



Triage verhindern – Menschenwürde wahren

Positionspapier, 08. Juni 2021

AK I »Arbeit, Soziales und Gesundheit«, AK-Beschluss vom 8. Juni 2021, verantwortlich: Sören Pellmann, AG Soziales und Pia Zimmermann, AG Gesundheit und Pflege

Positionspapier als PDF herunterladen

1. Warum wir über Triage reden müssen

Seit Jahrzehnten wird nicht ausreichend in das Gesundheitssystem und in die Pflege investiert. Schon vor Corona bestand nicht nur ein erheblicher Mangel an Personal, sondern auch an Hygiene- und Schutzausrüstungen sowie Hilfsmitteln. Lange ist auch bekannt, dass die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals mit zu langen Arbeitszeiten und schlechter Bezahlung verbessert werden müssen. Mit der Pandemie haben sich diese Probleme deutlich zugespitzt. Bis heute fehlen vielerorts ausreichend medizinische Schutzmasken, vor allem im häuslichen Bereich und kontinuierliche Testreihen. Dies hat nicht nur die Versorgung der Menschen deutlich negativ beeinflusst, sondern verstärkt auch soziale Isolation. Auch ist dies der Grund, dass wir leider über Triage

reden müssen.

Die Corona-Pandemie hat die verheerenden Auswirkungen der Ökonomisierung des Gesundheitssystems offengelegt. Vor allem der Personalnotstand gefährdet die Versorgung, nicht nur im Intensivbereich. Wegen des drohenden Notstands gaben Fachverbände Triage-Empfehlungen heraus. Der Begriff Triage stammt aus dem Französischen, entstammt der Militärmedizin und bedeutet Auswahl oder Sichtung. Von Triage wird gesprochen, wenn Ärztinnen und Ärzte bei fehlenden Ressourcen, wie beispielsweise einem Beatmungsgerät, entscheiden müssen, welche auf intensivmedizinische Betreuung angewiesene Patientinnen und Patienten behandelt werden und welche nicht.

2. Was ist Triage?

Nichtaufnahme intensivmedizinischer Maßnahmen (Ex-ante Triage)

Entscheidung, ob Patient A oder Patient B das einzige freie Beatmungsgerät bekommt. Stirbt Patient A, da Patient B das Gerät bekam, müsste sich der Arzt prinzipiell wegen Totschlags durch Unterlassen verantworten. Doch war ihm die Rettung beider Patienten schlichtweg unmöglich. Er hatte keine andere Wahl, als einen Patienten seinem Schicksal zu überlassen. In solchen Fällen greift zugunsten des Arztes nach weitgehender Meinung der ungeschriebene strafrechtliche Rechtfertigungsgrund der Pflichtenkollision. Dem Arzt wird also nicht der Vorwurf gemacht, er habe durch die unterlassene Beatmung von Patient A die Rechtsordnung verletzt.

Abbruch begonnener intensivmedizinischer Maßnahmen (Ex-post Triage)

Anders, wenn der Arzt bereits den Notfallpatienten A an ein Beatmungsgerät angeschlossen hat und ein neuer Patient B hinzukommt. Stirbt Patient A, weil der

Arzt ihm das Beatmungsgerät wegnimmt, um Patient B zu versorgen, etwa weil dieser bessere Überlebenschancen hat, ist das Verhalten des Arztes nach überwiegender Meinung als aktive rechtswidrige Tötung von Patient A zu bewerten. Die Lebensrettung von Patient B wird also, anders als im ersten Fall, nicht als Rechtfertigungsgrund anerkannt. In Betracht kommt nur ein Entschuldigungsgrund, das heißt, der Arzt bliebe straffrei, wenn die persönliche Vorwerfbarkeit des Behandlungsabbruchs angesichts seiner Rettungspflicht gegenüber Patient B so weit herabgesetzt wäre, dass auf Strafe verzichtet werden könnte. Der Ethikrat spricht von »einer möglichen (straf-)rechtlichen Aufarbeitung des Geschehens mit einer entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung«. Bislang ist jedoch unklar, welches strafrechtliche Instrument zu dieser »entschuldigenden Nachsicht« führen könnte.

3. Die aktuelle Situation

Bisher konnten in der Corona-Pandemie klinische Triage-Entscheidungen weitgehend vermieden werden. Über »stille« oder »versteckte« Triage außerhalb von Kliniken berichteten jedoch Medien wie die TAZ, das ZDF und der MDR. Ältere Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen an Corona erkrankten, wurden nicht mehr ins Krankenhaus gebracht und starben, oft ohne Beistand von Angehörigen, im Pflegeheim.

