

Eine politische Konstruktion

Bemerkungen zum Triage-Diskurs in der Pandemie

Karin Michel, Professorin für Ethik im Fachbereich Heilpädagogik und Pflege an der Evangelischen Hochschule in Bochum

Aus der Militärmedizin

Wie können medizinische Ressourcen bei Knappheit in Notfallsituationen gerecht eingesetzt und verteilt werden? Beantworten sollen diese Frage so genannte Triage-Verfahren. Der Begriff der »Triage«, ursprünglich auch bezogen auf die Selektion von Lebensmitteln (französisch »trier« = Auslese), erhielt seine heutige medizinische Bedeutung durch die Militärmedizin. Seit der Wende zum 19. Jahrhundert wurden Regeln für die Behandlung eines hohen Aufkommens von Verwundenen der Schlachtfelder formuliert. Die bei unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten zum Zuge kommende Regel der Behandlungsdringlichkeit (Schwerstbetroffene zuerst) wurde bald um die Regel der Aussonderung der »hoffnungslosen Fälle« (Todgeweihte werden nicht behandelt) ergänzt. Diese von der Kriegsmedicin entwickelten Kriterien der Behandlungspriorisierung und Aussonderung gelten für Extremsituationen medizinischer Versorgung als Standards: Im Verhältnis wenig medizinisches Personal mit knappen Ressourcen muss eine plötzlich auftretende, in Verhältnis hohe Anzahl von Patienten versorgen, die die gegebenen medizinischen Kapazitäten deutlich übersteigt. Die »Schlachtfeld-Triage« wurde später in die Notfall- und Katastrophenmedizin übernommen.

Angesichts einer möglichen katastrophischen Entwicklung der Coronavirus-Infektionswelle werden Szenarien einer »Triage« (→ *Randbemerkung links*) verstärkt in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Angemessen, sachgerecht, hilfreich?

Die Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) veröffentlichte Ende März »klinisch-ethische Empfehlungen« zur »Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie«. Gedacht sei das DIVI-Papier für den Fall, »dass auch Deutschland in kurzer Zeit und trotz bereits erfolgter Kapazitätserhöhungen nicht mehr ausreichend intensivmedizinische Ressourcen für alle Patienten zur Verfügung stehen, die ihrer bedürfen«.

Die Fachgesellschaft empfiehlt einen »Entscheidungsbaum«, ausgehend von der Frage: Indikation ja oder nein? Wenn keine Indikation gegeben ist, erfolgt keine Behandlung. Ist eine Indikation z.B. für eine Beatmung gegeben, wird zudem der »Patientenwille« relevant: Wird eine Behandlung abgelehnt, direkt oder per Patientenverfügung, so wird die Beatmung unterlassen oder unterbrochen. Wird sie gewünscht, so greift eine »Ressourcenentscheidung«, die Triage.

Kriterium für die Aufnahme oder Fortführung der Behandlung sollen ihre Erfolgsaussichten sein: Sind diese gegenüber den Aussichten anderer PatientInnen schlechter, so empfehle sich der Therapieverzicht und eine Palliativbehandlung. Sind die Aussichten im Verhältnis besser, so empfehle sich die Durchführung der intensivmedizinischen Maßnahme. Stehen also bei hohem Aufkommen beatmungspflichtiger PatientInnen nicht genug Beatmungsgeräte zur Verfügung, wird »priorisiert« – Menschen, für die eine Beatmung indiziert ist und die eine Beatmung wollen, werden nicht behandelt, weil vorhandene Geräte an die PatientInnen mit den besseren Erfolgsaussichten ausgeteilt werden. Schwere Vorerkrankungen – wie eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz oder eine Herzinsuffizienz – können so im Zweifel zu Ausschlusskriterien für eine lebensnotwendige Beatmung werden.

Eine konkrete Situation könnte zwei Corona-Patientinnen betreffen, die auf eine intensivmedizinische Beatmung angewiesen sind. Stünde nur ein entsprechendes Beatmungsgerät zur Verfügung, so wäre dieses dann derjenigen Patientin vorzuenthalten, die hochaltrig, gebrechlich, diabeteserkrankt oder herzinsuffizient ist, weil ihre Therapiechancen deutlich schlechter stünden als die einer jüngeren, nicht von Dia-

betes Betroffenen. Die DIVI-Empfehlung erklärt aber auch: »Aus verfassungsrechtlichen Gründen dürfen Menschenleben nicht gegen Menschenleben abgewogen werden.«

Verfassungsrechtlich ist ein 30-Jähriger nicht wertvoller als ein 90-Jähriger, und auch das Leben eines Menschen mit Vorerkrankung darf nicht als weniger wertvoll angesehen werden als das Leben eines gesunden Menschen. Der Gleichheitsgrundsatz ist auch und gerade auf das Leben und die körperliche Unversehrtheit bezogen, beides ist begründet in der Menschenwürde. Das Gleichheitsgebot schließt eine gesetzliche Regelung für eine Selektion von Behandlungen aus: Das Recht auf Leben kann prinzipiell für niemanden ausgesetzt werden. Zum ändern wird es zu einer vordringlichen Aufgabe, den Lebensschutz für alle auch in Krisenzeiten als »Sozialstaat« zu garantieren – etwa im Ausbau des Gesundheitssystems und in Maßnahmen des Bevölkerungs- und Infektionsschutzes.

