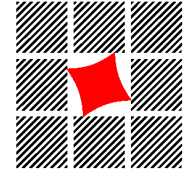


DGKM e.V.



**Deutsche Gesellschaft für
KatastrophenMedizin e.V.**

Deutsche Gesellschaft für KatastrophenMedizin e.V.
Geschäftsstelle - c/o Frau Billi Ryska, Wasserburger Str. 59, D-85614 Kirchseeon

Der Präsident

Prof.Dr.med.Leo Latasch

Dehnhardtstraße 11
D-60433 Frankfurt/Main

Telefon: +49-69-523810
Telefax: +49-69-533820
Mobil: +49-177-8833044

E-Mail:
leo.latasch@dgkm.org

06.04.20

Zeichen: LL/JS/ra

Covid-19-Pandemie Medizinische und ethische Aspekte bei der Verteilung knapper Ressourcen und der Triage-Situation

Eine Orientierungshilfe der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V.

I. Vorwort

Die Covid-19-Pandemie stellt das Gesundheitswesen derzeit vor enorme Herausforderungen. Dies betrifft alle Einrichtungen, die Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, Einrichtungen der Eingliederungshilfen und der Behindertenhilfe sowie die ambulanten Dienste. Auch wenn der weitere Verlauf der Pandemie nicht sicher vorhersagbar ist, geben die aktuellen Prognosen und der Blick ins Ausland Grund zu der Annahme, dass wir auch in Deutschland auf eine Situation vorbereitet sein müssen, in der viele Menschen so schwer erkranken, dass die (intensiv)medizinischen Versorgungs-kapazitäten in den Krankenhäusern zeitweise nicht mehr ausreichen könnten und durch andere organisatorische Maßnahmen nicht mehr zu kompensieren sind, um alle schwerst-kranken Patienten adäquat versorgen zu können. Der zugrundeliegende Mangel könnte sowohl die Zahl der Behandlungsplätze betreffen, wie die notwendigen (Beatmungs-) Geräte, die Schutzbekleidung sowie ausreichendes Fachpersonal.

Diese Orientierungshilfe konzentriert sich auf eine solche außerordentliche Notlage, zumal es dafür in der deutschen Nachkriegsgeschichte keine vergleichbare Erfahrung gibt, auf die zurückgegriffen werden könnte. Sollte der schlimmste Fall (worst-case-scenario) eintreten, müssten unausweichlich Entscheidungen darüber getroffen werden, welche Patienten behandelt werden sollen und welche nicht oder nicht mehr.

Indem dieses Thema aufgegriffen wird, soll weder eine dramatische Situation herbeigeredet, noch Unsicherheit verbreitet werden. Im Gegenteil: zu einer verantwortungsvollen, vorausschauenden Planung gehört es, mit nüchternem Blick den schlimmsten Fall einzubeziehen (worst-case-scenario), zumal davon auszugehen ist, dass die zu treffenden Entscheidungen bei unzureichend vorhandenen lebensnotwendigen Ressourcen eine außerordentlich hohe emotionale und moralische Belastung für die jeweils Beteiligten darstellt.

Geschäftsstelle:
c/o Frau Billi Ryska
Wasserburger Str. 59
D-85614 Kirchseeon

Telefon: +49-8091-5378548
Telefax: +49-8091-5376883
Mobil: +49-173-7795713

E-Mail:
generalsekretariat@dgkm.org

Internet:
www.dgkm.org

Eingetragen im
Vereinsregister München
VR 10031

Vorstand:
Prof. Dr. med. L. Latasch
OTA a.D. U. Grüneisen
Dr. med. R. Huf, J. Schreiber

Finanzamt Erding
Steuer-Nr: 114/107/60233
USt-IdNr: DE232666013

Für diese Orientierungshilfe wurden verschiedene Positionspapiere berücksichtigt, als Hauptgrundlage die Orientierungshilfe der AGAPLESION gAG¹, die Ad-hoc-Stellungnahme des Deutschen Ethikrates², sowie die Stellungnahmen verschiedener Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen aus dem In- und Ausland.³

Für die **konkrete Entscheidungsfindung im Krankenhaus** schlagen wir vor, die Klinisch-ethischen Empfehlungen der sieben deutschen Fachgesellschaften als Leitfaden zu verwenden, die unter der Federführung der *Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin* (DIVI) am 25.03.2020 veröffentlicht wurden.⁴

