobilisierung der Kapazitäten in Deutschland vermieden werden konnte, sollte die Zwischenzeit genutzt werden, um die Legitimation möglicher Triage-Entscheidungen durch den Gesetzgeber zu stärken und die Empfehlungen der Fachgesellschaften insbesondere für die Anwendung in größeren Kliniken weiter zu konkretisieren.

Schlüsselwörter

COVID-19-Pandemie; Intensivmedizin; Ressourcenallokation; Triage; Gerechtigkeit

Zitierweise

Marckmann G, Neitzke G, Schildmann J: Triage in der COVID-19-Pandemie – was ist gerecht?

DIVI 2020; 11: 172–178

DOI 10.3238/DIVI.2020.0172–0178

Hintergrund

COVID-19 geht häufig mit einem schweren Atemnotsyndrom einher, das insbesondere bei Patienten mit Vorerkrankungen oder einem höhe-

ren Alter eine intensivmedizinische Behandlung mit invasiver Beatmung erforderlich machen kann. Bei einer sehr hohen Anzahl an SARS-CoV-2-infizierten Patienten kann dies zu

einer Knappheit an materiellen und personellen Ressourcen führen [1, 2].

Auch in Deutschland erschien es im Frühjahr dieses Jahres nicht ausgeschlossen, dass im Rahmen der ers-

¹ Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

² Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

³ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profizentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Triage in the COVID-19 pandemic – what is fair?

Summary: The high number of critically ill patients during the COVID-19 pandemic raise the question how the available intensive care unit capacities can be allocated in a situation of acute resource scarcity. This article discusses how these triage decisions can be made in a just way. First of all, the intensive care treatment must have a realistic prospect of success and must be according to the patient's declared or presumed wishes. If these preconditions are fulfilled, the following allocation decisions must be made in a transparent and fair process based on ethically justified criteria. Without appropriate state regulation, eight medical societies have developed recommendations for the allocation of scarce intensive care resources during the COVID-19 pandemic. To be able to save as many lives as possible with the limited intensive care capacities, the intensive care patients should be prioritized according to the criterion of clinical prospect of success. For reasons of equality, all patients who need intensive care therapy should be included into the prioritization, also those who do not have COVID-19 and who are already in the intensive care unit. This approach is coherent with the triage in disaster medicine and organ allocation, which has to follow especially the criteria of urgency and prospect of success. Thereby, a general exclusion of certain patient groups according to age, social criteria, certain primary diseases or disabilities independent of an evaluation of the concrete case can be avoided. Alternative allocation criteria like first-come-first-served or a lottery would have a high moral price: Considerably less lives could be saved. Furthermore, the tragic of the triage decisions would be even greater, as also patients with a comparably good prognosis would have to die. From an ethical perspective, however, it should be discussed whether younger patients should have priority of elderly patients, who have lived to most of their life cycle. After an acute resource scarcity in intensive care could be prevented in Germany due to the consequent pandemic management, time should be used to strengthen the legitimacy of triage decisions by the legislator and for a further refinement of the medical societies' recommendations especially for the application in larger hospitals.

Keywords: COVID-19 pandemic; intensive care medicine; resource allocation; triage; justice

ten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie so viele schwerkranke COVID-19-Patienten zu behandeln sein würden, dass die vorhandenen Intensivkapazitäten nicht mehr ausreichten. Wie uns die Situation in Bergamo eindrücklich vor Augen führte, stehen die beteiligten Akteure dann vor der schwierigen Frage, welche Patienten mit intensivmedizinischem Behandlungsbedarf auf die Intensivstation aufgenommen und welche ausschließlich palliativ versorgt werden sollen. Diese Triage, d.h. Sichtung der Patienten, ist sonst nur aus der Katastrophen- und Militärmedizin bekannt, wenn es aufgrund von Naturkatastrophen, schweren Unfällen oder Kampfhandlungen zu einem Massenanfall an Verletzten kommt.

