

Georg Ziniel

Das tragische Dilemma der Triage

The Tragic Dilemma of Triage

Zusammenfassung

Fehlende Ressourcen in Katastrophensituationen führen zwingend zum Ausschluss von Menschen von der Hilfestellung in einer Notlage, verbunden mit deren Tod. In der Situation der Triage ist ein Handlungsrahmen erforderlich, der willkürliche Entscheidungen ausschließt. Transparente Verfahrensregelungen sind grundlegend für das Erfordernis der Gleichbehandlung, bezogen auf die angestrebten Ziele der Hilfestellung und die daraus abgeleiteten Kriterien für die Sichtung der Patienten. Die Festlegung der Ziele geht weit über die medizinische Expertise hinaus, sie bedarf einer nachvollziehbaren Vorstellung von Gerechtigkeit, ausverhandelt auf gesellschaftlicher Ebene.

Schlüsselwörter: Triage, Gerechtigkeit, Transparenz

Abstract

Lack of resources in disaster situations inevitably leads to the exclusion of people from assistance in an emergency, coupled with their death. In order to avoid arbitrary decision-making during triage, transparent procedural rules that preclude arbitrary decisions are fundamental to equal treatment and the provision of assistance. The determination of goals goes far beyond medical expertise; it requires a comprehensible notion of justice, negotiated at the societal level.

Keywords: triage, justice, transparency

Mag. Georg Ziniel, MSc
georg.ziniel@gmail.com

1. Einleitung

Die schnelle Ausbreitung der COVID-19-Ansteckungen und die schweren, lebensbedrohlichen Symptome zu Beginn haben die gesundheitliche Versorgung an ihre Grenzen geführt. Insbesondere war die Versorgung beatmungspflichtiger Patienten in der Intensivmedizin in Frage gestellt. Der enorme Andrang von COVID-19-Patienten hat auch zu Engpässen in der Versorgung für andere Erkrankte in der Intensivmedizin geführt. Die regionale Verteilung der Patienten und die vollständige Nutzung aller verfügbaren Ressourcen waren in einigen Ländern (Italien, Spanien) nicht mehr ausreichend, im Ergebnis musste auf die Triage zurückgegriffen werden. Für die Auswahl vor der Behandlung und für einen allfälligen Abbruch wurden Empfehlungen entwickelt, um willkürliche Entscheidungen möglichst auszuschließen. Die auf ethischen und medizinischen Kriterien gestützten Vorgaben wurden zumeist von medizinischen Berufsverbänden und Ethikern entwickelt und in Folge von Rechtsexperten teilweise widersprüchlich kommentiert.¹ Die Diskussion bezieht sich nicht nur darauf, wie eine Triage in der Situation knapper Ressourcen erfolgen kann, sondern auch auf die sehr grundsätzliche Annäherung, ob eine Selektion von Menschen in abgestufte Gruppen mit der medizinischen Ethik und rechtlich mit der Achtung der Menschenwürde vereinbar ist.

Die Intensität der Auseinandersetzung erschließt sich aus dem dramatischen Dilemma der Triage. Da die erforderlichen Hilfestellungen für einen plötzlich anfallenden Andrang von Bedürftigen mit den regulär vorhandenen Ressourcen nicht für alle möglich sind, erfolgt eine Reihung der Behandlung nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht. Damit verbunden ist die tragische Folge, dass Patienten mit durchaus gegebenen Aussichten, mit einer Behandlung zu überleben, nicht behandelt werden und sterben. Dies hebt die Triage von anderen Formen der Priorisierung heraus und unterscheidet sie auch von der Transplantationsmedizin, wo Menschen auf einer Warteliste gereiht, eine mög-

liche Chance auf eine spätere Behandlung haben. Dennoch können aus den bisherigen Erfahrungen mit der Katastrophenmedizin und der Transplantationsmedizin Anknüpfungspunkte für eine Triage im Fall der Pandemie gewonnen werden.²

Die Tragik der Entscheidungssituation in Norditalien war klar: wer erhält ein Beatmungsgerät und wer stirbt den Erstickungstod?³ Das zentrale ethische Problem besteht immer darin, dass die vorhandenen knappen Ressourcen nicht ausreichen, um Menschen in einer Notlage die erforderliche Hilfestellung zukommen zu lassen. Die COVID-Pandemie und die begrenzten Möglichkeiten der Behandlung beatmungspflichtiger Patienten können als Anlass gesehen werden, für eine wie immer geartete Reihung in dieser Situation, belastbare und transparente Kriterien für die gerechte Verteilung der knappen Ressourcen in der medizinischen Versorgung zu entwickeln.

Empfehlungen wirken als Richtschnur mit der möglichen Abweichung im Einzelfall, sie entfalten ihre Wirkung durch den Prozess der Konsensfindung und bieten letztlich auch medizinischen, rechtlichen und ethischen Schutz und Unterstützung für diejenigen, die individuelle Entscheidungen treffen.

2. Die kritische Grenze vermeiden

Es wird vom Grundsatz ausgegangen, alles zu unternehmen, um die Situation der Triage zu vermeiden.⁴ Dazu zählen das Ausschöpfen aller möglichen Ressourcen für die Behandlung, die Überweisung in andere Krankenanstalten oder die interne Verlagerung von medizinischem Personal. In Österreich wird bei einem Anteil der COVID-Patienten von 33% der tatsächlichen Betten in der Intensivbehandlung für Erwachsene die Grenze für ein Systemrisiko gesehen.⁵

Abgestuft gilt bei einem Schwellenwert von >10% die vereinzelte Verschiebung von elektiven Eingriffen, zwischen 10% und 30% werden Nicht-COVID-Patienten auf Aufwächerräume oder Überwachungsbetten verlagert und elektive Ein-

griffe mit anschließendem intensivmedizinischen Behandlungsbedarf verschoben.

Die intensivmedizinische Behandlung beatmungspflichtiger Patienten erfordert einen hohen und intensiven Einsatz von ausreichend geschultem und erfahrenem Personal. Hier ist auch der kritische Engpass im Fall der COVID-Pandemie begründet. Die zusätzlich erforderlichen technischen Ressourcen, insbesondere Beatmungsgeräte, können in relativ kurzer Zeit beschafft werden, ebenso die Ausweitung von Intensivbetten durch Umwidmung. Mit zeitlich verschobenen elektiven Eingriffen kann die Zahl der behandelten Patienten in Krankenanstalten insgesamt verringert und damit Druck vom Personal weggenommen werden.⁶ Dies ändert aber nichts an der Tatsache, dass eine kurz- und mittelfristige Ausweitung des erforderlichen Personals auch mit Umschichtungen nur in sehr begrenztem Ausmaß möglich ist.

Tatsächlich hat die Corona-Pandemie zu einem deutlichen Niederschlag in der Inanspruchnahme der Krankenanstalten in der Normalversorgung und in den Intensivseinheiten geführt. Mit Einsetzen der ersten Infektionswelle wurden ab dem Frühjahr 2020 die Aufnahmen von Patienten mit nicht akuten Erkrankungen deutlich reduziert.⁷ Um Kapazitäten für die erwartete Anzahl von schwer Erkrankten und beatmungspflichtigen Patienten frei zu halten, wurden 2020 im Vergleich zum Vorjahr um rund 450.000 (-rd 18%) Patienten weniger stationär behandelt, in den Spitalsambulanzen betrug der Rückgang von 2019 auf 2020 rund 1,8 Mio Patienten (rd 18%). Die durchschnittliche Behandlungsdauer ist angesichts der Schwere und Intensität der Erkrankungen deutlich angestiegen. Die Zahl der Verstorbenen ist 2020 im Vergleich zum Vorjahr insgesamt um rund 10% angestiegen, in den Krankenanstalten betrug der Anstieg rund 6%.⁸

Vor dem Hintergrund der enormen Anforderungen an das medizinische Personal in den Krankenanstalten sind in den letzten Jahren immer wieder öffentliche Hinweise auf die drohende

Überlastung mit dem Risiko der Triage als Konsequenz artikuliert worden. Da es dabei nicht nur um medizinische Einschätzungen geht, sondern in erster Linie um gesellschaftlich ausverhandelte und belastbare Entscheidungen, ist eine entsprechend erweiterte Perspektive sinnvoll.⁹

3. Individualrechte und Gemeinwohl

Die vorgebrachten rechtlichen und medizin-ethischen Argumente gegen eine Triagierung von Patienten in der Pandemie stellen die strikte Wahrung der Individualrechte in den Mittelpunkt.¹⁰ Das ärztliche Ethos räumt dem Wohlergehen des jeweils behandelten Patienten das oberste Anliegen ein und verbietet, „... dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten“.¹¹ Eine Referenz auf das Gemeinwohl nimmt ein Passus dieser Deklaration, wonach das medizinische Wissen zwischen einzelnen Patienten und der Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu teilen sei.

