

II

Normative Perspektiven aus Ethik und Recht

Das Triage-Problem in Italien während der COVID-19-Pandemie

Martin M. Lintner

1. Italien und die COVID-19-Pandemie

Italien gehört nicht nur in Europa, sondern weltweit zu den am stärksten von der Lungenkrankheit COVID-19¹ betroffenen Ländern. Die ersten beiden Infektionsfälle – es handelte sich um zwei chinesische Touristen – wurden am 30. Januar 2020 vom Nationalen Institut für Infektionskrankheiten *Spallanzani* in Rom diagnostiziert. Beide Patienten wurden am 26. Februar für geheilt erklärt. Der erste Fall einer sekundären Übertragung des Coronavirus SARS-CoV-2 wurde am 18. Februar 2020 in Codogno, einer Gemeinde der Provinz Lodi, Lombardei, bekannt. Am 22. Februar 2020 verstarben in der Nähe von Padua zwei Personen, bei denen nachträglich eine Infektion durch das Coronavirus festgestellt wurde. Am selben Tag wurden zwölf weitere Personen in der Provinz Venetien positiv getestet. In den darauffolgenden Tagen stieg die Infektionsrate in Venetien, besonders aber in der Lombardei, sprunghaft an. Am 3. März gab es in Venetien 307 und in der Lombardei 1520 bestätigte Fälle von COVID-19-Erkrankten.

Es gibt verschiedene Hypothesen, die die extrem schnelle Ausbreitung des Virus ab Ende Februar/Anfang März besonders in der Lombardei zu erklären versuchen. Eine ist jene, dass sich viele Patientinnen und Patienten beim Besuch des *Uefa Champions League* Fußballspiels zwischen Valencia und Atalanta Bergamo, welches am 19. Februar 2020 im Mailänder Stadion *San Siro* vor 44.000 Zuschauern ausgetragen wurde, angesteckt haben. Ebenso wird die Hypothese diskutiert, dass die hohe Feinstaubbelastung in den oberitalienischen Industrieregionen, mit den entsprechenden langfristigen negativen Auswirkungen auf die Lungen, mit ursächlich sein könnte für den hohen Grad an Infektionen, die zur Entwicklung von Sym-

1 COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) ist die von der WHO am 11.02.2020 verlautbarte offizielle Bezeichnung für die Lungenerkrankung, die durch Infektion durch den Virus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) ausgelöst wird.

ptomen geführt haben, sowie für den schweren Verlauf der Erkrankung (Setti et al. 2020).

Die Suche nach den Ursachen und die Erhärtung oder Widerlegung dieser und anderer Hypothesen wird Gegenstand weiterführender Forschungsstudien sein. Fakt ist, dass innerhalb kürzester Zeit die Infektionszahlen derart gestiegen sind, dass die Grenzen der Kapazitäten der intensivmedizinischen Betreuung der COVID-19-Patienten besonders in der Lombardei innerhalb kürzester Zeit erreicht worden sind. Die vordergründige Ursache hierfür ist natürlich das hohe Aufkommen von Patientinnen und Patienten innerhalb weniger Tage, worauf das Gesundheitssystem, trotz der sich bereits im Lauf der Monate Januar und Februar abzeichnenden Gefahr einer sich anbahnenden globalen Infektionswelle, schlichtweg nicht vorbereitet war. Eine weitere Ursache liegt in der im internationalen Vergleich relativ niedrigen intensivmedizinischen Kapazität des italienischen Gesundheitssystems. Italien verfügte vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie über 8,42 Intensivbetten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Der Vergleich zu Deutschland und Österreich, wo 33,9 (Deutschland) bzw. 28,9 (Österreich) Intensivbetten je 100.000 Personen zur Verfügung standen, macht diese grundsätzliche prekäre Situation deutlich.² Eine weitere mögliche Ursache ist, dass – wiederum im internationalen Vergleich – ein relativ hoher Anteil der Infizierten intensivmedizinisch betreut werden musste. Laut Angaben des italienischen Gesundheitsministeriums waren es am 3. März 2020 11,2 Prozent der positiv getesteten Patientinnen und Patienten.³ In Österreich waren es in der vergleichbaren Phase der COVID-19-Krise lediglich 1,6 Prozent.⁴

Die Infektionswelle erreichte ihren Höhepunkt mit 6.557 Neuinfektionen (21. März 2020) und 969 Toten (27. März 2020) an jeweils einem einzigen Tag. Bis zum 8. Mai wurden insgesamt 217.185 an SARS-CoV-2 infizierte Personen registriert, von denen 30.201 verstorben sind. Dies entspricht 49,98 Toten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Weltweit lag Italien nach Belgien (74,6) und Spanien (50,29) an dritter Stelle

2 Vgl. Ministero della Salute 2017; Deutsches Statistisches Bundesamt (Stand: 02.04.2020).

3 Am 3. März 2020 waren landesweit 2034 Infektionen bekannt, 1000 Patienten befanden sich in Heimquarantäne, 1034 wurden im Krankenhaus behandelt, davon 229 auf der Intensivstation. Vgl. Ministero della Salute: Covid-19 Bollettino del 3 marzo 2020.