Während das Bundesministerium des Innern für die ärztliche Versorgung im Rahmen der Katastrophenmedizin einen Leitfaden erstellt hat [3], fehlte zu Beginn der COVID-19-Pandemie eine vergleichbare Orientierung für den Umgang mit einer Ressourcenknappheit im Bereich der Intensivmedizin. Für die Kliniken in Deutschland stellte sich damit die

Frage, nach welchen Verfahren und Kriterien die Zuteilung der Intensivbetten erfolgen soll, wenn diese nicht mehr für die Behandlung aller schwerstkranken COVID-19-Patienten ausreichen würden. Insgesamt acht medizinische Fachgesellschaften haben daraufhin – unter Federführung der DIVI – Empfehlungen für die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie erarbeitet [4].

Der vorliegende Beitrag erläutert, anhand welcher ethischen Überlegungen man bestimmen kann, wie unvermeidbare Triage-Entscheidungen in einer gerechten Art und Weise getroffen werden können.

Vorbemerkung: Die unvermeidbare Tragik der Triage-Entscheidungen

Bei der zum Teil sehr kontroversen und emotional geführten Diskussion über die gerechte Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen ist zu berücksichtigen: Triage-Entscheidungen, in der Intensivmedizin wie in der Katastrophenmedizin, sind und bleiben tragische Entscheidungen, da

einigen Menschen in einer lebensbedrohlichen Situation nicht geholfen werden kann, die bei mehr verfügbaren Ressourcen möglicherweise gerettet werden könnten. Kein noch so gut ausgearbeitetes Verteilungsschema kann dies verhindern – und wird deshalb auch immer kontrovers bleiben. Das moralische Dilemma einer Triage-Situation lässt sich nicht auflösen. Vielmehr wird es darum gehen, in einer anders nicht zu vermeidenden Knappheitssituation dasjenige Verteilungsverfahren zu finden, das die Tragik der Entscheidungssituation minimiert und die Handlungsfähigkeit in den Kliniken aufrechterhält. Fehlende Kriterien bzw. Handlungsempfehlungen hätten zur Folge, dass die angewendeten Maßstäbe nicht transparent und variabel wären.

Wer folglich einen bestimmten Vorschlag zum Umgang mit den Triage-Situationen mit guten Gründen kritisiert, sollte zugleich immer auch angeben, welchen alternativen Vorschlag sie oder er bevorzugt und aufgrund welcher ethischen Argumente das alternative Vorgehen ins-

gesamt, d.h. unter Berücksichtigung aller relevanten Effekte und Überlegungen, zu bevorzugen ist.

Allgemeine ethische Grundsätze der Verteilung knapper Ressourcen

Wie bei jeder anderen Knappheitssituation im Gesundheitswesen ist auch bei einer Triage im Rahmen der COVID-19-Pandemie zunächst zu prüfen, ob die verfügbaren Ressourcen noch effizienter eingesetzt und ob zusätzliche Ressourcen mobilisiert werden können. Das Vorenthalten lebenswichtiger Therapien ist nur dann ethisch vertretbar, wenn alle verfügbaren Ressourcen optimal ausgenutzt werden. Weiterhin müssen bei jedem Patienten zunächst zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Die intensivmedizinische Therapie muss eine realistische Erfolgsaussicht haben, d.h. sie muss medizinisch indiziert sein und
2. sie muss dem (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Betroffenen entsprechen.

Sofern diese Voraussetzungen erfüllt sind, muss die dann folgende Zuteilungsentscheidung in einem fairen Verfahren nach ethisch gut begründeten Kriterien erfolgen [5]. Beide Aspekte, die materialen und prozeduralen Voraussetzungen von Gerechtigkeit, werden im Folgenden hinsichtlich möglicher Triage-Entscheidungen während einer Pandemie, wie sie aktuell durch das SARS-CoV-2-Virus hervorgerufen wird, konkretisiert.

Legitimation von Triage-Entscheidungen in einer Pandemie

Im Rahmen einer Pandemie stellt sich hinsichtlich des Verfahrens vor allem die Frage, wer darüber entscheiden soll, wie die knappen Intensivkapazitäten zugeteilt werden sollen. Da es um die Zuteilung von Lebenschancen geht, wäre der Gesetzgeber gefragt [6], der beispielsweise auch die Kriterien für die Organallokation im Transplantationsgesetz vorgegeben hat. Die konkrete Umsetzung, d.h. die Anwendung der vorgegebenen Kriterien, erfordert dann – wie bei der Organverteilung – medizinisches Fachwissen und damit ärztliche Beteiligung.

