



Stellungnahme der Bundesärztekammer

als sachkundige Dritte im Verfahren bezüglich der Verfassungsbeschwerde gegen die staatlichen Maßnahmen zur Bewältigung der durch das COVID-19 ausgelösten Pandemie und die Untätigkeit der Bundesregierung, Vorkehrungen zu treffen, die Beschwerdeführenden vor Benachteiligung wegen ihrer Behinderung und in Zusammenhang mit ihrem Alter im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung zu schützen (1 BvR 1541/20)

Berlin, 10.12.2020

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung.....	4
2. Stellungnahme zu den Fragen im Einzelnen	7
2.1. Wie wahrscheinlich ist es, dass in Deutschland im Zusammenhang mit COVID-19 eine Triage-Situation eintritt?.....	7
2.1.1. Begriffsklärung.....	7
2.1.2. Möglichkeiten und Grenzen der Voraussage der Wahrscheinlichkeit einer Ressourcenknappheit bei SARS-CoV-2-Pandemie	9
2.2. Welche – legislativen, exekutiven, sonstigen – Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um das Eintreten einer Triage-Situation in der COVID-19-Pandemie zu verhindern?	11
2.2.1. Allgemeine Ausführungen.....	11
2.2.2. Besondere Ausführungen.....	13
2.2.2.1. Maßnahmen auf Bundesebene	13
2.2.2.2. Beispiele für Maßnahmen auf Länderebene	18
2.2.2.3. Sonstige Maßnahmen	20
2.3. Wie wird bisher im klinischen Alltag mit Kapazitätsengpässen umgegangen (z. B. Notaufnahme, Blutkonserven)?	22
2.4. Wer trifft die Entscheidung, für wen Kapazitäten vorrangig zur Verfügung gestellt werden?	22
2.5. Nach welchen Kriterien richtet sich diese Entscheidung? Gelten besondere Anforderungen an das Verfahren? Ist die Entscheidung - ggf. in welchem Verfahren überprüfbar?.....	22
Situation 1: Ersteinschätzung Notaufnahme/Massenanfall von Verletzten	24
Situation 2: OP-Kapazitäten.....	27
Situation 3: Bedeutung von „Schutzimpfungen“ in der SARS-CoV-2-Pandemie (Influenza-, Pneumokokken-Schutzimpfung).....	30
Situation 4: Verteilung „knapper“ Arzneimittel, z. B. bei Lieferengpässen.....	34
Situation 5: Hämotherapie.....	36
Situation 6: Allokation menschlicher Gewebe zur Transplantation	39
Situation 7: Allokation menschlicher Organe zur Transplantation	41
2.6. Welche gesetzlichen Vorgaben (z. B. aus dem Berufsrecht, Verwaltungsrecht oder Strafrecht) binden die Praxis bislang bei solchen Entscheidungen?	42
2.7. Welchen Stellenwert hat die klinische Erfolgsaussicht der Behandlung bei der Triage? Welche Rolle spielen Behinderungen und chronische Vorerkrankungen bei dieser Entscheidung? Wäre es denkbar, das Kriterium der Erfolgsaussicht durch ein anderes Kriterium zu ersetzen oder genauer zu fassen, das den Bedürfnissen aller Behandlungsbedürftigen gerecht wird?	44
2.8. Welche Regelungen gibt es in anderen Ländern, die im Gesundheitswesen im Fall einer Triage Anwendung finden?	48
2.8.1. Kanada	49
2.8.2. Schweden.....	50
2.8.3. Spanien	51
2.8.4. USA	52

2.8.5.	Vereinigtes Königreich	53
2.8.6.	Italien.....	54
2.8.7.	Schweiz.....	55
2.8.8.	Österreich	56
2.9.	Sollte die Triage in Deutschland gesetzlich geregelt werden? Welche Vor- bzw. Nachteile wären damit verbunden?	57

1. Vorbemerkung

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat die Bundesärztekammer mit Schreiben vom 28.09.2020 als sachkundige Dritte gebeten, bezüglich der Verfassungsbeschwerde „gegen die staatlichen Maßnahmen zur Bewältigung der durch das COVID-19 ausgelösten Pandemie und die Untätigkeit der Bundesregierung, Vorkehrungen zu treffen, die Beschwerdeführenden vor Benachteiligung wegen ihrer Behinderung und in Zusammenhang mit ihrem Alter im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung zu schützen“ (1 BvR 1541/20) bis zum 15. Dezember 2020 Stellung zu nehmen. Neben der Bundesärztekammer wurden dem Deutschen Ethikrat, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e. V. (BAND), dem Deutschen Institut für Menschenrechte, dem Bochumer Zentrum für Disability Studies, dem Deutschen Behindertenrat, dem Netzwerk Artikel 3 – Verein für Menschenrechte und Gleichstellung Behinderter e. V., der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. und dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. sowie weiteren, nicht offen gelegten Verteilern neun Fragen im Rahmen der Zustellung der Verfassungsbeschwerde übermittelt. Diese Vorgehensweise berücksichtigt bei der Sachstandserhebung die fächerübergreifende, verschiedene fachliche Perspektiven integrierende Rolle der Bundesärztekammer als Vertretung der verfassten Ärzteschaft in Deutschland ebenso wie die erforderlichen speziellen fachlichen Kenntnisse einzelner Fachgesellschaften, Vereinigungen und Institutionen.

Die Klägerinnen und Kläger fordern, dass der Gesetzgeber für den Fall einer Ressourcenknappheit im Rahmen einer Pandemie bei der Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aktiv wird. Ihren Eilantrag, das Parlament hierzu per einstweiliger Anordnung zu verpflichten, hat der Erste Senat des BVerfG mit Beschluss vom 16.07.2020 abgelehnt. In der Begründung heißt es, dass die Verfassungsbeschwerde die Frage aufwerfe, ob und wann gesetzgeberisches Handeln in Erfüllung einer Schutzpflicht des Staates gegenüber behinderten Menschen verfassungsrechtlich geboten sei und wie weit der Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers für die Regelung konkreter medizinischer Priorisierungsentscheidungen reiche.

Die Bundesärztekammer dankt für die Möglichkeit, als sachkundige Dritte eine Stellungnahme hierzu abgeben zu können. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern) die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung ist; sie vertritt die berufspolitischen Interessen der 525.745 Ärztinnen und Ärzte (Stand. 31.12.2019) in der Bundesrepublik Deutschland. Als Arbeitsgemeinschaft der 17 deutschen Ärztekammern übernimmt die Bundesärztekammer u. a. im gesetzlichen Auftrag die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik¹.

Einen spezifischen rechtlichen Rahmen zum Umgang mit Ressourcenknappheit bei Pandemien, beispielsweise vergleichbar mit den im Transplantationsgesetz (§ 12 Abs. 3 TPG) hervorgehobenen Kriterien „Erfolgsaussicht“ und „Dringlichkeit“ für die Verteilung von Spenderorganen an geeignete Patientinnen und Patienten, hat der Gesetzgeber bisher nicht

¹ u. a. gemäß §§ 12a und 18 Transfusionsgesetz, §§ 16 und 16b Transplantationsgesetz.

vorgegeben. Auch vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Bundesärztekammer im Mai 2020 eine Orientierungshilfe beschlossen und damit aufgezeigt², welche grundlegenden Prinzipien ärztlichen Handelns im Falle einer Situation knapper (intensiv-)medizinischer Ressourcen eine Orientierung bieten können, und festgestellt, dass auch in der Situation einer Pandemie die medizinische Indikation, der Patientenwille und die klinischen Erfolgsaussichten zentrale Kriterien für ärztliche Entscheidungen sind. Die Orientierungshilfe stellt klar: „Kein Menschenleben ist mehr wert als ein anderes – es gilt der Grundsatz der Gleichbehandlung. Daher verbieten sich Benachteiligungen aufgrund von z. B. Alter, Geschlecht, Nationalität, Behinderung oder sozialem Status. Auch medizinisch geprägte Kategorisierungen (z.B. Demenz, andere chronische Erkrankungen) dürfen nicht zu einem pauschalen Ausschluss von erforderlichen Behandlungen führen. Es sind stets einzelfallbezogene Entscheidungen auf der Basis von transparenten sowie ethisch und medizinisch-fachlich begründeten Kriterien geboten. Entscheidungen dürfen nicht schematisiert oder anhand von starren Algorithmen getroffen werden. Algorithmen oder Checklisten z. B. können grundlegende ethische oder medizinische Prinzipien verdeutlichen. Sie können aber die Entscheidung im jeweiligen Einzelfall nicht vorwegnehmen oder ersetzen.“ Für den Fall notwendiger Priorisierungsentscheidungen sollten diese so getroffen werden, dass die Erfolgsaussichten mit Blick auf das Überleben und die Gesamtprognose möglichst groß sind und die meisten Menschenleben gerettet werden können. Grundsatz müsse immer sein, dass kein Menschenleben mehr wert sei als ein anderes. Die Bundesärztekammer betont in ihrer Orientierungshilfe außerdem, dass es innerhalb und außerhalb der Bedingungen von Knappheit und Pandemie keine ärztliche Verpflichtung zur aktiven Lebenserhaltung unter allen Umständen gebe und dass Ärztinnen und Ärzte keine Maßnahmen ergreifen werden, die unter den individuellen Umständen nicht oder nicht mehr indiziert sind.