4 Vgl. Der Standard: Wie viele freie Betten es auf den Intensivstationen gibt (Stand: 25.03.2020).

vor Großbritannien (47,1) und Frankreich (39,16).⁵ Von den italienischen Corona-Opfern entfielen 52,3 Prozent auf die Lombardei, und zwar bei einem Anteil von ca. 37 Prozent an Infizierten auf der gesamtstaatlichen Ebene.⁶ 60,9 Prozent der Verstorbenen waren Männer, 39,1 Prozent Frauen. Gezählt wurden alle Verstorbenen, die vor ihrem Tod positiv auf das Coronavirus getestet worden waren, unabhängig davon, ob die Infektion mit SARS-CoV-2 ursächlich für den Tod war oder ob es potentiell eine andere Todesursache gegeben hatte. Erste Analysen gehen jedoch davon aus, dass in 88 Prozent der Todesfälle das Coronavirus die erste Todesursache darstellte, auch wenn 59,9 Prozent der Verstorbenen drei oder mehr Vorerkrankungen, 21,3 Prozent zwei, 15 Prozent eine und lediglich 3,9 Prozent keine Vorerkrankung aufwiesen⁷.

Die Gesamtzahl der Todesfälle entsprach in Bezug auf die Infizierten einer Sterblichkeitsrate von 13,9 Prozent. Diese war im Vergleich etwa zu Deutschland mit einer Sterblichkeitsrate von rund 4,2 Prozent⁸ und Österreich mit 3,8 Prozent⁹ relativ hoch und lag signifikant über dem weltweiten Durchschnitt von ca. sieben Prozent. Weltweit lag Italien nach Belgien (16,42 Prozent), Frankreich (14,96 Prozent) und dem Vereinigten Königreich (14,9 Prozent) an vierter Stelle vor Spanien (11,68 Prozent).¹⁰ Eine mögliche Ursache für die hohe Sterblichkeitsrate ist die bereits erwähnte geringe intensivmedizinische Kapazität Italiens. Eine weitere mögliche Ursache ist der schwere Verlauf vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten. Zum Datum 7. Mai 2020 betrug das Durchschnittsalter der Verstorbenen 80 und das mediane Alter 81 Jahre, während das mediane Alter aller Infizierten bei 62 Jahren lag.¹¹

Dieser kurze, überblicksmäßige Rückblick auf die COVID-19-Krise in Italien von ihrem Ausbruch Ende Februar und dem Verlauf bis Anfang Mai 2020 mag an dieser Stelle genügen. Bereits erwähnt wurde, dass die dramatische Entwicklung sich auf die besonders schwer betroffene Region der Lombardei fokussierte, wo das Gesundheitssystem bereits Anfang März so überlastet war, dass viele Patientinnen und Patienten nicht mehr ange-

5 Vgl. Johns Hopkins University: COVID-19 Dashboard by the CSSE (Stand: 09.05.2020).

6 Vgl. Ministero della Salute: Covid-19 Bollettino del 6 maggio 2020.

7 Vgl. Ministero della Salute: Covid-19 Bollettino dell'8 maggio 2020.

8 Vgl. Statista (Stand: 06.05.2020).

9 Vgl. Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: Amtliches Dashboard COVID-19 (Stand: 07.05.2020).

10 Vgl. Statista: Letalitätsrate beim Coronavirus (Stand: 06.05.2020).

11 Vgl. Ministero della Salute: Covid-19 Bollettino dell'8 maggio 2020.

messen bis überhaupt nicht mehr behandelt werden konnten. Krankenhäuser sahen sich genötigt, Patientinnen und Patienten abzuweisen. Bilder gingen um die Welt und führten die dramatische Lage, aber auch die menschlichen Tragödien, die sich abspielten, plastisch vor Augen: völlig erschöpfte Krankenschwestern und Ärzte; kurzfristig in Krankenstationen umfunktionierte Messehallen; überfüllte Intensivstationen; verzweifelte Menschen, die ihre sterbenden Angehörigen nicht besuchen durften; Bestatter, die Leichen von zuhause abholten, wo Menschen allein und ohne medizinische Versorgung verstorben waren; Kirchen voller Särge; nächtliche Konvois von Militär-LKWs, die die Leichen zu den Krematorien in die benachbarten Regionen transportierten, da die Krematorien in der Lombardei trotz Dauerbetriebs die Leichen der vielen Corona-Opfer nicht mehr aufnehmen konnten.

2. *Das Positionspapier der SIAARTI*

Die italienische Gesellschaft für Anästhesie, Analgesie, Reanimations- und Intensivmedizin SIAARTI sah sich veranlasst, am 6. März 2020 ein Positionspapier zur Triage zu veröffentlichen, also bereits eine knappe Woche bevor die italienische Regierung am 12. März 2020 durch weitreichende Maßnahmen, die das öffentliche Leben fast lahmlegten, versuchte, die weitere Ausbreitung des Coronavirus zu verhindern. Das Positionspapier der SIAARTI besteht aus einer hinführenden Einleitung sowie 15 „klinisch-ethischen Empfehlungen zum Beginn intensivmedizinischer Maßnahmen und zu ihrer Beendigung, unter außerordentlichen Umständen aufgrund von Ungleichgewicht zwischen Notwendigkeit und verfügbaren Ressourcen“.

