

# Priorisierung orientiert sich an Schutzbedürftigkeit

Zu Anfang der COVID-19-Pandemie mangelte es an Masken, Schutzkleidung und Tests, aktuell an Intensivbetten. Wo medizinische Ressourcen knapp sind, müssen Ärzte priorisieren. Das verunsichert und weckt Misstrauen. Dabei gehört Priorisierung auch bei uns längst zum Klinikalltag.

Von Eckhard Nagel

Die Bilder von Menschenmassen Anfang des Jahres, die in Wuhan ins Krankenhaus drängen, von überforderten und ermüdeten Krankenpflegekräften und Ärzten auf Intensivstationen in Norditalien, Mitteilungen aus dem Elsass, dass über Achtzigjährige nicht mehr in Kliniken aufgenommen werden können, und ebensolche Meldungen – weniger dramatisch – aus Stockholm: Die Liste ließe sich beliebig fortsetzen.

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat sich mit ihren Bildern des Ressourcenmangels, der Knappheit an Versorgungsmöglichkeiten und der Dramatik der Überforderung fest in unsere Köpfe eingebrannt. Das gilt für die Verfügbarkeit von Tests und Schutzausrüstung, von Betreuungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche bis hin zu den Kapazitäten der intensivmedizinischen Versorgung – materiell und personell. Und auch im Hinblick auf die jetzt vielerorts zugelassenen Impfstoffe ist der Bedarf an Präparaten trotz aller Investitionen in die Produktion keinesfalls akut zu decken.

Auch wenn es uns so vorkommt: Das sind alles keine neuen Erfahrungen. Denn eine Knappheit von Ressourcen – gerade im intensivmedizinischen Bereich – gehörte bereits in den vergangenen 20 Jahren zum Klinikalltag in Deutschland. Kein Morgen in Vor-Corona-Zeiten, an dem nicht landauf, landab einzelne Patienten von den OP-Plänen heruntergenommen werden mussten, weil das notwendige postoperative Intensivbett nicht zur Verfügung stand. Enttäuschungen und Ängste ohne öffentliche Wahrnehmung.

Und obwohl das System gelernt hat, mit Ressourcenmangel und Verteilungsproblemen – beispielsweise in der Transplantationsmedizin – mehr oder weniger gut umzugehen, hätte sich wohl kaum jemand vorstellen können, eines Tages auf dem Weg zur Intensivstation oder in den OP keine ausreichend vorhandenen Schutzmasken vorzufinden. So konfrontiert uns die Pandemie erstmalig in den zurückliegenden 70 Jahren mit einem Thema, das eigentlich in den klassischen Strukturen unserer Sozialgesetzgebung nicht vorgesehen ist: der Frage nach Prioritäten.

## Rationierung in der Medizin

Ich erinnere mich noch gut an Diskussionen in Bundes- und Landesministerien für Soziales und Gesundheit um die Jahrtausendwende, als erstmalig über Rationalisierung und Rationierung in der Medizin diskutiert wurde: an den klaren Verweis der Bürokratie auf das Sozialgesetzbuch, in dem festgelegt sei, dass in Deutschland jedem alles Notwendige und Zweckmäßige zur Behandlung seiner Erkrankung zur Verfügung gestellt werden muss. Folglich sei es die Aufgabe des Gesundheitswesens und dessen Selbstverwaltungen, für alle Patienten alles Notwendige vorzuhalten. Mit diesem Hinweis wurde jede weitere Diskussion als nicht begründet zurückgestellt.

Es hätte nicht der oben beschriebenen Bilder bedurft, um einzusehen, dass diese staatliche Haltung eine

Fiktion ist. In der deutschen Sozialstaatstradition liegt ein ethischer Anspruch, dass über Solidarität und Subsidiarität die allenthalben vorkommende Benachteiligung und Stigmatisierung einzelner Bevölkerungsgruppen durch gesetzliche Regelungen so gut wie ausgeschlossen wird.

In diesem Ansatz wird nicht berücksichtigt, dass es einen impliziten Mangel an zur Verfügung stehenden Ärzten und Pflegekräften, Krankenhäusern, Intensivbetten, Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln oder schlicht von Zeit geben kann, der zu ungleichen Behandlungssituationen in existenzieller Not führt. So kommt die Debatte um eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen für uns scheinbar überraschend und verstärkt die Unsicherheit innerhalb der Bevölkerung im Umgang mit der Pandemie und in das Vertrauen zu den verantwortlichen Institutionen. Diese Unsicherheit, so erleben wir es, wird weidlich genutzt von denen, die Misstrauen, Propaganda und eigene Theorien auf dem Boden dieser medizinischen Herausforderung verbreiten wollen.