Mit den etablierten medizinischen Prinzipien des Wohltuns, des Nichtschadens und des Respekts der Autonomie bestehen für ärztliches Handeln zwar klare Vorgaben für die Behandlung eines Patienten im Einzelfall, für Verteilungsfragen in der Patientenversorgung bietet das ethische Prinzip der Gerechtigkeit hingegen keine vergleichbar klaren, allgemein akzeptierten Verteilungskriterien.

Zudem handelt es sich bei der Verteilung knapper Gesundheitsressourcen nicht um eine ärztliche, sondern um eine gesellschaftliche, d.h. staatlich zu regelnde Aufgabe. Insbesondere mit Blick auf mögliche Alternativen vermag deshalb auch die Auffassung des Deutschen Ethikrats nicht richtig zu überzeugen, nach der der Staat nur sehr begrenzte Möglichkeiten habe, „abstrakt bindende Vorgaben für die Allokation knapper Ressourcen zu machen“, da er menschliches Leben nicht bewerten dürfe [7]. Schließlich geht es bei den Triage-Entscheidungen nicht darum, den Wert menschlichen Lebens zu bestimmen, sondern darum, medizinische Ressourcen verantwortungsvoll einzusetzen, indem gut begründete Vorgaben für eine Allokationssituation erarbeitet werden, bei der – tragischerweise – nicht alle Betroffenen gerettet werden können.

Wenn ein Patient in einer akuten Knappheitssituation beispielsweise nicht lebensverlängernd behandelt würde, weil er auch mit Intensivtherapie mit einer hohen Wahrscheinlichkeit versterben würde, ist die Nicht-Behandlung nicht dadurch gerechtfertigt, dass das Leben des Patienten weniger wert ist, sondern dass es sich um das Ergebnis einer ethisch gerechtfertigten Zuteilungsentscheidung handelt. In der Situation absoluten Ressourcenmangels stellt sich die Frage nach der persönlichen Verantwortung des Behandlers – „Wem kann ich angesichts des Mangels am besten helfen?“ – und nicht: „Wer hat die Behandlung am meisten verdient?“

Medizinische Fachgesellschaften wären deshalb eigentlich auch nicht die primär legitimierte Instanz, um die Vorgaben für die unausweichlichen Verteilungsentscheidungen während einer Pandemie zu ent-

wickeln. Von staatlicher Seite wurden aber keine Vorgaben für Triage-Entscheidungen im Rahmen einer pandemiebedingten Ressourcenknappheit entwickelt, obgleich eine bereits 2012 vom Robert Koch-Institut federführend durchgeführte Risikoanalyse „Pandemie durch Virus Modi-SARS“ auf den Bedarf entsprechender Vorgaben hingewiesen hatte: „Bisher gibt es keine Richtlinien, wie mit einem Massenanstieg von Infizierten bei einer Pandemie umgegangen werden kann. Diese Problematik erfordert komplexe medizinische, aber auch ethische Überlegungen und sollte möglichst nicht erst in einer besonderen Krisensituation betrachtet werden.“ (Bundestagsdrucksache 17/12051 vom 03.01.2013, S. 65).

Angesichts des Fehlens staatlicher Vorgaben erscheint es aus ethischer Sicht die bessere Lösung, wenn medizinische Fachgesellschaften Empfehlungen für mögliche Triage-Entscheidungen entwickeln, als wenn diese ad hoc von den beteiligten Akteuren getroffen werden, da wesentliche formale Anforderungen an faire Zuteilungsentscheidungen gewährleistet werden können: Wenn die Triage-Entscheidungen den Empfehlungen der Fachgesellschaften folgen, werden diese bundesweit einheitlich nach transparenten, klar definierten sowie medizinisch und ethisch – so weit wie möglich – gut begründeten Kriterien getroffen. Dies sichert konsistente Zuteilungsentscheidungen und damit die Gleichbehandlung der Patienten in einer existenziellen Knappheitssituation. Im besten Fall kann damit einer pauschalen Nichtberücksichtigung bestimmter Patientengruppen allein nach dem Alter oder nach der Versorgungssituation (z.B. stationäre Pflegeeinrichtung) entgegengewirkt werden.