In der Einleitung wird ausgeführt, dass aufgrund der zu erwartenden Verschärfung der Situation – Zunahme der Infektionen sowie der Umstand, dass ca. zehn Prozent der infizierten Patientinnen und Patienten eine intensivmedizinische Behandlung mit invasiver oder nicht-invasiver Beatmung benötigen – die Kriterien zur Aufnahme sowie zur Beendigung einer intensivmedizinischen Behandlung sich „nicht mehr strikt nach der klinischen Angemessenheit oder der Verhältnismäßigkeit der Therapie richten, sondern auch möglichst Verteilungsgerechtigkeit und die zweckmäßige Zuweisung von medizinischen Ressourcen in Betracht ziehen“

(Vergano et al. 2020¹²). Ausdrücklich wird von „Kriterien einer maximalen Triage“ gesprochen sowie auf den Bereich der Katastrophenmedizin verwiesen, „für welche die Ethik im Laufe der Zeit konkrete Empfehlungen für Ärzte und Pflegepersonal, die vor schwierigen Entscheidungen stehen, erarbeitet hat“. Mit Verweis auf das Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Behandlung, das auf den Kontext eines Mangels an medizinischen Ressourcen auszudehnen sei, sei „danach [zu] trachten, intensivmedizinische Behandlung für jene Patienten zu garantieren, die die größte Wahrscheinlichkeit für einen therapeutischen Erfolg haben: man bevorzugt die ‚höchste Überlebenschance‘.“ Als Kriterien für die Aufnahme einer intensivmedizinischen Betreuung werden zudem genannt: „die Art und Schwere der Erkrankung, das Vorhandensein von Komorbiditäten, die Beeinträchtigung von anderen Organfunktionen und deren Reversibilität“. Abgelehnt wird ausdrücklich das *First Come, First Served*-Prinzip. Betont wird, dass das

„Vorhandensein von Ressourcen für den Einzelfall solange nicht Teil des Entscheidungsprozesses ist, bis der Mangel an Ressourcen so massiv wird, dass man nicht die Behandlung aller Patienten, die von einer Behandlung hypothetisch profitieren könnten, sicherstellen kann“,

und dass

„die Anwendung von Rationierungsmaßnahmen nur dann gerechtfertigt sein kann, wenn seitens aller involvierter Stellen (vor allem der ‚Krisenstäbe‘ und der Krankenhaus-Führungsgremien) alle Anstrengungen unternommen wurden, um die Verfügbarkeit der medizinischen Behandlung zu steigern (im konkreten Sachverhalt, Intensivbetten), und nachdem jede Möglichkeit einer Verlegung von Patienten in Zentren mit mehr freier Kapazität beurteilt wurde“.

Die Änderung der Aufnahmekriterien müsse zudem „so weit als möglich von den betroffenen Mitarbeitern mitgetragen werden“ und „aufgrund von Transparenzkriterien und um das Vertrauen in die öffentliche Gesundheitsversorgung zu gewähren“ den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen mitgeteilt werden. Die 15 folgenden Empfehlungen sollen zwei Zielen dienen: „den Ärzten einen Teil der Last ihrer Entscheidungen

12 Die deutschsprachigen Zitate aus diesem Dokument folgen weitestgehend der Arbeitsübersetzung von Lukas Gasteiger (http://www.provincia.bz.it/gesundheits-leben/gesundheits/ethik-und-gesundheit.asp?news_action=300&news_image_id=1061753 [09.05.2020]).

abzunehmen, die in einzelnen Fällen emotional gravierend sein können“, und „die Kriterien zur Zuweisung von medizinischen Ressourcen klarzumachen“.

Im Folgenden sollen die einzelnen Kriterien vorgestellt werden:

1. Die außerordentlichen Aufnahme- und Entlassungskriterien betreffen alle Intensivpatienten (nicht nur COVID-19-Patienten) und sollen lokal flexibel „an die konkreten Ressourcen, an die Möglichkeit, Patienten zu verlegen, an die Anzahl an aktuellen und vorhergesagten Neuinfektionen angepasst werden“.
2. Die akute Anhebung der Gesamt-Intensivbettenanzahl gewährleistet nicht eine adäquate Therapie des einzelnen Patienten, da durch die höhere Anzahl von aufgenommenen Patienten Ressourcen, Aufmerksamkeit und Energie für den einzelnen Patienten reduziert würden. Durch die Verringerung der selektiven chirurgischen und ambulanten Tätigkeit und der Knappheit der intensiven Ressourcen sei zudem ein „Anstieg der Mortalität aufgrund klinischer Erkrankungen, die nicht mit der aktuellen Epidemie in Zusammenhang stehen“, zu erwarten.
3. In Betracht gezogen wird, „ein Alterslimit zur Aufnahme an einer ICU einzuführen“, wobei betont wird, dass es sich „nicht um eine reine Werteentscheidung“ handelt, sondern dass „Ressourcen, die höchstgradig eingeschränkt sein könnten, *in primis* denen, die die höchste Überlebenschance haben, und in einem zweiten Schritt jenen, denen am meisten potentielle Lebenszeit gerettet werden kann“, angeboten werden sollen. Ausdrücklich wird von einer „Maximierung des Nutzens für eine möglichst große Zahl von Menschen“ gesprochen und erneut das *First Come, First Served*-Prinzip abgelehnt.
4. In Bezug auf Komorbiditäten, Allgemeinzustand und Alter wird festgehalten, dass sie aufmerksam beurteilt werden müssen, da sie den Verlauf und die Schwere der Erkrankung maßgeblich beeinflussen können und aufgrund des Aufwands von Ressourcen Auswirkungen haben auf das Gesundheitssystem. Verwiesen wird auf die bereits geltenden Kriterien im Falle von multiplem Organversagen im Endstadium sowie für die Aufnahme auf die Intensivstation.
5. Betont wird, dass „der vermeintliche oder hinterlassene Wille des Patienten (z. B. durch eine Patientenverfügung) berücksichtigt werden muss, insbesondere bei jenen Personen, die bereits eine Zeit der chronischen Krankheit durchlaufen haben und bei denen (gemeinsam mit den Betreuern) eine von allen geteilte Vorausplanung der Behandlung definiert wurde“.

