

Rationalisierung vor Rationierung – Therapieentscheidungen und medizinischer Ressourceneinsatz in der Covid-19-Pandemie.

Kommentar zur Stellungnahme der Österreichischen Bioethikkommission zu Ressourcen und Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie

Andreas Valentin

1. Vorbemerkung

Die Covid-19-Pandemie wirkt wie ein Scheinwerfer. Im gleißenden Licht der Pandemie treten Stärken und Schwächen unserer Gesellschaft ebenso hervor wie soziale, kulturelle und wirtschaftspolitische Fragestellungen. In der alles verändernden Krise sind in besonderer Weise Priorisierungen erforderlich, die auf dem Abwägen von Risiko und Nutzen, der Reflexion von Folgen und einem meist nicht explizit ausgeführten Wertekatalog beruhen. Dies trifft auch auf Fragen zu, die regelhaft bei medizinischen Entscheidungsfindungen relevant sind. Doch plötzlich erfasst der Kegel des Scheinwerfers nicht nur die individuelle Situation, sondern in mindestens gleichem Maß das potentiell unbegrenzte Kollektiv aller denkbaren Patienten. Die in etlichen Staaten sichtbar gewordene, katastrophale Überforderung des Gesundheitswesens durch die Pandemie wird sehr rasch zur dringenden Warnung, sich nicht nur mit Fragen der Organisation des Gesundheitswesens auseinanderzusetzen, sondern möglichst auch Regeln zum Umgang mit knappen oder absehbar fehlenden Ressourcen zu schaffen. Zu Recht fordern jene, die täglich im medizinischen Arbeitsumfeld mit den Folgen der Pandemie konfrontiert sind, Handlungsanleitungen, Empfehlungen und Richtlinien für notwendige medizinische Entscheidungen, deren Komplexität sich durch die Mangelverwaltung in der Pandemie noch verstärkt hat.

Besondere Bedeutung gewinnt die kurz skizzierte Entwicklung in der Intensivmedizin. Hier kulminiert der Anspruch in der Pandemie möglichst viele Leben zu retten im Dilemma einer befürchteten oder tatsächlich eingetretenen und in vielen Regionen der Welt zunehmend tragisch werdenden Katastrophe aufgrund fehlender Ressourcen.

Von der Österreichischen Bioethikkommission wurde diese Problemstellung in einer Stellungnahme zu Ressourcen und Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie bearbeitet. Im Folgenden wird diese Stellungnahme zusammengefasst, kommentiert und mit anderen deutschsprachigen Beiträgen ähnlicher Ethik-Gremien verglichen. Der Autor des vorliegenden Beitrags ist Intensivmediziner und Mitglied der Österreichischen Bioethikkommission, der vorliegende Beitrag ist als individueller Kommentar zu betrachten.

2. Die Stellungnahme der Bioethikkommission

Nachdem die Covid-19-Pandemie im Nachbarland Italien zu einer dramatischen Überforderung des Gesundheitswesens geführt hatte und zu diesem Zeitpunkt nicht absehbar war, ob ähnliche Auswirkungen auch für Österreich zu befürchten sind, wurde von der Österreichischen Bioethikkommission Ende März 2020 ein Statement zu ethischen Grundlagen im Umgang mit knappen Ressourcen im Gesundheitswesen publiziert (Österreichische Bioethikkommission 2020). Zu diesem Zeitpunkt waren reguläre Sitzungen der Bioethikkommission nicht mehr möglich, die Erstellung und Beschlussfassung des Dokuments erfolgte ausschließlich auf elektronischem Weg. Der Fokus des Dokuments liegt auf der Frage nach der Vermeidung oder Minimierung dilemmatischer Situationen besonders an Intensivstationen, sowie auf der Zielsetzung, möglichst konkrete Situationen und entsprechende Handlungsoptionen für den Fall eines trotzdem eingetretenen und gravierenden Ressourcenmangels darzustellen.

2.1 Ethische Grundlagen

Eine kurze Darstellung der ethischen Grundlagen wird mit dem Hinweis auf eine Erweiterung der üblicherweise auf das Individuum konzentrierten medizinischen Perspektive begonnen. Die Aufmerksamkeit ist nun nicht mehr alleine auf das individuelle Wohl eines Patienten gerichtet, sondern muss Überlegungen zur kollektiven Bewältigung der Pandemie mit einbeziehen. Diese explizite Einbeziehung der Verantwortung für das Kollektiv würde letztlich auch dem Individuum zu Gute kommen, nachdem anzunehmen wäre, dass ein Zusammenbruch des Gesundheitswesens die medizinische Versorgung für jede betroffene Person massiv beeinträchtigen oder gänzlich verunmöglichen würde.