Auch im Falle eines Kapazitätsmangels behalten die ethischen Grundsätze des ärztlichen Berufs, wie sie in dem vom Weltärztebund für die gesamte Ärzteschaft verabschiedeten Gelöbnis und in den Berufsordnungen der Landesärztekammern niedergelegt sind, ihre Gültigkeit und prägen das ärztliche Handeln. Unabhängig von der jeweiligen Situation gilt das Selbstverständnis des ärztlichen Berufs³: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“

In diesem Bewusstsein und mit diesem Anspruch nimmt die Bundesärztekammer zu den folgenden, vom Gericht vorgelegten neun Fragen Stellung:

1. Wie wahrscheinlich ist es, dass in Deutschland im Zusammenhang mit COVID-19 eine Triage-Situation eintritt?
2. Welche – legislativen, exekutiven, sonstigen – Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um das Eintreten einer Triage-Situation in der COVID-19-Pandemie zu verhindern?

² Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation intensivmedizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/BAEK_Allokationspapier_05052020.pdf.

³ § 1 Abs. 1 der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf.

3. Wie wird bisher im klinischen Alltag mit Kapazitätsengpässen umgegangen (z. B. Notaufnahme, Blutkonserven)?
4. Wer trifft die Entscheidung, für wen Kapazitäten vorrangig zur Verfügung gestellt werden?
5. Nach welchen Kriterien richtet sich diese Entscheidung? Gelten besondere Anforderungen an das Verfahren? Ist die Entscheidung - ggf. in welchem Verfahren überprüfbar?
6. Welche gesetzlichen Vorgaben (z. B. aus dem Berufsrecht, Verwaltungsrecht oder Strafrecht) binden die Praxis bislang bei solchen Entscheidungen?
7. Welchen Stellenwert hat die klinische Erfolgsaussicht der Behandlung bei der Triage? Welche Rolle spielen Behinderungen und chronische Vorerkrankungen bei dieser Entscheidung? Wäre es denkbar, das Kriterium der Erfolgsaussicht durch ein anderes Kriterium zu ersetzen oder genauer zu fassen, das den Bedürfnissen aller Behandlungsbedürftigen gerecht wird?
8. Welche Regelungen gibt es in anderen Ländern, die im Gesundheitswesen im Fall einer Triage Anwendung finden?
9. Sollte die Triage in Deutschland gesetzlich geregelt werden? Welche Vor- bzw. Nachteile wären damit verbunden?

Aufgrund der (berufs-)politischen Implikationen der zugrunde liegenden Fragestellung, wie weit der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers für die Regelung medizinischer Priorisierungsentscheidungen reicht, wurden u. a. die Landesärztekammern, die fachlich tangierten Gremien sowie Fachexpertinnen und Fachexperten der Bundesärztekammer in die Erarbeitung dieser Stellungnahme einbezogen. Die vorliegende Stellungnahme, die – sofern nicht anders ausgewiesen – den Stand vom 01.12.2020 darstellt, wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung vom 10.12.2020 beraten und beschlossen.

2. Stellungnahme zu den Fragen im Einzelnen

2.1. Wie wahrscheinlich ist es, dass in Deutschland im Zusammenhang mit COVID-19 eine Triage-Situation eintritt?

2.1.1. Begriffsklärung

Zunächst möchten wir darstellen, wie die Bundesärztekammer den Begriff „Triage-Situation“ versteht. Der während der napoleonischen Kriege geprägte⁴ Begriff „Triage“ (abgeleitet von französisch trier = sortieren, aussuchen, auslesen; deutsch „Sichtung“) bezeichnet in der Notfall- und Katastrophenmedizin ein Verfahren, welches im Fall eines Massenanfalls von Verletzten bzw. Erkrankten eine schnelle und orientierende Einteilung der Betroffenen in unterschiedlich priorisierte Kategorien (Behandlungsdringlichkeit) zulässt.

In der Katastrophenmedizin gewährleistet die ärztlich geleitete Sichtung nach einem akuten Großschadensereignis, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten „das Richtige zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ erhalten⁵. Ziel der Sichtung ist eine möglichst lange Aufrechterhaltung beziehungsweise möglichst schnelle Wiederherstellung individualmedizinischer Versorgungsstrukturen für eine Vielzahl Geschädigter. Auch bei einem Massenanfall von Verletzten bzw. Erkrankten mit einer vorübergehenden Einschränkung der individualmedizinischen Versorgung ist eine Sichtung Voraussetzung für die Erstellung eines Behandlungskonzeptes.

Im Falle einer Triage werden Entscheidungen bezüglich der Initiierung, Beibehaltung oder Beendigung einer medizinischen Maßnahme auch durch die Ressourcenknappheit beeinflusst. Triage-Entscheidungen sind nur unter existentieller Knappheit gerechtfertigt, um in einem Stratifizierungsverfahren vor der vollständigen Diagnose (sog. Ersteinschätzung) festzustellen, wie knappe personelle und/oder materielle Ressourcen aufzuteilen sind. Im Rahmen der Triage wird die Behandlungsdringlichkeit bestimmt, nicht aber die weitere Behandlung festgelegt⁶. In einer von der Schutzkommission beim Bundesminister des Innern einberufenen Konsensuskonferenz wurden im März 2002 unter nationaler und internationaler Beteiligung gemeinsame Grundlagen für die Anwendung von Sichtungskategorien bei Großschadensereignissen und Katastrophen erarbeitet⁷:

Sichtungskategorie	Beschreibung	Dringlichkeit
I (rot)	akute vitale Bedrohung	sofortige Behandlung
II (gelb)	schwer verletzt/erkrankt	aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit
III (grün)	leicht verletzt/erkrankt	späte (ambulante) Behandlung
IV (blau)	keine Überlebenschance	betreuende/abwartende Behandlung
(V) (schwarz) ⁸	Tod	Kennzeichnung

⁴ Nakao H, Ukai I, Korani J: A review of the history of the origin of triage from a disastermedicine perspective. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5649292/pdf/AMS2-4-379.pdf> (letzter Zugriff: 20.11.2020)

⁵ Bowers WF et al.: Surgical philosophy in mass casualty management. Springfield, IL (1960) CC Thomas.

⁶ Vgl. auch Ausführungen zu Situation 1 unter 2.3., 2.4. und 2.5.

⁷ Sefrin P, Weidinger JW, Weiss W: Sichtungskategorien und deren Dokumentation. Deutsches Ärzteblatt 2003; Heft 31-32: A2057-8, <https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/100/31/a2057.pdf> (letzter Zugriff: 23.10.2020); s. auch Das Verfahren der Triage erfordert regelmäßige Übung, s. u. a. Blöß T: Zwang zur Selektion. Dtsch Ärztebl 2004; Heft 33: A2216-8, <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=42936> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁸ Kategorie V und die Farbe schwarz werden nicht immer verwendet.

Die zwischen 1951 und 2015 beim Bundesminister des Innern eingerichtete Schutzkommission⁹ hat u. a. in einem Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall¹⁰ die ethischen, rechtlichen und medizinischen Rahmenbedingungen für die Sichtung bei Großschadensereignissen oder einem Massenansturm an Verletzten in Deutschland dargestellt¹¹.

Vor diesem Hintergrund erscheint fraglich, ob der im katastrophenmedizinischen Kontext definierte Begriff „Triage“ auf eine Pandemie-Situation übertragen werden kann/soll. Anders als im Katastrophenfall, bei dem akut und unerwartet ein Massenansturm von Verletzten bzw. Erkrankten eintritt, ist bei einer Pandemie davon auszugehen, dass bei einer weiteren Zunahme von SARS-CoV-2-Infektionen kontinuierlich über einen längeren Zeitraum die Zahl hoch-dringlich behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten ggf. mathematisch vorhersagbar steigt („exponentielles Wachstum“), die jeweils eine langfristige Behandlung benötigen. Damit tritt nicht – wie im Katastrophenfall – einmalig eine hohe Zahl an akut Behandlungsbedürftigen auf, sondern die (ggf. steigenden) Patientenzahlen mit COVID-19 akkumulieren über die Zeit. Dabei ist die Bedeutung der Prävention zu unterstreichen, da COVID-19 eine vermeidbare Erkrankung ist. Alle Bemühungen von Ärztinnen und Ärzten, aber insbesondere auch der Gesellschaft und der politisch Verantwortlichen müssen vorrangig darauf abzielen, Infektionen mit SARS-CoV-2 zu vermeiden. Im Unterschied zu einem Massenansturm von Verletzten besteht bei einer Pandemie die Möglichkeit, sich mit einem zeitlichen Vorlauf konkret auf verschiedene Szenarien vorbereiten zu können und ggf. auch Einfluss auf den Verlauf der Pandemie nehmen zu können, beispielsweise durch (gesellschafts-)politische Maßnahmen wie Quarantäne-Regelungen, Reisebeschränkungen, Versammlungsverbote, „Lockdown“. Anders als im Katastrophenfall sind in der Pandemie alle Anstrengungen darauf ausgerichtet, in möglichst kurzer Zeit vorhandene Kapazitäten insbesondere der intensivmedizinischen Patientenversorgung auszubauen, um mit der dynamischen Entwicklung der Pandemie Schritt zu halten und Ressourcenknappheit möglichst zu vermeiden. Auch medizinisch unterscheiden sich die beiden Szenarien: Im Zentrum der Bemühungen steht bei einer SARS-CoV-2-Pandemie nicht die ad-hoc-Behandlung körperlicher Traumata unterschiedlicher Schweregrade (vgl. Sichtungskategorien) mit dem Bedarf an entsprechenden OP-Kapazitäten und chirurgischem Personal, sondern die (intensiv-)medizinische Behandlung einer ggf. kontinuierlich zunehmenden Anzahl von Patientinnen und Patienten mit akuter Ateminsuffizienz, welche häufig von einem zunehmenden Multiorganversagen begleitet wird. Im Vordergrund steht bei einer Pandemie somit nicht die Schaffung individualmedizinischer Versorgungsstrukturen, zumal die betroffenen Patienten in der Regel bereits hospitalisiert sind, sondern die

⁹ Das von der Schutzkommission stets vertretene Grundprinzip, dem zu Folge Schutz- und Vorsorgemaßnahmen in Ausnahmesituationen auf Ressourcen und Strukturen aufbauen müssen, die auch in „normalen“ Zeiten genutzt und durch ständigen Einsatz erprobt werden, bewahrheitete sich über die Jahrzehnte hinweg. Angesichts der kontinuierlich anwachsenden Themenvielfalt im Bevölkerungsschutz, die durch ein solches Gremium mit fester Besetzung kaum noch angemessen abgedeckt werden konnte, wurde die Schutzkommission zugunsten kleinerer, flexiblerer Beratungsmöglichkeiten am 20. April 2015 vom Bundesministerium des Innern aufgelöst, vgl. https://www.bbk.bund.de/DE/AufgabenundAusstattung/Forschung/Schutzkommission/schutzkommission_node.html (letzter Zugriff 09.11.2020).