6. Die Nichtaufnahme einer intensivmedizinischen Behandlung sowie die Entscheidung, eine Therapielimitation zu setzen, müssen „begründet, dokumentiert und kommuniziert“ werden und dürfen „die Intensität von ‚weniger invasiven‘ Therapien nicht verhindern“.
7. Die Entscheidung, aufgrund des extremen Ungleichgewichts zwischen Bedarf und Verfügbarkeit von Ressourcen eine Therapielimitation zu setzen, wird ausschließlich „durch die Außerordentlichkeit der Situation gerechtfertigt“.
8. „Im Fall von außerordentlich schwierigen Entscheidungen oder Unsicherheiten soll eine ‚Second Opinion‘ [...] durch sehr erfahrene Gesprächspartner [...] eingeholt werden.“
9. Die Aufnahmekriterien für die Intensivtherapie sollten bei jedem einzelnen Patienten „so früh wie möglich diskutiert und definiert werden“, nicht erst bei einer klinischen Verschlechterung oder aber bei Verknappung der Verfügbarkeit von Intensivplätzen.
„Eine eventuelle ‚Do not Intubate‘-Anordnung sollte in der Patientenkurve vermerkt sein, um im Falle einer rapiden klinischen Verschlechterung die Entscheidung zu leiten, auch wenn Kollegen, welche in die Planung des Patienten nicht eingeweiht sind oder ihn nicht kennen, im Dienst sind.“
10. Empfohlen wird „eine palliative Sedierung bei hypoxischen Patienten und deletärem Verlauf“ nach den bereits bestehenden Richtlinien sowie die Verlegung von Patientinnen und Patienten, bei denen absehbar ist, dass der „Sterbeprozess nicht kurz sein wird, [...] in ein weniger intensives Umfeld“.
11. „Alle auf [einer] Intensivstation aufgenommenen Patienten sollen als ‚ICU-Trial‘ eingeschätzt und vermerkt werden“, was eine tägliche Evaluierung „der Angemessenheit, des Therapieziels und der Verhältnismäßigkeit der Therapie“ zur Folge hat. Bei einer ungünstigen Evaluierung dürfen in einer „Situation eines massiven Auftretens von Patienten ein Therapierückzug bzw. eine Umstellung von einem intensiven auf ein palliatives Behandlungsziel nicht verzögert werden“.
12. „Eine Therapielimitation muss so weit als möglich mit dem Behandlungsteam besprochen und gemeinsam getragen werden und (wenn möglich) gemeinsam mit dem Patienten und/oder den Angehörigen besprochen werden. Sie muss in jedem Fall zeitgerecht erfolgen [...].“

13. Die ressourcenaufwändige extrakorporale Lungenunterstützung ECMO¹³ „sollte im Falle eines massiven Patientenaufkommens nur für extrem ausgewählte Patienten mit einem vermeintlich raschen ‚Weaning‘¹⁴ vorbehalten“ sowie „im Idealfall auch nur in spezialisierten Zentren mit hohen ECMO-Fallzahlen durchgeführt werden, da sie dort verhältnismäßig weniger Ressourcen bindet als in Zentren mit weniger Erfahrung“.
14. Unterstrichen wird die Bedeutung von „Netzwerken zur Zusammenarbeit und zum Austausch zwischen Zentren und den einzelnen Mitarbeitern“ sowie für die Zeit nach Beendigung des Notstandes, „Zeit und Energie für Nachbesprechungen und Burnout- und ‚Moral Distress‘-Monitoring für die involvierten Berufsgruppen aufzuwenden“.
15. „Die Auswirkungen auf Familienangehörige von intensivtherapierten COVID-19-Patienten müssen berücksichtigt werden, vor allem wenn Patienten im Rahmen einer kompletten Besuchsbeschränkung versterben.“

3. Kritische Reaktionen und kontroverse Debatten

Die Empfehlungen der SIAARTI haben postwendend kontroverse, teils sehr emotional geführte Debatten ausgelöst. In manchen Medien wurde aufgrund der Empfehlung Nummer drei, zur Aufnahme auf die Intensivstation ein Alterslimit in Betracht zu ziehen (siehe oben), kolportiert, dass ältere Menschen grundsätzlich nicht mehr intensivmedizinisch behandelt bzw. im Falle einer schweren Lungenentzündung nicht mehr intubiert würden, was auch international Aufsehen erregt hat. Die SIAARTI-Verantwortlichen wurden sogar als „späte Nachkommen von Dr. Mengele“ bezeichnet und die Empfehlungen mussten gegen den Vorwurf „sozialdarwinistischer Altersdiskriminierung“ verteidigt werden (Ravera 2020).