Verletzung des Gleichheitsgebotes

Der Eintritt einer Triage-Situation wäre für das verfassungsrechtliche Gleichheitsgebot einer der größten anzunehmenden Skandale: Er würde nicht nur ein gravierendes Versagen der Gesundheitsversorgung anzeigen, er würde auch eklatante Menschenrechtsverletzungen mit sich bringen. Das zuletzt genannte Problem suchen die Empfehlungen der DIVI begründungstheoretisch auszuhebeln: Das utilitaristische Konzept der Lebenswertbestimmung soll durch das rein medizinisch zu bestimmende Kriterium der »klinischen Erfolgsaussicht« ersetzt werden, sofern unausweichliche Notsituationen entstehen, die nicht anderweitig abgefangen werden können.

In der Praxis bedeutet das: Vordringlich zu behandeln sind schwer Kranke, die unbehandelt sterben und mit Behandlung gute Besserungschancen haben. Nachrangig zu behandeln wären leicht Betroffene mit guter Prognose auch ohne Behandlung, aber ebenso schwer Kranke mit schlechten Besserungschancen auch mit Behandlung. Nicht aufgrund der Wertigkeit ihres Alters oder ihrer Lebensdauer würden PatientInnen verglichen – entscheidend seien allein die Prognose des Krankheitsverlaufs und die Heilungschancen.

Das Ziel dieser Vorgehensweise besteht darin, möglichst viele Menschenleben zu retten. Argumentativ stützen sich die DIVI-Empfehlungen darauf, Menschen nicht aktiv nach Kriterien voraussichtlicher Effizienz – etwa durch Altersbeschränkungen – vom Zugang zur Gesundheitsversorgung auszuschließen. Die Bezugnahme ▶

- ▶ auf den Behandlungserfolg soll eine prinzipielle Chancengleichheit ermöglichen.

Individuelethisch bleibt jedoch auch eine solche Begründung der Triage ein Skandal: Sie verleiht einerseits den in Medizin und Pflege Tätigen eine enorme Entscheidungsmacht über Leben und Tod – wobei diese Entscheidungsmacht ihrerseits regiert wird von »Knappheit der Ressourcen«, die Menschen allererst in die Position des Entscheidens drängt und ihnen dabei durch Triage-Regeln bestimmte Ergebnisse vorgibt.

Auch eine nicht-utilitär begründete Priorisierung nimmt im Rückgriff auf Besserungschancen und Notstand aufgrund von Mittelknappheit den Tod behandlungsbedürftiger Menschen in Kauf. Sind PatientInnen beispielsweise von Einschränkungen durch »Gebrechlichkeit« und Vorerkrankungen betroffen, so erscheint deren Behandlung laut Katalog der DIVI insgesamt weniger zielführend: »Indikatoren für eine schlechte Erfolgsaussicht intensivmedizinischer Maßnahmen« sind u.a. der Grad der Gebrechlichkeit, »schwere Komorbiditäten [...] schwere Organ-Dysfunktionen mit prognostisch eingeschränkter Lebenserwartung, z.B. fortgeschrittene Herzinsuffizienz, [...] COPD, [...] fortgeschrittene neurologische Erkrankung, [...] fortgeschrittene Krebserkrankung [...] schwere und irreversible Immunschwäche, Multimorbidität«. Dieser Katalog wirkt – trotz aller ethischen Bemühungen, nicht auf Kriterien der Effizienz zurückzugreifen – von vornherein ausschließend für Menschen mit entsprechenden Einschränkungen.

Das scheinbar ausweglose Dilemma der Triage ist gebunden an eine eingeschränkte Perspektive: In den Allokations- und Priorisierungsdiskursen bleibt das Knappheitskriterium als solches stets unhinterfragt! Die Triage-Diskussion steht dabei nicht allein im Kontext der Medizin, sondern betrifft auch den *gesellschaftlichen Umgang* mit älteren und von Erkrankungen und Einschränkungen betroffenen Menschen. Diese Gruppe wird in der Form der DIVI-Empfehlungen bewusst in einen Knappheitsdiskurs einbezogen, der einerseits behauptet, mit den »Erfolgsaussichten« ein egalitäres und gewissermaßen gruppenneutrales Kriterium für Behandlungschancen im Krisenfall zu eröffnen (»Wir entscheiden nicht nach Alter oder Behinderung«). Andererseits jedoch werden dezidiert ganz bestimmte Patientengruppen bezeichnet, deren Therapieerfolgsaussichten *per se* als niedrig eingestuft werden. Menschen in höherem Alter mit Vorerkrankungen und Behinderungen werden somit zu einer skalierbaren »Risikogruppe«, die im Knappheitsfall mit notfallethischer Legitimation nachrangig versorgt werden darf. Diese auf die Knappheit bezogene Gruppensdefinition rechtfertigt allerdings mit der Möglichkeit des Sterbenlassens eine existenzielle und ultimative Form der Exklusion.