Die Beachtung der medizinethischen Prinzipien von Autonomie, Benefizienz, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit soll in der Realisierung der Pflicht zur Erkundung des Patientenwillen, zur Minimierung von Risiken und Belastungen und möglichen Schäden, der Pflicht auch unter erschwerten Bedingungen die jeweils bestmögliche Versorgung sicher zu stellen, sowie der Pflicht zu fairen Entscheidungen, auch unter den Einschränkungen eines Ressourcenmangels gewährleistet werden.

Schließlich wird noch auf die, auch in Zeiten einer Pandemie, gültigen Werte und Normen der Verfassung und der Grundrechte (wie etwa in Artikel 2 und 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention) verwiesen.

2.2 Die Vermeidung dilemmatischer Entscheidungssituationen

Ein wesentlicher Schwerpunkt des Statements der Bioethikkommission bezieht sich auf die Vermeidung von Extremsituationen, die zu Fragestellungen im Sinne eines ethischen Dilemmas führen könnten. Konkret geht es um die Frage, wie Ressourcen bestmöglich genutzt werden können, um Triage-Entscheidungen wie in Katastrophenszenarien vermeiden zu können. Hier werden zwei wesentliche Verantwortungsebenen dargestellt. Zunächst die klinische Ebene, auf der es notwendig ist, realistische Therapieziele und eine daraus resultierende sorgsame Indikationsstellung unter Beachtung des Patientenwillens zu gewährleisten.

Als zweite Verantwortungsebene wird die Gesellschaft als Ganzes angesprochen. Darunter fallen allgemeine Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und Pandemie-Eingrenzung ebenso wie die individuelle Verantwortung, zum Abflachen der Infektionskurve beizutragen.

2.3 Bewältigung dilemmatischer Entscheidungssituationen

Unter dilemmatischer Entscheidungssituation wird in der Stellungnahme der Bioethikkommission eine Situation verstanden, in der nicht mehr alle Patienten, die eine akute Behandlung benötigen würden, ausreichend versorgt werden können. Im Kontext der Covid-19-Pandemie ist im Besonderen der Mangel an intensivmedizinischer Versorgung und Ressourcen zur Beatmung angesprochen. In der Stellungnahme werden zwei Szenarien dargestellt, die sich insofern unterscheiden, als in Szenario eins eine höhere Zahl an Patienten als freie intensivmedizinische Behandlungsplätze vorliegt und in Szenario zwei alle intensivmedizinischen Behandlungsplätze

belegt sind, während weitere Patienten diese Ressource benötigen. Die Optionen zur Entschärfung dieses Dilemmas beziehen sich auf die Frage nach einem Behandlungsverzicht oder einer Behandlungsrücknahme bei Erfüllung eines der drei folgenden Kriterien: a) eine Stabilisierung ist auch ohne Intensivtherapie möglich, b) der bekannte Patientenwille schließt eine Intensivtherapie aus, c) eine Intensivtherapie ist aufgrund der fehlenden Prognose nicht (oder nicht mehr) indiziert.

Falls es nicht gelingt, die dilemmatische Situation wie beschrieben zu entschärfen, wird eine Triage-Entscheidung erforderlich.

