

Zur Verteilung knapper medizinischer Güter

Annegret Schoeller, Christoph Fuchs

Einleitung

Das Thema infektionsschutzrechtliche „Triage“ – „Wer darf überleben?“ soll aus medizinischer Sicht beleuchtet werden. Der Begriff „Triage“ zielt auf Situationen in der Katastrophenmedizin oder Wehrmedizin ab. Mit der infektionsschutzrechtlichen „Triage“ wird die Tatsache adressiert, dass eine Pandemie in die Notwendigkeit einer „Triage“ wie in einer Katastrophe münden kann. Dies ist eine Herausforderung an die Akteure auf allen Ebenen. Darauf müssen sich alle Verantwortungsträger einstellen und vorbereiten: Die Makroebene (Gesetzgeber) beeinflusst die Mesoebene (z. B. Ärzteorganisationen) und die Mikroebene (z. B. Ärztinnen und Ärzte).

Es ist bemerkenswert, dass die „Triage“ im Infektionsschutzgesetz nicht angesprochen wird, geht es doch um zentrale Fragen: Nach welchen Kriterien soll vorgegangen werden, um Leben zu retten, oder wie werden die knappen medizinischen Güter und Maßnahmen zugeteilt? Die aufgeworfenen Fragen stellen sich auch schon bei einer Pandemie. Dort kann es auf der Mikroebene unter anderem zur Verknappung von Impfstoff, antiviralen Arzneimitteln oder aber auch zur Verknappung der medizinischen Versorgung, durch beispielsweise fehlende Beatmungsplätze in Krankenhäusern kommen. Es stellt sich dann umso dringender die Frage nach der gerechten Zuteilung im Katastrophenfall. Denn es ist keine Frage, dass eine Pandemie in eine Katastrophe münden kann.

Triage in der Katastrophenmedizin

Im Handbuch der Deklaration des Weltärztebundes wurde die „Triage“ wie folgt definiert: „Eine ‚Triage‘ ist eine medizinische Entscheidung über Behandlungs- und Versorgungsprioritäten auf der Grundlage einer schnellen Diagnose und Prognose für jeden Patienten. Die ‚Triage‘ muss systematisch erfolgen, und zwar unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit, der Möglichkeit ärztlichen Eingreifens und der verfügbaren Ressourcen. Lebensnotwendige Wiederbelebungsmaßnahmen und ‚Triage‘ müssen möglicherweise gleichzeitig erfolgen. Aufgrund der begrenzten sofort zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten bezogen auf die große Zahl von Überlebenden mit unterschiedlich schweren Verletzungen kann die ‚Triage‘ ein ethisches Problem sein.“¹

Der Text des Weltärztebundes verharmlost teilweise die dahinterliegende Problematik. Die tatsächlichen Dimensionen der „Triage“ werden erst durch die Sichtungskategorien bei einer „Triage“ deutlich. Diese sehen wie folgt aus:

- Patienten mit einer akuten vitalen Bedrohung benötigen eine Sofortbehandlung,
- Schwerverletzte Patienten, bei denen eine aufgeschobene Behandlung mit gleichzeitiger Transportpriorität für die baldige Krankenhausbehandlung zu vertreten ist,
- Patienten, die eine Behandlung leichter Gesundheitsschäden im Rahmen von Selbst- oder Nachbarschaftshilfe oder durch den Hausarzt benötigen,

- Patienten ohne Überlebenschance, schwerstgeschädigt und nicht behandlungs- oder transportfähig, die nur palliative Behandlung und / oder seelsorgerischen Beistand bekommen können.

„Triage“ bei einer Pandemie

Auch eine Pandemie kann eine solch große Anzahl von Erkrankten verursachen, dass das Gesundheitswesen an seine Grenzen gerät. Denn die Behandlung ist möglicherweise – auch aufgrund der hohen Ansteckungsgefahr – sehr aufwendig. Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht auf eine außergewöhnliche und sehr hohe Zahl von Kranken mit gleichen Symptomen und gleichen Anforderungen an medizinische Intervention sowie identischen Einsatz von Personal, Pflege und medizinischer Versorgung und Maßnahmen eingerichtet. Die Reserven können schnell aufgebraucht sein.

