

Infektionsschutzrechtliche „Triage“ – Wer darf überleben? – Zur Verteilung knapper medizinischer Güter aus medizinischer Sicht –

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 ganz zentrale Fragen wie „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 zur Verknappung von z. B. Impfstoff, antiviralen Arzneimitteln oder zur Verknappung der medizinischen Versorgung z. B. durch fehlende Beatmungsplätze in Krankenhäusern kommen. Es stellen sich dann umso dringender die Fragen 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

Dieser Text des Weltärztebundes verharmlost in Teilen die dahinterliegende Problematik. Die eigentlichen Dimensionen der Triage werden durch die Sichtungskategorien bei einer Triage deutlich.

Die Sichtungskategorien bei einer Triage sehen wie folgt aus:

- Patienten mit einer akuten vitalen Bedrohung benötigen eine Sofortbehandlung,
- Schwer verletzte 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,
- Hoffungslose Patienten ohne Überlebenschance, schwerstgeschädigt und nicht behandlungs- oder transportfähig, die nur palliative Behandlung und/oder seelsorgerischen Beistand bekommen können.
- 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 Ethiker *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; hierzu ge-

1 Weltärztebund (Hrsg.), Handbuch der Deklarationen, Erklärungen und Entschlüsse, 2008, S. 258..

hören Mitarbeiter von Versorgungs- und Sicherheitsdiensten, ebenfalls medizinisches, hygienisches und pflegerisches Personal.

- Beschränkte Bewegungsfreiheit und andere Bürgerrechte, führe Impfbzwang 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.²

Sass setzt sich zudem mit dieser Problematik unerschrocken und pragmatisch auseinander. Er beschreibt Interventionsmöglichkeiten bei Pandemieszenarien. Die möglichen Szenarien wurden von *Sass* wie folgt eingeteilt: 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 mit 20 % Infizierten und 50 % Mortalität erwähnt: Bei diesem Szenario beschreibt *Sass* die Interventionsmöglichkeiten bei einer schweren Pandemie wie folgt:

Offene und proaktive Information der Bevölkerung, Selbstschutz durch Hygiene, Vorratshaltung, (Selbst-)Quarantäne, Partnerschaftliche Informationen und Training von Verordnungsträgern vor und in der Krise, Verfügbarkeit von Palliativa und Sedativa, Aufrechterhaltung privater und öffentlicher Dienste und öffentlicher 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.³

Eine solche schwere Pandemie ist eine große Herausforderung für eine Gesellschaft. Unklar ist, wie in diesen hoch kritischen Situationen die Menschen und jeder einzelne und die staatlichen Organe und institutionellen Marktteilnehmer mit dem Phänomen der Angst umgehen und welche psychosomatischen Probleme sich ergeben, unabhängig davon, ob man am Virus erkrankt oder nicht. Es wird möglicherweise zu Panik und Revolten kommen, zu mehr Rechtsverstößen wie zu Einbrüchen in Apotheken und Supermärkten und Gewalttätigkeiten. Auch Probleme der häuslichen Versorgung Erkrankter im nachbarlichen oder familiären Umfeld sowie die ausreichende Verfügbarkeit von Sedativa und Palli-

2 *Sass*, Medizinische Materialien 181/2009, S. 5f.

3 *Sass*, Medizinische Materialien 181/2009, S. 12f.

ativa gehören zu den bisher ungelösten medizinischen verordnungspolitischen Problemen.

Dass solche 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.

Eine kollektive Verdrängung für unser Land ist hier keine Lösung. Die Bundesrepublik entsandte Helfer in das Katastrophengebiet. Diese Helfer waren gezwungen und mussten lernen, mit den bestehenden Bedingungen umzugehen.

Lösungsvorschlag: Einrichtung eines Gesundheitsrates

Eine gute Lösung würde die Einrichtung eines „Gesundheitsrates“ sein. Dies wäre ein unabhängiges Gremium, das zur Vorbereitung von Priorisierungsempfehlungen im vorpolitischen Raum zu drohenden defizitären Versorgungsbereichen auch im Pandemiefall eingesetzt wird. Er wird eine Folgenabschätzung durchführen, um dem Gesetzgeber, der 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 Verknappung 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).⁴ Denn um handeln zu können, reichen die Kompetenzen von Bund und Länder auf Basis des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) allein nicht aus.

4 Kloepper/Deye, DVBl. 2009, 1208.