13 Extrakorporale Membranoxygenierung.

14 Beatmungs- bzw. Respiratorentwöhnung.

3.1. Die ablehnende Reaktion der italienischen Ärzte- und Pflegekammer

Der Präsident der italienischen Ärztekammer FNOMCeO, Filippo Anelli, grenzte sich in einer Pressemitteilung am 8. März 2020 (vgl. FNOMCeO 2020) scharf von den SIAARTI-Empfehlungen ab und sprach von einer „inakzeptablen Kriegstriage“, die dem deontologischen Kodex der Ärztekammer widerspreche, wonach „alle Patientinnen und Patienten gleich sind und ohne jegliche Diskriminierung behandelt werden müssen“¹⁵. Er forderte die Ärzteschaft auf, die SIAARTI-Empfehlungen nicht zu befolgen, ohne jedoch differenzierend auf einzelne Aspekte des Positionspapiers näher einzugehen. Entscheidungsgrundlage, so Anelli, dürften allein die Grundprinzipien der italienischen Verfassung¹⁶, des deontologischen Kodex der Ärztekammer¹⁷ und des nationalen Gesundheitssystems sein. Mit dem allgemeinen Verweis auf den deontologischen Ärztekodex ließ er allerdings offen, wie tatsächlich zu verfahren sei, wenn Triage-Entscheidungen de facto unausweichlich werden sollten. Stattdessen forderte er, dass die Anwendung von Rationierungskriterien nur als *ultima ratio* in Betracht zu ziehen sei und zuvor einer kollegialen bioethischen Diskussion innerhalb des Berufsstandes und in der gesamten Gesellschaft bedürfe.

Anelli nannte das Positionspapier der SIAARTI allerdings einen „Grido di Dolore“, einen „Schmerzensschrei“, und verlieh seiner Hoffnung Ausdruck, dass dieser von den politisch Verantwortlichen gehört werde. Sie sollten alles unternehmen, um Ärzte vor solchen Triage-Entscheidungen zu bewahren. Deshalb forderte Anelli die sofortige Erhöhung der intensivmedizinischen Kapazitäten, appellierte zugleich aber auch an alle Bürgerinnen und Bürger, sich gewissenhaft an die nötigen, vom nationalen Gesundheitsdienst empfohlenen Maßnahmen zu halten, um Infektionen zu vermeiden.

15 Diese und alle folgenden Übersetzungen aus dem Italienischen durch den Verfasser.

16 In der öffentlichen Diskussion wurde in diesem Zusammenhang wiederholt auf den Artikel 32 der italienischen Verfassung Bezug genommen, worin sich die Republik verpflichtet, die Gesundheit „als Grundrecht des Einzelnen und als Interesse der Gemeinschaft zu hüten“.

17 Besonders Artikel 3: „Pflicht des Arztes ist der Schutz des Lebens, der körperlichen und geistigen Gesundheit des Menschen und die Linderung des Leidens unter Achtung der Freiheit und der Würde der menschlichen Person, ohne Diskriminierung aufgrund von Alter, Geschlecht, Ethnie, Religion, Nationalität, sozialer Lage, Weltanschauung, in Friedens- oder Kriegszeiten, unabhängig von den institutionellen oder sozialen Bedingungen, unter denen er tätig ist [...]“.

In die Debatte brachte sich am 10. März 2020 auch die Nationale Pflegekammer NFOPI ein und zwar auf derselben Linie wie der Ärztekammerpräsident (vgl. NFOPI 2020). Im Wesentlichen werden zwei Aspekte betont: Erstens, dass „jeder Patient das gleiche Recht auf Gesundheit und Zugang zur Pflege hat“ und zweitens, dass die Entscheidung, wem welche Therapie zugestanden wird, nicht ökonomischen Kalkülen unterliegen dürfe. Zwar wird eingeräumt, dass die Überlebenschancen grundsätzlich eines von mehreren Kriterien beim Zugang zur Intensivpflege darstellt, es sei aber „unvorsichtig und unklug“, dieses Kriterium im Kontext der COVID-19-Pandemie zu betonen. Es dürfe nicht der Eindruck erweckt werden, dass es Menschenleben gäbe, die mehr bzw. weniger zählen würden als andere.

3.2 *Zustimmende Reaktionen auf das SIAARTI-Dokument*

Die negativen Kritiken der italienischen Ärzte- und Pflegekammer blieben nicht unbeantwortet. Als Beispiele sollen die Repliken des Moralphilosophen Maurizio Mori, Mitglied des Nationalen Bioethikkomitees, vom 13. März 2020 sowie des Anästhesisten Davide Mazzon, Mitglied des Ethikkomitees der SIAARTI, vom 14. März 2020 angeführt werden.

Moris Replik (Mori 2020) kann an drei zentralen Argumenten dargestellt werden. Erstens kritisiert er, Anelli würde Gleichheit mit Identität verwechseln. Das Gleichheitsprinzip fordere gerade nicht, alle Patientinnen und Patienten gleich zu behandeln, sondern eine Behandlung so gut wie möglich zu personalisieren, um jedem Patienten die für ihn am besten geeignete Behandlung zuteil werden zu lassen. Bezugspunkt ist dabei die „gemeinsame Menschlichkeit“ („Comune Umanità“) jedes Patienten und die Pflicht, sein Leben zu schützen. Der in Artikel drei des deontologischen Ärztekodex¹⁸ genannte Schutz des Lebens aber verlange nicht die Erhaltung des Lebens um jeden Preis, sondern die Angemessenheit einer Behandlung in Bezug zu setzen zur konkreten Gesundheitssituation eines Patienten. Dies bedeutet kein Urteil über den Wert des Lebens eines Patienten, sondern über die Angemessenheit und Wirksamkeit einer Therapie, Leben nicht nur zu erhalten, sondern auch Lebensqualität zu gewährleisten. Das zweite Argument Moris ist deshalb der Paradigmenwechsel vom Schutz des Lebens hin zu einer Garantie einer guten Lebensqualität auch am Ende des Lebens, was die Beachtung des Patientenwillens, die Vermeidung

18 Vgl. oben, Anmerkung 17.

derung des therapeutischen Übereifers sowie die moralische Erlaubtheit der freiwilligen Aussetzung von Therapien beinhaltet. Als drittes Argument verweist Mori schließlich auf das im SIAARTI-Dokument angeführte Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit im Kontext knapper Ressourcen.