## Knappheit und Prioritäten

Die gute Nachricht zuerst: Das deutsche Gesundheitswesen ist im internationalen Vergleich materiell und personell sehr gut ausgestattet. Das zeigt schon ein einfaches Beispiel: 9,7 Intensivbetten pro 100 000 Einwohner in Spanien (2017) und ein entsprechender Wert von 10,5 in England (2020) stehen dem höchsten Wert im Vergleich der OECD-Länder von 33,9 Intensivbetten je 100 000 Einwohner (2017) hierzulande gegenüber. Auch beim Stand der medizinischen Wissenschaft und Forschung liegt Deutschland in der absoluten Spitzengruppe, und die wirtschaftliche Prosperität unseres Landes ermöglicht es, dass mehr als 11,5 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für die Gesundheitsversorgung ausgegeben werden. Auch dies ein Spitzenwert, obwohl sich trefflich darüber streiten lässt, wie viel Gesundheit man für wie viel Geld „kaufen“ kann.

Die Bewältigung der ersten Welle der Pandemie wurde zudem begünstigt durch Vorerfahrungen z. B. in China, in anderen asiatischen Ländern und auch bei unseren europäischen Nachbarn. So haben wir über Priorisierung nur geredet, wir mussten uns nicht ernstlich damit beschäftigen.

In den zurückliegenden Wochen aber wird deutlich, dass unser Nachdenken zu konkretem Handeln führen muss. Es bleibt offen, ob es in der zweiten Welle nicht doch zu gravierenden Versorgungsengpässen kommen könnte. Zudem müssen wir entscheiden, wie das knappe Gut eines Impfstoffes fair, nachvollziehbar und effektiv zugeteilt werden kann. Bei diesen Fragen wird außer Acht gelassen, dass wir implizit, ganz ohne kontroverse öffentliche Diskussion, bereits eine Priorisierungsentscheidung getroffen haben: Die Versorgung von an Corona infizierten Patienten wird der Versorgung aller anderer erkrankter Menschen vorgezogen.

International wurden und werden Empfehlungen für die Priorisierung

von Patienten und Behandlungsanlässen entwickelt. Hier nehmen die skandinavischen Länder – insbesondere Schweden – und das Vereinigte Königreich eine Vorreiterstellung ein. Im Rahmen der Pandemie gibt es nunmehr eine globale Diskussion. Exemplarisch sei auf die Empfehlung zur Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der COVID-19-Pandemie in Österreich und entsprechende Vorschläge aus den USA hingewiesen.

Wie oben bereits ausgeführt, ist der Begriff der Priorisierung in Deutschland unverändert negativ konnotiert. Grund ist das wiederholt geäußerte Missverständnis, dass die Bestimmung von Vorrangigkeit einer ethisch nicht akzeptablen Vernachlässigung anderer Notwendigkeiten entspricht.

## Priorisierung macht durchaus Sinn

Dem ist aber nicht so: Priorisierung beschreibt eine reflektierte und begründete Ordnung von Behandlungsfällen, Patienten(-gruppen) und Interventionen, die darauf abzielt, eine gerechte Verteilung auch in Mangel-situationen zu erreichen. So folgt z. B. das Absagen oder Aufschieben elektiver Operationen zugunsten der Verfügbarkeit intensivmedizinischer Kapazitäten für die Behandlung von schwer erkrankten COVID-19-Patienten – wie es in Deutschland in den zurückliegenden Monaten praktiziert worden ist – der Logik einer systematisch vorbereiteten Priorisierung.

Im Zentrum von Priorisierungsentscheidungen steht der Anspruch, durch Bevorzugung einzelner Patienten bzw. Patientengruppen an anderer Stelle keine unzumutbaren Belastungen und Gefahren entstehen zu lassen. Kann das nachgewiesen werden, wird kaum jemand die Sinnhaftigkeit entsprechender Maßnahmen infrage stellen.

Ganz anders wird es aber, wenn Entscheidungen über die Aufnahme oder gar den Abbruch einer Beatmung unter Knappheitsbedingungen gefällt werden müssen. Hier befinden wir uns in einem klassischen Dilemma: Mit jeder Entscheidung für eine Handlung kommt es zur Verletzung von relevanten Ansprüchen auf der einen oder anderen Seite.

Viele ethische Abwägungsprozesse laufen auf eine solche Problematik zu. Man wünscht sich, so wie es das Sozialgesetzbuch fordert, solche Situationen mögen nicht entstehen. Die Realität des Lebens lehrt uns aber etwas anderes. Insofern gibt es ein umfassendes Regelwerk ethischer Prinzipien, anhand dessen Lösungsvorschläge erarbeitet werden können. Diesem liegen der Respekt und die Anerkennung der Würde jedes einzelnen Menschen zugrunde, auch wenn im Abwägungsprozess gegebenenfalls gegen bestimmte Ansprüche eines Individuums entschieden werden muss. Wichtigste Grundlagen dieses Prozesses sind Transparenz und vernünftige Nachvollziehbarkeit.