Triage nach klinischer Erfolgsaussicht: ethische Begründung

Dem von den medizinischen Fachgesellschaften vorgeschlagenen Priorisierungskriterium der klinischen Erfolgsaussicht liegen folgende ethische Überlegungen zugrunde [4].

In einer Pandemie mit einer hohen Anzahl lebensbedrohlich Er-

krankter erscheint es aus ethischer Sicht geboten, die knappen Intensivressourcen so effektiv einzusetzen, dass sie möglichst vielen Menschen zugutekommen. Dadurch kann man bei möglichst vielen Menschen der individuellen ethischen Verpflichtung zum Schutze des Lebens nachkommen und damit auch das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit wahren. Demnach erhalten diejenigen Patienten bei der Zuteilung von Intensivbehandlungsplätzen Priorität, die sehr krank sind, aber erfolgreich behandelt werden können, gegenüber denjenigen Patienten, die auch mit intensivmedizinischer Behandlung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit sterben würden. Eine Diskriminierung aufgrund des Alters, sozialer Faktoren, bestimmter Grunderkrankungen oder Behinderungen kann damit verhindert werden.

Das zugrunde liegende Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht bezieht sich auf die Wahrscheinlichkeit, die aktuell anstehende Intensivbehandlung zu überleben. Die Beurteilung erfolgt jeweils im Einzelfall unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

1. Schweregrad der akuten Erkrankung,
2. prognostisch relevante Begleiterkrankungen und
3. allgemeiner Gesundheitszustand, soweit er Auswirkungen auf das aktuelle Überleben vermuten lässt.

Der pauschale Ausschluss bestimmter Patientengruppen unabhängig von der Einzelfallbeurteilung, wie ihn beispielsweise die Schweizer Empfehlungen vorsehen [8], erscheint ethisch problematisch, da sich die klinische Erfolgsaussicht nicht aus dem Vorliegen einer bestimmten Erkrankung, sondern aus dem Zusammenspiel verschiedener prognostisch relevanter Faktoren ergibt.

Die Anwendung des Kriteriums der klinischen Erfolgsaussicht kann dazu beitragen, die Tragik der Triage-Entscheidungen zu reduzieren. Schließlich wird auf eine Intensivbehandlung nur bei solchen Patienten verzichtet, die auch mit bestmöglicher Intensivmedizin eine nur geringe Überlebenschance haben. Der triagebedingte Verzicht auf eine potenziell lebens-

erhaltende Intensivtherapie liegt folglich vergleichsweise nahe an einer individuellethisch begründeten Entscheidung zur Therapiezieländerung: Insbesondere ältere Menschen mit relevanten Begleiterkrankungen, die bei COVID-19 eine höhere Sterbewahrscheinlichkeit haben, wünschen häufig nicht mehr, dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um ihr Leben zu erhalten, und dokumentieren dies im besten Fall in einer Patientenverfügung – was einmal mehr die Bedeutung der Vorausplanung gerade in Zeiten einer Pandemie mit schweren Krankheitsverläufen unterstreicht [9, 10].

Bei der Zuteilung nach der klinischen Erfolgsaussicht handelt es sich nicht um eine konsequent utilitaristische Nutzenmaximierung, da diese neben dem Überleben der Intensivbehandlung die Anzahl der verbleibenden Lebensjahre und die zu erwartende Lebensqualität mitberücksichtigen müsste. Dagegen können aber ethische und pragmatische Argumente vorgebracht werden [2]. Zum einen hätten damit Menschen mit einer kürzeren verbleibenden Rest-Lebenszeit und mit einer prämorbid dauerhaft eingeschränkten Lebensqualität von vornherein schlechtere Chancen auf einen Intensivbehandlungsplatz, was dem ethischen Grundsatz der Gleichbehandlung widersprechen würde. Zum anderen wäre es pragmatisch in der akuten Erkrankungssituation kaum möglich, die verbleibende Lebenszeit und die zu erwartenden Lebensqualität hinreichend verlässlich abzuschätzen, um darauf eine Triage-Entscheidung mit weitreichenden Folgen für die Betroffenen gründen zu können.

Beendigung einer Intensivtherapie im Rahmen von Triage-Entscheidungen?