¹⁰ Schutzkommission beim Bundesminister des Innern, Leitfaden für die ärztliche Sichtung im Katastrophenfall, 2010, <http://orgl-hof.de/uploads/media/Katastrophenmedizin.pdf> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

¹¹ Vgl. auch Ausführungen zu Situation 1 unter 2.3., 2.4. und 2.5.

Allokation (intensiv)medizinischer Ressourcen angesichts eines Kapazitätsmangels. Dabei geht es auch um die Frage, wie Patientinnen und Patienten, die nicht intensivmedizinisch behandelt werden können oder wollen, insbesondere bezüglich der Symptome Atemnot, Schmerz, Unruhe und Angst palliativmedizinisch¹² sowie psycho-sozial versorgt werden können¹³.

Zusammengenommen bestehen zwischen dem in der Katastrophenmedizin etablierten Begriffen „Triage“ bzw. „Triage-Situation“ und der Allokation medizinischer Ressourcen im Falle eines Kapazitätsmangels in einer Pandemie-Situation zum Teil erhebliche Unterschiede. Aus den dargestellten Gründen werden insbesondere mit Blick darauf, dass der Fokus in einer Pandemie primär darauf ausgerichtet sein muss, der Dynamik entsprechend ausreichende Behandlungskapazitäten nutzbar zu machen, in dieser Stellungnahme trotz der u. a. in der rechtswissenschaftlichen Diskussion verwendeten Begriffe „Triage“ und „Triage-Situation“ die Termini „Allokation medizinischer Ressourcen im Falle eines Kapazitätsmangels“ sowie „Priorisierungsentscheidungen“ verwendet¹⁴.

2.1.2. Möglichkeiten und Grenzen der Voraussage der Wahrscheinlichkeit einer Ressourcenknappheit bei SARS-CoV-2-Pandemie

Zur Beantwortung der Frage, wie wahrscheinlich es ist, dass in Deutschland infolge einer Pandemie-bedingten Zunahme von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 eine drohende oder manifeste Ressourcenknappheit erwächst und Priorisierungsentscheidungen bezüglich der Patientenbehandlung und/oder der Ressourcenverteilung getroffen werden müssen, sind verschiedene Faktoren relevant, beispielsweise die jeweils aktuelle Infektionsrate (oder Inzidenzrate), die Reproduktionszahl (R-Wert¹⁵), die Alters- und Morbiditätsverteilung der SARS-CoV-2-Infizierten und der an COVID-19 Erkrankten, die vorhandenen personellen und/oder materiellen (intensiv-)medizinischen Ressourcen, der zunehmende Erkenntnisgewinn über Behandlungsoptionen, Art und Umfang der zur Eindämmung der Pandemie getroffenen (gesellschafts-)politischen Maßnahmen sowie Zahl und Letalität parallel mit der Pandemie auftretender schwerer Erkrankungen wie Influenza. Diese Faktoren lassen auf der Basis mathematischer Modellrechnungen (sog. Simulationen) Aussagen über die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer drohenden oder manifesten lokalen bzw. regionalen Ressourcenknappheit zu¹⁶. Dabei ist anzumerken, dass in einer Pandemie bei aller mathematischen Kalkulierbarkeit Momente von Unabwendbarkeit die Vorhersagekraft von Simulationen einschränken können.

¹² Vgl. <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/empfehlungen-der-dgp.html> (letzter Zugriff: 12.11.2020).

¹³ Orientierungshilfe der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

¹⁴ Nomenklatur übernommen aus der Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation intensivmedizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/BAEK_Allokationspapier_05052020.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

¹⁵ Die Reproduktionszahl (R-Wert) bezeichnet die Anzahl der Personen, die im Durchschnitt von einem SARS-CoV-2-Infizierten angesteckt werden.

¹⁶ Vgl. u. a. Projekt CoSim der Universität des Saarlandes mit dem Ziel der Entwicklung eines mechanistischen mathematischen Modells zur Vorhersage der COVID-19 Infektionen inkl. Krankenhausbettenbelegung, Intensivmedizinische Behandlung, Beatmung und Todesraten in den einzelnen Bundesländern und der Abschätzung von Nicht-Pharmazeutischen Interventionen über die Zeit (<https://covid-simulator.com/>, (letzter Zugriff: 04.11.2020) sowie modellbasierte Analyse der Forschungsgruppe am Max-Planck-Institut für Dynamik und Selbstorganisation, Göttingen <https://www.mpg.de/15962684/corona-covid-19-zweite-welle-todesfaelle> (letzter Zugriff: 04.11.2020).

In einer Pandemie-Situation ist oberstes Gebot, bei drohender Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen alle Anstrengungen zu unternehmen, diese Ressourcen möglichst bedarfsgerecht auszubauen, inklusive von Reservekapazitäten¹⁷. Kommt es dennoch zu einer Mangelsituation infolge SARS-CoV-2-Pandemie, kann diese auf verschiedenen Ebenen, lokal, regional, national oder international, bestehen. Entsprechend kann die Allokation intensivmedizinischer Ressourcen insbesondere in Abhängigkeit vom jeweiligen Zustand und der Ausstattung der Gesundheits-Versorgungsstrukturen und dem aktuellen sowie ggf. erwarteten Patientenzustrom im Sinne eines eskalierenden Stufenschemas bei einem dynamischen Prozess erfolgen:

- Krankenhaus-intern, z. B. Verlegung von einer Intensivstation
- regional, z. B. Verlegungen zwischen Krankenhäusern einer Region
- national, z. B. Verlegungen zwischen Krankenhäusern im Bundesgebiet
- international, z. B. Verlegungen zwischen Krankenhäusern über Landesgrenzen

Insofern können lokal bzw. regional bereits Priorisierungsentscheidungen notwendig sein, auch wenn die intensivmedizinischen Ressourcen in Deutschland (noch) nicht ausgeschöpft sind. Anfang November 2020 wurde bekannt, dass Bund und Länder beispielsweise die Verlegung von COVID-19-Patienten zwischen Bundesländern vorbereiten, um regionalen Überlastungen entgegen zu treten¹⁸. Zudem wurden vorübergehend Patientinnen und Patienten aus dem angrenzenden europäischen Ausland aufgenommen. Dem Intensivkapazitäten-Register¹⁹ kommt vor dem Hintergrund der vom Robert Koch-Institut (RKI) tagesaktuellen Auswertung der gemäß Infektionsschutzgesetz von den Gesundheitsämtern gemeldeten Infektionszahlen²⁰ bei der Allokation intensivmedizinischer Ressourcen in Deutschland regional, aber insbesondere auf nationaler und internationaler Ebene, eine koordinative Aufgabe zu. Für die Versorgungsplanung der Krankenhäuser und insbesondere die Früherkennung möglicher Engpässe in der (intensiv-)medizinischen Versorgung ist von besonderer Bedeutung, wie sich die Anzahl der COVID-19-Erkrankten, die eine Hospitalisierung und ggf. Beatmung benötigen, in einer Region entwickeln wird^{21, 22}.

¹⁷ Orientierungshilfe der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

¹⁸ Ein entsprechendes Konzept basiert auf dem sog. Kleeblatt-Verfahren, bei dem jeweils drei bis fünf Bundesländer eine wechselseitige Unterstützungseinheit bilden sollen: Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern (Nord), Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (Ost), Hessen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und das Saarland (Südwest), Nordrhein-Westfalen und Bayern, u. a. [Dtsch Arztebl 2020; 117\(48\): A-2321 / B-1959](#).

¹⁹ DIVI, ARDS-Netzwerk, DKG, RKI: DIVI Intensivregister. <https://www.divi.de/register/intensivregister> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

²⁰ Robert Koch-Institut, Risikobewertung zu COVID-19, Stand 26.10.2020, www.rki.de.

²¹ Statistisches Lernen aus Routinedaten der AOK Bayern - Ermittlung von COVID-19-Risikofaktoren aus Routinedaten für schwere Verläufe von COVID-19 als Modell zur Vorhersagewahrscheinlichkeit der Pandemieentwicklung und damit der benötigten Ressourcen des Gesundheitswesens: <https://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2020/20dkvf046.shtml> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

²² In Sachsen wird mit dem Modellvorhaben DISPENSE eine zeitaktuelle und kleinräumige Modellierung des Infektions- und klinischen Geschehens auf Landkreis- und Krankenhausebene der SARS-CoV-2-Pandemie durchgeführt. Berücksichtigt werden dabei die Risikofaktoren Alter, Geschlecht, Komorbiditäten und Rauchen. Zudem hat das Netzwerk Universitätsmedizin auf Bundesebene ein Modellprojekte mit dem Ziel initiiert, ein evidenzgeleitetes, sektoren- und interessenübergreifendes Konzept für ein bundesweites, regional adaptierbares Pandemiemanagement zu entwickeln. Netzwerk Universitätsmedizin, <https://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2020/20dkvf053.shtml> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

Insbesondere die im März 2020 in Deutschland ebenso wie in anderen europäischen Staaten getroffenen politischen Entscheidungen zur Eindämmung der Pandemie belegen, dass – nicht zuletzt angesichts der Erfahrungen beispielsweise aus China, den USA und aus europäischen Nachbarländern wie Italien, Spanien und Frankreich, aber auch aus seinerzeit stark von der Pandemie betroffenen Regionen in Deutschland – mit Blick auf die Verfügbarkeit von Intensivbetten und Beatmungsplätzen existentielle Engpässe²³ als reale Bedrohung angesehen worden sind. Als angesichts steigender Infektionszahlen²⁴ in der zweiten Oktoberhälfte 2020 in Deutschland eine Überschreitung der Kapazitätsgrenzen des Gesundheitswesens abermals zu befürchten schien, wurde auf politischer Ebene erneut mit entsprechenden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie reagiert²⁵.

