

## Das Triage-Problem

### Ein Gesetzentwurf liegt vor, offene Fragen bleiben

Berlin (pag) – Das Bundesverfassungsgericht verlangt, dass Menschen mit Behinderungen per Gesetz im Fall einer möglichen coronabedingten Triage gesondert geschützt werden. Ein erster Entwurf liegt vor. Unterdessen zeigt eine Diskussion zwischen Ärzten und Juristen, wie komplex die Priorisierung medizinischer Hilfeleistung ist.



© istockphoto.com, pxel66

Eine gesetzliche Klarstellung zur Triage ist aufgrund eines Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) Ende des vergangenen Jahres notwendig. Anlass dafür ist eine Verfassungsbeschwerde mehrerer Menschen mit

Behinderungen, die im Falle einer COVID-19-bedingten Triage im Krankenhaus fürchten, aufgrund ihrer Behinderung Benachteiligungen zu erfahren. Gemäß den aktuellen Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften um die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) soll die klinische Erfolgsaussicht als wichtigstes Kriterium bei der Priorisierung von Behandlungskapazitäten berücksichtigt werden. Eine gesetzliche Regelung existiert bislang nicht. Aus Sicht des Gerichts ein Versäumnis, das schnellstmöglich behoben werden soll. Der Gesetzgeber müsse dafür Sorge tragen, dass jede Benachteiligung wegen einer Behinderung bei der Verteilung knapper intensivmedizinischer Behandlungsressourcen hinreichend wirksam verhindert werde, so das Gericht im Dezember vergangenen Jahres.

## Mehraugenprinzip ist zentral

Mittlerweile existiert ein Gesetzesentwurf, ein Kabinettsbeschluss liegt bis Redaktionsschluss (xx. April) allerdings noch nicht vor. Im Entwurf vorgesehen ist ein neu einzuführender Paragraf 5c im Infektionsschutzgesetz. Dieser greift nach Vorstellungen der Regierungsfractionen „bei der ärztlichen Entscheidung über die Zuteilung von pandemiebedingt nicht ausreichenden überlebenswichtigen, intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten im Krankenhaus“. Kern der geplanten Regelung ist das Mehraugenprinzip, falls eine Triage notwendig wird. „Die Entscheidung [...] ist von zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen praktizierenden Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin einvernehmlich zu treffen, die den Patienten oder die Patientin unabhängig voneinander begutachtet haben“, heißt es im Entwurf, bei dem es sich um eine Formulierungshilfe für die Ampelfractionen handelt. Besteht kein Einvernehmen, müsse ein weiterer Arzt für eine mehrheitliche Entscheidung hinzugezogen werden. Behandelnde Krankenhäuser seien verpflichtet, nach dieser Regelung zu agieren und deren Einhaltung sicherzustellen. Außerdem sollen sie die Verfahrensabläufe regelmäßig für potenzielle Weiterentwicklungen überprüfen. Mit Triage in Pandemiezeiten beschäftigt sich kürzlich auch eine Diskussionsveranstaltung der Ärztekammer Nordrhein. Dort hebt Nancy Poser hervor: Sollte es hierzulande zu Zuständen wie in Bergamo 2020 kommen, wäre dies ein Todesurteil für Menschen mit Behinderungen oder Komorbiditäten. Poser ist Richterin am Amtsgericht Trier und eine der Beschwerdeführerinnen vor dem BVerfG.

## Triage per Randomisierung

Die Kläger kritisieren insbesondere das Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht in der Leitlinie. Man müsse sich fragen, „ob nicht eine Entscheidung nach Erfolgswahrscheinlichkeit Menschen mit Behinderungen immer diskriminieren wird“, sagt Poser.



© stock.adobe.com, Blue Planet Studio

Denn Ärzte seien nicht in der Lage, in einer solchen Stresssituation die Behinderung oder Komorbiditäten von Patienten außen vor zu lassen. Spezialisten für die jeweilige Erkrankung seien selten vor Ort. Bei der Priorisierung nach prognostizierter Erfolgswahrscheinlichkeit handele sich um eine gesellschaftliche und verfassungsrechtliche Kernfrage: „Ist es richtig, immer die vermeintlich Schwächeren zu opfern, um eine größere Anzahl vermeintlich Stärkerer zu retten?“ Wonach in einer Triage-Situation entschieden werden soll, habe das BVerfG nicht entschieden. Die Juristin schlägt als Alternative eine Randomisierung vor oder wer als erstes kommt, soll das Bett erhalten. Triage mittels Randomisierung könnte „eine faire Chance“ und weniger diskriminierend sein, stimmt Dr. Maria del Pilar Andrino, Leiterin des Gesundheitszentrums Franz-Sales-Haus in Essen, zu. DIVI-Präsident Prof. Gernot Marx lehnt dies hingegen ab: „Alles was ich als Arzt einbringen kann wäre dann weg, das kann nicht im Sinne unserer Patienten sein.“

## Ambulante Vor-Triage

In den Intensivstationen ist es bisher nicht zu einer Triage gekommen, weil ambulant eine Vor-Triage stattgefunden hat, berichtet Andrino. „Das bedeutet, dass Menschen mit Behinderung überhaupt nicht abgeholt worden sind aus ihrem Zuhause und überhaupt nicht in die Klinik gebracht worden sind.“ Einige Ärzte hätten sich auch geweigert Patienten zu untersuchen, wenn diese aus medizinischen Gründen keine

Maske tragen konnten.

Außerdem erinnert Andrino an die Schließung der Spezialstation für Menschen mit Behinderungen in Rummelsberg, da die Betten für COVID-Patienten freigehalten wurden, wofür die Klinik Freihaltepauschalen erhielt. Darum habe es eine Unterdiagnostik und Unterversorgung gegeben. Erschwerend komme hinzu, dass Menschen mit Behinderungen durch die Corona-Maßnahmen eine Rückentwicklung von Autonomie, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit erfahren hätten.

Für Andrino ist die DIVI-Leitlinie ein „No-Go“. „Damit kann ich als Medizinerin nicht leben.“ Sie bezweifelt ferner, dass zwei Intensivärzte die richtige Wahl für das Vier-Augen-Prinzip sind, wie es der aktuelle Gesetzesentwurf vorsieht. Die DIVI begrüßt dagegen die vorgesehene Regelung ausdrücklich, ob zwei Fachärzte am geeignetsten sind, weiß Marx jedoch auch nicht.

## DIVI hält an Erfolgsaussicht fest

Die Verteilung von Patienten nach dem Kleeblattprinzip hat laut Marx bisher Triage-Situationen auf den Intensivstationen verhindert. Seine Gesellschaft hält auch weiterhin am Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht fest. „Man muss klar differenzieren, es geht tatsächlich um die akute Erkrankung“, sagt Marx. Die Ärzte sollen alle wesentlichen die Erfolgsaussicht beeinflussenden Faktoren berücksichtigen: aktuelle Erkrankung, Komorbiditäten und allgemeiner Gesundheitszustand. Der prämorbid Status stehe dabei „deutlich“ als letztes.