Zur Durchführung einer infektionsschutzrechtlichen „Triage“ existieren bislang keine gesetzlichen Grundlagen. Auch im Infektionsschutzgesetz gibt es keine Hinweise darauf. Allenfalls in den Pandemieplänen lassen sich Ansätze finden. In bestimmten Situationen ist aber eine infektionsschutzrechtliche „Triage“ erforderlich und die Priorisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen, die mit Impfstoffen und Medikamenten versorgt werden müssen, wird notwendig. Es besteht also das Problem der Verteilung (besser: Zuteilung) voraussichtlich knapper Güter sowie der daraus resultierende Konflikt zwischen

dem Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung und den Grundrechten des Einzelnen.

Die Zuteilung von knappen Gütern an bestimmte Bevölkerungsgruppen sollte nach gerechten Kriterien stattfinden. Dies bedarf einer gesetzlichen Regelung,² die das Infektionsschutzgesetz ergänzen könnte. Einige Beispiele wie in Deutschland im Falle einer Influenzapandemie zugeteilt werden könnte, werden im Folgenden aufgeführt.

Bevorratung von antiviralen Arzneimitteln

Nach dem Nationalen Pandemieplan soll zur Therapie und nicht zur Prophylaxe die Bevorratung von antiviralen Arzneimitteln für das medizinische Personal, das Personal zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung sowie für erkrankte Personen mit einem erhöhtem Komplikationsrisiko (Kinder, alte Menschen, chronisch Kranke) erfolgen.³

Verteilung von Pandemieimpfstoff

Zur Versorgung der Bevölkerung mit Impfstoffen ist im Nationalen Pandemieplan ausdrücklich eine Rangfolge von Bevölkerungsgruppen genannt, die prioritär zu versorgen sind. Demnach sind vorrangig zu impfen:

- Gesundheitspersonal, Personal von Rettungsdienst und Feuerwehr,
- Polizei, Ordnungsbehörden, Entsorgungsunternehmen,
- weiteres Personal des Katastrophenschutzes,
- Personen mit dem Risiko eines schweren Krankheitsverlaufes,
- Allgemeinbevölkerung.

Zeitliche Staffelung der Verteilung von Pandemieimpfstoff

Die Vergabe von Impfstoff wurde im Rahmen der Verordnung über die Leistungspflicht der GKV bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A (H1N1) (ISchGKVLV) je nach Risikogruppe zeitlich gestaffelt festgelegt (STIKO Empfehlungen, Epidemiologisches Bulletin, 12. Oktober 2009, Nr. 41):

Rationierung und Priorisierung

Die Frage generell lautet: Wie gehen wir dabei mit der Verknappung medizinischer Güter und deren Folgen um? Hierzu ergeben sich drei Optionen: Absenkung des Versorgungsstandards, Rationierung und/oder Priorisierung. Über alle drei Optionen muss antizipierend ein gesellschaftlicher Diskurs eingeleitet werden. Es ist zu wünschen, dass zu dieser Thematik eine öffentliche Debatte entsteht. In einer solchen öffentlichen Debatte müssen wir wissen wovon wir reden. Deshalb ist es wichtig, zunächst die Begriffe zu definieren.