Der Weg aus der Triage liegt nicht bei der Verwaltung einer Knappheit, die seit Jahrzehnten in markt- und gewinnorientierten Gesundheitsunternehmen unhinterfragtes Dogma ist. Er liegt nicht bei öffentlichkeitswirksam vorgebrachten Katastrophen-Empfehlungen einer medizinischen Fachgesellschaft. Der Schlüssel liegt vielmehr bei der Gestaltung der Versorgung in Medizin, Pflege und sozialer Versorgung wie auch bei deren allgemeiner Zugänglichkeit. Der Schlüssel liegt zugleich in der Verfügbarkeit von Möglichkeiten einer Infektionsprävention.

Soziale Frage berührt

Die ethische Beurteilung dieses Schlüssels ist im Rahmen individuelethischer Ansätze allein nicht zu bewältigen. Sie gibt vielmehr auf, eine sozialetische und sozialpolitische Perspektive einzunehmen: Die Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen betrifft nicht primär Einzelentscheidungen über Leben und Tod. Sie berührt vielmehr eine soziale Frage: Die aktuellen Thematisierungen von Triage-Szenarien verweisen auf eine Bereitschaft zur Exklusion und Funktionalisierung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen. Ältere, erkrankte oder behinderte Menschen werden als defizitbehaftet dargestellt – als Angehörige einer »Risikogruppe« mit schlechten Therapieerfolgschancen, die zum selbstbestimmten Therapieverzicht ermuntert werden sollen. Sie gelten als die »Schwachen und Gefährdeten«. Dieses Bild von Alter und Behinderung wird im Triage-Diskurs trotz egalitärer Anstrengungen zugleich bemüht und bekräftigt.

Nicht diskutiert werden dagegen die Priorisierungen und massiven Einsparungen im Gesundheitswesen, denen zur Krisenbewältigung mit einem umfangreichen gesellschaftlichen Ausbau der Hilfssysteme begegnet werden kann, wozu insbesondere auch die adäquate Ausbildung und Bezahlung von Fachpersonal gehören muss. Auch sind nicht alle »Alten« gleichermaßen »vulnerabel«: Gesundheit und Lebensdauer von Menschen sind in hohem Maße abhängig von ihrem Einkommen und ihrer sozialen Stellung.

Die COVID-19-Erkrankung ist auch ein gesellschaftliches Phänomen: In den USA sind Menschen afro-amerikanischer Abstammung in besonderem Maße von der Corona-Sterblichkeit betroffen. Viele leiden unter Vorerkrankungen wie Diabetes; sie haben keinen adäquaten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung oder zu einem »Social Distancing«, etwa im Home-Office. Vergleichbares gilt für Länder wie Brasilien, Indien oder Südafrika.

Ressourcenknappheit, die Triage rechtfertigen soll, ist keine Naturgegebenheit. Sie ist eine politische und soziale Konstruktion – und stets zu hinterfragen, wenn über Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsleistungen verhandelt wird. 🌐

»Mensch ist Mensch«

Die »Triage«-Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) haben Proteste provoziert, vor allem von Behindertenorganisationen. Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL) und der Verein Netzwerk Artikel 3 erklärten gemeinsam am 31. März: »Behinderung darf kein Kriterium bei Priorisierungs-Entscheidungen sein.« Bei allen Maßnahmen und Empfehlungen zu Covid-19 sei eine »breite gesellschaftliche Diskussion« notwendig, wobei die Betroffenen und ihre Organisationen einbezogen werden müssten. Triage-Überlegungen seien auch »vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren verschärften Ökonomisierung des Gesundheitswesens in Deutschland und dem bekannten »Pflegernotstand« zu betrachten«.

Das Forum behinderter Juristinnen und Juristen positionierte sich zum DIVI-Triage-Papier wie folgt: »Die Empfehlungen der Fachverbände leisten indes verfassungswidrigen Entscheidungen Vorschub. Sie sind zurückzuziehen.« Die 7-seitige juristische Stellungnahme des Forums, mehrere Video-Botschaften von Betroffenen und weitere kritische Kommentare zu den Triage-Empfehlungen stehen auf der Internetseite <https://abilitywatch.de/menschistmensch>. Die Kampagne »Mensch ist Mensch« wurde von der Aktionsplattform Ability-Watch gestartet, ihre Haltung erklärten die InitiatorInnen am 14. April in einer Pressemitteilung: »Es geht nicht darum, dass in einem Fall von Ressourcenknappheit eine Entscheidung für oder gegen eine*n Patient*in getroffen werden muss. Aber es geht darum, dass keine willkürlichen und strukturell diskriminierenden Entscheidungen getroffen werden.«