## Gerechte Zuteilung von Ressourcen

Schon während der ersten Welle wurden eindrückliche Berichte aus Regionen, in denen aufgrund eines massiven Patientenaufkommens eine reguläre Versorgung nicht mehr möglich war, öffentlich: Dort musste zwischen Patienten ausgewählt werden. Wer soll, wer kann behandelt werden? Um eine Antwort auf diese Fragen zu finden, wurden etwa in Norditalien verschiedene Differenzierungskriterien kommuniziert: Komorbidität, Schwere der respiratorischen Insuffizienz und Wahrscheinlichkeit des Überlebens bei länger andauernder maschi-



Die Zahl der Intensivbetten und Beatmungsplätze wird mancherorts knapp. Daher zieht man in vielen Kliniken die Versorgung von an COVID-19 erkrankten Menschen der Versorgung anderer Patienten vor.

neller Beatmung. Entsprechende wissenschaftliche Berichte zeugen davon, dass auch das Lebensalter – etwa im Rahmen von Altersgrenzen – bei Entscheidungen „am Krankenbett“ herangezogen wurde. Für das generelle Argument, das Lebensalter als ein Differenzierungskriterium heranzuziehen, gibt es zustimmende wie ablehnende Kommentare. International existiert allerdings ein weitgehender Konsens darüber, dass Patienten anhand bestimmter Charakteristika nicht unterschiedlich behandelt werden dürfen: Geschlecht, Nationalität, Religion, sexuelle Orientierung oder sozialer Status.

Bereits intuitiv stellt sich die Frage, ob das Alter ein zu rechtfertigendes Entscheidungskriterium ist. Dabei kommen zwei zentrale Zielkriterien medizinischer Behandlung in den Blickpunkt: die Bedürftigkeit von Patienten auf der einen Seite und die Aussicht auf Erfolg einer Maßnahme auf der anderen Seite. Da hohes Alter häufig mit einer Zunahme von Risikofaktoren verbunden ist, ist der Erfolg z. B. einer Operation oder einer intensivmedizinischen Behandlung nicht selten geringer als bei einem jüngeren Menschen. Daraus eine generelle Bevorzugung der Jugend vor dem Alter abzuleiten, verbietet sich aber.

Bereits im Genfer Ärztgelöbnis von 1948 und heute in den Fortschreibun-

gen des Weltärztebundes wird eine Ungleichbehandlung von Menschen aufgrund ihres Alters strikt abgelehnt. Daran ändert auch die Feststellung nichts, dass alle Menschen in gleicher Art und Weise unterschiedliche Altersphasen durchlaufen, während bei Merkmalen wie Geschlecht oder Hautfarbe eindeutige Diskriminierungen vorliegen. Allein aus der Tatsache, dass ältere Menschen im Hinblick auf den Nutzen potenziell geringere Aussichten bei einer Behandlung haben, darf sich keine Benachteiligung ableiten. Diese Erkenntnis ist eine zivilisatorische Errungenschaft.

## Dringlichkeit und Erfolgsaussicht

Statt personenbezogener Merkmale sollen bei Priorisierungen medizinische Entscheidungskriterien herangezogen werden. Von besonderer Bedeutung ist die Orientierung an der Dringlichkeit. Diese drückt die Schutzbedürftigkeit von Patienten aus. Das Kriterium rekurriert zum einen auf Ausmaß und Wahrscheinlichkeit eines Schadens, der entsteht, wenn eine medizinische Intervention unterbleibt. Zum anderen ist auch die zeitliche Nähe eines solchen Schadens eine Facette der Dringlichkeit.

Zurück zum Erfolg: Es erscheint selbstverständlich, dass eine medizinische Maßnahme – wie die Behandlung auf einer Intensivstation oder

die Verabreichung einer Impfung – nur dann gerechtfertigt ist, wenn realistisch angenommen werden darf, dass Patienten von dieser Intervention profitieren. Die Aussicht auf Erfolg ist die Legitimation oder im medizinischen Wortgebrauch die Indikation. Das Sozialgesetzbuch spricht von zweckmäßig und notwendig. Was aber, wenn der Erfolg sich nicht nur auf einzelne Patienten bezieht, sondern auf eine ganze Gruppe um die Behandlung konkurrierender Menschen? Ist die Überlebenswahrscheinlichkeit dann ein zu rechtfertigendes Differenzierungskriterium? Hierzu gibt es sehr widersprüchliche Auffassungen. Allerdings wird mehrheitlich gefordert, die Maximierung der Zahl Überlebender in der Akutsituation, z. B. einer Pandemie, als Differenzierungskriterium zuzulassen.