Dieser Katalog der Fachgesellschaften hat für die Einrichtungen des Gesundheitswesens zwar keine bindende Wirkung, kann den Mitarbeiter*innen jedoch als **Hilfe bei ihrer Entscheidungsfindung** dienen. Uns ist bewusst, dass auch in diesem Katalog nicht alle Fragen erschöpfend beantwortet werden. Auch ist es wichtig herauszustellen, dass bei den derzeit bestehenden rechtlichen Unsicherheiten in diesen Fragen der Deutsche Ethikrat darauf hinweist, dass bei einer Orientierung an den von medizinischen Fachgesellschaften aufgestellten Kriterien „mit entschuldigender Nachsicht der Rechtsordnung“ gerechnet werden kann.⁵ Das Recht verlangt vom Arzt bzw. von der Ärztin nicht mehr, als tatsächlich geleistet werden kann. Die klinisch-ethischen Empfehlungen der DIVI geben somit einen wichtigen Rahmen und eine Struktur, richten sich primär an die klinischen Entscheidungsträger, sollen diese entlasten und wollen darüber hinaus auch allen interessierten Mitarbeiter*innen offenlegen, an welchen Kriterien sich ärztliche Entscheidungen in einer solchen schwierigen und belastenden Krisensituation orientieren.

Vorläufigkeit

Unter den derzeitigen Bedingungen kann und soll hiermit kein abschließendes Votum abgegeben werden. Auch von Seiten der Wissenschaft wird herausgestellt, dass das Virus erst noch besser „verstanden“ werden muss und quasi täglich neue Erkenntnisse über dessen Beschaffenheit gewonnen werden. So können sich die medizinischen Voraussetzungen ebenso wie die Rangordnung ethischer Probleme und rechtlicher Konfliktsituationen in den nächsten Tagen und Wochen ändern, Auf diese Vorläufigkeit verweist auch die *Deutsche*

¹ AGAPLESION gAG (2020). ‚Covid-19-Pandemie. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte bei der Verteilung knapper Ressourcen und der Triage-Situation. Eine Orientierungshilfe des Vorstandes für die Krankenhäuser im AGAPLESION-Verbund‘. (Internes Dokument)

² Deutscher Ethikrat (2020) *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc-Empfehlung*. Berlin, 27.03.2020 (verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>) zuletzt aufgerufen am 27.03.2020

³ siehe (1.) Statement der Arbeitsgruppe Ethik der *Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin* (ARGE Ethik ÖGARI) vom 17.03.2020, ‚Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie, verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf, (2.) Gemeinsame Stellungnahme der *Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften* und der *Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin* vom 20.03.2020. ‚Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit‘ (verfügbar unter: samw.ch/de/corona).

⁴ Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2020) ‚Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen‘. Verfügbar unter: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1531-covid-19-ethik-empfehlung/file>

⁵ Deutscher Ethikrat (2020), S. 4

Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, die um Rückmeldungen zu ihrer klinisch-ethischen Entscheidungshilfe bittet, um diese ggf. einarbeiten zu können. Die jeweils aktuelle Fassung ist unter www.divi.de zu finden.

II. Grundlegende ethische Aspekte

Nach unserem ethischen Verständnis ist jedes menschliche Leben grundsätzlich unantastbar und schützenswert, das gesunde ebenso wie das erkrankte, das heile ebenso wie das gebrechliche und verletzte, das junge ebenso wie das alte Leben. Aus Sicht der medizinischen Ethik geht es stets darum, Leben zu erhalten und zu fördern. Daraus resultiert die Verpflichtung, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten, damit es nicht zu Situationen kommt, in denen keine ausreichenden Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen und darüber entschieden werden muss, wer weiterbehandelt werden soll und wer nicht.