Mazzon (Mazzon 2020) ging unter anderem auf die in der öffentlichen Debatte kontrovers diskutierte dritte Empfehlung des Alterslimits bei der Aufnahme auf die Intensivstation der SIAARTI ein. Er erläuterte sie, indem er die Zusammenschau der unterschiedlichen spezifischen klinischen Bedingungen als Kriterium dafür nannte, ob ein Patient bzw. eine Patientin eine intensivmedizinische Behandlung in Anspruch nehmen kann. Dabei müssen, so Mazzon, das „biologische Alter (das sich vom kalendarischen Alter unterscheidet) wie auch der funktionelle Status und die begleitenden Pathologien von Patienten“ sowie die Frage, ob schwere Nebenwirkungen zu erwarten sind, berücksichtigt werden, besonders hinsichtlich des Umstandes, dass die an einer schweren Lungenentzündung erkrankten COVID-19-Patienten in der Regel zwei bis drei Wochen lang intubiert werden mussten. Auch unter den Bedingungen von Triage ist zu bedenken, dass

„unabhängig davon, ob Ressourcen verfügbar sind oder nicht, diese Einschätzungen zu der Überzeugung führen können, dass eine Einweisung auf die Intensivstation unnötig, manchmal sogar potenziell schädlich sein und der Patient von einer nicht intensiven oder palliativen Versorgung mehr profitieren kann.“

Den Vorwurf der Altersdiskriminierung jedenfalls wies er zurück:

„Das Alterskriterium ist nur einer der Parameter, auf die sich eine ‚Triage‘ für die Aufnahme auf die Intensivstation stützen kann. Tatsächlich können Bedingungen auftreten, bei denen auf der Grundlage der genannten Kriterien in ihrer Gesamtheit die Aufnahme eines zwar älteren Patienten, der jedoch ein besseres klinisches Bild aufweist, auf die Intensivstation indiziert sein kann.“

3.3 Zur Triage als konkreter Maßnahme

In vielen italienischen Krankenhäusern war Triage wochenlang eine notwendige Maßnahme. Wie bereits erwähnt, war aufgrund der hohen Rate von Neuinfektionen, der überdurchschnittlich langen Behandlungsdauer von Intensivpatienten und der mangelhaften intensivmedizinischen Kapazitäten eine klinisch angemessene Behandlung aller Patientinnen und Pati-

enten nicht möglich. Die seit 2012 geltenden ministeriellen Leitlinien zur Triage im Krankenhaus (Ministero della Salute 2012) mussten den veränderten Bedingungen der SARS-CoV-2-Infektionswelle angepasst werden. Die SIAARTI-Empfehlungen wollten dazu eine Hilfestellung bieten. Um die äußerst angespannte Situation in den Krankenhäusern zu entlasten, empfahlen das italienische Gesundheitsministerium und der nationale Gesundheitsdienst allen Bürgerinnen und Bürgern dringend, den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen (z. B. Notaufnahmen, ambulante und elektive Eingriffe) in nicht dringlichen Fällen einzuschränken. Die Task Force für Infektionskrankheiten empfahl zudem, infizierten Patienten häusliche Isolation aufzuerlegen und sie zu Hause zu behandeln sowie den Verlauf der Erkrankung mittels Selbstbeobachtung der Symptome zu überwachen (Semeraro 2020). Dadurch sollten einerseits eine Infizierung der betreuenden Hausärzte verhindert und andererseits Infizierte erst bei Verschlechterung ihrer Situation stationär aufgenommen werden.

Die schwierige und heikle Entscheidung, wer vorrangig intensivmedizinisch versorgt und wer nachrangig oder nur palliativ behandelt werden soll, mussten jedoch die Ärzte vor Ort treffen. Schlagzeilen im Sinne von „Ärzte entscheiden über Leben und Tod“ oder Berichte aus den Krankenhäusern, wonach „ältere Menschen Angst vor einer Verschlechterung ihrer Situation hätten, weil sie wüssten, im Notfall nicht intubiert zu werden“¹⁹, verunsicherten viele Menschen und weckten insbesondere die Befürchtung, dass ältere Menschen medizinisch benachteiligt würden.