2.2. Welche – legislativen, exekutiven, sonstigen – Maßnahmen wurden bisher ergriffen, um das Eintreten einer Triage-Situation in der COVID-19-Pandemie zu verhindern?

2.2.1. Allgemeine Ausführungen

Im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie wurde mit einem ganzen Bündel legislativer, exekutiver und sonstigen Maßnahmen auf Bundes-, Landes- sowie kommunaler Ebene versucht, das Infektionsgeschehen einzudämmen und dadurch die Anzahl der mit intensivmedizinischen Maßnahmen behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten zu begrenzen. Präventive Maßnahmen sollen einerseits die Ansteckungs- bzw. Reproduktionsrate senken. Andererseits sollte insbesondere zu Beginn der Pandemie Zeit gewonnen werden, um bis zum Eintreten einer „zweiten Welle“ mehr über die vom Virus ausgehenden Gefahren, aber auch über Behandlungsansätze erforschen zu können. Die Verzögerung des Pandemiegeschehens sollte Betroffenen zudem größere Chancen auf eine erfolgreiche Therapie verschaffen und die zu Beginn bestehende Mangelsituation hinsichtlich der Schutzausrüstung (FFP2-Masken) sowie die Zeit bis zur - möglichen - Verfügbarkeit von

²³ vgl. u. a. Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie vom 17.03.2020, <https://www.anaesthesie.news/aktuelles/allokation-intensivmedizinischer-ressourcen-aus-anlass-der-covid-19-pandemie/>; SAMW, Covid-19-Pandemie, Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit - Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3. der SAMW-Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen (2013), 2. Aktualisierte Version vom 24.03.2020 www.samw.ch; SAMW, Medizinethische Richtlinien „Intensivmedizinische Maßnahmen“ vom 28.05.2013, <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>; SIAARTI, Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances. 2020. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>; DIVI, DGINA, DGAI, DGIIN, DGP, DGP und AEM: Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie – Klinisch-ethische Empfehlungen vom 25.03.2020, <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/covid-19-klinisch-ethische-empfehlungen-zur-entscheidung-ueber-die-zuteilung-von-ressourcen-veroeffentlicht>; Deutscher Ethikrat, Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise, ad-hoc-Empfehlung, vom 27.03.2020, <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>; Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation intensivmedizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

²⁴ Robert Koch-Institut, Risikobewertung zu COVID-19, Stand 26.10.2020, www.rki.de (letzter Zugriff: 23.10.2020).

²⁵ Bundeskanzlerin Angela Merkel stellte fest, die Zahl der intensivmedizinisch behandelten Patienten habe sich innerhalb von zehn Tagen verdoppelt. Ginge die Dynamik unverändert weiter, werde die Intensivmedizin in wenigen Wochen überfordert sein. Dann sei es zu spät für die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, aber in seiner Folge "auch für die Sicherstellung der gesamten Infrastruktur unseres Landes, das heißt also auch ökonomisch und sozial". Regierungserklärung vom 30.10.2020 „Mit vereinten Kräften die Pandemie bewältigen“, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/regierungserklaerung-1805416> (letzter Zugriff: 31.10.2020).

Impfstoffen überbrücken. Die gewonnene Zeit sollte Krankenhäusern und z. B. Gesundheitsämtern ermöglichen, organisatorische Vorkehrungen für die Behandlungssituation bzw. zu einer effektiven Kontaktverfolgung zu treffen.

Als präventive Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens wurden u. a. beschlossen: Kontaktbeschränkungen (Begrenzung der Zahl derjenigen, die sich treffen dürfen), Besuchsverbote (in Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeheimen), das Schließen etwa von Spielplätzen, Schulen, Kindertagesstätten, Restaurants, Einzelhandelsgeschäften, Kultur- und Freizeiteinrichtungen, Abstandshaltegebote, Verpflichtungen zum Tragen von Alltagsmasken und die Ermöglichung von Tests bei Krankheitsverdacht, aber auch bei der Einreise aus Risikogebieten. Seit dem 19.11.2020 (BGBl. I S. 2397) enthält ein neuer § 28a IfSG, die bisher getroffenen Maßnahmen aufgreifend, einen nicht abschließenden Katalog notwendiger Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung des Virus. Die Teststrategie auf Corona-Infektionen wurde auf das Umfeld besonders gefährdeter Personen, etwa Bewohner von den zu Beginn der Pandemie besonders betroffenen Pflegeheimen, ausgerichtet. So können Infektionen dort möglichst früh erkannt werden, wo eine Personengruppe betreut wird, deren Angehörige im Falle einer SARS-CoV-2-Infektion überproportional häufig intensivmedizinisch behandelt werden müssen. Ein großer Vorteil hat sich in Deutschland durch die frühe Verfügbarkeit von PCR-Tests ergeben.

Hygienekonzepte wurden auch im Rahmen des Arbeitsschutzes verbindlich gemacht.²⁶ Es wurde eine Corona WarnApp programmiert, welche der Bevölkerung kostenlos zur Verfügung steht und zielgerichtete Tests ermöglichen soll. Zudem wurde Schutzausrüstung zentral durch den Bund und die Länder beschafft. Die öffentlich-rechtlichen Rundfunk- und Fernsehanstalten haben die Bevölkerung ausführlich über notwendige Schutzmaßnahmen informiert. Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen haben für ihre Mitglieder umfassende Informationsangebote aufgebaut sowie sich an Aufklärungskampagnen für die Bevölkerung beteiligt.

Der vertragsärztliche Bereich wurde an die Erfordernisse der SARS-CoV-2-Pandemie angepasst. Ziel ist es, möglichst viele Patientinnen und Patienten ambulant versorgen zu können und so die Kapazitäten in den Krankenhäusern für schwer erkrankte COVID-19-Patienten freizuhalten, zudem wurden spezielle Behandlungs- und Testangebote für COVID-19-Patienten eingerichtet.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst spielt bei der Pandemiebekämpfung eine Schlüsselrolle. Im September 2020 hat die Bundesregierung den „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ beschlossen, mit dem für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 4 Milliarden Euro für Personal, Digitalisierung und moderne Strukturen zur Verfügung gestellt werden. Auch unabhängig von diesem Pakt wurde die Kontaktverfolgung in den Gesundheitsämtern durch zahlreiche Maßnahmen unterstützt (Containment-Scouts, Einsatz von Bundeswehrsoldaten, digitale Unterstützung (forcierte Entwicklung von Software-Programmen)).

²⁶ Von den beratenden Arbeitsschutzausschüssen beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales gemeinsam mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ermittelte SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel idF v. 20.08.2020 (GMBl S. 484) in Konkretisierung des SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandards v. 16.04.2020.

Neben den Bemühungen, die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen, ist auch der Ausbau der Behandlungs- und Intensivkapazitäten eine wichtige Säule der Pandemiemaßnahmen. Speziell bezogen auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die intensivmedizinisch behandelt werden müssen bzw. beatmungsbedürftig werden, wurden die Behandlungskapazitäten deutlich erhöht. Das geschah sowohl durch gesetzgeberische Maßnahmen als auch durch Maßnahmen und Aktivitäten der Krankenhäuser, so die Beschaffung von entsprechenden Medizinprodukten (zum Beispiel zusätzliche Beatmungsgeräte), den Aufbau von Behelfskrankenhäusern bzw. die Ausweisung von Krankenhäusern für weniger schwere Fälle und das Freihalten von Kapazitäten durch das Verschieben planbarer Aufnahmen, Operationen und Eingriffe sowie die vorübergehende Umwidmung von Krankenhausabteilungen und den flexiblen Einsatz von medizinischem Personal. Hinzu kamen Schulungsmaßnahmen für Ärzte und Pflegekräfte, die bisher über keine hinreichenden Kenntnisse in der Intensivmedizin verfügen und Aufrufe, auch der Landesärztekammern, an nicht mehr berufstätige Ärztinnen und Ärzte, ihren Beruf vorübergehend wieder auszuüben. Auch Medizinstudierende sind Aufrufen zur Unterstützung der Patientenversorgung gefolgt.

2.2.2. Besondere Ausführungen

2.2.2.1. Maßnahmen auf Bundesebene

Der Deutsche Bundestag hat mittlerweile mehrere Gesetze zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite verabschiedet. Diese erweitern u. a. die Befugnisse, infektionshygienische Maßnahmen auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes zu treffen²⁷. Nachfolgend werden exemplarisch einige Regelungen aufgeführt, die aus Sicht der Bundesärztekammer das stetige Bemühen der politisch Verantwortlichen aufzeigen, das Eintreten eines Kapazitätsmangels in der Pandemie-Situation zu verhindern.