Tatsächlich gehen die Herausforderungen an Gerechtigkeit in der Triage weit über eine medizinische Beurteilung hinaus und stehen auch in unmittelbarem Widerspruch mit dem ärztlichen Selbstverständnis der Behandlung mit dem Zweck der Heilung. Unter Bedingungen akuter Mittelknappheit kommt dem Wohl des einzelnen Patienten nicht mehr ausschließliche Priorität zu, es sind auch die Interessen anderer Individuen zu berücksichtigen, die ebenso Anspruch auf Hilfestellung in einer Notlage geltend machen können.¹² Hier eine Auswahl treffen zu müssen, verbunden mit der Konsequenz der Nichtbehandlung, deckt sich nicht mit dem ärztlichen Ethos. Die Entscheidung in der tragischen Situation treffen zu müssen, ist zweifellos eine schwere psychologische Last, zudem bewegen sich Ärzte in einer rechtlichen Unsicherheit.

4. Gleichheit nach dem Grundrecht der Menschenwürde

Eine rigorose rechtliche Interpretation der Triage erklärt eine Bewertung menschlichen Lebens für unvereinbar mit dem Grundrecht der Menschenwürde. Jeglicher relationale Vergleich von Dringlichkeit und Erfolgsaussichten verletzt unzulässigerweise die Subjektstellung von Individuen. Im Fall eines Behandlungsabbruchs, wenn ein oder mehrere andere Patienten bessere Erfolgsaussichten haben, werden sogar strafrechtliche Konsequenzen in Aussicht gestellt. Die Position der rechtlich gebotenen strikten Gleichheit aller Individuen lässt bestenfalls eine Nachreihung zu, wenn eine Behandlung das Überleben mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließt. Die fundamentalen Schutzgüter Menschenwürde, Leben und Gesundheit sowie der Schutz vor Diskriminierung verbieten nach dieser Ansicht, eine lebenserhaltende Behandlung mit tödlicher Folge abubrechen.¹³

Zum gleichen Ergebnis kommen ethische Überlegungen, die ein Aufrechnen von individuellen Interessen mit dem Gemeinwohlinteresse der Rettung einer möglichst großen Anzahl von Menschen mit dem Argument zurückweisen, dass das öffentlich Gute nicht begründet werden kann und demzufolge auch nicht individuellen Interessen entgegengestellt werden kann. Die Kritik am aggregierten Vorteil bei mehreren Personen zulasten des Individuums stellte den möglichen Nachteil, nämlich den Tod für alle Beteiligten gleich. Daher können immer nur Einzelinteressen untereinander verglichen werden. Eine überindividuelle Dimension des Guten existiert nicht, das erlittene Leid ist immer individuell.¹⁴ Dem entgegen steht die intuitive Einsicht, die der Existenz anderer und deren Wohlergehen im Konfliktfall Relevanz zuspricht.¹⁵ Weiters kann argumentiert werden, dass der Entzug einer lebensrettenden Behandlung normativ nicht anders zu betrachten sei, als wenn das Beatmungsgerät von vornherein an den Patienten mit den besseren Überlebenschancen vergeben worden wäre.

5. Zufallsentscheidung als Maxime?

Diese Position der strikten Gleichheit lässt Ratlosigkeit und Zweifel zurück, hat sie doch zur Folge, dass die Behandlung der Patienten auch im Fall absolut knapper Mittel nach der Regel 'first come first serve' erfolgt. Damit wird dem Prinzip der Gleichheit als oberste Maxime der Gerechtigkeit entsprochen, steht aber im Widerspruch zur Interessenlage jener Menschen in einer anerkannten Notlage, die im Fall der Behandlung gute Überlebenschancen hätten. Grundlegend kann eingewendet werden, dass jede Person eine unter vielen ist, und das Wohl aller anderen die gleiche Relevanz beanspruchen kann. Zudem kann auch das Gemeinwohlinteresse Geltung beanspruchen, die ohnehin zu knappen Ressourcen so einzusetzen, dass damit Schaden von möglichst vielen Menschen abgewendet wird. Entscheider müssen daher im Konfliktfall nicht bloß Einzelinteressen, sondern auch die Interessen aller berücksichtigen.¹⁶

6. Ausgeschlossene Kriterien

Einige Kriterien für die allfällige Reihung von Patientengruppen in einer Triage können vorweg ausgeschlossen werden. Im Fall der Notlage mit absolut unzureichenden Ressourcen, in der Katastrophenmedizin und im Transplantationswesen ist eine bevorzugte Stellung für eine Behandlung nach Einkommen und Kaufkraft untragbar. Auch unter normalen Bedingungen folgt die Versorgung dem jeweiligen Bedarf und losgelöst von der Kaufkraft der Patienten. Zusatzleistungen aufgrund einer Privatversicherung beziehen sich auf Komfort oder Wartezeit, nicht aber auf die medizinische gebotene Behandlung selbst.

Ähnliches gilt für das Kriterium des gesellschaftlichen Verdienstes. Eine aktive Stellung im Erwerbsleben kann demnach keinen Vorrang für eine Behandlung zulasten von nicht Erwerbstätigen begründen, ebenso wenig sonstige erworbene oder künftig erwartete Verdienste für die Gesellschaft.¹⁷ Zurückgewiesen wurde auch die Vorstellung der nachrangigen Behandlung von Impfverweigerern.

Eine mögliche Ausnahme zugunsten des Verdienstprinzips kann für das medizinische Personal begründet werden, dies gilt in Norwegen. Allerdings nicht als Belohnung eines heroischen Einsatzes zur Bekämpfung der gesundheitlichen Folgen einer Pandemie, sondern aus der rationalen Erwägung heraus, die dringend notwendigen personellen Ressourcen für die Behandlungen in höchstmöglichem Ausmaß zu gewährleisten.¹⁸

Als Grund für die Nichtaufnahme oder Beendigung einer Behandlung in einer Intensiveinheit gilt die Prognose ‚aussichtslos‘ und ‚wirkungslos‘. Aussichtslos ist eine Therapie dann, wenn festgestellt werden muss, dass der Patient nicht mehr in ein angemessenes Lebensumfeld zurückkehren kann, eine Langzeitbetreuung ist eingeschlossen. Wirkungslos ist eine Therapie bei einer Verschlechterung des Zustands des Patienten unter maximaler Intensivtherapie, ohne erkennbarer potentiell behebbarer Ursache.¹⁹

Eine bereits begonnene, aber offensichtlich wirkungslose Behandlung in einer Intensiveinheit führt daher auch zu einer Änderung des Therapiezieles, verbunden mit der möglichen Überweisung in eine palliative Station. Unter Bedingungen der Mittelknappheit kann dies zu einer Situation führen, wo die Einschätzung des Erfolgs einer bereits begonnenen Behandlung im Vergleich zu anderen Patienten, die später eingeliefert werden, ungünstiger ist. Hier stellte sich das Problem der ex-post-Triage, wonach eine bereits begonnene Behandlung zugunsten anderer Patienten mit höherer Dringlichkeit oder besserer Erfolgsaussicht abgebrochen wird.