Rationierung bedeutet ein bewusstes Vorenthalten medizinisch notwendiger Maßnahmen. Formen der Rationierung sind die harte Rationierung, die bedeutet, dass Ressourcen nicht vermehrbar sind (z. B. Anzahl von Spenderorganen) und ein Zukauf nicht möglich ist. Bei einer weichen Rationierung bleibt eine Ressourcenausweitung durch möglichen Zukauf möglich. Eine heimliche Rationierung bedeutet, dass ohne Transparenz Leistungen im Sinne einer „barmherzigen Lüge“ vorenthalten werden. Wohingegen unter einer *offenen* Rationierung die Rationierung transparent und nachvollziehbar dargestellt wird. Eine heimliche Rationierung wirkt zerstörerisch auf die Patient-Arzt-Beziehung, schürt Misstrauen und mündet in gegenseitiger Schuldzuweisung aller Verantwortungsträger. Wenn die Bevölkerung auf die Notwendigkeit einer Rationierung im Pandemiefall vorbereitet werden soll, dann geht das nur über den Weg einer Debatte zur offenen Rationierung. Die öffentliche Debatte über Rationierung einzuleiten, ist jedoch schwierig, da die Gefahr besteht, dass derjenige der das Wort „Rationierung“ in den Mund nimmt, als Befürworter gebrandmarkt wird. Die allgemeine Definition von Priorisierung lautet: Einordnung nach Vorrangigkeit von zu erledigenden Aufgaben nach ihrer Dringlichkeit und Wichtigkeit. Priorisierung im Bezug auf das Gesundheitswesen wird folgendermaßen definiert: Priorisierung im Gesundheitswesen heißt Festlegung einer Vorrangigkeit (und damit auch Nachrangigkeit) von z. B. Kranken- und Krankheitsgruppen, Patientengruppen, Methoden/Verfahren und Versorgungszielen.⁴

Die öffentliche Debatte über Priorisierung zielt unter anderem darauf ab, das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass die begrenzten Mittel, Kapazitäten und Zeit möglichst sinnvoll eingesetzt werden müssen. Die Zuteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen hat Vorteile. Es kommt zur Erhöhung der Verteilungsgerechtigkeit. Zudem bietet die Priorisierung einen Ordnungsrahmen, um hohe und niedrige Prioritäten in der medizinischen Versorgung festzulegen. Sie kann dazu beitragen, die knappen Mittel nach gesellschaftlich konsentierten Kriterien möglichst gerecht zu verteilen. Priorisierung bedeutet aber nicht den Ausschluss von medizinisch notwendigen Leistungen, sondern eine Abstufung der Leistungsgewährung nach Vorrangigkeitsprinzipien. Dabei ist sie von der Rationierung abzugrenzen, bei der medizinisch notwendige Maßnahmen bewusst vorenthalten werden.

Die Vorteile der Priorisierung liegen vor allem in der Transparenz durch den öffentlichen Diskurs sowie in der Chance der Gleichförmigkeit von Verteilungsentscheidungen. Die Entscheidungen für die Bereitstellung von Versorgungsleistungen kann leichter nachvollzogen werden, da die Patienten in vergleichbarer Situation gleich behandelt werden. Mit der Schaffung einer transparenten Situation durch die Festlegung von Regeln kann sowohl das Bewusstsein der Gleichbehandlung als auch die Akzeptanz von Vor- und Nachrangigkeit bei Betroffenen erhöht werden. Ein ganz entscheidender Aspekt einer transparenten Priorisierung ist aus ärztlicher Sicht der Schutz des Patient-Arzt-Verhältnisses als Vertrauensbeziehung. Mangelnde Transparenz schafft Misstrauen.

- Beschäftigte im Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege mit Kontakt zu Patienten oder infektiösem Material,
- Personen ab einem Alter von 6 Monaten mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens (...),
- Schwangere (vorzugsweise ab dem zweiten Trimenon) und Wöchnerinnen,
- Haushaltskontaktpersonen, die eine mögliche Infektionsquelle für ungeimpfte Risikopersonen sein können,
- alle übrigen Personen ab dem Alter von 6 Monaten bis 24 Jahren,
- alle übrigen Personen ab dem Alter von 25 bis 59 Jahren,
- alle übrigen Personen ab 60 Jahren.