2.4 Triage

Einleitend wird in diesem Kapitel des Statements der Bioethikkommission das ethische Dilemma einer Triage-Situation dargestellt. Es liegt im Wesen einer Triage-Entscheidung, dass Patienten unter den Bedingungen eines extremen Ressourcenmangels eine bestimmte Behandlung nicht erhalten, auch wenn sie potentiell davon profitieren könnten. Dieser Verzicht auf eine bestimmte Behandlung oder die Beendigung einer solchen erfolgt „stets mit dem in Kauf genommenen Risiko, dass die betroffene Person krankheitsbedingt stirbt“ (Österreichische Bioethikkommission 2020, 11). Entscheidungen dieser Art stoßen an die Grenzen ethischer und rechtlicher Argumentation, auch wenn die Zielsetzung darin besteht, in einer absoluten Ressourcenknappheit so viele Menschen wie möglich zu retten. Für diese Zielsetzung benötigt es Orientierungspunkte oder anders ausgedrückt Kriterien für die Triage. Das Statement der Bioethikkommission verweist dazu auf die Prognose einer betroffenen Person, konkret die kurzfristige Überlebenschance. Als gleichwertig wird das Kriterium einer drohenden „chronisch kritischen Erkrankung“ mit einer irreversiblen Abhängigkeit von intensivmedizinischen Maßnahmen gesehen, die im Falle massiv eingeschränkter Ressourcen von besonderer Bedeutung wäre. Selbstverständlich muss die Prognoseerstellung so objektiv wie möglich erfolgen, dazu wird auf etablierte Instrumente in der Intensivmedizin verwiesen. Ausdrücklich werden jedoch die Heranziehung von Kriterien wie dem kalendarischen Lebensalter oder einer von Dritten beurteilten Lebensqualität als nicht legitim eingestuft. Gleiches gilt für den sozialen Status oder die persönliche Beziehung zu Entscheidungsträgern.

Mit Verweis auf die moralische Belastung in dieser Entscheidungsfindung wird empfohlen, die „Entscheidungslast auf mehrere Schultern zu verteilen“ (Österreichische Bioethikkommission 2020, 13) und etwa Unterstützung durch eine klinische Ethikberatung oder andere kollegiale Bera-

tungen in Anspruch zu nehmen. Abschließend wird nochmals hervorgehoben, dass Entscheidungen dieser Art von einer rechtsethischen und rechtlichen Perspektive nicht gerechtfertigt werden können. Dieses Dilemma sei für Ärztinnen und Ärzte, die solche Entscheidungen treffen müssen, nur über die Anerkennung eines entschuldigenden Notstands (siehe z. B. § 10 Strafgesetzbuch) durch Gesellschaft und Rechtsgemeinschaft bewältigbar.

3. *Kommentar*

Dem Statement der Bioethikkommission liegt neben grundsätzlichen ethischen Überlegungen ein pragmatischer Zugang zugrunde, der darauf ausgerichtet ist, das drohende Dilemma von Triage-Situationen möglichst abzuwenden und im Falle der doch eintretenden Katastrophe begründbare Handlungsoptionen darzustellen. Zur „Prophylaxe“ einer dilemmatischen Situation wird im Wesentlichen auf allgemein gültige Richtlinien zur Therapieentscheidung referenziert, gleichzeitig aber darauf verwiesen, dass die Verantwortung zur Vermeidung einer katastrophalen Situation nicht nur bei der Medizin, sondern bei der Gesellschaft und jedem einzelnen ihrer Mitglieder liegt. Auf der medizinischen Ebene gilt der Grundsatz „Rationalisierung vor Rationierung“ in der Prävention, während in der allenfalls doch eingetretenen Triage-Situation das Thema „Rationierung“ auf Basis von begründbaren und transparenten Priorisierungen im Vordergrund steht. Zur Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin werden im Folgenden einige Erläuterungen ausgeführt.

3.1 *Prävention einer Triage-Situation*

Die Grundsätze für Therapieentscheidungen in der Intensivmedizin gelten unverändert auch während der Pandemie. Die Beachtung dieser Grundsätze und somit die Vermeidung unverhältnismäßiger Maßnahmen wird im Statement der Bioethikkommission als wesentliche Basis der Sicherstellung ausreichender Ressourcen gesehen. Für Entscheidungen zur Intensivtherapie sind die ethischen Grundprinzipien des Respekts vor der Autonomie und Würde des Patienten, des Handelns zum Wohle des Patienten, der vorrangigen Vermeidung einer Schädigung, sowie der Gerechtigkeit im Umgang mit den verfügbaren Mitteln als wesentlich anzuführen.

3.1.1 Indikation und Patientenwille

Auch unter den Bedingungen einer Pandemie gilt das Vorliegen einer Indikation und die Zustimmung des betroffenen Patienten als zwingende Voraussetzung für jede medizinische Therapie. Ohne medizinische Indikation (die plausible Prognose der Erreichung eines bestimmten Therapieziels mit einer therapeutischen Maßnahme) ist eine Therapie nicht zulässig, auch nicht dann, wenn ein Patient dies ausdrücklich wünschen würde. Anders ausgedrückt, es gibt kein Recht auf nicht begründbare medizinische Maßnahmen. Jeder Patient hat aber in Beachtung des Autonomieprinzips das Recht, eine eigentlich indizierte Therapie abzulehnen, auch wenn dies aus medizinischer Perspektive völlig unsinnig erscheinen würde.