Die Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention greift 2020 eine Triage-Entscheidung in Sachsen auf: »Am 16. Dezember wurde bekannt, dass erstmals in Deutschland in einer Klinik in Sachsen nicht genügend Beatmungsgeräte für Corona-Patient*innen zur Verfügung gestanden hätten und so eine Triage-Situation entstanden sei. Vor dem Hintergrund mangelnder Ressourcen in der Intensivmedizin und der sich derzeit zuspitzenden Lage, muss für Menschen mit Behinderungen und

ältere Menschen unbedingt der diskriminierungsfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung sichergestellt werden.«

Die bekannt gewordenen Fälle und die Angst vieler Mediziner, Pflegekräfte und Familien, in eine Triage-Situation zu geraten, haben eine intensive und emotionale Debatte zu dieser Frage hervorgerufen. Diese Debatte wird sowohl aus medizinischer und ärztlich-ethischer Sicht, aus menschenrechtlicher und philosophisch-ethischer Perspektive, auf juristischem Boden sowie aus Erfahrungen eigener Diskriminierung, z.B. als Mensch mit Behinderung oder als Mensch mit Migrationshintergrund geführt. Das aktuelle Urteil des Bundesverfassungsgerichts, welches das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für verfassungswidrig erklärt, sowie die erneute Zunahme intensivmedizinischer Corona-Behandlungen verschärft die Debatte weiter.

4. Grundlegende Diskussionslinien aus juristischer und menschlicher Sicht

Das Bundesverfassungsgericht betont in seinem Urteil zur Selbsttötung das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art.1 Abs.1 GG) und erläutert: »Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive liefe auf eine Bewertung der Beweggründe (des zur Selbsttötung Entschlossenen) und auf eine inhaltliche Vorbestimmung hinaus, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd ist«. In derselben Rechtsauffassung hat das BVerfG bereits 2006 in seiner Entscheidung zum Luftsicherheitsgesetz klargestellt, dass eine Auswahlentscheidung nicht in verfassungsgemäßer Weise durch den Staat getroffen werden kann. In diesem Sinne erklärt auch der Ethikrat aktuell: »Der Staat darf menschliches Leben nicht bewerten, und deshalb auch nicht vorschreiben, welches Leben in einer Konfliktsituation vorrangig zu retten ist.«

Das Deutsche Institut für Menschenrechte setzt sich seit Pandemiebeginn dafür ein, dass die Menschenrechte auch in der Pandemie verbindlicher Maßstab für staatliches Handeln bleiben und fordert vom Gesetzgeber, rasch eine diskriminierungsfreie gesetzliche Regelung für eine Triage auf den Weg zu bringen. Eine gesetzliche Regelung der Triage müsste jedoch eine solche vom BVerfG verworfene »Einengung des Schutzbereiches auf bestimmte Ursachen...« ausschließen und ist grundsätzlich nur schwer diskriminierungsfrei auszugestalten. Auch zwei Fachgespräche im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags brachten dazu keine Klarheit.

Für eine gesetzliche Regelung spricht sich auch das Forum behinderter Juristinnen und Juristen aus und beruft sich auf das BVerfG: »Dem Staat ist es im Hinblick auf dieses Verhältnis von Lebensrecht und Menschenwürde einerseits untersagt, durch eigene Maßnahmen unter Verstoß gegen das Verbot der Missachtung der menschlichen Würde in das Grundrecht auf Leben einzugreifen. Andererseits ist er auch gehalten, jedes menschliche Leben zu schützen. Diese Schutzpflicht gebietet es dem Staat und seinen Organen, sich schützend und fördernd vor das Leben jedes Einzelnen zu stellen; das heißt vor allem, es auch vor rechtswidrigen An- und Eingriffen von Seiten Dritter zu bewahren (vgl. BVerfGE 39, 1 <42>; 46, 160 <164>; 56, 54 <73>) Die Juristinnen und Juristen betonen weiter: »Es wird nicht verkannt, dass eine Situation eintreten kann, in der keine ausreichende Anzahl von Intensivbetten, Beatmungsplätzen oder ähnlichem für alle Patienten vorhanden ist. Gleichwohl muss sich die Abwägung, wem der Vorrang zu geben ist, im Rahmen des verfassungsrechtlich Zulässigen halten.« Und eben dies verfassungsrechtlich Zulässige sei diskriminierungsfrei gesetzlich zu regeln.

Fachärzte der Intensivmedizin und Juristen beklagen

die Rechtsunsicherheit für das medizinische Personal. Intensivmediziner unterstützen deshalb die Empfehlungen der Fachverbände, unvermeidliche Triage-Entscheidungen über vorgegebene Kriterien herbeizuführen. Zunächst solle eine Überprüfung der Patient*innen dahin erfolgen, ob eine Erfolgsaussicht für eine Behandlung besteht. Nur, wenn diese bejaht wird, erfolgt eine Abwägung innerhalb der Gruppe mit Erfolgsaussicht. Diese Abwägung umfasst dann ausschließlich Personen, bei denen festgestellt wurde, dass – unabhängig von weiteren persönlichen Faktoren – eine Heilungschance durch intensivmedizinische Behandlung besteht. In dieser Abwägung werden Patient*innen jedoch auch nach weiteren Kriterien wie Lebenserwartung, Komorbidität oder Gebrechlichkeit bewertet, um zu ermitteln, wer eine höhere Genesungschance hat.