Spannungsfeld individuelle Rechte auf medizinische Versorgung in Abwägung mit bevölkerungsbezogener Nutzenmaximierung

§ 1 Abs. 1 der Bundesärzteordnung besagt: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.“ Im Umgang mit dem § 1 der Bundesärzteordnung ist der Lösungsweg der Schweiz ein gutes Beispiel. Diese hatte eine Influenza-Pandemie-Verordnung am 27. 04. 2005 erlassen, die Ermächtigungen zur Regelung einer Prioritätenliste beinhaltet. Der Text lautet:

„Art. 12 Prioritätenliste

Das Department kann bei einer Mangelage die Zuteilung von Impfstoffen, antiviralen Medikamenten oder anderen geeigneten Arzneimitteln gegen Influenza der Bedrohungslage angemessen mit einer Prioritätenliste und einem Verteilerschlüssel regeln. (...) Mit der Zuteilung ist der größtmögliche Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung anzustreben, insbesondere sollen eine angemessene Gesundheitsversorgung sowie wichtige Dienste erhalten bleiben.“

Die Ermächtigung zur Regelung einer Prioritätenliste in der Schweizer Influenza-Pandemie-Verordnung beinhaltet: „Namentlich kann folgenden Personen-

kategorien Priorität eingeräumt werden.

- Medizinal- und Pflegepersonal;
- Personen, die in wichtigen öffentlichen Diensten wie innere und äußere Sicherheit, Transport, Kommunikation sowie Versorgung mit Energie, Trinkwasser und Nahrungsmitteln tätig sind;
- Personen für die eine Influenzaerkrankung ein erhöhtes Sterberisiko darstellt.

Im Übrigen richtet sich die Zuteilung nach anerkannten medizinischen und ethischen Kriterien.“ (...)⁵

Triage-Situation unter Kriterien von bevölkerungsbezogener Nutzenmaximierung

Im Katastrophenfall rückt der Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung gegenüber dem Grundrecht des Einzelnen in den Vordergrund. Der Medizinethiker Hans-Marin Sass hat Grundregeln für klare Interventionen im Pandemiefall herausgearbeitet:

- Das Wohl und Überleben der Gemeinschaft ist das oberste Gebot.
- Behandle bevorzugt diejenigen, die für die Aufrechterhaltung zentraler Dienste von Versorgung und Sicherheit unentbehrlich sind; dazu gehören Mitarbeiter von Versorgungs- und Sicherheitsdiensten sowie medizinisches, hygienisches und pflegerisches Personal.
- Beschränke Bewegungsfreiheit und andere Bürgerrechte, führe Impfung und andere Maßnahmen zur Eindämmung der Katastrophe und Rettung möglichst vieler Menschenleben ein.
- Sei rigoros in der Durchsetzung des Erhaltes der Gesundheit der Bevölkerung.
- Sichere Transparenz und Dokumentation der Maßnahmen für eine spätere kritische Überprüfung zu.⁶

Sass setzt sich mit dieser Problematik unerschrocken und pragmatisch auseinander. Er beschreibt Interventionsmöglichkeiten bei Pandemieszenarien. Er teilt die möglichen Szenarien wie

folgt ein: Schwere Epidemie, ähnlich der Grippewelle von 1918, leichte Pandemie mit um 50 % Infizierten und einer Mortalität von bis zu 20 %, schwere Pandemie mit über 20 % Infizierten und einer Mortalität von über 50 %, Worst-case-Szenario mit über 50 % Infizierten und einer Mortalität von über 50 %.

Beispielhaft sei das dritte Szenario erwähnt: Es bestehen risikoethische Herausforderungen und Prioritäten bei über 20 % Infizierten und einer Mortalität von 50 %: Bei diesem beschreibt Sass die Interventionsmöglichkeiten bei einer schweren Pandemie folgendermaßen.