Für die Triage in Intensiveinheiten ist der Personenkreis nicht auf COVID-Erkrankte beschränkt, sondern erfasst alle Menschen, die aufgrund einer medizinischen Indikation einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen. Abgrenzungen, die an persönlichen Merkmalen anknüpfen, etwa Geschlecht, Behinderung, Wohnort, Nationalität, religiöse Zugehörigkeit, auf Einkommen oder Verdienst, Selbstverschul-

den oder Impfstatus beruhen, werden ablehnend bewertet. Umstritten ist das Lebensalter.²⁰

7. Adressaten von Empfehlungen

Wenn die Entscheidung zur Vergabe von knappen Ressourcen mit der Folge von Leben oder Tod verbunden ist, kann eine implizite Entscheidung, gestützt auf dem jeweiligen Dafürhalten des behandelnden Arztes, zu willkürlichen Ergebnissen führen. Ein grundlegender Anspruch besteht daher darin, für alle Beteiligten einen Handlungsrahmen zu formulieren, der gerechte Entscheidungen unterstützt. Empfehlungen gelten für die von der Versorgungsstruktur des jeweiligen Staatsgebiets erfasste Bevölkerung und Patienten und richten sich in erster Linie an das medizinische Personal, zumeist Ärzte in Intensiveinheiten oder an klinische Entscheidungsträger. In einigen Ländern (Belgien, Schweden, der Schweiz und dem Vereinigten Königreich) werden weitere Ärzte in die Entscheidungsfindung einbezogen. Die Beteiligung von Pflegepersonal an der Entscheidung ist die Ausnahme und ist in Großbritannien und Deutschland erwähnt.²¹

8. Gerechtigkeit durch ein korrektes Verfahren

Der Anspruch an Gleichbehandlung in der Situation absolut knapper Ressourcen verlangt, dass für alle Beteiligten der Ausschluss willkürlicher Entscheidungen gewährleistet ist. Dies kann durch ein nachvollziehbares Verfahren erreicht werden, das Regeln aufstellt, wie im Fall der Sichtung und Einteilung vorzugehen ist, die aus der Handlung resultierenden Konsequenzen werden dabei ausgeblendet.

Eine als gerecht empfundene Handlung muss offenlegen, wie Ergebnisse zustande kommen. Für die Beurteilung eines Entscheidungsverfahrens können die Eigenschaften der Gleichheit, Sorgfalt, Publizität und Achtung der Würde geltend gemacht werden.²²

Das Erfordernis der formalen Gleichheit all jener, die Anspruch auf die knappe Ressource haben, bewahrt alle Beteiligten vor willkürlichen

Akten der betrauten Entscheidungsträger. Bei der Festlegung des definierten Personenkreises dürfen keine moralisch begründeten erheblichen Ansprüche ausgeschlossen werden. Das formale Kriterium der Verfahrensgleichheit setzt somit eine inhaltliche Verständigung über grundlegend begründete Interessen voraus.

Um die Angemessenheit von Entscheidungen zum Einsatz der knappen Ressourcen einschätzen zu können, können vier Bedingungen beitragen. Die Verfahrensregeln gehen von einer legitimierten Institution aus, sie sind öffentlich zugänglich, die maßgeblichen Begründungen für die Vorgangsweise werden offengelegt, das Verfahren gewährleistet die Möglichkeit zum Einspruch und zur Revision.²³

Die in Österreich von der ÖGARI (Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin) entwickelten Empfehlungen geben nach den vier Prinzipien von Beauchamp und Childress einen explizit ausgewiesenen ethischen Handlungsrahmen vor:

1. Gerechtigkeit, indem knappe Ressourcen so effizient wie möglich einzusetzen sind, bei Allokationsentscheidungen fair vorzugehen ist, um individuell betroffenen Patienten gerecht zu werden.
2. Nichtschaden, indem Allokationsentscheidungen zu knappen Ressourcen das Versorgungssystem nicht gefährden und dabei zugleich keine Behandlungen durchzuführen, welche für die individuell betroffenen Patienten mehr Schaden als Nutzen bringen.
3. Wohltun, indem mit den knappen Ressourcen der größtmögliche Nutzen für die größtmögliche Zahl an Betroffenen erzielt wird und dabei zugleich jene Maßnahmen zu setzen, welche dem Wohl der individuell betroffenen Patienten am meisten entsprechen.
4. Autonomie (Respekt gegenüber der anvertrauten Person), verstanden als Pflicht, die individuell Betroffenen auch in Ausnahmesituationen nicht zum bloßen Objekt von

Allokationsentscheidungen zu degradieren und dabei zugleich die Grenzen individueller Freiheit bei Fremdgefährdung im Blick zu behalten.²⁴

Die Festlegung eines Rahmens, der für korrektes Vorgehen sorgt, aber keine weiteren Festlegungen zu den angestrebten Folgen trifft, ist konsequenter Ausdruck einer Sichtweise, die das gleiche Recht auf Überleben für alle einfordert. Darüber hinaus ist niemand berechtigt, Entscheidungen über die Folgen (Leben – Tod) zu treffen. Die strikt eingehaltene Gleichbehandlung orientiert sich am moralisch begründeten Interesse zu überleben. Anstelle der Gleichbehandlung wird allenfalls der Grundsatz der Chancengleichheit bei knappen Ressourcen akzeptiert, indem auf den Zufall abgestellt wird: die Zuteilung erfolgt durch Los oder die Regel 'first come, first serve'. Eine Unterscheidung nach Schwere der Erkrankung, nach der Dringlichkeit der Behandlung oder dem damit verbundenen Behandlungserfolg findet nicht statt.

Das führt zur grundsätzlichen Fragestellung, ob es Menschen oder Institutionen bei der Zuteilung von absolut knappen Ressourcen verwehrt ist, Entscheidungen über das Weiterleben zu treffen, oder aber auch Unterschiede in den Ergebnissen zu berücksichtigen sind. Da verfahrensbasierte Regeln die Folgen der Handlung ausblenden, ist eine Erweiterung begründet, die alle überschaubaren Folgen einer Behandlung berücksichtigt und, bezogen auf ein gesellschaftlich akzeptiertes Ziel, bewertet.

9. Optionen für die Zuteilung absolut knapper Ressourcen

Das erklärte Ziel der Triage ist das Bilden von Sichtungskategorien, wenn die vorhandenen Ressourcen nicht ausreichend sind, um alle Patienten versorgen zu können. In der Notfallmedizin besteht das Ziel der Handlung darin, die vorhandenen knappen Ressourcen auf die Rettung möglichst vieler Leben auszurichten.

Vorrangig gereiht sind Patienten, die ohne die Behandlung sicher oder sehr wahrscheinlich nicht überleben, bei Behandlung jedoch eine gute Prognose haben. In Folge kommen Patienten mit einer intakten Überlebenschance auch ohne Behandlung, die mit Behandlung aber deutlich steigen würde. Dies schließt mit ein, dass Menschen in einer aussichtslosen Situation leidensmindernd behandelt werden und andere Verletzte, die ohne sofortige Behandlung gute Überlebenschancen haben, zeitlich nachrangig versorgt werden.²⁵ Die geltenden Kriterien sind erkennbar von Effizienz geleitet, die Handlung – Hilfestellung in einer Notlage – wird mit den zu erwartenden Ergebnissen verbunden. Die unmittelbare Hilfestellung soll jenen zugutekommen, die ohne Behandlung sterben würden, aber mit der Behandlung gute Überlebenschancen haben.²⁶

Die derzeit geltenden Empfehlungen zum Umgang mit der COVID-19-Pandemie folgen diesem Ansatz, die strikte Gleichbehandlung nach dem Zufallsprinzip wird verworfen: Das Abgehen von der Regel 'first come first serve', die unter Normalbedingungen gilt, erfordert aber die Anwendung angemessener Sichtungskriterien für die Zuordnung in eine Behandlungskategorie. Zugespitzt geht es um belastbare Kriterien, die nach dem Ausschluss einer intensivmedizinischen Behandlung mit einem Atmungsgerät zum Tod führen.

Die möglichen Optionen²⁷ berücksichtigen die Dringlichkeit und die Erfolgsaussichten der Behandlung. Ganz offensichtlich stehen die beiden Kriterien in einem inneren Widerspruch: Mit dem Schweregrad der Erkrankung steigt die Dringlichkeit, sie lässt aber auch geringere Erfolgsaussichten erwarten. Die Priorisierung der Hilfestellung für jene, die sie am meisten benötigen, kann daher mit dem Anspruch kollidieren, möglichst viele Leben zu retten. Beide Kriterien bedürfen jedenfalls einer Konkretisierung, was damit gemeint ist.²⁸

9.1 Gerettete Leben

Dringlichkeit und Erfolg kann an den Überlebenschancen durch eine Behandlung gemes-

sen werden. Bei gleichem Grad der Dringlichkeit werden jene Patienten bevorzugt, die eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit haben. Bei gleichen Wahrscheinlichkeiten des Überlebens gilt die Regel 'first come first serve'.