Sollte es dennoch zu einer solchen Notfallsituation kommen, so sind folgende Aspekte grundlegend, auch wenn sie im Einzelfall miteinander in Konflikt stehen können, wenn versucht wird, jedem Patienten individuell gerecht zu werden und zugleich so viele Menschenleben wie möglich zu retten:

- Die Indikationsstellung über die medizinische Maßnahme ist ärztliche Aufgabe.
- Bei der Entscheidungsfindung dürfen Patienten nicht diskriminiert werden aufgrund ihres Alters, ihrer Herkunft, ihrer sozialen Stellung, ihres Versicherungsstatus, ihrer Behinderung o.ä.
- Jedes Leben ist gleich wertvoll und die Frage der Lebensqualität entzieht sich jeder „Bewertung“ von außen.
- Sind die Ressourcen nicht für alle ausreichend, sollen die Entscheidungen über die Vergabe der knappen Ressourcen nicht alleine, sondern nach dem Mehraugenprinzip (6-Augen-Prinzip) getroffen und möglichst im Team transparent gemacht werden, wobei letztlich die ärztliche Handlungshierarchie greift.
- Grundlegend ist die Berücksichtigung des Patientenwillens, ob er oder sie die entsprechende medizinisch-indizierte Maßnahme überhaupt (noch) will.⁶
- Bei Patienten, die sich im unabwendbaren Sterbeprozess befinden, soll – unabhängig davon, ob Ressourcenknappheit besteht – nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer der offensichtliche Sterbevorgang „nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden“.⁷ Eine angemessene palliative Versorgung ist auch für die Ausnahmesituation sicherzustellen und die Strukturen dafür ggf. im Vorfeld in der jeweiligen Einrichtung zu überprüfen, abzusprechen und sicherzustellen, etwa durch die Kooperation mit einer Palliativstation und/oder in der Palliativmedizin erfahrene Ärzt*innen.

⁶ Es gelten die direkten Willensäußerungen des Patienten wie auch die vorab schriftlich niedergelegten Willensäußerungen in der Patientenverfügung, sofern sich diese auf die konkrete Behandlungssituation bezieht.

⁷ Bundesärztekammer (2011), Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung'. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 108, Heft 7, 18. Februar, A-346-348. (verfügbar unter:

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf)

Stets müssen die Mitarbeiter*innen den größtmöglichen Schutz ihrer eigenen Gesundheit im Rahmen ihrer belastenden Arbeit erhalten.

Grundlegende Orientierung am Patientenwillen

Zur angemessenen individuellen Vorsorge und im Hinblick auf einen verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen gehört es auch sicherzustellen, dass jene Patienten, die intensivmedizinische Maßnahmen ablehnen - etwa in ihrer Patientenverfügung -, diese auch nicht (irrtümlich) erhalten. Deshalb sollte mit Patienten, die dazu in der Lage sind, antizipierend der Patientenwille für den Behandlungsumfang bei möglichen Komplikationen und gesundheitlichen Verschlechterungen geklärt werden (Reanimationsstatus und Umfang der Intensivtherapie mit Intubation und Beatmung).

CAVE: Derartige Gespräche müssen stets ergebnisoffen geführt werden und dürfen – gerade in der derzeitigen Situation - nicht dazu führen, dass der Patient sich zu einer bestimmten Entscheidung gedrängt fühlt.

Wenn der Einsatz von intensivmedizinischen Maßnahmen eingeschränkt oder sogar ganz darauf verzichtet wird, muss für den Fall der Verschlechterung des Gesundheitszustandes eine angemessene palliative Versorgung gewährleistet sein (siehe hierzu die Handlungsempfehlung der DGP⁸).

Unauflösbare Dilemmata

Stehen in einer extremen Notlage lebensnotwendige Ressourcen für die Behandlung schwerstkranker Patienten nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung, handelt es sich **letztlich um eine unauflösbare ethische Dilemmasituation**, in der es keine eindeutig „richtige“ oder befriedigende Lösung geben wird.⁹ Dennoch müssen gravierende Entscheidungen getroffen und verantwortet werden. **Ein strukturiertes Vorgehen ist dafür notwendig** (siehe *Klinisch-ethische Empfehlungen der DIVI*) **und im Vorfeld durchzusprechen**, kritische Punkte sind vorab zu diskutieren, ggf. unter Einbeziehung und Unterstützung der lokalen Ethikberatung.

III: Vordringlichste Aufgabe: Ressourcenverknappung vermeiden!