Nach § 5 IfSG wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite unbeschadet der Befugnisse der Länder unter anderem ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern in Abweichung von bestehenden gesetzlichen Vorgaben vorzusehen und insbesondere untergesetzliche Richtlinien, Regelungen, Vereinbarungen und Beschlüsse der Selbstverwaltungspartner nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und nach Gesetzen, auf die im Fünften Buch Sozialgesetzbuch Bezug genommen wird, anzupassen, zu ergänzen oder auszusetzen. Das BMG hat in der Folge eine Reihe von Verordnungen erlassen, die die Eindämmung der Pandemie und die Gesundheitsversorgung in der Pandemie unterstützen (zum Beispiel Verordnung zur Abweichung von der Approbationsordnung für Ärzte, SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung, Verordnung zur Beschaffung von Medizinprodukten und persönlicher Schutzausrüstung bei der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie).

²⁷ Vgl. auch Bundesministerium für Gesundheit, Coronavirus SARS-CoV-2: Chronik der bisherigen Maßnahmen; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus.html?back=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2Fsearch%3Fclient%3Dsafari%26as_qdr%3Dall%26as_occt%3Dany%26safe%3Dactive%26as_q%3DGesundheitsminister%20Spahn%20vor%20zwei%20Tagen%26channel%3Daplab%26source%3Da-app1%26hl%3Dde (letzter Zugriff: 09.11.2020).

Nach § 5a IfSG wird Personen, die eine anerkannte Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf haben, im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten gestattet, wenn diese auf der Grundlage der in der jeweiligen Ausbildung erworbenen Kompetenzen und ihrer persönlichen Fähigkeiten in der Lage sind, die jeweils erforderliche Maßnahme eigenverantwortlich durchzuführen und der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten nach seiner Art und Schwere eine ärztliche Behandlung im Ausnahmefall nicht zwingend erfordert.

Auch die Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten (DIVI IntensivRegister-Verordnung vom 08.04.2020, BAnz AT 09.04.2020 V) ist ein wesentlicher regulatorischer Bestandteil, um einem möglichen steigenden Bedarf an Intensiv- und Beatmungskapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen begegnen zu können. Mit dieser Verordnung werden die intensivbettenführenden Krankenhäuser verpflichtet, sich auf der Website des DIVI Intensivregisters (www.divi.de/intensivregister) der DIVI, des RKI und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zu registrieren und ihre intensivmedizinischen Kapazitäten täglich zu aktualisieren. Diese legislative Maßnahme soll durch ein vom Bundesinnenministerium des Inneren, für Bau und Heimat konzeptioniertes „Kleeblattprinzip“ ergänzt werden. Sind einzelne Kliniken oder gar Regionen nicht mehr aufnahmefähig, sollen Patientinnen und Patienten auch über Bundesländergrenzen hinweg verlegt werden.²⁸ Die dann durch Ärztinnen und Ärzte im jeweiligen Einzelfall zu treffenden Verteilungsentscheidungen sind gerade auch mit Blick auf Verlegungen über die Grenzen von Bundesländern hinweg nach einem bundeseinheitlichen Standard zu fällen²⁹. Zu diesem Zweck bedarf es fairer, transparenter und medizinisch begründeter Verfahren und Kriterien, die im Sinne der Gleichbehandlung für alle Patienten, die einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, unabhängig von einer SARS-CoV-2-Infektion gelten.

Im März 2020 wurde an die Krankenhäuser appelliert, „soweit medizinisch vertretbar, grundsätzlich alle planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in allen Krankenhäusern“ auf unbestimmte Zeit zu verschieben damit sich die Krankenhäuser auf den erwartbar steigenden Bedarf an Intensiv- und Beatmungskapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Atemwegserkrankungen durch SARS-CoV-2 konzentrieren können. Während der Lockdown-Phase kam es dementsprechend zu einer maßgeblichen Abnahme der Patientenzahl für die elektiven Bereiche der Medizin, in denen entsprechende Regularien erlassen waren. Dass allerdings auch Notfallbehandlungen ebenso wie zeitkritische Behandlungen deutlich abnahmen, erschließt sich nicht von selbst. Die negativen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung werden derzeit retrospektiv erfasst

²⁸ Ein entsprechendes Konzept basiert auf dem sog. Kleeblatt-Verfahren, bei dem jeweils drei bis fünf Bundesländer eine wechselseitige Unterstützungseinheit bilden sollen: Hamburg, Bremen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern (Nord), Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (Ost), Hessen, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und das Saarland (Südwest), Nordrhein-Westfalen und Bayern, u. a. [Dtsch Arztebl 2020; 117\(48\): A-2321 / B-1959](#).

²⁹ Vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf einer Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten vom 06.04.2020, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/2020_04_06_BAEK_Stellungnahme_DIVI-Register_Final.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020)

und bewertet³⁰. Diese Analysen sollten möglichst breit aufgestellt erfolgen, denn ihre Ergebnisse können zukünftig Grundlage für eine differenzierte, evidenzbasierte Entscheidung bezüglich der Priorisierung von Operationen unter Berücksichtigung möglicher Kollateralschäden bilden. Klar ist aber bereits jetzt: Für Priorisierungsentscheidungen angesichts eines Pandemie-bedingten Kapazitätsmangels reicht es nicht, lediglich die Patientinnen und Patienten in den Blick zu nehmen, die akut einer intensivmedizinischen Therapie bedürfen³¹ – es gilt auch zu analysieren, welche Auswirkungen die Verschiebung von Behandlungen in anderen Bereichen der Medizin hatte, um hier einen übergreifenden Priorisierungsansatz zu finden. Ein interdisziplinärer, fachübergreifender Ansatz muss unter breiter Einbeziehung aller notwendigen fachlichen Expertisen Grundlage der Erarbeitung von Kriterien und Verfahren für diese die gesamte Medizin betreffenden Priorisierungsentscheidungen sein, nicht zuletzt um Partikularinteressen zu neutralisieren.

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27.03.2020 wurden, befristet bis zum 30.09.2020, unter anderem Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 für Einnahmeausfälle durch Aussetzen/Aufschieben planbarer Aufnahmen, Operationen und Eingriffe, Ausgleichszahlung für neu geschaffene Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit und Zuschläge für Preis- und Mengensteigerungen, insbesondere für Schutzausrüstung, vereinbart. Den Ländern wurde die Möglichkeit eingeräumt, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu bestimmen, in denen „nicht aufschiebbare akutstationäre Krankenhausversorgung“ erfolgt. Außerdem wurden die Krankenhäuser von Dokumentations- und Bürokratiepflichten entlastet.

Mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18.11.2020 wurde den Empfehlungen des Beirates nach § 24 KHG zu erforderlichen Maßnahmen zur Stärkung der Krankenhäuser im Rahmen der Corona-Pandemie entsprochen, die Ausgleichszahlungen für die Aussetzung planbarer Aufnahmen, Operationen oder Eingriffe fortzusetzen, diese allerdings durch die Einführung eines regional gestuften Verfahrens zielgenauer auszugestalten.³²

Zuvor war mit dem Krankenhauszukunftsgesetz vom 18.09.2020 geregelt worden, dass Erlösrückgänge, die Krankenhäusern gegenüber 2019 wegen der SARS-CoV-2-Pandemie entstanden sind, krankenhausesindividuell ermittelt und ausgeglichen werden. Für nicht anderweitig finanzierte Mehrkosten von Krankenhäusern aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie, z. B. bei persönlichen Schutzausrüstungen, können für den Zeitraum vom 01.10.2020 bis Ende 2021 krankenhausesindividuelle Zuschläge vereinbart werden.

³⁰ Vgl. u. a. Kuhlen R, Schmithausen D, Winklmaier C, Schick J, Scriba P: The effects of the COVID-19 pandemic and lockdown on routine hospital care for other illnesses. Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 488–9. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0489 sowie Hanna TH et al.: Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. BMJ 2020; 371 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>

³¹ Vgl. u. a. Konzeptvorschlag für eine regionale und überregionale Verteilung von COVID-19 Intensivpatienten des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin vom 10.11.2020, <https://www.dgai.de/aktuelles/752-konzeptvorschlag-fuer-eine-regionale-und-ueberregionale-verteilung-von-covid-19-intensivpatienten.html> (letzter Zugriff: 21.11.2020).

³² Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/B/3_BevSchG_BGBI.pdf

Zudem hatte das BMG mit dem beginnenden Rückgang der Infektionszahlen im April 2020 ein Konzeptpapier „Ein neuer Alltag auch für den Klinikbetrieb in Deutschland“ veröffentlicht, mit den Empfehlungen für einen Stufenplan zur Freihaltung von Intensivkapazitäten, zur Öffnung von OP-Kapazitäten und zur Freihaltung von Kapazitäten für die Normalversorgung vorgelegt wurden³³. Entsprechende Empfehlungen wurden auch von Fachgesellschaften³⁴ und der DKG³⁵ erarbeitet. Die Bundesländer haben vor dem Hintergrund der Empfehlungen Verordnungen erlassen, nach denen der Regelbetrieb in den Krankenhäusern - unter Bereitstellung von je nach Infektionslage ausreichenden Betten - und Intensivkapazitäten - koordiniert werden soll.