Das Ziel der Maximierung der Anzahl geretteter Leben begünstigt Personen mit einer besseren Überlebensprognose und kürzeren Genesungszeit. Die medizinischen Voraussetzungen einer belastbaren Prognose sind nur in beschränktem Ausmaß vorhanden. Die Prognose des Sterberisikos stößt insbesondere für die COVID-19-Erkrankten auf mangelnde Evidenz und fehlendes Erfahrungswissen. Zur Bestimmung des kurzfristigen Sterberisikos können standardisierte Verfahren herangezogen werden, die bei einer Schädigung bestimmter Organe das mögliche Versagen der Organfunktionen bewerten und für die gegebene Ausprägung Punkte vergeben (SOFA-Score, Sepsis-related organ failure assesment score).

Da die Wahrscheinlichkeit zu sterben (längerfristig) im Fall von Vorerkrankungen höher ist, werden Patienten bevorzugt, die nur eine Erkrankung haben. Diese Kategorisierung verschlechtert die Behandlungschancen für chronisch Kranke, Behinderte, Menschen mit einer angeborenen Erkrankung und ältere Menschen. Ein fortgeschrittenes Alter als Marker für die Überlebensaussichten wird als Altersdiskriminierung abgelehnt, in der letzten Fassung der deutschen Empfehlungen wird das Alter als Reihungskriterium ausdrücklich zurückgewiesen. Tatsächlich ist höheres Alter mit Komorbidität und einer insgesamt sinkenden biologischen Reservekapazität verbunden, die in Verbindung mit Infektionen auf ein abgeschwächtes Immunsystem treffen.²⁹ Aus Befragungen von Ärzten wird ersichtlich, dass bei Patienten mit 85 Lebensjahren implizit auch das kalendarische Alter eines Menschen zur Zurückhaltung mit dem Einsatz von intensivmedizinischen Maßnahmen verbunden sein kann.³⁰

Die Berücksichtigung von Komorbidität bedarf jedenfalls einer Spezifizierung und näheren Ein-

grenzung, nicht jede Vorerkrankung ist maßgeblich. Vor allem aber eine Klarstellung, dass damit kein genereller Ausschluss bewirkt wird, sondern in jedem Einzelfall eine sorgfältige Überprüfung sichergestellt ist. Ein höheres Risiko durch zusätzliche Erkrankungen führt bei Kindern und Jugendlichen zu einem gleichen Sterberisiko wie bei 65jährigen ohne Zusatzkrankungen. Ein vielfach erhöhtes Sterberisiko in Verbindung mit COVID-19 haben beispielsweise Nierenpatienten, an Krebs erkrankte Menschen, Menschen mit Parkinson, Diabetiker im höheren Alter, Menschen mit Adipositas, Menschen mit Down Syndrom, HIV-Patienten, Demenzerkrankte und Schwangere mit ihrem Kind.³¹

Bei der Einschätzung der Überlebenswahrscheinlichkeit ist auch die angenommene zeitliche Dauer relevant: Gilt das bloße Überleben der Behandlung oder eine Letalität von drei Monaten bis 180 Tagen? Je nach zeitlicher Perspektive kann sich die Reihung der Patienten umdrehen.

9.2 Dauer der Behandlung

Die zeitliche Perspektive spielt auch eine maßgebliche Rolle, wenn die Dauer der intensivpflichtigen Behandlung berücksichtigt wird, die zum Überleben oder zur Genesung führt. Schwer Erkrankte werden die personellen und technischen Ressourcen erwartungsgemäß für einen längeren Zeitraum benötigen. Dies kann zur Folge haben, dass die Behandlung von mehreren Patienten im gleichen Zeitraum nicht möglich ist und diese trotz guter Erfolgsaussichten sterben, weil sie nicht behandelt werden. Das Dilemma besteht in der Kollision zwischen der Hilfestellung zugunsten von schwer Erkrankten und dem Überleben einer möglichst großen Zahl entscheiden zu müssen. Da ein Freihalten von Ressourcen zugunsten potentieller Fälle mit kürzerer Dauer oder höherer Überlebenswahrscheinlichkeit nicht möglich ist, führt dies zusätzlich zur Vornahme einer ex-post-Triage, bei der eine bereits begonnene Behandlung zugunsten anderer Patienten mit günstigerer Prognose abgebrochen wird. Im

Fall einer fehlenden vorhergehenden Willensäußerung des Patienten, verbunden mit einer bestehenden Chance, die Behandlung zu überleben, bewerten kritische Rechtsmeinungen diese Handlung als Tötung, was die Rettung möglichst vieler Leben unmöglich macht. In Deutschland wird die Unklarheit in der Rechtslage heftig kritisiert, da ärztliche Entscheidungen in einer tragischen Situation in den rechtlich ungesicherten Bereich einer entschuldbaren Handlung gestellt werden.

9.3 Alter, Lebenserwartung und gewonnene Lebensjahre

Wenn sich der Erfolg der Hilfestellung an der Maximierung der gewonnenen Lebensjahre orientiert, wird bei der Priorisierungsentscheidung die Bedeutung der Dringlichkeit oder der Schwere einer Erkrankung zurückgenommen und jüngere Menschen und solche mit guten Genesungschancen bevorzugt.

Am Höhepunkt der Pandemie in Norditalien mussten die Altersgrenzen für die Versorgung mit Atmungsgeräten immer wieder herabgesetzt werden. Das Lebensalter wurde in Verbindung mit anderen Kriterien explizit beim Ausschluss von einer Behandlung herangezogen. Dies gilt auch für andere Länder und ist nicht unumstritten.

Bei einem Vergleich zwischen Patient A (80 Lebensjahre) und Patient B (5 Lebensjahre) wird unter sonst gleichen Bedingungen die jüngere Person vorgezogen. Die systematische Bevorzugung Jüngerer wird als Missachtung der Interessen älterer Menschen bewertet und deswegen zurückgewiesen.

Demgegenüber kann Alterung als dynamischer Prozess gesehen werden, wonach Menschen verschiedene Lebensphasen durchlaufen. Die Gerechtigkeitsvorstellung der Chancengleichheit auf Lebenserfahrung will Jüngeren die Möglichkeit einräumen, das zu erleben, was Ältere bereits hinter sich haben. Damit werden jene bevorzugt, denen das „Rechtsgut Leben noch nicht im gleichen Umfang zur Verfügung stand wie dem anderen“.³² Wenn die Hilfestellung in einer Notlage

nicht allen zuteilwerden kann, soll sie jenen zugutekommen, die bei Unterbleiben den höchsten Verlust erleiden. Das sind nach dieser Betrachtung jedenfalls Kinder und jüngere Menschen. In der österreichischen Befragung wird dem Schutz in der Lebensphase mit Familie hohe Priorität eingeräumt und somit die Dimension des erlittenen Schadens auf Angehörige ausgedehnt. Der Tod einer jungen Mutter wird als größerer Schaden angesehen, da er im Vergleich zum Tod einer betagten 80-jährigen bei den Familienangehörigen mit höherem Leid verbunden ist.

Der utilitaristische Modus einer Maximierung geretteter Lebensjahre kann sich somit auf eine belastbare Vorstellung von Gerechtigkeit als Chancengleichheit stützen.

Aus der individuellen Position von Patient A ist eine freiwillige Zustimmung zur bevorzugten Behandlung von Patient B und damit der Verzicht auf weitere Lebensmonate oder -jahre zugunsten einer ihm unbekannten Person wahrscheinlich nicht zu erwarten. Eine auf gesellschaftlicher Ebene ausverhandelte Lösung kann daher unter dem Schleier des Nichtwissens³³ ausverhandelt werden. Wenn vorweg niemand weiß, ob er A oder B sein wird, kann die Perspektive der Unparteilichkeit unterschiedliche Interessenslagen berücksichtigen. Es kann erwartet werden, dass „rational egoistische“ Entscheider die längere Lebenserwartung als Option wählen.³⁴

9.4 Lebensqualität

Wird neben der Anzahl der gewonnenen Lebensjahre auch deren Qualität berücksichtigt, sind auch Prognosen zu den künftig erwarteten funktionalen, psychischen und sozialen Lebensumständen der Patienten erforderlich. Damit kommen höchst subjektive Wertungen zur Geltung, verbunden mit methodischen Schwächen und einer Überforderung bei der Erfassung und Standardisierung der jeweiligen Umstände. Auch ökonomisch geleitete Evaluierungen sind für die Auflösung des Dilemmas nicht geeignet. In Katastrophensituationen,

bei der Rettung von Unfallopfern oder verschütteten Bergleuten wird der Einsatz der Ressourcen unabhängig von einer Kosten-Nutzen-Rechnung durchgeführt. Die hier geltende ‘rule of rescue’ leitet das Handeln aller Akteure und ist auch gesellschaftlich akzeptiert.