Um derart tragische Situationen zu vermeiden, wie sie u.a. aus Kliniken in Norditalien, Spanien, Frankreich und den USA berichtet werden, wird vieles darangesetzt, dass in deutschen Krankenhäusern ausreichende Versorgungskapazitäten zur Verfügung stehen. Da bei der Covid-19-Pandemie mit einer Zunahme an Fällen akuter Ateminsuffizienz im Rahmen eines intensivpflichtigen Multiorgandysfunktionssyndroms zu rechnen ist, wurde vor allem die materielle Ausstattung (wie Überwachungs- und Beatmungskapazitäten) ausgebaut und erhöht. Ebenso wichtig sind aber die Bemühungen um die Stärkung der personellen Infrastruktur (Ärzt*innen, Pflegekräfte, KGs, MTRAs, MFAs).

⁸ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2020) ‚Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive 2.0‘ verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200401_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_2.0.pdf

⁹ vgl. Deutscher Ethikrat (2020) S. 3

Hierzu zählen u.a.:

- a) Versuch der Gewinnung weiterer Pflegekräfte und Ärzt*innen mit Erfahrungen in den benötigten Teilbereichen (z.B. nicht invasive Beatmung) aus anderen medizinischen Bereichen (z.B. niedergelassene Pneumologen).
- b) Versuch der Reaktivierung umfassend ausgebildeter, aber derzeit nicht aktiv im Berufsleben stehender Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens, hier vor allem in der Intensivmedizin erfahrener Pflegekräfte und Ärzt*innen.
- c) Bewusster Umgang mit Materialien (Schutzkleidung etc.)

IV. Besonderer Schutz der Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen

Die Mitarbeiter*innen, die in der Versorgung von Corona-Patienten tätig sind, sind einem besonderen Risiko ausgesetzt, sich selbst mit dem Coronavirus zu infizieren. Sollten das Fachpersonal wegen einer Ansteckung ausfallen und sich die Personaldecke dadurch weiter verdünnen, muss damit gerechnet werden, dass in der Folge noch mehr Patienten versterben werden. Darum ist das Fachpersonal vor Ansteckung, aber auch vor physischer und psychischer Überbelastung so weit wie möglich zu schützen.

Soweit möglich, sollten Personen, die ein erhöhtes gesundheitliches Risiko aufweisen, nicht in der Versorgung von Covid-19-Patienten eingesetzt werden!

V. Vorbereitung auf ein mögliches Szenario

Im Vergleich zu Großschadensereignissen und Massenanfall an Verletzten (MANV) unterscheidet sich die Situation bei der Covid-19-Pandemie vor allem durch drei Dinge:

1. Es geht nicht um die Behandlung körperlicher Traumata unterschiedlicher Schweregrade mit entsprechenden OP-Kapazitäten und chirurgischem Personal, sondern vorwiegend um die Behandlung von akuter Ateminsuffizienz im Rahmen eines intensivpflichtigen Multiorgandysfunktionssyndroms;
2. womöglich werden die lebenserhaltenden Ressourcen der Gesundheitsversorgung länger gebunden als bei der Versorgung von Erkrankten, die im Rahmen eines Großschadensereignisses behandelt werden müssen (z.B. längere Beatmungszeiten bei schwerstkranken Patienten);
3. die Möglichkeit, sich auf die verschiedenen Szenarien mit einem zeitlichen Vorlauf vorbereiten zu können.

Das mögliche **worst-case-scenario**, das eintreten kann, ist vergleichbar mit den Herausforderungen, die aus der Katastrophenmedizin bekannt sind. Grundsätzlich sind zwei Situationen zu unterscheiden, die jedoch beide miteinander verzahnt sind:

1. Die Triage-Entscheidungen in der Notaufnahme: Hier geht es um die Frage, **wer zuerst behandelt** werden soll, d.h. wer die Behandlung **am dringendsten** benötigt (BBK: Klinische Sichtung gemäß 8. Sichtungskonsensusfolgekonzferenz 2019).

Solange genügend Ressourcen auf der Intensivstation zur Verfügung stehen, werden alle Patienten, die eine intensivmedizinische Behandlung benötigen, in der dadurch festgelegten Reihenfolge aufgenommen und nach etablierten Kriterien behandelt.