Mit Blick auf eine konsequente Anwendung des Kriteriums der klinischen Erfolgsaussicht erscheint es ethisch geboten, alle Patienten in die Priorisierung miteinzubeziehen, die einer Intensivbehandlung bedürfen, d.h. auch Nicht-COVID-19-Patienten und diejenigen Patienten, die sich bereits auf der Intensivstation befinden und ggf. invasiv beatmet werden. Dies folgt aus dem Gleichbehandlungs-

grundsatz, da niemand sich die lebensbedrohliche Erkrankung gewählt hat, an der er leidet.

Gegenüber dem Beenden einer bereits laufenden Intensivtherapie („Triage bei Ex-post-Konkurrenz“ [7]) wurden vor allem von rechtlicher Seite [11–13], aber auch vom Deutschen Ethikrat – mit Verweis auf den Schutz der Fundamente der Rechtsordnung [7] – Bedenken geäußert. Das „aktive“ Abschalten eines laufenden Beatmungsgeräts sei eine weder über den Notstand noch über eine Pflichtenkollision zu rechtfertigende Tötung durch Unterlassen [11], was allerdings nicht alle Juristen so sehen [6, 14]. Aus ethischer Sicht erscheint es jedoch nur konsequent, wenn alle Patienten, die der Intensivtherapie bedürfen, bei den anstehenden Triage-Entscheidungen berücksichtigt werden: Eine laufende Intensivtherapie ist auch außerhalb von Triage-Situationen regelmäßig auf ihre Erfolgsaussichten zu überprüfen und ist bei Aussichtslosigkeit entsprechend zu beenden. Der deskriptive Unterschied, dass hierbei nicht „nur“ ein „passives“ Unterlassen, sondern ein „aktives“ Tun, nämlich die Beendigung der lebensverlängernden Maßnahmen, erforderlich ist, spielt für die ethische und auch rechtliche Bewertung keine Rolle (vgl. hierzu das BGH-Urteil vom 25.06.2010, 2 StR 454/09 sowie [14]). Dies trifft analog auch auf Triage-Entscheidungen zu: Die Verletzung der individuellethischen Behandlungspflicht gegenüber dem Patienten ist vergleichbar gravierend, unabhängig davon, ob der medizinisch noch mögliche Lebenserhalt durch ein Unterlassen oder eine Beendigung der Intensivmaßnahmen erfolgt.

Auch aus Gründen der Gleichbehandlung wäre es schwer zu vermitteln, dass ein Patient – bei vergleichbar schlechter klinischer Erfolgsaussicht – nur deshalb bei einer Priorisierungsentscheidung bevorzugt würde, weil er sich bereits auf der Intensivstation befindet. Nicht zuletzt würden bei einem Ausschluss einer „Triage bei Ex-post-Konkurrenz“ weniger Menschenleben gerettet werden können, da schwerstkranke Patienten mit einer sehr schlechten Prognose sehr lange ein knappes Intensivbett bele-

gen – und mit einer hohen Wahrscheinlichkeit am Ende dann doch versterben. Angesichts eines absoluten Mangels an Behandlungskapazitäten wäre dies ein schwer zu rechtfertigender Umgang mit knappen Ressourcen und wäre darüber hinaus von den Behandlungsteams nur schwer zu akzeptieren, die die Behandlung fortsetzen müssten, während auf der Aufnahmestation viele Menschen mit deutlich besserer Erfolgschance nicht würden gerettet werden können.

Kohärenz mit dem Vorgehen in anderen Verteilungssituationen

Das Vorgehen bei Triage-Entscheidungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie ist nicht nur auf ihre interne ethische Plausibilität zu prüfen, sondern auch darauf, ob sie mit dem Vorgehen in vergleichbaren Allokationssituationen kohärent ist, da in vergleichbaren Allokationssituationen auch vergleichbare ethische Kriterien angewendet werden sollten.

Zunächst kann man feststellen, dass die Zielsetzung, mit am Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht orientierten Triage-Entscheidungen möglichst viele Menschenleben zu retten, mit der Zielsetzung bei einer Triage-Situation in der Katastrophenmedizin übereinstimmt: „Ziel für die Hilfeleistenden ist in einer Katastrophe immer, [...] möglichst vielen Angehörigen der sozialen Gemeinschaft das Überleben zu ermöglichen.“ [3] Allerdings helfen die Sichtungskategorien der Katastrophenmedizin für einen Massenzustrom von intensivpflichtigen Patienten nicht, da alle diese Patienten in die Sichtungskategorie I fallen würden, die aufgrund einer „akuten, vitalen Bedrohung“ sofort behandelt werden. Hier ist eine weitere Differenzierung der hochdringlich zu behandelnden Patienten erforderlich. Deshalb sprechen die Empfehlungen der Fachgesellschaften zutreffend von Priorisierung: Es werden diejenigen Menschen identifiziert, denen vorrangig geholfen werden soll.