10. Verteilung als Werteentscheidung

Die jeweils gewählten Optionen führen zu widersprüchlichen Ergebnissen in Bezug auf Gleichheit versus Effizienz, Dringlichkeit versus Erfolgsaussicht sowie individueller versus aggregierter Interessen.

Vor dem Hintergrund medizinischer Ungewissheit und methodischer Unzulänglichkeiten im Fall der Pandemie mit einer drohenden Triage kann die Medizin zur Klärung beitragen, wer von einer medizinischen Behandlung profitiert und in welchem Ausmaß; für die Verteilungsfrage verfügen Mediziner nicht über die erforderliche Expertise und Legitimation: es gibt keine medizinischen Gründe, medizinisch Sinnvolles nicht zu tun. Letztlich sind es Werteentscheidungen, die, geleitet von einem iterativen Suchprozess unter Bedingungen der Komplexität und Heterogenität, zur Annäherung der konfligierenden Interessenslagen führen können.

Der Mangel an Objektivität bei der Festlegung ausschließender Kriterien kann durch ein stabiles, institutionalisiertes und für alle verbindliches Verfahren kompensiert werden. Allfällige Schwächen und Mängel sind in jedem Fall als geringeres Übel zu bewerten und der situativen Willkür von Einzelentscheidungen vorzuziehen. Algorithmen und der Aufbau von unterstützenden Datenbanken zur Sicherung von Evidenz können die Akteure konstruktiv unterstützen.

11. Vergleich geltender Empfehlungen³⁵

In keinem europäischen Land erfolgte eine Beschlussfassung im Parlament. Im bestehenden Rechtsrahmen der Verfassung, der Menschenrechte, der Strafgesetze und Einzelgesetze für die Gesund-

heitsberufe wirken Empfehlungen von Fachgesellschaften als Leitlinien für die Zuteilung der knappen Ressourcen. Verbindliche Regelungen durch die Regierung bestehen etwa in Großbritannien.

Bei einem Vergleich der geltenden Empfehlungen fallen Unterschiede in den angestrebten Zielen und der lückenhaften ethischen Begründung auf.³⁶ Die Schweizer Ziele wollen einen fairen Allokationsprozess sicherstellen, Individualrechte wahren, die Anzahl geretteter Leben maximieren und medizinisches Personal schützen. SIAARTI (Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) in Italien betont die Maximierung der Anzahl geretteter Leben und der gewonnenen Lebensjahre, faire Allokation, Entlastung einzelner Mediziner sowie Transparenz. ÖGARI für Österreich nennt den größten Nutzen für die größtmögliche Personenanzahl bei gleichzeitig nützlichen Maßnahmen zum Wohle von Individuen als Ziel. In Deutschland will die DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) u. a. knappe Behandlungen einer größtmöglichen Anzahl an Patienten zugänglich machen und die größtmögliche Minimierung vermeidbarer Todesfälle erreichen. Das belgische Dokument will einen unverhältnismäßigen Behandlungsaufwand durch lebensverlängernde Maßnahmen bei Patienten mit schlechten Langzeitprognosen vermeiden.

Auch wenn dafür unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet werden, gehen alle Empfehlungen davon aus, dass Patienten ohne medizinische Indikation und bei aussichtslosen oder wirkungslosen Behandlungen in Intensivseinheiten nicht aufgenommen werden, was auch für Normalbedingungen gilt.³⁷

Wenn für die verbleibenden Patienten die Notwendigkeit einer Intensivbehandlung festgestellt ist, werden Kriterien der Erfolgsaussicht aufgestellt. Die Prognosen gehen von der Schwere der Erkrankungen und bestehenden Vorerkrankungen aus und übertragen bereits bestehende Skalen auf COVID-Patienten. Triage-Paramater sind unter anderem Gebrechlichkeit und weitere Beeinträchti-

gungen der Alltagskompetenz (etwa Mobilität und Selbstständigkeit), chronisches Organversagen mit der Folge fehlender Reserven auf Stressfaktoren, etwa Infektionen zu reagieren, sowie Krebserkrankungen mit weniger als sechs Monaten Lebenserwartung. Das Alter und die künftige Lebenserwartung werden in sechs Ländern genannt (FR, CH, BE, SE, NOR, UK). Deutschland und die Niederlande schließen eine Berücksichtigung des Alters und der Lebenserwartung explizit aus.

Eine Priorisierung von Patientengruppen unter Berücksichtigung sozialer Wertungen wird in keinem der betrachteten Länder empfohlen. Norwegen sieht eine bevorzugte Stellung des Gesundheitspersonals vor.

Kriterien wie Losverfahren und 'first come, first serve' werden nicht angewandt.

Alle Empfehlungen enthalten Vorgaben für die Dokumentationspflichten der Entscheider, die dem Anspruch der besonderen Sorgfaltspflicht gerecht werden sollen. Die Leitlinien der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften begründen dies ausdrücklich mit dem Ziel des Vertrauensschutzes. „Bei Triage-Entscheidungen muss das Vertrauen unter schwierigsten Umständen erhalten bleiben. Aus diesem Grund muss die Anwendung fairer Rationierungskriterien und fairer Prozesse jederzeit transparent sein (...). Klare Gründe für die Gewährung oder Nichtgewährung von Prioritäten müssen dokumentiert und im Laufe der Situation aktualisiert werden. Gleiches gilt für die Prozesse, durch die solche Entscheidungen getroffen werden. Einzelne Entscheidungen müssen überprüfbar sein: Sie müssen schriftlich dokumentiert werden, eine Begründung und den Namen der Entscheidungsträger enthalten. Jede Abweichung von den festgelegten Kriterien muss in ähnlicher Weise dokumentiert werden. Zudem sollten Mechanismen zur nachträglichen Aufarbeitung von Konflikten vorgesehen werden.“³⁸

Da die Zielsetzung in den meisten Empfehlungen auf die Rettung möglichst vieler Leben ausgerichtet ist, ist auch der Abbruch einer bereits

begonnenen Therapie eines Patienten zugunsten eines anderen mit günstigerer Prognose implizit oder explizit Bestandteil der Empfehlungen. Der Behandlungsabbruch ist in den Empfehlungen selten explizit ausgeführt, sondern als unverhältnismäßige Behandlung der nicht erfolgten Aufnahme gleichgestellt. So wird in der Schweiz kein Behandlungsabbruch zugunsten einer anderen Person empfohlen, sondern unter Knappheitsbedingungen die Kriterien für Fortführung einer Behandlung verschärft. Nach der Empfehlung der ÖGARI kann der Abbruch einer Intensivbehandlung nur eingeschränkt bei jenen Patienten erfolgen, die trotz Behandlung auf unvorhersehbare Zeit intensivpflichtig bleiben, und demgegenüber ohne diesen Behandlungsabbruch ein anderer Patient in akuter Lebensgefahr unversorgt bleibt, aber einen besseren Behandlungserfolg erwarten lässt.

Die Empfehlungen in Deutschland enthalten einen Algorithmus zum Vorgehen bei der Aufnahme und dem Abbruch einer Behandlung (vgl. Anhang).

Nach den Leitlinien für Frankreich, Belgien, die Niederlande und Großbritannien ist dagegen die einmal begonnene lebenserhaltende Behandlung fortzusetzen, solange dies medizinisch angezeigt ist, unabhängig davon, ob neue Patienten eintreffen, die ebenfalls ein Beatmungsgerät benötigen.