Die Umteilbarkeit von medizinischen Ressourcen – etwa Beatmungsplätze – oder die Unwirksamkeit von geteilten Gütern – z. B. unterdosierten Arzneimitteln – hat eine schmerzliche Konsequenz für konkrete Überlegungen, wie eine gerechte Verteilung erfolgen soll: Unter Knappheitsbedingungen kann es keinen Anspruch auf Gleichheit geben. So macht es etwa keinen Sinn, zehn Pillen auf zehn Patienten aufzuteilen, wenn die wirksame Dosis bei zwei Pillen pro Patient liegt. Auch wenn es scheinbar

die Forderungen unserer Sozialgesetzgebung aushebelt: Die Knappheit medizinischer Ressourcen kann den Anspruch auf Gleichbehandlung außer Kraft setzen. An seine Stelle tritt allerdings die Forderung nach Chancengleichheit in Bezug auf die Möglichkeit einer medizinischen Therapie. Dieser Forderung kann prinzipiell eine Zufallsauswahl entsprechen. Sie ist dann gerechtfertigt, wenn Entscheidungen nicht auf medizinischen Kriterien wie der Prognose

## ZUR PERSON

**Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel** ist Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Uni Bayreuth. 1960 in Hannover geboren, studierte Nagel in den USA, Schottland, Frankreich und Hannover Medizin, Philosophie und Geschichte. Später war er Oberarzt an der Klinik für Abdominal- und Transplantationschirurgie der MHH, bevor er 1999 nach Bayreuth wechselte. Mehrfach wurde Eckhard Nagel in den Deutschen Ethikrat berufen.

basieren können. Sie kann auch gerechtfertigt sein, wenn Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen um einen Behandlungsplatz, einen Operationsaal oder ein Medikament konkurrieren. Aktuell bedeutet dies, dass Patienten mit einer SARS-CoV-2-Infektion nicht per se eine bevorzugte Behandlung vor anderen Erkrankten erwarten dürfen. Daran ändern auch die Bestimmungen des Infektionsschutzgesetzes nichts.

## Freiheit und Gesundheit

Und auch eine andere essenzielle Grundlage in der Behandlung von Patienten wird durch diese Infektionskrankheit nicht außer Kraft gesetzt: das Primat des Patientenwillens. Kurz gefasst bedeutet dies, dass grundsätzlich eine medizinische Behandlung, auch eine Impfung, abhängig ist von der expliziten Zustimmung des betroffenen Patienten. Der Verweis auf einen sogenannten kollektiven Nutzen setzt dieses Prinzip nicht außer Kraft. Man mag einwenden, dass in der Medizingeschichte bis in die heutige Zeit Pflichtimpfungen – früher z. B. gegen Pocken oder Tuberkulose, heute gegen Hepatitis und Masern für bestimmte Bevölkerungsgruppen – vereinbart sind. Auch haben eine Reihe von Staaten bereits heute ihre Einreisebestimmungen so verfasst, dass beispielsweise ohne

eine Gelbfieberimpfung die Einreise in ein bestimmtes Land untersagt ist (etwa in Äthiopien). Hintergrund ist jeweils die Erkenntnis, dass die Infektion eines einzigen Patienten zu einer kollektiven Gefährdung führen kann.

Was das bedeutet, haben wir in den letzten Monaten zum Teil irritiert, zum Teil schmerzlich beobachtet. Dabei geht es ebenfalls um eine Güterabwägung: Darf die Freiheit des Einzelnen für die Sicherheit des Kollektivs eingeschränkt werden? Hier finden sich sehr unterschiedliche Positionen. Am Ende geht es um eine graduelle Dilemma-Entscheidung. Der Preis der Freiheitseinschränkung steht dem Gewinn an Sicherheit gegenüber. Das Gedankengerüst der Aufklärung als Grundlage der Organisation unseres modernen Zusammenlebens gibt hierzu eine gute Orientierung: Freiheit und Gesundheit sind beides Güter, die die Realisierung des Lebens in vollem Umfang erst möglich machen. Solange die persönliche Integrität erhalten bleibt, kann eine Freiheitseinschränkung zum Schutz der Gesundheit auch anderer begründet werden – z. B. bei der Verpflichtung, auf Reisen zu verzichten oder sich an Abstandsregeln zu halten. Eine generelle Impfpflicht dagegen verbietet sich.