- Offene und proaktive Information der Bevölkerung,
- Selbstschutz durch Hygiene, Vorrathaltung, (Selbst-)Quarantäne,
- partnerschaftliche Informationen und Training von Verordnungsträgern vor und in der Krise,
- Verfügbarkeit von Palliativa und Sedativa,
- Aufrechterhaltung privater und öffentlicher Dienste sowie der öffentlichen Ordnung,
- selektive Quarantäne und Akzeptanz von Selbstquarantäne,
- Entwicklung von Schutzimpfungen,
- Behandlung von Infektionskranken außerhalb der Krankenhäuser,
- rezeptfreie Virustatika, Palliativa, Sedativa (falls vorhanden),
- Verhinderung von Panik und Rechtlosigkeit,
- Sicherung zur Möglichkeit des Wiederaufbaus von Kernleistungen des gesellschaftlichen Lebens.⁷

Eine solche schwere Pandemie stellt eine Gesellschaft vor eine große Herausforderung. Unklar ist, wie in diesen kritischen Situationen die Menschen sowie jeder einzelne, die staatlichen Organe und institutionellen Marktteilnehmer mit dem Phänomen Angst umgehen und welche psychosomatischen Probleme sich ergeben – unabhängig davon, ob man am Virus erkrankt oder nicht. Es kommt möglicherweise zu Panik und Revolten, zu mehr Rechtsverstößen sowie Einbrüchen in Apotheken und Supermärkten und Gewalttätigkei-

ten. Auch Probleme bei der häuslichen Versorgung von Patienten im nachbarlichen oder familiären Umfeld sowie die ausreichende Verfügbarkeit von Sedativa und Palliativa gehören zu den bisher ungelösten medizinischen und verordnungspolitischen Problemen.

Dass solch ein Szenario nicht aus der Luft gegriffen ist, zeigt die Erdbebenkatastrophe auf Haiti. Sehr schnell entstand dort ein gesellschaftlicher Ausnahmezustand. Es gab viele Verletzte, es wurde geplündert und überfallen. Helfer aus Deutschland mussten lernen, auch mit solchen Bedingungen umzugehen. Katastrophen solchen Ausmaßes können auch für Deutschland nicht sicher ausgeschlossen werden.

Ärztliche Perspektive bei einer infektionsschutzrechtlichen „Triage“

Die „Triage“ im Katastrophenfall erfordert einen speziell ausgebildeten Sichtungsarzt. Dieser muss sich zuerst einen Überblick über die Schadensentstehung sowie die Zahl, die Art und die Schwere der Gesundheitsschäden aller Betroffenen verschaffen. Auch muss er feststellen, bei wem unmittelbare Lebensgefahr droht, um sofort eingreifen zu können. Schweben mehrere Schadensopfer in Lebensgefahr, muss der Arzt die Dringlichkeit jedes einzelnen Falles unverzüglich und zutreffend abschätzen. „Triage“ erfordert demnach fachtechnisches Urteilsvermögen, Diagnostik mit einfachsten Mitteln, Mut zur Verantwortung sowie eine rasche Entscheidungsfähigkeit.⁸

Sichtung ist ein dynamischer Prozess, der bei einer Änderung der angebotenen und nachgefragten Ressourcenmenge wiederholt werden muss. Der Arzt kann daher immer wieder gezwungen sein, die Einteilung der Patienten in die Dringlichkeitskategorie und deren Dringlichkeitsreihenfolge zu ändern, abhängig von der Entwicklung des Angebotes medizinischer Ressourcen und der entsprechenden Nachfrage. Die „Triage“ im Katastrophenfall findet Anwendung im infektionsschutzrechtlichen Regelungsbereich, wenn es bei

einer Pandemie zu einem Massenanstieg von Notfällen kommt, bei denen (Priorisierungs-)Entscheidungen getroffen werden müssen. Hier stellt sich die Frage, ob das Haftungsrecht angepasst werden muss?