3.1.2 Das chronologische Alter ist nicht entscheidend

Das Alter eines Intensivpatienten sagt noch nicht allzu viel über seine Prognose. Die Frage nach dem Alter sollte zugunsten einer Betrachtung des medizinischen Gesamtzustandes und der Einschätzung der Perspektive eines Patienten in den Hintergrund rücken. Die bedeutendste Determinante ist der funktionelle Status des Patienten vor einer intensivmedizinischen Behandlung (Flaatten et al. 2017; Heyland et al. 2015; Zampieri et al. 2018). Im besten Sinne des Wortes liegt es in der ärztlichen Verantwortung nach umfassender Entscheidungsfindung, einschließlich der Klärung des tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillens, zum Wohl des Patienten zu handeln und gerade bei Menschen in einem fortgeschrittenen Lebensalter die Begrenztheit menschlichen Lebens nicht als medizinisches Versagen aufzufassen. Dies bedeutet nicht den Ausschluss betagter Menschen von intensivmedizinischer Behandlung, aber eine individuelle und sorgfältige Abwägung der Situation (Valentin 2017). In einem Papier der Schweizerischen Medizinischen Akademie der Wissenschaften heißt es zur Nutzen-Risiko-Analyse intensivmedizinischer Behandlungen von hochbetagten Patienten:

Klar ist, dass ab dem 30. Altersjahr in allen Organen mit eingeschränkter oder fehlender Teilungsfähigkeit der Zellen (Hirn, Herz, Lunge, Niere) ein schleichender Verlust an Gewebemasse und Funktion eintritt. Unter normalen Bedingungen genügen die Reserven, um eine altersadäquate Funktion der Organe bis ins hohe Alter sicherzustellen. Bei Krankheit und großen oder komplexen Interventionen kann die

Kompensationsfähigkeit der Organe jedoch erheblich reduziert sein, sodass auch ein primär erfolgreicher Eingriff bei einem präinterventiv scheinbar Gesunden infolge einer Organdekompensation nicht überlebt wird. Erschwerend kommt dazu, dass alte Menschen in deutlich über 50 Prozent der Fälle relevante Komorbiditäten haben, welche die Prognose negativ beeinflussen (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2013).

Für den Beginn oder die Fortführung einer intensivmedizinischen Therapie ist unabhängig vom Alter stets eine sorgfältige Analyse der individuellen Prognose eines Patienten erforderlich, dies gilt in Zeiten einer Pandemie ebenso wie unter normalen Bedingungen im Gesundheitswesen.

3.1.3 *Das pure Überleben ist nicht das alleinige Ziel der Intensivmedizin*

Mit der Entwicklung der Intensivmedizin ist es möglich geworden, Vitalfunktionen zu stabilisieren und aufrecht zu erhalten, auch wenn die langfristige Überlebenschance äußerst gering ist oder mit schwersten Funktionseinschränkungen bis hin zum irreversiblen Koma verbunden ist. Eine intensivmedizinisch zu behandelnde Erkrankung kann, über die Frage des puren Überlebens hinaus, schwerwiegende und nachhaltige Folgen nach sich ziehen. Besonders massiv betroffen sind Patienten, deren Zustand als chronische kritische Erkrankung bezeichnet wird. Diese Patienten sind auch nach der eigentlichen intensivmedizinischen Behandlung von intensivmedizinischen Maßnahmen und einer entsprechenden Pflegeintensität abhängig (z.B. Langzeitbeatmung, anhaltendes Koma, etc.). Eine alleinige Fokussierung auf das Überleben vernachlässigt wesentliche Aspekte menschlicher Existenz. Der Mensch als ein sich seiner selbst bewusstes und soziales Wesen ist mehr als die Summe physiologischer Funktionen. Die Aufrechterhaltung von Lebensfunktionen ist zwar die Grundlage für eine weitere Lebensperspektive, aber nicht die eigentliche Lebensperspektive. Daraus ergeben sich für die Intensivmedizin zwei wesentliche Fragestellungen: Erstens, das Überleben zu sichern kann mit intensivmedizinischen Maßnahmen machbar sein, aber ist es auch immer sinnvoll? Zweitens, was kann die Intensivmedizin dazu beitragen, über das pure Überleben hinaus auch eine Lebensperspektive aufrecht zu erhalten? Nun ist der Begriff „Lebensperspektive“ nicht nur vielschichtig, sondern beinhaltet auch eine subjektive Komponente. Trotzdem tritt im Kontext einer Pandemie eine weitere „nicht-subjektive“ Ebene hinzu. Konkret die Frage nach einem Ressourceneinsatz bei jenen Patienten, die auf eine sehr