Mit Hinweis auf die schwedische Gesetzeslage betont die Leitlinie des National Board of Health, dass Patienten und deren Angehörige in den Entscheidungsprozess über die Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen einzubinden sind. Vor allem sei zu kommunizieren, dass die intensivmedizinische Weiterbehandlung mit Rücksicht auf die Bedürfnisse anderer Patienten ständig zu überprüfen sei und gegebenenfalls auch abgebrochen werde, um Patienten mit „höherer Priorität“ helfen zu können.

In ihrer vergleichenden Betrachtung von Empfehlungen zur Triage in fünf europäischen Ländern kommen Hans-Jörg Ehni et al. zum Ergebnis, „dass sich das allgemeine Ziel, so viele Leben wie möglich zu retten, mit den vorgeschlagenen

Vorgehensweisen wohl nicht erreichen lässt“. Insbesondere deswegen, weil davor zurückgeschreckt wird, dieses Ziel dadurch zu erreichen, dass die Patienten mit der aussichtsreichsten Prognose konsequent priorisiert werden und gleichzeitig bei Patienten mit schlechter Aussicht Behandlungen vorenthalten und auch abgebrochen werden“.³⁹

12. Einstellungen in der Bevölkerung

Mitte November 2020 wurden die Teilnehmer im Austrian Corona Panel Project für den Fall einer allgemeinen Triage unter Intensivpatienten, verursacht durch COVID-19, nach ihrer Einstellung zu neun Priorisierungskriterien befragt.⁴⁰

Höchste Priorität wird der Schwere der Erkrankung eingeräumt. Als nächstes folgt das Verdienstprinzip zugunsten des Gesundheitspersonals.

Mittelmäßige Zustimmung finden familiäre Betreuungspflichten und die Heilungschancen, sie werden in etwa gleichrangig bewertet.

Wenig Zustimmung finden die bevorzugte Behandlung für österreichische Staatsbürger und für junge Menschen.

Abgelehnt werden Kriterien, die Menschen nach der Höhe ihrer Steuerleistung bevorzugen und das Zufallsprinzip. Am stärksten abgelehnt wird die bevorzugte Behandlung nach dem Kriterium der Kaufkraft zugunsten Privatversicherter.

Die Ergebnisse differieren nach Alter, Bildung, Einkommen und Geschlecht. Mit dem Alter steigt die Zustimmung zum Kriterium der Dringlichkeit. Gebildete und Menschen mit höherem Einkommen geben den Erfolgsaussichten größere Bedeutung. Bei Männern findet sich eher Zustimmung zur Priorisierung österreichischer Staatsbürger und des Gesundheitspersonals. Im Zusammenhang mit der politischen Einstellung wird die Priorisierung österreichischer Staatsbürgerschaft von FPÖ-Wählern höher gereiht.

In einer repräsentativen Umfrage in Deutschland im Juni 2020 wurde die Einstellung zu unterschiedlichen Triage-Konstellationen erfasst:⁴¹ Zu entscheiden war die Zuteilung eines Beatmungs-

geräts unter Knappheitsbedingungen zwischen dem 80-jährigen Patienten A und dem 5-jährigen Patienten B; beide mit gleichem Sterberisiko, ohne Vorerkrankungen und gleichen Erfolgsaussichten.

77% der Befragten entscheiden sich für den 5-jährigen, solche mit Kindern zu 87%. 2% entscheiden sich für den 80-jährigen und 20% für das Los. Mit steigendem Alter wird dem Los größere Bedeutung beigemessen (30% der 61-70-Jährigen).

Bei großen Unterschieden im Lebensalter zwischen Erwachsenen gilt eine Präferenz zugunsten Jüngerer, bei einer verringerten Altersdivergenz wird das Zufallsprinzip mittels Los stärker gewichtet.

Nach diesen Ergebnissen dominiert die Gerechtigkeitsvorstellung ‚Kind vor Erwachsene‘ und bei großen Altersunterschieden ‚Jüngere vor Älteren‘. Für eine bevorzugte Behandlung von jüngeren Menschen im Notfall spricht für 65% der Befragten das Motiv der Fairness, wonach ein 70-jähriger die Chance hatte, Lebenserfahrungen zu machen, die ein 20-jähriger noch nicht hatte.

Eine Folgebefragung stellte die Lebenserwartung in den Mittelpunkt. Patient A und B sind beide 50 Jahre alt. Die Dringlichkeit und die Erfolgsaussichten der Behandlung sind gleich. Aufgrund einer Komorbidität hat Patient A eine Restlebenserwartung von etwa 5 Jahren, Patient B noch etwa 30 Jahre.

55% entscheiden sich wegen der längeren Lebenserwartung für Patient B, 40% für die Zufallsentscheidung durch das Los, 6% für Patient A.

Eine Bevölkerungsbefragung zur Priorisierung, bezogen auf Charakteristika von Patientengruppen, kommt zu folgenden Ergebnissen:⁴²

Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung (93,7%), mit einer akuten Erkrankung (87,2%) und Kinder (72,5%) erhalten die größte Zustimmung für eine bevorzugte Behandlung.

Eine Bevorzugung wurde klar abgelehnt bei Personen mit hohem Einkommen (97,7%), arbeitslose Personen (93,7%), Personen mit hoher beruflicher Verantwortung (92,9%), Personen, die sich

gesellschaftlich besonders engagieren (92,4%), Personen mit einem gesunden Lebensstil (88,9%), Personen im berufsfähigen Alter (83,7%), sozial benachteiligte Personen (83,2%).

Bei den Kriterien fortgeschrittenes Alter, körperliche oder geistige Behinderung, psychische und chronische Erkrankungen, Personen mit Kindern wurden in dieser Befragung keine eindeutigen Mehrheitsergebnisse gefunden.

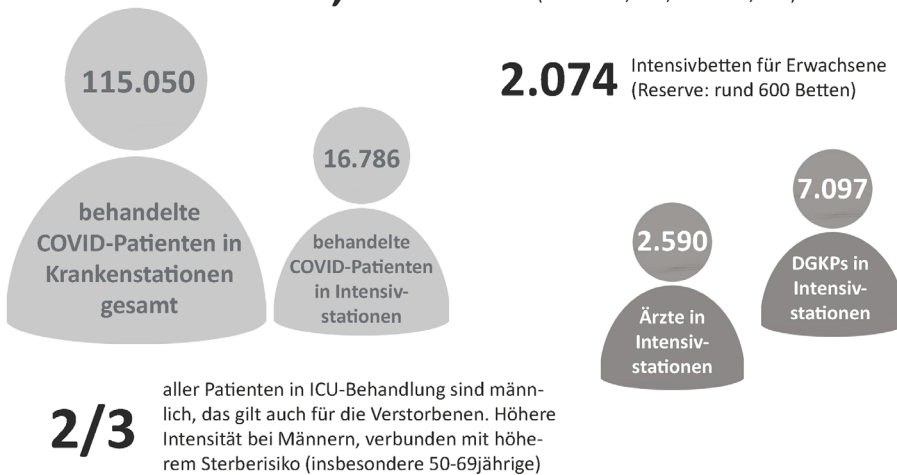
Anhang

Factsheet COVID-19

Datenstand: 5. September 2022

2,3% der positiv Getesteten wurden hospitalisiert
(Männer 2,5%, Frauen 2,2%)

0,35% der positiv Getesteten wurden intensivmedizinisch
betreut (Männer 0,46%, Frauen 0,25%)



Durchschnittliche Verweildauer

12,5 Tage Intensivstationen (15,4 Tage bei 50-59jährigen)
11,3 Tage Normalstationen (14,5 Tage bei über 80jährigen)

Durchschnittsalter ICU-Belag **65,3**

Davon: **13,4%** unter 50jährige
46,2% über 70jährige

Verstorbene COVID-Patienten

14,2% aller insgesamt hospitalisierten COVID-19-Patienten
25% behandelt in Intensivstationen
49% behandelt in Normalstationen
26% außerhalb von Krankenanstalten verstorben