Vergleichbare Situationen einer lebensbedrohlichen Knappheit gibt es zudem in der Transplantationsmedizin. Die Kriterien für die oft über-

lebenswichtigen Organe hat der Gesetzgeber im Transplantationsgesetz (TPG) festgelegt: „Die vermittlungspflichtigen Organe sind von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln.“ (§12 Abs. 3 TPG) Das Triage-Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht scheint mit diesen Kriterien zumindest kompatibel, da bei allen intensivpflichtigen Patienten die Dringlichkeit der Behandlung gegeben ist und damit das zweite Kriterium der Erfolgsaussicht als weiteres Differenzierungskriterium zur Anwendung kommen muss. Dennoch handelt es sich bei der Organverteilung um eine grundsätzlich andere Allokationssituation, sodass die Regelung nicht einfach übertragen werden kann.

Kritik und alternative Kriterien für Triage-Entscheidungen

Die Zuteilung nach dem Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht und die zugrunde liegende ethische Rechtfertigung, mit den begrenzt verfügbaren Ressourcen in der akuten Krise möglichst viele Menschenleben zu retten, wurde vor allem aus verfassungsrechtlicher Sicht [15] und von Vertretungen von Menschen mit Behinderung (z.B. abilitywatch.de) kritisiert.

Die Kritik richtet sich vor allem auf die Aggregation in der ethischen Begründung und die mögliche Diskriminierung von älteren Menschen und Menschen mit Behinderung bei Anwendung des Kriteriums der klinischen Erfolgsaussicht. Dem ist zunächst entgegenzuhalten, dass weder das Alter noch das Vorliegen einer Behinderung per se mit schlechteren Chancen verbunden ist. Nur dann, wenn beispielsweise eine hohe Gebrechlichkeit im Alter vorliegt oder wenn eine Behinderung die Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich (!) reduziert, hätten die Betroffenen – nicht apriori, sondern in Abhängigkeit vom klinischen Gesamtbild im Einzelfall – eine schlechtere Chance, im Rahmen einer Priorisierungs-Entscheidung ein Intensivbett

zu bekommen. Dies trifft aber gleichermaßen auf Menschen mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen zu, die zu einer erheblichen (!) Prognoseverschlechterung (= sehr hohe Sterbewahrscheinlichkeit trotz Intensivtherapie) bei einer schwerwiegenden Erkrankung mit COVID-19 führen. Da die Prognose, eine schwer verlaufende COVID-19-Erkrankung zu überleben, insgesamt nicht schlechter ist als z.B. bei schweren Hirnblutungen, Polytraumata oder schweren Verbrennungen, können sogar mehr Ressourcen zur Behandlung von COVID-19 zur Verfügung stehen – und damit auch Menschen mit Behinderungen zugutekommen.

Wer das Kriterium der Erfolgsaussicht kritisiert, muss alternative Triage-Kriterien benennen [zur Übersicht vgl. 2]. Naheliegender wäre ein an formaler Chancengleichheit orientiertes Zuteilungsverfahren wie ein First-come-first-served oder ein Losverfahren. Ob Ersteres wirklich eine Chancengleichheit gewährleistet, ist fraglich, da die Menschen aufgrund unterschiedlicher geografischer, sozio-ökonomischer oder auch körperlicher Voraussetzungen unterschiedlich gute Chancen haben, bei einer schweren COVID-19-Erkrankung schnell ins Krankenhaus eingewiesen zu werden. Aus ethischer Sicht schwerer wiegt, dass beide Zuteilungsverfahren einen erheblichen moralischen Preis haben: Es wird mehr vermeidbare Todesfälle geben, weniger Menschenleben können gerettet werden, weil auch Patienten mit einer sehr schlechten Prognose ein Intensivbett bekommen und dieses dann sehr lange belegen. In der gleichen Zeit hätten mehrere Patienten mit einer besseren Prognose gerettet werden können. Auch die unvermeidbare Tragik der Triage-Entscheidungen würde vergrößert, da auch Patienten mit einer guten Überlebenschance sterben müssen, wenn sie zu spät kommen oder ihnen über Losverfahren kein Intensivbett zugeteilt wird. Ob dies eine Regelung wäre, der die meisten Menschen hinter einem Rawlsschen Schleier des Nichtwissens, d.h. in Unkenntnis ihrer individuellen Situation, zustimmen würden, darf bezweifelt werden, da dies die individuelle Apriori-Überlebenswahrscheinlich-