lange Zeit, voraussichtlich aber lebenslang, von intensivmedizinischen Maßnahmen abhängig bleiben werden. Im Statement der Bioethikkommission wird im Hinblick auf die einer Indikationsstellung zugrunde liegenden Einschätzung des Risikos einer chronisch kritischen Erkrankung folgendes ausgeführt: „Jenseits der Betrachtung der individuellen Lebensperspektive ist dieser Aspekt der Prognose im Hinblick auf die massiv eingeschränkten Ressourcen einer Katastrophensituation von besonderer Bedeutung“ (Österreichische Bioethikkommission 2020, 12).

3.1.4 Vermeidung unverhältnismäßiger Therapie

Eine unverhältnismäßige Therapie erfolgt, sobald die Belastungen einer medizinischen Maßnahme den Nutzen für einen Patienten deutlich übersteigen. Dies ist jedenfalls zutreffend, wenn durch die Therapie das angestrebte Therapieziel nicht erreicht werden kann, aber auch wenn die durch eine Therapie erreichbare Lebensqualität/Lebensperspektive die Belastungen während der Behandlung aus Patientensicht nicht rechtfertigt (Neitzke et al. 2016). Im Grunde ist diese Betrachtung ein Spiegelbild des Themas Indikation und Patientenwille. Dennoch tritt aber auch eine Dimension hinzu, die über die individuelle Perspektive hinausgeht – der gerechte und faire Einsatz von Ressourcen. Folgerichtig wird im Statement der Bioethikkommission gerade diese Betrachtung als ein wesentlicher Aspekt im Versuch einer Vermeidung oder Entschärfung einer dilemmatischen Situation angeführt (siehe dazu oben, Abschnitt 2.3).

3.2 Triage bei fehlenden medizinischen Ressourcen

Wie die Bioethikkommission in Ihrem Statement ausführt, stellt eine Triage-Situation ein im Grunde nicht lösbares Dilemma dar. Die Festlegung von potentiell zu behandelnden Patienten folgt nicht mehr der Antwort auf die Frage nach einer erhaltenen Prognose, sondern einer, im Vergleich zu anderen Patienten, jeweils besseren Prognose. Es geht also beispielsweise nicht um eine prinzipiell erhaltene Überlebenschance, sondern um die, im Vergleich zu anderen Patienten, höhere Wahrscheinlichkeit, die kritische Erkrankung mit Hilfe der Intensivmedizin zu überleben. Hier unterscheidet sich die Entscheidungsfindung ganz grundsätzlich von jener in Zeiten ohne katastrophalen Ressourcenmangel. Der Unterschied liegt in der Rückstufung der Anforderung eines potentiell in-

dividuellen Nutzens gegenüber der im Vordergrund stehenden Anforderung des möglichst effizienten Einsatzes knapper Ressourcen, zu Gunsten eines Benefits für möglichst viele Patienten. Für diese Entscheidungsfindung sind im Besonderen nachvollziehbare Kriterien erforderlich.

3.2.1 Ansprüche an eine Triage

Wie der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme ausführt, sollten Triage-Entscheidungen „nach wohlüberlegten, begründeten, transparenten und möglichst einheitlich angewandten Kriterien geschehen“ (Deutscher Ethikrat 2020, 4). Im Kontext der Covid-19-Pandemie wurden solche Kriterien im deutschen Sprachraum von verschiedenen Gremien publiziert. In der Erstellung solcher Kriterien müssen inklusiv alle Gruppen berücksichtigt werden, die von den daraus resultierenden Entscheidungen betroffen sind (z. B. alle potentiellen Intensivpatienten, nicht nur jene mit Covid-19-Infektion), sowie die rezent vorhandene medizinische Evidenz einbezogen sein, die gegebenenfalls bei neuer Datenlage zu einer Aktualisierung der Kriterien führen muss.