Lösungsvorschlag: Einrichtung eines Gesundheitsrates

Eine Möglichkeit wäre die Einrichtung eines „Gesundheitsrates“. Als unabhängiges Gremium, das zur Vorbereitung von Priorisierungsempfehlungen im vorpolitischen Raum zu drohenden defizitären Versorgungsbereichen auch im Pandemiefall eingesetzt wird. Er führt eine Folgenabschätzung durch, um dem Gesetzgeber, der letztlich über Priorisierungen entscheiden muss, kompetent beraten zu können. Im Rahmen der Influenza A (H1N1)-Pandemie wurde eine derartige Aufgabe im Hinblick auf die zeitlich gestaffelte Verabreichung des Pandemieimpfstoffes an bestimmten Risikogruppen von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut übernommen.

Fazit

Die Frage „Infektionsschutzrechtliche „Triage“ – Wer darf überleben?“ kann aus medizinischer Sicht wie folgt beantwortet werden: In einer Pandemie kann es zur Verknappung von medizinischen Gütern und bei der medizinischen Versorgung kommen. Diese kann wiederum zur harten Rationierung führen. Die Durchführung einer Priorisierung kann dabei zur Verteilungsgerechtigkeit beitragen. Zur Vorbereitung von Priorisierungsempfehlungen im vorpolitischen Raum sollte ein unabhängiges Gremium gegründet werden.

Im Katastrophenfall rückt der „Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung“ gegenüber dem „Grundrecht des Einzelnen“ in den Vordergrund.

Auch aus ärztlicher Sicht ist zu prüfen, ob der Rechtsrahmen im Fall einer Pandemie unterhalb einer Katastrophe anzupassen ist (u.a. Einheit der Rechtsordnung; Neustrukturierung der

Bund-Länder-Kompetenzen).⁹ Die Kompetenzen von Bund und Länder auf Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) reichen allein nicht aus, um handeln zu können. □

Literatur

- [1] *Handbuch der Deklarationen, Weltärztebund, Erklärungen und Entschließungen, 2008, Seite 258*
- [2] *Walus, A.: Pandemie und Katastrophennotstand: Zuständigkeitsverteilung und Kompetenzmängel des Bundes. Die öffentliche Verwaltung, Heft 3, 2/2010, S. 127–133. W Kohlhammer Verlag Stuttgart*
- [3] http://www.bevoelkerungsschutz-portal.de/clin_174/BVS/DE/VeroeffDokumente/veroeffDokumente_node.html?gtp=545876_unnamed%253D11
- [4] *Fuchs, C., Nagel, E., Raspe, H.: Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 12, 20. 03.2009*
- [5] *818.101.23 Verordnung über Maßnahmen zur Bekämpfung einer Influenza-Pandemie (Influenza-Pandemieverordnung, IPV) vom 27. April 2005 (Stand am 1. Juli 2007), Der Schweizerische Bundesrat. http://www.admin.ch/ch/d/sr/818_101_23/index.html*
- [6] *Sass, H. M.: Ethische Risiken und Prioritäten bei Pandemien, Zentrum für Medizinische Ethik Bochum. Ruhruniversität Bochum. Hrsg.: Sass, H. M., Vollmann I., Zenz, M. Medizinische Materialien, Heft 181, Oktober 2009, Seite 5–6*
- [7] *Sass, H. M.: Ethische Risiken und Prioritäten bei Pandemien, Zentrum für Medizinische Ethik Bochum. Ruhruniversität Bochum. Hrsg.: Sass, H. M., Vollmann, I., Zenz, M. Medizinische Materialien, Heft 181, Oktober 2009, Seite 12–13*
- [8] *Zimmermann, J.: Modellierung von Priorisierungsregeln am Spezialfall der Triage. In Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze, Medizinmanagement und Gesundheitsökonomie, Hrsg.: Wohlgemut, W. A., Freitag, MH, Seite 218–231. Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009*
- [9] *Kloepfer, M., Deye, S.: Pandemie als Herausforderung für die Rechtsordnung; DVBL Abhandlungen, 01. 10. 2009, S. 1208–1221*