5. Grundpositionen der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag

- Wir lehnen eine Primärverantwortung der Medizin, von Ärzten und Pflegepersonal für grundrechtsrelevante Entscheidungen ärztlicher Behandlung in einer Triage-Situation ab. Einzelentscheidungen müssen auf gesetzlicher Grundlage unter strikter Wahrung des erklärten Willens der Betroffenen sowie über ihre aktive Einbeziehung und der ihrer Familien oder Zugehörigen erfolgen. Über die praktische Ausgestaltung ist eine breite öffentliche Debatte zu führen, die interdisziplinär erfolgt und die Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten, von Menschen mit Behinderung, chronischen Erkrankungen und Pflegebedarf sowie Sozialverbände aktiv einbezieht. Diese Debatte muss schnellstmöglich in eine gesetzliche Regelung führen.
- Eine Debatte um Triage-Situationen ohne

Absicherung aller erforderlichen Ressourcen für eine bedarfsgerechte Pandemieversorgung ist unglaublich. Das betrifft insbesondere die Personalbemessung und Personalreserven, die Vorhaltung von Schutzausrüstungen, von Intensiv- und Testkapazitäten, die Bereitstellung von Impfstoffen und Therapien.

- Dafür muss eine Bedarfsplanung auf Bundesebene sowohl für die stationäre als auch die ambulante Versorgung erfolgen und ein bundeseinheitliches Verteilungsnetzwerk eingerichtet werden. Die Kosten trägt der Bund.
- Eine langfristige Finanzierung für dauerhaft mehr Personal in Gesundheit und Pflege sowie eine wohnortnahe, barrierefreie Versorgungsstruktur ist zu sichern. In künftigen Pandemien – von Experten schon heute vorausgesagt – müssen alle medizinischen und pflegerischen Bedarfe – pandemiebedingte und nicht pandemiebedingte – in hoher Qualität gesichert sein.
- Die Bundesländer müssen finanziell und logistisch unterstützt werden, in allen Krankenhäusern und stationären Pflege- und Gemeinschaftseinrichtungen ausreichend Reserven für überlebensnotwendige Behandlungskapazitäten vorzuhalten. Dazu können auch Bestände der Bundeswehr genutzt werden. Die Vorhaltekosten sind öffentlich zu finanzieren.
- Unvermeidliche Entscheidungskriterien über die Zuweisung lebensnotwendiger Ressourcen dürfen nur menschenrechtsbasiert ausgestaltet und unter Einbeziehung aller relevanten Akteur*innen entwickelt werden. Öffentliche Foren müssen zukünftig verpflichtend auch

Organisationen von Menschen mit Behinderungen, mit chronischen Erkrankungen und mit Pflegebedarf sowie Patientenvertreter*innen einbeziehen.

- Die Aufklärung über und der Abschluss von Patientenverfügungen sind staatlich zu fördern. Eine öffentliche Instanz ist einzurichten, die Menschen, welche aktuell und potentiell von Triage-Situationen betroffen sein könnten, informiert und berät sowie juristischen Beistand anbietet. Jeglicher Druck auf ältere und beeinträchtigte Menschen, insbesondere Heimbewohner*Innen mit dem Ziel, auf eine intensivmedizinische Behandlung zu verzichten, ist zu sanktionieren. Dafür ist eine unabhängige Beschwerdestelle einzurichten.

DIE LINKE. Im Bundestag ist sich der historischen Dimension jeder Triage-Diskussion insbesondere in Deutschland bewusst. Wir sehen im ökonomischen Prinzip der Konkurrenz, in der Wettbewerbslogik den unmoralischen Nährboden für einen unkritischen Gewöhnungseffekt an Auswahl und Priorisierungen jeglicher Art. Triage-Situationen sind auch tragische Endpunkte einer sozialen Ungleichheit und vertieften Spaltungen weiter, wenn sie über Einzelfälle hinausgehen und deshalb gesellschaftlich reguliert werden müssen.

Die besondere Verantwortung aller staatlichen Strukturen und Ebenen der Selbstverwaltung ist deshalb rechtlich und materiell auszugestalten. Sowohl Ärzte und Pflegekräfte als auch Patientinnen und Patienten brauchen Rechtssicherheit und versorgungssichernde Ressourcen. Darüber hinaus ist die Ausbildung in den Gesundheits- und Pflegeberufen stärker auf eine diskriminierungsfreie Entscheidungskompetenz auszurichten. Notwendige

fachliche Unterstützungsangebote müssen auch in Post-Triage-Situationen zur Verfügung stehen. Aufklärung und Beratung der Bürgerinnen und Bürger sowie Clearingstellen müssen barrierefrei und flächendeckend zugänglich sein.

Quellen

Bundesverfassungsgericht, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/1,

https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20200226_2bvr234715.html

Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig, Bundesverfassungsgericht, Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020,

<https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>

Triage: Gesetzgeber muss diskriminierungsfreie Entscheidung über intensivmedizinische Ressourcen sicherstellen, Deutsches Institut für Menschenrechte, Meldung vom 17.12.2020,

<https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/aktuelles/detail/triage-gesetzgeber-muss-diskriminierungsfreie-entscheidung-ueber-intensivmedizinische-ressourcen-sicherstellen>