3.2.2 Maßgebliche Kriterien der Triage im Kontext der Covid-19-Pandemie

Die derzeit vorliegenden Empfehlungen deutschsprachiger Gremien sehen es als grundlegende Zielsetzung in der Triage-Situation, so viele Menschenleben wie möglich zu retten (Österreichische Bioethikkommission 2020; Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin 2020; Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2020; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2020). Während in den angeführten Dokumenten Übereinstimmung im Hinblick auf das prognostische Kriterium der kurzfristigen Überlebenschancen und im Wesentlichen auch der Bedeutung des funktionalen Status (Komorbiditäten, Frailty) besteht, finden sich geringe Unterschiede in der Bewertung des Alters. Obwohl die angeführten Gremien auch darin übereinstimmen, Alter per se als nicht zulässiges Kriterium zu definieren, weicht die Empfehlung der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften in einem Detail davon ab. Wenn keine Intensivbetten mehr verfügbar sind, wird ein Alter von über 85 Jahren als explizites „Nicht-Aufnahmekriterium“ angeführt (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2020, 5). Die Bedeutung des Patienten-

willens mit der vorrangigen Frage, ob eine Behandlung überhaupt gewünscht wäre, wird in den angeführten Dokumenten in gleicher Weise hervorgehoben und steht, neben der medizinischen Indikation, am Beginn des jeweiligen Entscheidungsprozesses. Die Empfehlung der Österreichischen Bioethikkommission weist als einziges Dokument auf das Kriterium der Einschätzung des Risikos einer chronisch kritischen Erkrankung hin (siehe dazu oben, Abschnitt 3.1.3).

Im Hinblick auf Triage-Entscheidungen zur Beendigung einer bereits begonnenen intensivmedizinischen Behandlung werden konkrete Orientierungspunkte vor allem in den Dokumenten der Fachgremien dargestellt (Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin 2020; Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2020; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2020). Dazu zählen etwa das Scheitern eines Behandlungsversuches mit zuvor festgelegten Kriterien oder ein unter Behandlung fortschreitendes Multiorganversagen (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2020).

3.2.3 *Moral Distress und Rechtssicherheit*

Ohne Zweifel stellen dilemmatische Entscheidungssituationen eine massive psychische Belastung für die Behandlungsteams und alle an der Entscheidung beteiligten Personen dar (Truog et al. 2020). Die Problematik einer fehlenden Rechtssicherheit tritt für die entscheidenden Personen verschärfend hinzu. Es verwundert daher nicht, dass der Begriff *Moral Distress* und damit verbundene Folgen (wie z. B. Burnout) in diesen Situationen eine besondere und ausgeprägte Konkretisierung erfährt. Auch diese Problematik weist nicht nur eine individuelle, sondern auch eine die medizinische und pflegerische Versorgung betreffende Ebene auf. Die massiven Herausforderungen in einer Pandemie mit Triage-Entscheidungen sind nur durch Teams mit einer hohen Resilienz zu bewältigen, andernfalls droht der Ausfall von Gesundheitspersonal und damit eine weitere Verschärfung der Ressourcenknappheit. Die Österreichische Bioethikkommission nimmt im letzten Abschnitt ihres Statements darauf Bezug und empfiehlt daher Formen einer kollektiven Entscheidungsfindung wie auch die Zuhilfenahme von unterstützenden Einrichtungen wie einer klinischen Ethikberatung. Ergänzend muss jedoch auch auf die notwendige Erhaltung der Handlungsfähigkeit an Intensivstationen verwiesen werden. Dazu hält die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften fest: „Die Intensivstation muss allerdings jederzeit rasch und eigenständig da-

rüber entscheiden können, wer auf die Intensivstation aufgenommen und wer verlegt wird“ (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2020, 7).