Durchschnittsalter Normalstationen **65,2**

Verstorbene über 70 Lebensjahre

83% aller COVID-19-Patienten
64% behandelt in Intensivstationen

Icon: © Pixabay_Kl3Uxg6TLand_contact-1293388

Abb. 1: Factsheet COVID-19.⁴³

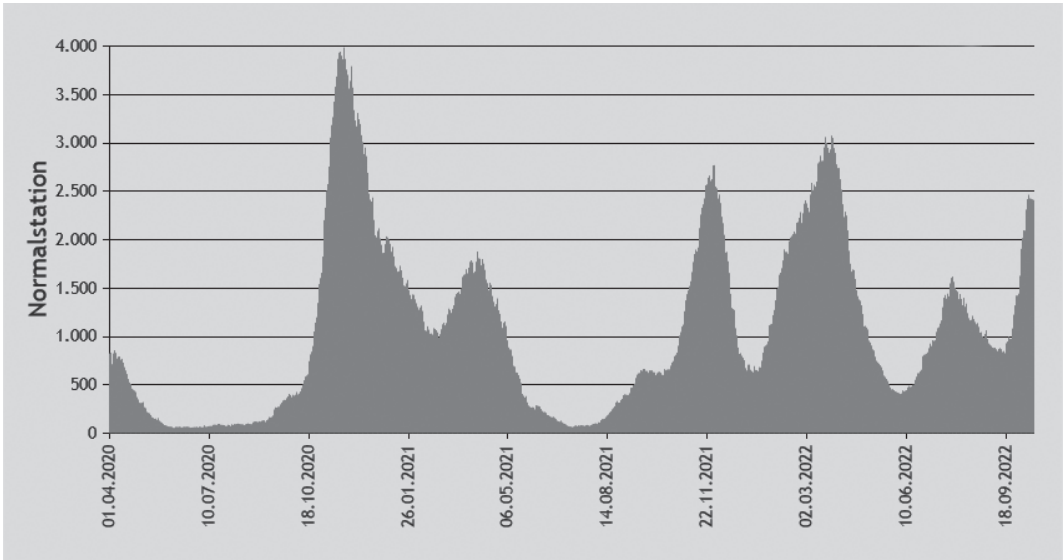


Abb. 2: Tägliche Anzahl der Fälle betreut auf Normalstation Österreich.⁴⁴

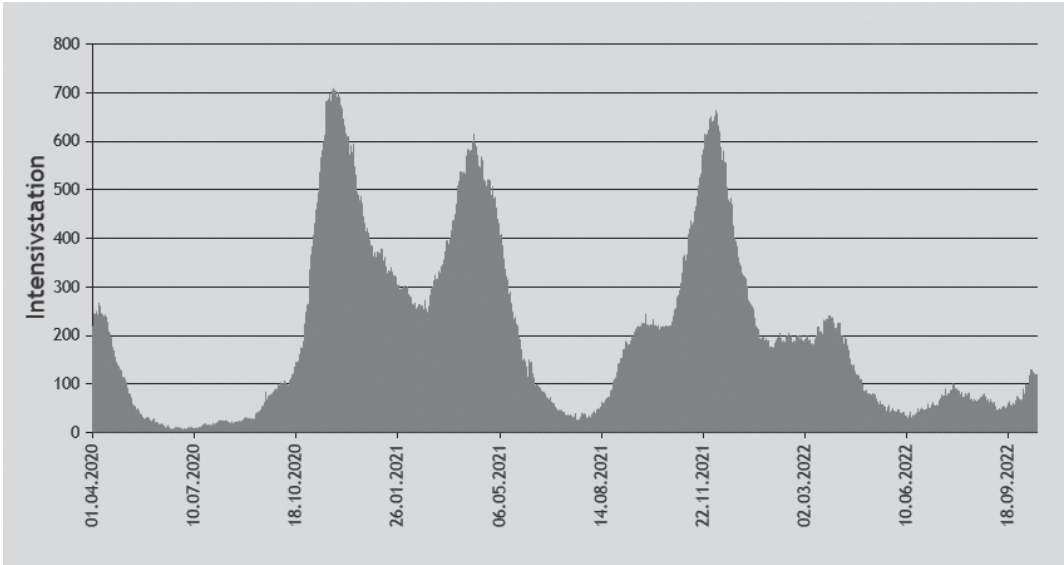


Abb. 3: Tägliche Anzahl der Fälle betreut auf Intensivstation Österreich.⁴⁵

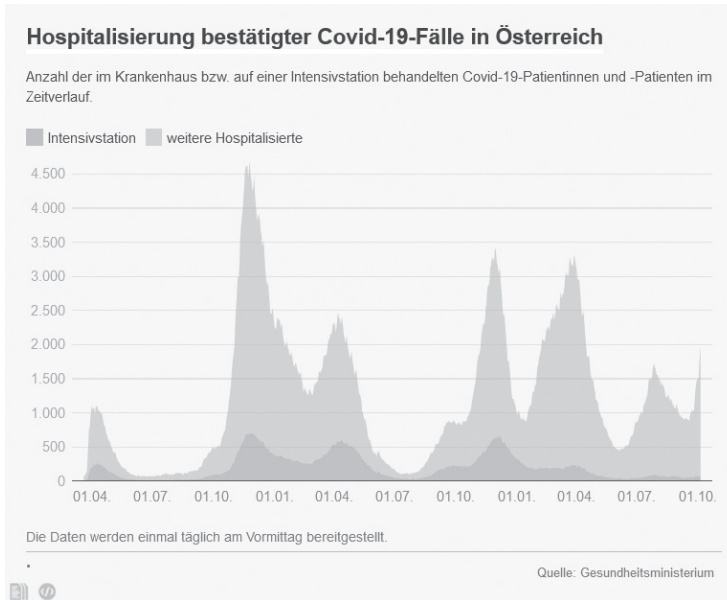


Abb. 4: Hospitalisierung bestätigter Covid-19-Fälle in Österreich.⁴⁶

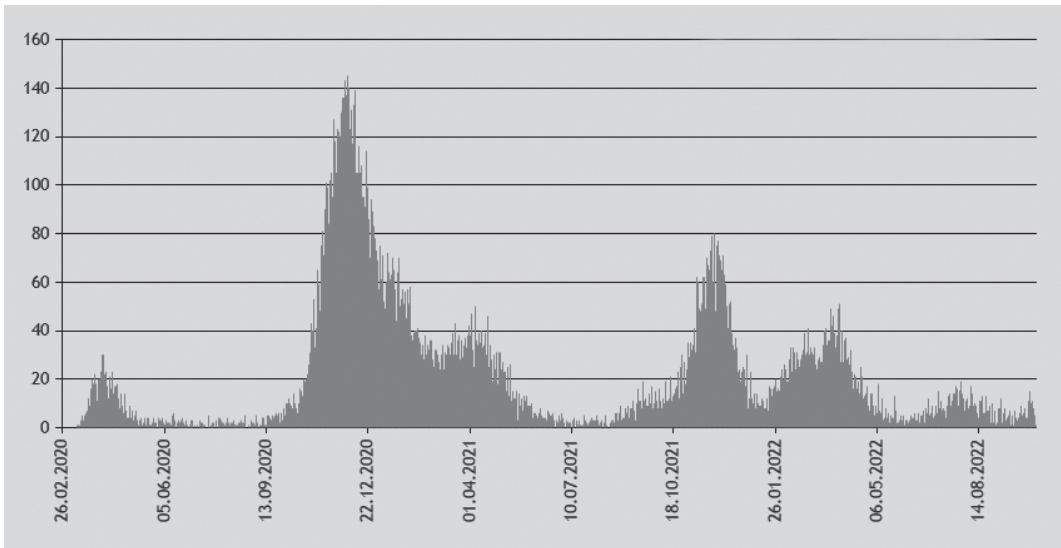
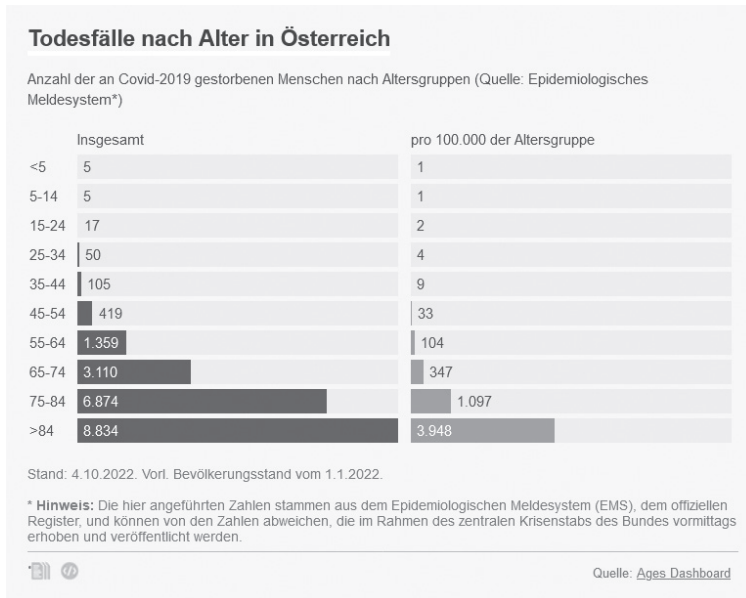