Die Intensiv- und Beatmungskapazitäten konnten durch die bundesweiten Maßnahmen und Aktivitäten der Krankenhausträger sowie des medizinischen Personals erheblich gesteigert werden. Laut DKG stehen rund 30.000 für COVID-19 Patienten geeignete Intensivbetten in den deutschen Kliniken zur Verfügung. Hinzu komme eine eiserne Notfallreserve von rund 12.000 Betten, die ergänzend aufgestellt werden können.^{36,37} Während im Frühjahr 2020 insbesondere ein Mangel an Schutzausrüstung die Verfügbarkeit der Intensiv- und Beatmungskapazitäten einschränkte, führt im Herbst 2020 der Personalmangel, sowohl im ärztlichen Bereich wie im Bereich der Pflege, dazu, dass nicht alle vorhandenen materiellen Kapazitäten für die Patientenversorgung genutzt werden können³⁸. So scheint insbesondere für die o. g. eiserne Notfallreserve das erforderliche Fachpersonal nicht so kurzfristig zur Verfügung zu stehen³⁹ oder teilweise nur durch massive Personal-Umschichtungen im Krankenhausbetrieb zur Verfügung gestellt werden zu können, so dass in der Folge ein Kapazitätsmangel in anderen Bereichen entsteht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie eine Reihe von bundesweiten, befristeten Sonderregelungen erlassen, um ambulante und stationäre Versorgungskapazitäten für COVID-19 Patienten freizusetzen und

³³Konzeptpapier „Ein neuer Alltag auch für den Klinikbetrieb in Deutschland“

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Faktenpapier_Neuer_Klinikalltag.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

³⁴ Gemeinsames Statement von DGCH, DGAI, BDC und BDA zur Wiederaufnahme von elektiven Operationen in deutschen Krankenhäusern https://www.dgch.de/fileadmin/media/pdf/servicemeldungen/2020-04-27_DGCH_DGAI_Stellungnahme_V2_1.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

³⁵ Deutsche Krankenhausgesellschaft: Konzept der DKG (Stand 27.04.2020) Vorschlag für eine Balance zwischen COVID-19-Bereitschaft und Regelversorgung

https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2020/Anlage_Konzept_DKG_Balance_COVID-19_und_Regelsystem.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

³⁶ DKG zu Intensivbetten-Kapazitäten: Krankenhäuser sind für starken Infektionsanstieg gerüstet

<https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/krankenhaeuser-sind-fuer-starken-infektionsanstieg-geruestet/> (letzter Zugriff: 01.12.2020)

³⁷ DKG zu Intensivbetten-Kapazitäten: Kapazitäten auf den Intensivstationen sind gesichert und verfügbar

<https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/kapazitaeten-auf-den-intensivstationen-sind-gesichert-und-verfuegbar/> (letzter Zugriff: 01.12.2020).

³⁸ Vgl. u. a. <https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/nicht-fehlende-intensivbetten-sondern-personalmangel-wird-hauptproblem-in-der-coronakrise-14678/> (letzter Zugriff: 10.11.2020)

³⁹ Vgl. u. a. <https://www.spiegel.de/karriere/corona-aushilfen-auf-der-intensivstation-viele-sehen-uns-nur-als-verfuegungsmasse-fuer-medizinische-leistungen-a-82bae463-33e7-4bf1-8dbc-1e8aff8636e2> (letzter Zugriff: 23.11.2020) und

https://www.rbb24.de/panorama/thema/2020/coronavirus/beitraege_neu/2020/11/intensivbetten-stationen-umschulung-engpass.html (letzter Zugriff: 23.11.2020).

ein Ausbreiten der Pandemie zu verhindern.⁴⁰ Dazu gehören unter anderem die folgenden Maßnahmen:

- Ermöglichung einer telefonischen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei leichten Erkrankungen der oberen Atemwege
- Ermöglichung einer Feststellung von Arbeitsunfähigkeit über 14 Tage, flexiblere Verordnung von Arzneimitteln und Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln im Rahmen des Entlassmanagements im Krankenhaus.
- Verordnung von Folgebescheinigungen für häusliche Krankenpflege, von Heilmitteln, Hilfsmitteln und Krankentransportfahrten nach telefonischer Anamnese
- Aussetzen von Dokumentationspflichten
- Krankentransportfahrten zu nicht aufschiebbaren zwingend notwendigen ambulanten Behandlungen von nachweislich an COVID-19-Erkrankten oder von Versicherten, die aufgrund einer behördlichen Anordnung unter Quarantäne stehen, bedürfen vorübergehend nicht der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.
- Abweichungsmöglichkeiten von zum Beispiel der Mindestausstattung mit Intensivpflegepersonal bei bestimmten komplexen Behandlungen, Aussetzungen zu Dokumentations- und Nachweispflichten sowie Änderungen der Regelungen zur Datenvalidierung, zum Strukturierten Dialog und zum Stellungnahmeverfahren, Aussetzen der Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes in Krankenhäusern durch Sonderregelungen zur Qualitätssicherung im Krankenhaus im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie
- Verschiebung des Inkrafttretens der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur

Die Teststrategie ist ein wesentlicher Faktor bei der Eindämmung des Infektionsgeschehens. Die Teststrategie der Bundesregierung wird laufend an die medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und das Infektionsgeschehen angepasst. Am 15.10.2020 wurde zuletzt die Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV) erlassen.⁴¹ Diese umfasst den Anspruch auf bestimmte Testungen (u. a. Antigen-Schnelltests) für den Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 für Beschäftigte, Bewohner und Besucher medizinischer und pflegerischer Einrichtungen (Krankenhäuser, Reha-Kliniken, Alten- und Pflegeheime). Damit werden insbesondere die Risikogruppen für den schnelleren Nachweis einer SARS-CoV-2-Infektion (Antigen-Schnelltest) in den Blick genommen, um jeden einzelnen Patienten besser vor einer Ansteckung zu schützen, Infektionsausbrüche insbesondere in Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Krankenhäusern, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen und weiteren medizinischen Einrichtungen besser verhindern und schneller Gegenmaßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens ergreifen zu können. Künftig werden zudem verstärkt asymptomatische Personen unter bestimmten

⁴⁰ Befristete Sonderregelungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie <https://www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona/> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁴¹ Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/C-Orona-Test-VO_BAnz_AT_141020.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

Voraussetzungen einen Anspruch auf eine Testung haben, wenn sie betreut, gepflegt oder untergebracht werden oder werden sollen (z. B. bei Aufnahme in eine Unterkunft oder wenn in einer Einrichtung eine SARS-CoV-2-Infektion festgestellt wurde).

2.2.2.2. Beispiele für Maßnahmen auf Länderebene

Auf Länderebene wurden Corona-Eindämmungsverordnungen erlassen, die laufend, dem Infektionsgeschehen folgend, angepasst werden, zum Beispiel die Hamburgische SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung v. 30.06.2020 (HmbGVBl. S. 365), zuletzt geändert am 27.11.2020 (HmbGVBl. S. 595), oder die nordrhein-westfälische Coronaschutzverordnung v. 30.11.2020 (GV. NRW. S. 1059a).

Auch auf Länderebene wurden durch Corona-Schutz-Verordnungen Maßnahmen eingeführt, die im Notfall ausreichend Kapazitäten auf den Intensivstationen sicherstellen sollen.

So dürfen in Berlin nach § 5 Abs. 3 SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung i.d.F. der Dreizehnten Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Infektionsschutzverordnung v. 29.10.2020 (GVBl. S. 922) zugelassene Krankenhäuser planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe unter der Voraussetzung durchführen, dass Reservierungs- und Freihaltevorgaben eingehalten werden und die Rückkehr in einen Krisenmodus wegen einer Verschärfung der Pandemielage jederzeit kurzfristig umgesetzt werden kann. Die Verordnung zu Regelungen in zugelassenen Krankenhäusern während der SARS-CoV-2-Pandemie (Krankenhaus-Covid-19-Verordnung) i.d.F. v. 3.11.2020 (GVBl. S. 858), zuletzt geändert am 12.11.2020 (GVBl. S. 881), regelt in §§ 8 und 9 die Reservierungs- und Freihaltequoten intensivmedizinischer Betten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit.

In Bayern wurde für den stationären Bereich die Verschiebung elektiver Eingriffe durch eine Allgemeinverfügung vom 19.03.2020 (BayMBl. Nr. 151) angeordnet. Mit der Allgemeinverfügung vom 08.05.2020 (BayMBl. Nr. 253) wurde die angeordnete Verschiebung elektiver Eingriffe wieder gelockert und mit der Aufhebung des Katastrophenfalles die vollständige Rückkehr in den Regelbetrieb gestattet (Allgemeinverfügung vom 19.06.2020, BayMBl. Nr. 347). Am 03.11.2020 trat eine bis zum 31.03.2021 befristete neue Allgemeinverfügung in Kraft (BayMBl. Nr. 618), mit der auf die seit Ende der Ferienzeit erhöhten Infektionszahlen reagiert wurde. Mit der Bekanntmachung zum Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) – Aufrechterhaltung der Arztversorgung während der Corona-Pandemie v. 3.12.2020 (BayMBl. Nr. 707), wurde, um bedarfsgerecht, schnell und möglichst widerspruchsfrei zu sonstigen Entscheidungen der örtlich zuständigen Kreisverwaltungsbehörde die ärztliche Versorgung vor Ort planen und organisieren zu können, die Bestellung „koordinierender Ärzte für die ambulante ärztliche Versorgung“ angeordnet.

Vergleichbare Regelungen gibt es in anderen Bundesländern, z. B. die Niedersächsische Verordnung über Beschränkungen im Krankenhausbetrieb zur Bekämpfung der Corona-Virus-Krankheit Covid-19 v. 15.07.2020 (Nds. GVBl. 2020, 256), zuletzt geändert durch Verordnung vom 24.09.2020 (Nds. GVBl. S. 341).

Daneben wurde, bspw. in Brandenburg, geregelt, dass Krankenhäuser die notwendigen Maßnahmen zu treffen haben, um ihr ärztliches und pflegerisches Personal unverzüglich auf dem Gebiet der Intensivpflege mit Beatmungseinheiten und der Behandlung von Patientinnen

und Patienten mit COVID-19 oder Verdacht hierauf zu schulen (vgl. § 7 Abs. 1 der Verordnung über Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19 v. 17.03.2020; GVBl. II – 2020, Nr. 10). Außerdem müssen in Brandenburg Krankenhäuser, soweit medizinisch erforderlich und vertretbar, ihre personellen und sonstigen Ressourcen schwerpunktmäßig für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 oder Verdacht hierauf einsetzen (vgl. § 7 Abs. 2 der vorgenannten Verordnung).