- Erst wenn alle Behandlungs- bzw. Beatmungskapazitäten *vollständig* (!) ausgenutzt, auch Verlegungen in andere Häuser nicht mehr möglich sind und dennoch weitere Patienten versorgt werden müssen, die ohne intensivmedizinische Versorgung versterben werden, stehen Triage-Entscheidungen auf der Intensivstation an. Um in dieser extremen Ausnahmesituation (!) einen gerechtfertigten Weg zu finden, um **sowohl dem einzelnen Patienten versuchen gerecht zu werden als auch möglichst viele Menschenleben zu retten**, kann es geboten sein, neu eingetroffene Patienten denen vorzuziehen, die bisher intensivmedizinisch versorgt wurden, die aber von der weiteren Intensivbehandlung **nicht mehr profitieren werden**. Klinisch-ethisch empfehlen wir, auf Behandlung derer zu verzichten, bei denen **keinerlei** Erfolgsaussicht gegeben ist.
- Wenn dann die vorhandenen Ressourcen noch immer nicht ausreichen, müssen alternativ auch die Konzepte zur Behandlung ohne Maximaltherapie greifen, wie z.B. die Nutzung von Narkose- und/oder Notfallbeatmungsgeräten bis hin zu Beutelbeatmung durch angeleitetes Personal. Nicht zu vergessen sind tausende von Beatmungsgeräten in Rettungsfahrzeugen, denn ein Patiententransport bis in die Klinik kann auch manuell beatmet werden.
- In allen Fällen muss auch die Gesamtprognose in die klinische Entscheidungsfindung einbezogen werden. „Hier können Grenzsituationen entstehen, die für das handelnde Personal seelisch kaum zu bewältigen sind.“¹⁰

Für das Handeln in derart *extremen Ausnahmesituationen* gibt es derzeit keine eindeutige rechtliche Klarheit. „Rechtliche Vorgaben gibt es bislang nicht“,¹¹ so der Medizinstrafrechtler Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf. Da diese letztlich unlösbaren Dilemmata dennoch Entscheidungen verlangen, gilt der Grundsatz, dass niemand zu Unmöglichem verpflichtet werden kann. So formuliert auch der Deutsche Ethikrat: „Wer in einer solchen Lage eine Gewissensentscheidung trifft, die ethisch begründbar ist und transparenten – etwa von medizinischen Fachgesellschaften aufgestellten – Kriterien folgt, dürfte im Fall einer möglichen (straf-)rechtlichen Aufarbeitung des Geschehens mit einer entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung rechnen“¹²

Im Rahmen der Vorbereitungen auf derartige Ausnahmesituationen sind Angebote für die Mitarbeiter*innen vor allem in den Notaufnahmen und Intensivbereichen bereitzuhalten, die für die Bewältigung dieser Situationen hilfreich sind. Dazu können u.a. die Schaffung von kurzfristigen internen Nachbesprechungen der Behandlungsteams gehören, die seelsorgerliche Begleitung, Formen der Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen, sowie die Möglichkeit einer psychosozialen Notfallversorgung und psychologischer Unterstützung bei der Erfahrungsbearbeitung.¹³

¹⁰ Deutscher Ethikrat (2020), S. 4

¹¹ Hilgendorf, E. (2020) ‚Triage-Empfehlungen in der Coronakrise: Mit Rechtsfragen nicht die Ärzte belasten‘. Legal Tribune Online. 29.03.2020. (verfügbar unter <https://www.lto.de/recht/hintergruende/h/corona-triage-klinisch-ethische-empfehlungen-aerzte-pflichtenkollision-moeglichst-viele-nutzbringend-retten/>)

¹² Deutscher Ethikrat (2020), S. 4

¹³ vgl. hierzu: Sektion Psychologische Versorgungsstrukturen in der Intensivmedizin der DIVI (2020) ‚Klinische psychosoziale Notfallversorgung im Rahmen von COVID19 – Handlungsempfehlungen‘ (verfügbar unter: <https://www.divi.de/images/Dokumente/PeerReview/200321-COVID19-psychosoziale-notfallversorgung.pdf>)