keit des Einzelnen im Rahmen der Pandemie verschlechtern würde.

Weitere mögliche Zuteilungskriterien wie der instrumentelle Wert des Patienten (z.B. Bevorzugung von Gesundheitspersonal) kämen nicht als grundlegende Alternative, sondern allenfalls als ein ergänzendes Kriterium in Frage. Erforderlich wäre hierfür aber ein entsprechender gesellschaftlicher Konsens.

Gleiches gilt für die aus ethischer Sicht durchaus diskussionswürdige Frage, ob jüngere Menschen gegenüber älteren Menschen bevorzugt werden sollten, da Erstere weniger Chancen auf ein erfülltes Leben hatten und deshalb ihr im Lebensverlauf früheres Versterben eine größere Tragik beinhalten würde („life-cycle principle“ [16]). Es wurde deshalb vorgeschlagen, das Lebensalter als sekundäres Kriterium („tiebreaker“) heranzuziehen, sofern zwei Patienten die gleiche Wahrscheinlichkeit haben, den akuten Intensivverlauf zu überleben [2, 16]. Die Empfehlungen der Italienischen Gesellschaft für Anästhesie, Analgesie, Reanimation und Intensivtherapie (SIAARTI) enthalten als sekundäres Priorisierungs-Kriterium die hinzugewonnenen Lebensjahre [17] – was tendenziell jüngere Patienten bevorzugt, aber keine konsequente Umsetzung des „life-cycle principles“ darstellt, da nicht der erfüllte Lebenszyklus, sondern die verbleibenden Lebensjahre in die Entscheidung einfließen. Auch hier wäre jedoch ein entsprechender gesellschaftlicher Deliberationsprozess erforderlich. Deshalb ist dieses Kriterium auch nicht in den Empfehlungen der Fachgesellschaften enthalten.

Ausblick

Durch die weitreichenden Infektionsschutzmaßnahmen konnte in Deutschland eine Knappheit an Intensivbetten und damit möglicherweise verbundene Triage-Entscheidungen während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie erfolgreich vermieden werden. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass in einer zweiten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie oder bei einer zukünftigen Pandemie mit einem anderen Erreger noch einmal eine Ressourcenknappheit in der Intensivmedizin droht. Es ist deshalb

sinnvoll, die Zwischenzeit zu nutzen, um die Voraussetzungen für ethisch gut begründete und rechtlich abgesicherte Priorisierungsentscheidungen zur Bewältigung einer Pandemie-bedingten Ressourcenknappheit weiter zu stärken. Erforderlich ist aus unserer Sicht zum einen die Stärkung der Legitimation durch eine entsprechende Vorgabe des Gesetzgebers oder zumindest eine Diskussion im Deutschen Bundestag, die die Rolle des Gesetzgebers und der medizinischen Fachgesellschaften hinsichtlich möglicher Priorisierungsentscheidungen klärt [14].