Ärzte und Krankenhäuser haben bestätigt, dass Triage in der Tat als notwendige Maßnahme durchgeführt werden musste, jedoch wiederholt betont, dass das Alter allein kein Kriterium für die Nichtbehandlung eines Patienten oder einer Patientin darstellte. Beispielhaft seien zwei Stimmen genannt: Christian Salaroli, Anästhesist im Krankenhaus „Papst Johannes XXIII.“ in Bergamo, nannte drei ausschlaggebende Kriterien, nach denen auf seiner Station die Entscheidung über den Beginn einer intensivmedizinischen Betreuung getroffen wurden: Alter, klinisches Gesamtbild und die Abschätzung, ob ein Patient sich wieder von einer intensivmedizinischen Behandlung erholen werde (Imarisio 2020). Auch Marco Resta, stellvertretender Leiter der Poliklinik „San Donato“ in Mailand, nannte das Alter und die medizinische Gesamtverfassung eines Patienten als die zwei grundlegenden Entscheidungskriterien, als drittes hingegen die familiäre Situation: „Wir müssen wissen, ob ältere Patienten Familienangehörige ha-

19 So sinngemäß eine Krankenschwester im Bozner Krankenhaus in „Südtirol Heute“ (ORF) vom 31.03.2020 (aus dem Gedächtnis zitiert).

ben, die sich um sie kümmern können, nachdem sie die Intensivstation verlassen haben, da sie Pflege benötigen werden“ (Parodi et al. 2020).

Schließlich sei noch exemplarisch die modifizierte *Early-Warning-Score*-Entscheidungshilfe des Südtiroler Sanitätsbetriebs erwähnt, die unter anderem auf der Grundlage der SIAARTI-Empfehlungen erstellt worden ist (Frings/Verginella 2020).²⁰ Darin wird das Alterslimit von 75 Jahren im Zusammenhang mit einer fortgeschrittenen schweren Grunderkrankung als absolute Kontraindikation, mit einer schweren Grunderkrankung als relative Kontraindikation zur intensivmedizinischen Behandlung angewandt.

4. Das Positionspapier der Nationalen Bioethikkommission

Am 8. April 2020 schließlich veröffentlichte die Nationale Kommission für Bioethik CNB ihr Positionspapier mit dem Titel „Die klinische Entscheidung unter Bedingungen fehlender Ressourcen und das Kriterium der ‚Triage im pandemischen Notfall‘“. Grundsätzlich wird festgehalten, dass auch in der aktuellen COVID-19-Pandemie das „klinische Kriterium das einzige ethisch akzeptable Kriterium für klinische Entscheidungen“ ist. Andere Auswahlkriterien „wie Alter, Geschlecht, sozialer Stand und Funktion, ethnische Zugehörigkeit, Behinderung, persönliche Verantwortung für das Verhalten, das die Pathologie hervorgerufen hat, und Kosten“ werden als „ethisch nicht akzeptabel“ zurückgewiesen.

Für die Auswahl von Patienten durch „Triage im pandemischen Notfall“ werden drei Aspekte genannt:

1. Als Prämisse wird die *Preparedness* bezeichnet, d. h. die „Vorbereitung von Handlungsstrategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit im Hinblick auf außergewöhnliche Bedingungen mit einer transparenten Verantwortungskette“;
2. die klinische Angemessenheit, d. h. die „medizinische Bewertung der Wirksamkeit der Behandlung im Verhältnis zu den klinischen

20 Die Entscheidungshilfe wird von der im Rahmen der COVID-19-Pandemie im Südtiroler Sanitätsbetrieb gegründeten landesweiten Organisationseinheit NAI/EMAR (Notfall-, Anästhesie und Intensivmedizin/Emergenza Medica, Anestesia e Rianimazione) verantwortet. Die Situation in Südtirol konnte nicht zuletzt dadurch entspannt werden, dass insgesamt ca. ein Dutzend COVID-19-Intensivpatientinnen und -patienten in Kliniken in Tirol und Vorarlberg transferiert werden konnten.

Bedürfnissen jedes einzelnen Patienten, in Bezug auf die Dringlichkeit und Schwere des Ausbruchs der Pathologie und die prognostische Möglichkeit der Genesung unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit der Behandlung“;

3. die Berücksichtigung der aktuellen Situation, sodass „die individuelle Beurteilung des in der Notaufnahme physisch anwesenden Patienten in die weitere Perspektive der ‚Gemeinschaft der Patienten‘ eingefügt“ werden muss. Dies bedeutet, dass die Standards der Allokationsgerechtigkeit eingehalten werden müssen.²¹ Als analoges Beispiel verweist die Ethikkommission ausdrücklich auf die Praxis im Organtransplantationswesen: Bei der Erstellung der Wartelisten der Transplantationsempfänger werden neben der Reihenfolge des Eintreffens bzw. der Wartezeit hauptsächlich Kriterien der medizinischen Dringlichkeit sowie des medizinischen Nutzens berücksichtigt. Zudem wird die Warteliste in regelmäßigen Abständen anhand dieser Kriterien überprüft.

Betont wird schließlich, dass „den am meisten gefährdeten Menschen, die sich möglicherweise der Gefahr ausgesetzt fühlen, vernachlässigt zu werden, insbesondere älteren Menschen eine besondere Aufmerksamkeit gilt“. Für sie werden nicht nur medizinische und klinische Betreuung, sondern auch soziale und menschliche Nähe und Begleitung gefordert.