Zur theoretischen Frage, wie Ressourcen, die nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, gerecht verteilt werden können, haben Philosophie und Ethik Konzepte und Entscheidungsmodelle zur Verfügung gestellt, die kulturell unterschiedlich akzeptiert sind und sowohl untereinander als auch mit (verfassungs)rechtlichen Aspekten in Konflikt stehen können (z.B. Triage-Regeln). **Es geht im Kern um die Frage, wer mit maximal-therapeutischen Mitteln versorgt werden soll, wenn nicht für alle Maximaltherapie zur Verfügung steht.** Es geht um zentrale Grundrechte der Patienten ebenso wie um fundamentale Probleme der Verteilungsgerechtigkeit.¹⁴

Auch wenn das Ziel, möglichst viele Menschenleben zu erhalten und die Zahl der Todesfälle so gering wie möglich zu halten, unstrittig ist, bleibt bei mangelnden Ressourcen dennoch das Dilemma bestehen, dass nicht vor Behandlungsbeginn und insbesondere bei mangelnder Kenntnis von Vorerkrankungen eine zuverlässige Entscheidung für einzelne Patienten getroffen werden kann. **Damit bleibt es zunächst bei der Festlegung, dass der Patient, der den dringenden Behandlungsbedarf hat, zuerst behandelt wird.**

Sollten tatsächlich alle zuvor angesprochenen therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft und keine Ausweichmöglichkeiten mehr zur Verfügung stehen, helfen Entscheidungen, den einen Patienten nicht mehr weiter zu beatmen, um einen anderen beatmen zu können, auch nicht wirklich bei der Lösung des Gesamtproblems.

VI. Ethische Aspekte der Triage-Entscheidungen

Vier medizinethische Grundprinzipien

Die Entscheidungsfindung basiert auf den folgenden vier weitgehend anerkannten medizinethischen Prinzipien, an die erinnert werden soll.¹⁵

1. **Gerechtigkeit**, verstanden als Pflicht, knappe Ressourcen so effizient wie möglich einzusetzen und bei Allokationsentscheidungen fair vorzugehen und dabei zugleich der individuell betroffenen Patient*in gerecht zu werden.
2. **Nichtschaden**, verstanden als primäre Pflicht, durch Allokationsentscheidungen zu knappen Ressourcen das Versorgungssystem nicht zu gefährden und dabei zugleich keine Behandlungen durchzuführen, welche für die individuell betroffenen Patient*in mehr Schaden als Nutzen verursacht.
3. **Gutes tun**, verstanden als Pflicht, mit den knappen Ressourcen den größtmöglichen Nutzen für die größtmögliche Zahl an Betroffenen zu erzielen und dabei zugleich jene Maßnahmen durchzuführen, die dem Wohl der individuell betroffene Patient*in am meisten dienen.
4. **Autonomie** (Respekt gegenüber der anvertrauten Person), verstanden als Pflicht, die individuell Betroffenen auch in Ausnahmesituationen nicht zum bloßen Objekt von Allokationsentscheidungen zu degradieren und dabei zugleich die Grenzen individueller Freiheit bei Fremdgefährdung im Blick zu behalten. Da knappe Ressourcen keinesfalls für Behandlungen eingesetzt werden sollen, die ein Patient nicht in Anspruch nehmen möchte, soll der Patientenwille bezüglich Notfall- und Intensivbehandlung möglichst früh abgeklärt werden, insbesondere bei Menschen, die einer Risikogruppe angehören.

¹⁴ Deutscher Ethikrat (2020), S. 3

¹⁵ siehe auch: samw.ch/de/corona

Schutz vor Diskriminierung

Die Entscheidungsfindung wird dadurch erschwert, dass sich in der Ausnahmesituation der Mangel an Behandlungskapazitäten (etwa auf der Intensivstation) nicht allein auf die Versorgung von Covid-19-Patienten beziehen wird, sondern zusätzlich auch andere Patienten betreffen kann, die aufgrund eines Unfalls, einer plötzlichen Erkrankung oder einer Verschlechterung ihres (chronischen) Krankheitszustandes der medizinischen Behandlung bzw. der intensivmedizinischen Versorgung bedürfen. Die ggf. notwendige Zuteilung der nicht in ausreichender Menge vorhandenen Ressourcen muss dann *alle Patient*innen einbeziehen*, die der dringenden Behandlung bedürfen. Dass die Entscheidungen mit Mehreren im Team durchgesprochen werden sollen, hat auch den Sinn, gemeinsam darauf achten zu können, dass keine (unbeabsichtigte) Diskriminierung oder Übervorteilung erfolgt. Unter anderen dürfen folgende Kriterien deshalb **keine Anwendung per se** finden:

- Geschlecht
- Nationalität
- Wohnort
- Religionszugehörigkeit
- Soziale Stellung
- Versicherungsstatus
- Behinderung

Ebenso darf aufgrund des Diskriminierungsverbots **das Alter** nicht per se ein Entscheidungs- oder Ausschlusskriterium sein. Im Zusammenhang mit der Prognose bei Covid-19-Patienten stellen die bei Patienten bestehenden Co-Morbiditäten jedoch einen **Risikofaktor** für die Sterblichkeit dar und werden in diesem Zusammenhang Berücksichtigung finden müssen.

Grundsätzlich muss das Allokationsverfahren fair, sachlich begründet, transparent und nachvollziehbar sein, damit Willkürentscheidungen vermieden werden.

Die Triageentscheidung darf u.a. **nicht nach folgenden Methoden** erfolgen:

- Losverfahren
- First come – first serve
- Besonderer Wert für die Gesellschaft
- Besondere Verdienste, die für die Gesellschaft erbracht wurden.
- Persönliche Beziehung und Verbundenheit zum Patienten
- In Aussicht gestellte finanzielle Gegenleistung

Sichtung ist ein dynamischer Prozess, **Grundlage** ist die ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der medizinischen Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung sowie Zeitpunkt und Ort der Behandlung. Die Sichtung erfolgt ausschließlich unter medizinischen Aspekten ohne Ansehen der Person.


VII. Dürfen erkrankte Ärzt*innen und Pflegekräfte bevorzugt behandelt werden?

Es wird immer wieder diskutiert, ob Personen, die sich einem höheren Infektionsrisiko aussetzen (wie medizinisches Personal, aber auch Polizei und Feuerwehr) bei der Allokation knapper Ressourcen bevorzugt behandelt werden sollen. So ist es verständlich, dass man sich einem Kollegen oder Mitarbeiter, den man seit langen Jahren kennt, enger verpflichtet fühlt, als einem persönlich unbekanntem Patienten. Auch kann man es als gerecht empfinden,

dass ein Arzt/eine Ärztin oder eine Pflegekraft, die sich bei lebensrettenden Maßnahmen zugleich dem hohen Risiko einer Infektion aussetzt, bevorzugt behandelt werden soll, wenn sie selbst erkrankt. Zudem kann das Bewusstsein der eigenen Bevorzugung die Bereitschaft des Mitarbeiters erhöhen, sich den Risiken auszusetzen. Eine solche Bevorzugung ist jedoch **ethisch umstritten und rechtlich nicht vertretbar** (ganz unabhängig davon, dass unklar ist, ob sich der Mitarbeiter in Ausübung seines Dienstes oder doch außerhalb seines Dienstes infiziert hat).

Zu beachten ist, dass derartige „Belohnungen“ und „Anreize“ im deutschen Recht und den rechtlichen Bewertungen keinen Halt finden (vergleichbar der Allokation von Organen, bei den Personen mit Spenderausweis auch keinen Vorzug erhalten, obwohl das von manchen gefordert wird). Bestimmte Berufsgruppen haben besondere bzw. erhöhte Risiken oder sogar Gefahrtragungspflichten. Sofern allerdings unter Anwendung der zulässigen Triage-Kriterien die Pflichten **gleichwertig** sind, kann auch die Aufrechterhaltung des gesamten Versorgungssystems wichtig sein.

Die jeweilige Entscheidung sollte auf der Intensivstation nicht allein getroffen werden, sondern das **Mehraugenprinzip** sollte zur Anwendung kommen und eine transparente Entscheidung im Team ermöglichen, wobei aber gleichwohl letztlich die ärztliche Verantwortungshierarchie greift (wie auch beim Massenansturm der Leitende Notarzt triagiert).



Prof. Dr. med. Leo Latasch
Präsident .



OTA a.D. Ulrich Grüneisen
Vizepräsident



Jürgen Schreiber
Generalsekretär