In Berlin existiert ein SAVE Berlin COVID-19-Konzept des Senats. Es ist Teil des SenGPG Pandemieplans – COVID-19. Nach diesem Konzept werden die Berliner Krankenhäuser, die über Intensivbetten verfügen, in drei Level eingeteilt. In einer vierten und letzten Stufe, in der die Klinikkapazitäten für den Patientenansturm nicht mehr ausreichen, hat man schließlich auf dem Messegelände die sogenannte "COVID-19-Klinik" als Reserve mit zusätzlichen Beatmungskapazitäten außerhalb der Intensivstationen der Berliner Aufnahmekrankenhäuser geschaffen.

Ein ähnliches Behelfskrankenhaus wurde in Niedersachsen auf dem Gelände der Hannover Messe in zwei Hallen mit einer Kapazität von 485 Betten errichtet.⁴²

In Sachsen haben die drei Maximalversorger in Dresden, Leipzig und Chemnitz jeweils für ihre Bereiche eine Steuerungs-/Verteilfunktion für die Häuser in diesen Regionen übernommen (zentrale Führung der Bettenkapazitäten, Verteilung des zentral beschafften Materials, Koordination der studentischen Hilfskräfte, Verteilung der COVID-19-Patienten, Indikationsstellung und Beauftragung von Sekundärverlegungen in Cluster)⁴³.

In Bayern wurden mit Allgemeinverfügung vom 24.03.2020 (BayMBl. Nr. 164) neue Strukturen zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen etabliert. Hierfür wurde in jedem Rettungszweckverband die Funktion eines Ärztlichen Leiters Führungsgruppe Katastrophenschutz eingerichtet, der als Hauptaufgabe die Steuerung der Patientenströme zu übernehmen hat. Zudem wurden die Kliniken zur Schaffung zusätzlicher Kapazitäten und zur Kooperation verpflichtet. Alle erfassten Kliniken erhielten einen temporären Versorgungsauftrag dahingehend, in Notfällen stationäre Krankenhausleistungen sämtlicher Fachrichtungen zu erbringen. Vom 23.11.2020 datiert die Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern (BayMBl. Nr. 663), mit der u. a. auf regionaler Ebene die Funktion eines „Ärztlichen Leiters Krankenhauskoordination“ eingerichtet wurde.

Außerdem hat der Bayerische Landtag am 25.03.2020 ein Bayerisches Infektionsschutzgesetz (GVBl. S. 174) erlassen. Dieses zielt darauf ab, die Handlungsfähigkeit des Gesundheitssystems kurzfristig zu erhöhen und setzt hierzu an zwei Punkten an. Zum einen schafft es in personeller Hinsicht Kompensationsmöglichkeiten bei Ausfall oder Überlastung des medizinischen und pflegerischen Personals (unter anderem durch gezielte Indienstnahmen). Zum anderen sieht es Möglichkeiten zur Beseitigung von Engpässen bei Produktion, Herstellung oder Verteilung medizinisch benötigter Materialien vor (unter anderem durch Beschlagnahmemöglichkeiten, Produktions- und Abgabepflichten). Das

⁴² Vgl. <https://www.neuepresse.de/Hannover/Meine-Stadt/Hannover-Corona-Notklinik-auf-dem-Messegelaende-im-Ruhemodus> (letzter Zugriff: 23.11.2020).

⁴³ Vgl. u. a. <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Grosse-Kliniken-wollen-Fuehrungsrolle-bei-Corona-Ausbruechen--411430.html> (letzter Zugriff: 23.11.2020).

Gesetz ist bislang nicht zur Anwendung gelangt, da die hierfür erforderliche Feststellung des Gesundheitsnotstandes nicht erfolgte.

In Hessen wurde ein Planungsstab „Stationäre Versorgung von COVID-19-Patientinnen und Patienten“ eingesetzt. In den sechs hessischen Versorgungsgebieten wurden jeweils koordinierende Krankenhäuser benannt, die das Bindeglied zwischen dem Planungsstab und den Krankenhäusern darstellen. In Abstimmung mit dem Planungsstab entwickeln sie ein regionales Versorgungskonzept und setzen dieses im jeweiligen Versorgungsgebiet um. Sie übermitteln aktuelle Übersichten über die Belegung und die Ressourcen aller Krankenhäuser. So wird ein wechselseitiger Erfahrungsaustausch bei der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten gewährleistet⁴⁴.

In Nordrhein-Westfalen wurde durch § 12 Abs. 1 S. 2 des Gesetzes zur Regelung besonderer Handlungsbefugnisse im Rahmen einer epidemischen Lage von nationaler oder landesweiter Tragweite und zur Festlegung von Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz (Infektionsschutz- und Befugnisgesetz – IfSBG-NRW) v. 14.04.2020 (GV. NRW S. 218b) dem für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerium die Befugnis eingeräumt, durch Rechtsverordnung gegenüber dem Krankenhausträgern Anordnungen über die Schaffung zusätzlicher Behandlungskapazitäten, etwa für an COVID-19 Erkrankten, zu treffen. Das Gesetz benennt dazu die Verschiebung elektiver Eingriffe, Meldepflichten zu einer landesweiten Datenbank und strukturelle Vorgaben zur Organisation von medizinischen Behandlungen. Dabei wird klargestellt, dass die Entscheidungsfreiheit ärztlicher Tätigkeit in medizinischen Fragen gemäß der ärztlichen Berufsordnung davon unberührt bleibt.

Im Weiteren hat der Gesetzgeber in § 15 IfSBG-NRW die Schaffung eines Freiwilligenregisters vorgesehen, in das alle Personen, die zur Ausübung der Heilkunde befugt sind oder über eine abgeschlossene Ausbildung in der Pflege, im Rettungsdienst, in einem anderen Gesundheitsberuf oder in einem Verwaltungsberuf beim Gesundheitswesen verfügen und die freiwillig zur Erbringung von Dienst-, Sach- und Wertleistungen zur Bewältigung einer pandemischen Lage bereit sind, eingetragen werden. Mittels eines öffentlich-rechtlichen Vertrages wurde den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe die Erstellung und Verwaltung eines Freiwilligenregisters nach den Vorgaben des § 15 IfSBG-NRW im Auftrag des Landes NRW übertragen. In Ergänzung dazu hat die Ärztekammer Nordrhein ein weiteres Freiwilligenregister erstellt, auf das Behörden, Krankenhäuser und Organisationen Zugriff nehmen können, die Personalbedarf haben und freiwillige Unterstützer suchen.

2.2.2.3. Sonstige Maßnahmen

Die ambulanten Versorgungsstrukturen bilden im Rahmen der Pandemie einen wichtigen Schutzwall für Krankenhäuser.⁴⁵ Insgesamt 19 von 20 COVID-19 Patientinnen und Patienten werden von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern behandelt.⁴⁶ Laut einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP)

⁴⁴ Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

<https://soziales.hessen.de/gesundheit/infektionsschutz/corona-hessen/ausbau-krankenhausversorgung-hessen>

⁴⁵ Vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/216131/Ambulante-Versorgung-Systemvorteil-in-der-Pandemie> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁴⁶ Vgl. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Ambulante-Versorgung-sorgte-fuer-milden-Pandemie-Verlauf-413370.html> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

wurden in Deutschland bislang 20% der Corona-Infizierten im Krankenhaus behandelt,⁴⁷ im Vergleich hierzu wurden z. B. in Frankreich beispielsweise 67% der Corona-Infizierten im Krankenhaus behandelt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bundesweit, gemeinsam mit den niedergelassenen Vertragsärzten und teilweise in Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, etwa 450 mobile und stationäre Testzentren eingerichtet sowie über 500 mobile und stationäre Corona-Behandlungseinrichtungen aufgebaut.⁴⁸ Zudem wurde das Angebot an Telefon- und Videosprechstunden und das Beratungsangebot über die bundesweit einheitliche Telefonnummer 116117 ausgebaut. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeführte Möglichkeit der telefonischen Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit bei leichten Erkrankungen der oberen Atemwege wurde vielfach genutzt.

In vielen Vertragsarztpraxen wurden zudem separate Corona-Sprechstunden eingerichtet, so kann eine „zweigliedrige Versorgung“ für Patienten mit COVID-19 und für Patienten mit anderen Erkrankungen erfolgen.

Die ambulante Betreuung von COVID-19-Verdachtsfällen, Infizierten und weniger schwer Erkrankten umfasst außerdem die regelmäßige telefonische Kontaktaufnahme zu Hause, Hausbesuche, Video- und Telefonsprechstunden und Infektionssprechstunden.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst erfüllt während der Pandemie grundlegende Aufgaben wie die Kontaktpersonennachverfolgung und das Quarantäne-Management von Infizierten und Verdachtsfällen. Im Verlauf der Pandemie wurden Maßnahmen ergriffen, die zu einer gewissen Entlastung der angespannten Personalsituation im ÖGD führten. Dazu zählen u. a. der Einsatz von freiwilligen Helfern über bundesweite Aufrufe des RKI (Einsatz sog. „Containment-Scouts“) für die Corona-Hotlines sowie die Unterstützung der Gesundheitsämter durch den freiwilligen Einsatz von Medizinstudierenden (Medis4ÖGD), der vom Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes aufgebaut wurde.⁴⁹ Darüber hinaus standen vielerorts in anderen Gebieten der Versorgung tätige Ärztinnen und Ärzte oder teilweise auch bereits Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand ihren Kolleginnen und Kollegen in den Gesundheitsämtern kurzfristig zur Seite. Bereits am 25.03.2020 hatten Bund und Länder beschlossen, dass pro 20.000 Einwohner mindestens ein Kontaktnachverfolgungsteam bestehend aus fünf Personen zur Verfügung stehen sollte. Diese Vorgabe wurde jedoch nur in wenigen Gesundheitsämtern erreicht. Die Bundesregierung hat mit dem beschlossenen Konjunkturpaket „Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken“ vom 03.06.2020 und dem darin beschlossenen Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Notwendigkeit, den ÖGD stärken zu müssen, anerkannt. Mit der in Aussicht gestellten finanziellen Förderung in Höhe von vier Milliarden Euro wird

⁴⁷ <https://www.zm-online.de/news/gesellschaft/warum-deutschland-die-corona-krise-bisher-so-gut-bewaeltigt-hat/>
⁴⁸ https://www.kbv.de/media/sp/Gassen_PandemieManagement_amb_Versorgung_WCFM_MWV_2020.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁴⁹ <https://www.bvoegd.de/medis4oegd-1/> (letzter Zugriff: 09.11.2020)

eine solide finanzielle Grundlage zur Stärkung des ÖGD für die kommenden fünf Jahre geschaffen^{50,51}.