Zur Frage der Rechtssicherheit von Entscheidungen, die mit gültigen Rechtsnormen nicht gerechtfertigt werden können, verweist die Österreichische Bioethikkommission auf einen von der Gesellschaft und Rechtsgemeinschaft anzuerkennenden entschuldigenden Notstand (Österreichische Bioethikkommission 2020). Der Deutsche Ethikrat gibt zur Frage der Rechtssicherheit den Hinweis, dass unter den Voraussetzungen einer ethisch begründeten, transparenten und den fachgesellschaftlichen Kriterien folgenden Entscheidung, mit der entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung zu rechnen sei (Deutscher Ethikrat 2020). Dazu ist wohl anzumerken, dass diese Statements zwar eine wertvolle Unterstützung für jene Ärztinnen und Ärzte bedeuten, die in der Katastrophensituation Entscheidungen treffen werden müssen, jedoch das Dilemma der fehlenden Rechtssicherheit nicht auflösen können.

4. Fazit

Die Stellungnahme der Österreichischen Bioethikkommission stellt vor allem für intensivmedizinische Entscheidungen im Kontext der Covid-19-Pandemie eine wertvolle Orientierungshilfe dar. In der Beschreibung möglicher Eskalationsstufen des Ressourcenmangels in einer Pandemie-Situation liegt ein wesentlicher Fokus auf der Frage, wie das kaum auflösbare Dilemma von Triage-Entscheidungen vermieden werden kann. Zusammengefasst lautet die Antwort darauf, indem die Prinzipien einer sorgfältiger Indikationsstellung, Patientenbenefit und Patientenwille und nicht alleine am technisch Machbaren ausgerichteten Medizin, konsequent angewendet werden. Gleichzeitig ist aber auch die Gesellschaft in die Verantwortung zu nehmen, die nicht zuletzt mit der Befolgung der Maßnahmen der Infektionsprophylaxe ihren Beitrag leisten muss. Falls Triage-Entscheidungen trotzdem unvermeidbar wären, zeigt die Stellungnahme dafür notwendige Kriterien auf. Weiters weist die Bioethikkommission auf die gesellschaftliche Verpflichtung hin, für diese auch rechtlich dilemmatischen Situationen einen entschuldigenden Notstand für die entscheidenden Ärztinnen und Ärzte anzuerkennen. Im Vergleich aktuell publizierter deutschsprachiger Empfehlungen zur (vor allem intensivmedizinischen) Ressourcenallokation während der Covid-19-Pandemie ist eine hohe Übereinstimmung in grundsätzlichen Fragestellungen vorhanden.

Literatur

- Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise, in: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> [06.06.2020].
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin: Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie, in: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1549-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen-im-kontext-der-covid-19-pandemie-klinisch-ethische-empfehlungen/file> [06.06.2020].
- Flaatten, H./De Lange, D. W./Morandi, A. et al.: The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years), in: *Intensive Care Medicine* 43 (2017) 1820–1828.
- Heyland, D. K./Garland, A./Bagshaw, S.M. et al.: Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study, in: *Intensive Care Medicine* 41 (2015) 1911–1920.
- Neitzke, G./Burchardi, H./Duttge, G. et al.: Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin (Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin), in: *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 111 (2016) 486–492.
- Österreichische Bioethikkommission: Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie, in: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:772d37b0-3db9-4c8b-b4fe-e6dca7b1b8d3/2004_02_Covid_Bioethik.pdf [06.06.2020].
- Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin: ICU-Triage im Falle von Ressourcen-Mangel – Empfehlungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie, in: https://www.oegari.at/web_files/cms_datan/gari_sop_triage_covid-19_arge_ethik_final_26.3.2020.pdf [06.06.2020].
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Intensivmedizinische Massnahmen, in: https://www.samw.ch/dam/jcr:48fab1c2-3a14-4bdb-b881-8e60979c1b47/richtlinien_samw_intensivmedizinische_massnahmen.pdf [06.06.2020].
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit, in: https://www.samw.ch/dam/jcr:4c30e233-6357-4b1a-98fa-27323db77ccc/richtlinie_n_v2_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20200324.pdf [06.06.2020].
- Valentin, A.: Intensivmedizin im Alter – die individuelle Situation ist entscheidend, in: *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 112 (2017) 303–307.
- Truog, R.D./Mitchell, C./Daley, G.Q.: The Toughest Triage – Allocating Ventilators in a Pandemic, in: *New England Journal of Medicine* 382/21 (2020) 1973–1975.

Zampieri, F. G./Iwashyna, T. J./Viglianti, E. M. et al.: Association of frailty with short-term outcomes, organ support and resource use in critically ill patients, in: *Intensive Care Medicine*, 44 (2018) 1512–1520.