Das bereits erwähnte Mitglied der CNB Maurizio Mori hat sich dem Positionspapier der CNB nicht angeschlossen und stattdessen ein eigenes Minderheitsvotum verfasst, das dem Positionspapier der CNB beigefügt worden ist. Darin verteidigt Mori die Empfehlungen der SIAARTI und bemängelt, dass es die CNB verabsäumt habe, konkrete Kriterien für den Fall der Unausweichlichkeit von Triage-Entscheidungen zu formulieren und damit dem einzelnen Arzt die ganze Last einer solchen Entscheidung auflasten würde. Entgegen der Position der CNB, dass das „klinische Kriterium das einzige ethisch akzeptable Kriterium für klinische Entscheidungen“, alle anderen Kriterien hingegen als ethisch inakzeptabel zurückgewiesen werden, verteidigte er die Position der SIAARTI als richtungweisend, dass es in einer Notsituation erforderlich sein kann, sich „nicht strikt nach der klinischen Angemessenheit oder der Verhältnismäßigkeit der

21 In der Forderung, dass bei der Allokationsgerechtigkeit auch die physisch nicht anwesenden Patienten berücksichtigt werden müssen, sieht die Ethikkommission einen Unterschied zu Triage unter Normalbedingungen, welche laut den ministeriellen Anweisungen (Ministero della Salute 2012) die Erstellung der Warte- und Prioritätenliste nur die physisch anwesenden Patienten betrifft.

Therapie zu richten, sondern auch möglichst Verteilungsgerechtigkeit und die zweckmäßige Zuweisung von medizinischen Ressourcen in Betracht zu ziehen“.

Dass sich die Mitglieder der CNB zu keiner einheitlichen Position durchringen konnten, macht deutlich, dass die teils sehr emotional geführte Debatte nicht abgeschlossen ist und auch nach der COVID-19-Krise weiterzuführen ist.

Literatur

CNB [Nationale Kommission für Bioethik]: COVID-19 – La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del „trriage in emergenza pandemica“, in: http://bioetica.governo.it/media/3987/p136_2020_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-trriage-in-emergenza-pandemica.pdf [07.05.2020].

Der Standard: Wie viele freie Betten es auf den Intensivstationen gibt, in: <https://www.derstandard.at/story/2000116166737/freie-betten-auf-den-intensivstationen> [07.05.2020].

Deutsches Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung Nr. 119 vom 02.04.2020, in: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/04/PD20_119_231.html;jsessionid=744BB4DF375AB2B871D0FB735D397C29.internet8732 [07.05.2020].

FNOMCeO [Nationale italienische Ärztekammer]: Nostra guida resta Codice deontologico, in: http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=82263 [07.05.2020].

Frings, Simon/Verginella, Francesca – NAI/EMAR: EWS – Early Warning Score Modified (Südtiroler Sanitätsbetriebe/Notfallmedizin), Version 1.0 vom 24.03.2020.

Imariso, Marco: „Negli ospedali siamo come in guerra“. Intervista con Christian Salaroli, in: https://www.corriere.it/cronache/20_marzo_09/coronavirus-sceglia-mo-chi-curare-chi-no-come-ogni-guerra-196f7d34-617d-11ea-8f33-90c941af0f23.s.html [16.05.2020].

Johns Hopkins University: COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE), in: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> [09.05.2020].

Mazzon, Davide: Le questioni etiche nella gestione della emergenza „COVID 19“. Quale contributo dal documento della SIAARTI, in: <https://www.consultadibioetica.org/covid-19/> [07.05.2020].

Ministero della Salute: Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero (2012), in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf [16.05.2020].

- Ministero della Salute: Annuario Statistico del Servizio Sanitario 2017, in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2879_allegato.pdf [07.05.2020].
- Ministero della Salute: Covid-19 Bollettino del 26.05.2020, in: <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus> [26.05.2020].
- Mori, Maurizio: Le Raccomandazioni degli anestesisti e la fine dell'eguaglianza ipocratica, in: http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=82530 [07.05.2020].
- NFOPI [Nationale italienische Kammer für Pflegeberufe]: SSN non lasci solo nessuno, in: https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=82353 [07.05.2020].
- Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: Amtliches Dashboard COVID19, in: <https://info.gesundheitsministerium.at/dashboard.html?l=de> [07.05.2020].
- Parodi, Emilio/Aloisi, Silvia/ Barbaglia Pamela: „Va tutto bene“. In Italia triage e bugie per i malati di coronavirus, in: <https://it.reuters.com/article/idITKBN2142UL> [16.05.2020].
- Ravera, Bruno: Nel documento degli anestesisti nessun darwinismo sociale, in: http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=82838 [11.05.2020].
- Semeraro, Federico et al.: New Early Warning Score: off-label approach for Covid-19 outbreak patient deterioration in the community, in: *Resuscitation* 151, 24–25; DOI: 10.1016/j.resuscitation.2020.04.018.
- Setti, Leonardo et al.: Searching for SARS-COV-2 on Particulate Matter. A Possible Early Indicator of COVID-19 Epidemic Recurrence, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (2020), 2986; DOI: 10.3390/ijer-ph17092986.
- Vergano, Marco et al. – SIAARTI: Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili in: https://www.consultadibioetica.org/wp-content/uploads/2020/03/3_SIAARTI-Covid19-Raccomandazioni-di-etica-clinica.pdf [07.05.2020]; leicht modifizierte englische Übersetzung: Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances. The Italian perspective during the COVID-19 epidemic, in: *Critical Care* 24 (2020) Artikel 165; DOI: doi.org/10.1186/s13054-020-02891-w.
- Statista: Letalitätsrate beim Coronavirus (COVID-19) in den am stärksten betroffenen Ländern, in: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1103785/umfrage/mortalitaetsrate-des-coronavirus-nach-laendern/#statisticContainer> [07.05.2020].