Zum anderen ist eine Aktualisierung und weitere Konkretisierung der noch vergleichsweise allgemein gehaltenen Empfehlungen der Fachgesellschaften erforderlich. Zur Prognoseeinschätzung einer schweren COVID-19-Erkrankung liegen Daten erst kurze Zeit vor und sind nicht immer ausreichend belastbar. Die Einschätzung, wer de facto eine schlechtere klinische Erfolgsaussicht hat, muss also ständig an den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand angepasst werden. Zudem könnte das Vorgehen noch weiter konkretisiert werden. In größeren Kliniken müssen die Priorisierungsentscheidungen über 150 bis 200 Patienten hinweg getroffen werden. Dies erscheint realistisch nur dann möglich, wenn die klinische Erfolgsaussicht mit einem Score, in den verschiedene prognostisch relevante Parameter einfließen [vgl. den eAppendix von 16], erfasst wird. Wenn alle Intensivbetten belegt sind und z.B. 5 weitere intensivpflichtige Patienten zugewiesen werden, könnten 10 Patienten identifiziert werden, bei denen gemäß dem Score die geringste Erfolgsaussicht besteht. Aus diesen 10 könnten dann im Rahmen einer Einzelfallprüfung 5 Patienten identifiziert werden, bei denen eine Beendigung der Intensivtherapie unter Berücksichtigung der medizinischen Gesamtumstände und des erklärten bzw. mutmaßlichen Willens des Patienten ethisch am ehesten vertretbar wäre. Es bleibt zu hoffen, dass die verantwortlichen Akteure in den verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen diese Fragen weiter aufgreifen, sodass bei einer zukünftigen

pandemie-bedingten Ressourcenknappheit auf ein entsprechend rechtlich legitimes sowie medizinisch und ethisch gut begründetes Vorgehen zurückgegriffen werden kann.

Interessenkonflikte

Gerald Neitzke hat im Rahmen von Fortbildungen Honorare von div. Kliniken erhalten, Jan Schildmann eine finanzielle Förderung im Rahmen eines BMBF-Projektes sowie ebenfalls Vortragshonorare.

Literatur

1. Truog RD, Mitchell C, Daley GQ: The Toughest Triage – Allocating Ventilators in a Pandemic. *N Engl J Med* 2020; 382: 1973–5
2. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R et al.: Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med* 2020; 382: 2049–55
3. Schutzkommission beim Bundesminister des Innern: Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. Berlin: Bundesministerium des Innern 2006
4. Marckmann G, Neitzke G, Schildmann J et al.: Decisions on the allocation of intensive care resources in the context of the COVID-19 pandemic : Clinical and ethical recommendations of DIVI, DGINA, DGAI, DGIIN, DGNI, DGP, DGP and AEM. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2020 Jul 29, DOI: 10.1007/s00063-020-00709-9
5. Marckmann G: Gesundheit und Gerechtigkeit. *Bundesgesundheitsbl* 2008; 5: 887–94
6. Gaede K, Kubiciel M, Saliger F et al.: Rechtmäßiges Handeln in der dilemmatischen Triage-Entscheidungssituation. *Stellungnahme. medstra* 2020; 5: 129–37
7. Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc-Empfehlung. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2020
8. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin: COVID-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3. der SAMW-Richtlinien intensivmedizi-

- nische Massnahmen (2013). Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW); 2020
9. Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD: The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA* 2020; 323: 1771–2
 10. Feddersen B, Petri S, Marckmann G et al.: Implementing patient-centered advance care planning in the outpatient setting during the COVID-19 pandemic. *MMW Fortschr Med* 2020; 162: 45–8
 11. Engländer A, Zimmermann T: „Retungstötungen“ in der Corona-Krise? Die Covid-19-Pandemie und die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin. *NJW* 2020; 20: 1398–402
 12. Hübner J, Schewe DM, Katalinic A et al.: Legal Issues of Resource Allocation in the COVID-19 Pandemic – Between Utilitarianism and Life Value In-
 - difference. *Dtsch Med Wochenschr* 2020; 145: 687–92
 13. Merkel R, Augsberg S: Die Tragik der Triage – straf- und verfassungsrechtliche Grundlagen und Grenzen. *JuristenZeitung* 2020; 75: 704–14
 14. Taupitz J: Verteilung medizinischer Ressourcen in der Corona-Krise: Wer darf überleben? *Medizinrecht* 2020; 38: 440–50
 15. Fateh-Moghadam B, Gutmann T. *Verfassungsblog* 2020. Available from: <https://verfassungsblog.de/gleichheit-vor-der-triage/>
 16. White DB, Lo B: A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. *JAMA* 2020; 323: 1773–74
 17. Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva: Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, 2020



Korrespondenzadresse
 Univ.-Prof. Dr. med.
 Georg Marckmann, MPH
 Institut für Ethik, Geschichte und
 Theorie der Medizin
 Ludwig-Maximilians-Universität
 München
 Lessingstr. 2, 80336 München
 marckmann@lmu.de