Abb. 5: Anzahl der Todesfälle nach Versterbedatum Österreich.⁴⁷

Abb. 6: Todesfälle nach Alter in Österreich.⁴⁸

Referenzen

- Hörnle T. et. al. (Hrsg.), *Triage in der Pandemie*, Mohr Siebeck, Tübingen (2021).
- Lübbe W., *Effizienter Ressourceneinsatz in einer Pandemie und das Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht. Prämissen und Fehlschlüsse*, in: Hörnle T., siehe Ref. 1, S. 257 ff.
- Mannino A., *Wen rette ich- und wenn ja, wie viele? Über Triage und Verteilungsgerechtigkeit*, Reclams Universal Bibliothek Nr.: 14068, Philipp Reclam jun. Verlag, Ditzingen (2021).
- Ebd.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), *Hintergrund-Informationen zur Bettenauslastung auf Intensivstationen*, Wien (2021).
- Inzwischen liegen Untersuchungen vor, wonach das Sterberisiko in Intensivabteilungen mit COVID-Patienten bei einer Auslastung von 85% weit höher ist (Odds-Ratio 1,19) als bei einer Auslastung von 45% (Odds-Ratio 0,75) (Bäurle A. et al., *COVID-19 Splitter. Corona-Studien kurz zusammengefasst*, www.springer-medizin.de, 29.1.2021 mit laufenden Updates).
- Mit längerer Dauer wird die Rückstellung dringlicher planbarer Behandlungen gesundheitlich und ethisch problematisch.
- Statistik Austria.
- Dufner A., *Welche Leben soll man retten? Eine Ethik für medizinische Hilfskonflikte*, Suhrkamp Verlag, Berlin (2021).
- Poscher R., *Die Abwägung von Leben gegen Leben, Triage und Menschenwürdegarantie*, in: Hörnle T., siehe Ref. 1., S. 41ff.
- Genfer Deklaration des Weltärztebundes* in der Fassung von 2017.
- Dufner A., siehe Ref. 9.
- Engländer A., *Die Pflichtenkollision bei der Ex-ante-Triage*, in: Hörnle T., siehe Ref. 1, S. 111 ff.
- Lübbe W., siehe Ref. 2.
- Mannino A., siehe Ref. 3.
- Dufner A., siehe Ref. 9.
- In den 80er Jahren war die Behandlung mit Dialysegeräten nur beschränkt möglich. Eigens eingesetzte Laienkomitees in den USA sollten daher entscheiden, wer im Fall einer medizinisch festgestellten Eignung durch Ärzte bevorzugt Zugang zu dieser knappen Ressource haben sollte. Im Ergebnis wurden die Empfänger nach sozialmoralischen Wertvorstellungen geordnet, und jene bevorzugt, die den Vorstellungen eines geordneten und verdienstvollen Lebens entsprachen.
- Mannino A., siehe Ref. 3.
- Stocker R., *Ethik in der Intensivmedizin. Erarbeitung neuer Richtlinien in der Schweiz*, in: Duttge G., Zimmermann-Acklin M. (Hrsg.), *Gerecht sorgen – Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende*, Göttinger Schriften zum Medizinrecht, Band 15, Universitätsverlag Göttingen (2013), S. 25ff.

- 20 Einige Empfehlungen schließen das Lebensalter ausdrücklich aus, andere beziehen sich darauf als Marker.
- 21 Gelinsky K., *Triage-Empfehlungen grenzüberschreitend betrachtet. Eine Befragung europäischer Intensivmediziner*, Konrad-Adenauer-Stiftung e. V., Berlin (2020).
- 22 Miller D., *Grundsätze sozialer Gerechtigkeit*, Campus Verlag, Frankfurt/New York (2008).
- 23 Daniels N., *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, New York (2008).
- 24 ÖGARI, *Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen*, https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19-ressourcenallokation_gari-statement_v1.7-final_2020-03-17.pdf.
- 25 Lübke W., siehe Ref. 2.
- 26 Mannino A., siehe Ref. 3.
- 27 Dufner A., siehe Ref. 9.
- 28 Wenn es nicht mehr möglich ist, alle Patienten mit ihren Mindestbedarfen zu versorgen, wird mit zunehmendem Erfahrungswissen von befragten Ärzten als Ausschlusskriterium mehrheitlich auf die geringe Wirksamkeit der Behandlung abgestellt (Ahlert M., *Gerechtigkeit beim Verteilen knapper Gesundheitsressourcen – Gesundheitsökonomische Perspektive*, in: Duttge G., Zimmermann-Acklin M. (Hrsg.), siehe Ref. 19, S. 103).
- 29 Dies belegen altersbezogene Sterbestatistiken im Fall der COVID-Pandemie, 75% der Verstorbenen sind älter als 75 Lebensjahre (AGES, *Dashboard Corona*). Hoven E., *Berücksichtigung von Lebensalter und Lebenserwartung*, in: Hörnle T., siehe Ref. 1, S. 335 ff.
- 30 Stocker R., siehe Ref. 19.
- 31 Bäurle A. et al., siehe Ref. 6.
- 32 Hoven E., siehe Ref. 29, S. 363.
- 33 Rawls J., *Gerechtigkeit als Fairness. Ein Neuentwurf*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main (2003).
- 34 Hoven E., siehe Ref. 29; Zimmermann T., *Kontraktualistische Entscheidungen: Auf welche Zuteilungskriterien würden wir uns unter dem Schleier des Nichtwissens einigen?* in: Hörnle T., siehe Ref. 1, S. 221 ff.
- 35 Vgl. dazu Ehni H-J. et. al., *Entscheidungen unter akutem Ressourcenmangel: Europäische Triage-Empfehlungen in der COVID-19-Pandemie*, Zeitschrift für medizinische Ethik (2020); 66 475-488; Gelinsky K., siehe Ref. 21.
- 36 Vgl. dazu Ehni H-J. et. al., siehe Ref. 35.
- 37 Angewandt in einer Krisensituation, kann dabei eine implizite Verschärfung der Ausschlusskriterien nicht ausgeschlossen werden.
- 38 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften und Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin, *Triage in der Intensivmedizin bei ausserordentlicher Ressourcenknappheit*, aktualisierte Version 4, 23.9.2021, file:///C:/Users/Sekretariat/Downloads/richtlinien_v4_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20210923-2.pdf.
- 39 Ehni H-J. et. al., siehe Ref. 35.
- 40 Resch Th., *Intensivmedizinische Priorisierung: Das Szenario einer Triage durch COVID-19*, Austrian Corona Panel Project, Universität Wien, https://viecer.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/z_viecer/Blog_90_-Intensivmedizinische_Priorisierung__Das_Szenario_einer_Triage_durch_COVID-19.pdf.
- 41 Hoven E., siehe Ref. 29.
- 42 Diederich A., Schreier M., *Einstellungen zu Priorisierung in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung*, FOR 655, No. 27, Jacobs University, Bremen (2010); Ahlert M., siehe Ref. 28.
- 43 Bachner F. et. al., *Factsheet COVID-19 Hospitalisierungen*, GÖG, Datenstand: 5. September 2022.
- 44 AGES, *Dashboard Corona*.
- 45 AGES, *Dashboard Corona*.
- 46 Daten: Gesundheitsministerium, Grafik: Mit freundlicher Abdruckgenehmigung von der STANDARD Verlagsgesellschaft m.b.H.
- 47 AGES, *Dashboard Corona*.
- 48 Daten: AGES, *Dashboard Corona*, Grafik: Mit freundlicher Abdruckgenehmigung von der STANDARD Verlagsgesellschaft m.b.H.

Letzter Zugriff auf sämtliche Webseiten am 10.10.2022.