- 2.3. **Wie wird bisher im klinischen Alltag mit Kapazitätsengpässen umgegangen (z. B. Notaufnahme, Blutkonserven)?**
- 2.4. **Wer trifft die Entscheidung, für wen Kapazitäten vorrangig zur Verfügung gestellt werden?**
- 2.5. **Nach welchen Kriterien richtet sich diese Entscheidung? Gelten besondere Anforderungen an das Verfahren? Ist die Entscheidung - ggf. in welchem Verfahren überprüfbar?**

Die Allokation medizinischer Ressourcen im Falle eines Kapazitätsmangels ebenso wie Priorisierungsentscheidungen sind ein zentraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit. Daher ist es nicht verwunderlich, dass sich die Ärzteschaft kontinuierlich mit diesen Fragen befasst⁵², beispielsweise aus medizinisch-ethischer Perspektive⁵³ wie auch unter dem Eindruck eines zunehmenden ökonomischen Einflusses⁵⁴. Vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie

⁵⁰ Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁵¹ Lehren aus der Corona Pandemie: Dauerhafte Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dringend erforderlich https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Positionen/2020-07-20_Positionspapier_OEGD.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁵² Vgl. u. a. Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (ZEKO), Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/LangfassungPriorisierung.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020); Raspe H, Schulze J: Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich. Dtsch Arztebl 22: A: 1091-1096

<https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/110/22/a1091.pdf> (letzter Zugriff: 23.10.2020); Fuchs C, Nagel E, Raspe H: Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? Dtsch Arztebl 2009; 106: A-554

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/63854/Rationalisierung-Rationierung-und-Priorisierung-was-ist-gemeint> (letzter Zugriff: 23.10.2020); Richter-Kuhlmann E: Priorisierung – zwischen Berufsethos und wirtschaftlichen Zwängen. Dtsch Arztebl 2014; 41: A1740-1741 <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=162687> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁵³ Formale Kriterien als Voraussetzung einer gerechten Schwerpunktsetzung in der medizinischen Versorgung hat beispielsweise die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer formuliert: „**Transparenz:** Priorisierungen sollten nach klar erkennbaren Kriterien und öffentlich zugänglichen Verfahren erfolgen. **Begründung:** Jede Priorisierung sollte auf nachvollziehbaren Begründungen beruhen. **Evidenzbasierung:** Jeder Priorisierungsvorschlag sollte die verfügbare wissenschaftliche Evidenz wenigstens hinsichtlich Wirksamkeit, Nutzen- und Schadenpotentialen, Notwendigkeit und der zu erwartenden Kosten der involvierten Leistungen berücksichtigen. Dies erfordert die Einbindung von Fachleuten verschiedener medizinischer und anderer Disziplinen. **Konsistenz:** Priorisierungsregeln und -kriterien sollten in allen Fällen gleichermaßen angewendet werden, so dass Patienten in vergleichbaren medizinischen Situationen gleich behandelt werden. **Legitimität:** Bindende Priorisierungsentscheidungen sollten durch demokratisch legitimierte Institutionen erfolgen. **Offenlegung und Ausgleich von Interessenkonflikten:** Priorisierungsverfahren und -entscheidungen sollten so geregelt sein, dass Interessenkonflikte offengelegt und die involvierten Interessen in einen angemessenen Ausgleich gebracht werden. **Wirksamer Rechtsschutz:** Patienten und Leistungserbringern, denen aufgrund von Priorisierungsentscheidungen Leistungen verwehrt werden, sollten Widerspruchs- und Klageverfahren zur Verfügung stehen. **Regulierung:** Durch freiwillige Selbstkontrolle oder staatliche Regulierung sollten diese Bedingungen einer gerechten Prioritätensetzung gesichert und umgesetzt werden.“ Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (ZEKO), Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/KurzfassungPriorisierung.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁵⁴ Bundesärztekammer: Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung. Dtsch Arztebl 2015; 112: A836, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Stn_Medizinische_Indikationsstellung_und_Oekonomisierung.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

hat die Bundesärztekammer im Mai 2020 aufgezeigt⁵⁵, welche grundlegenden Prinzipien ärztlichen Handelns im Falle einer Situation knapper (intensiv-)medizinischer Ressourcen eine Orientierung bieten können, und festgestellt, dass auch in der Situation einer Pandemie die medizinische Indikation, der Patientenwille und die klinischen Erfolgsaussichten zentrale Kriterien für ärztliche Entscheidungen sind. Für den Fall notwendiger Priorisierungsentscheidungen sollten diese so getroffen werden, dass die Erfolgsaussichten mit Blick auf das Überleben und die Gesamtprognose möglichst groß sind und die meisten Menschenleben gerettet werden können. Grundsatz müsse immer sein, dass kein Menschenleben mehr wert sei als ein anderes. Die Bundesärztekammer betont in ihrer Orientierungshilfe außerdem, dass es innerhalb und außerhalb der Bedingungen von Knappheit und Pandemie keine ärztliche Verpflichtung zur aktiven Lebenserhaltung unter allen Umständen gebe und dass Ärztinnen und Ärzte keine Maßnahmen ergreifen werden, die unter den individuellen Umständen nicht oder nicht mehr indiziert sind. Indizierte Maßnahmen werden unterlassen oder begrenzt und eine begonnene medizinische Behandlung wird beendet, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen. Willensbekundungen, in denen sich Patientinnen und Patienten vorsorglich für den Fall des Verlustes der Einwilligungsfähigkeit zu der Person ihres Vertrauens und der gewünschten Behandlung erklären, sind Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts der Patientin oder des Patienten und können eine wesentliche Hilfe für ärztliche Entscheidungen sein⁵⁶.

Die Bundesärztekammer stellt klar: Alle Patientinnen und Patienten können sich auch unter den Bedingungen von Knappheit und Pandemie weiter darauf verlassen, dass das Handeln ihrer Ärztin/ihrer Arztes niemals darauf ausgerichtet ist, gezielt den Tod des Patienten herbeizuführen⁵⁷. Auch im Falle eines Kapazitätsmangels behalten die ethischen Grundsätze des ärztlichen Berufs, wie sie in dem vom Weltärztebund für die gesamte Ärzteschaft verabschiedeten Gelöbnis (Deklaration von Genf) und in den Berufsordnungen der Landesärztekammern niedergelegt sind, ihre Gültigkeit und prägen das ärztliche Handeln. Unabhängig von der jeweiligen Situation gilt dementsprechend das Selbstverständnis des ärztlichen Berufs⁵⁸: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ Gemäß der „(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (M)BO-Ä“⁵⁹ üben Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Eine gewissenhafte Berufsausübung erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. 3 (M)BO-Ä). Die Deklaration

⁵⁵ Orientierungshilfe der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

⁵⁶ Bundesärztekammer und Zentrale Ethikkommission (ZEKO), Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag. Dtsch Ärztebl 2018
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Hinweise_Patientenverfuegung.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁵⁷ Orientierungshilfe der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

⁵⁸ § 1 Abs. 1 der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf.

⁵⁹ Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf.

von Genf des Weltärztebundes formuliert – der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte vorangestellt – wesentliche Elemente des ärztlichen Selbstverständnisses, so auch: „Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.“ Die Ausübung des Arztberufs fordert mit Blick auf die notwendige fachliche Qualifikation stetiges, lebenslanges Lernen und die kritische Evaluation und Anwendung wissenschaftlicher Informationen und ihrer Quellen⁶⁰. Angesichts dessen ist besonders bemerkenswert, dass Wissenschaftsverlage ihre Publikationen im Interesse einer möglichst raschen und uneingeschränkten Verfügbarkeit wissenschaftlicher Informationen zu SARS-CoV-2 und der COVID-19-Erkrankung *open access* zur Verfügung stellen⁶¹.

Die folgenden sieben Beispielsituationen aus der klinischen Praxis sollen im Sinne einer punktuellen Betrachtung möglichst konkret nachvollziehbar verdeutlichen, in welcher Vielzahl, auf welchen unterschiedlichen Ebenen und mit welchen Entscheidungsgrundlagen Ärztinnen und Ärzte Priorisierungsentscheidungen – auch unter besonderer Berücksichtigung der SARS-CoV-2-Pandemie – treffen. Dabei ist zu betonen, dass die Entscheidungen, die Kriterien und die Verfahren nur abstrakt dargestellt werden können – sie sind Grundlage situationsbezogener ärztlicher Entscheidungen und müssen jeweils im individuellen Fall und abhängig von der Ressourcenlage abgewogen und bewertet werden. Die Bundesärztekammer betont, dass stets einzelfallbezogene Entscheidungen nach dem Prinzip der Gerechtigkeit auf der Basis von transparenten Verfahren sowie ethisch und medizinisch-fachlich begründeten Kriterien geboten sind⁶².

Aufgrund des engen inhaltlichen Zusammenhangs werden die Fragen 3, 4 und 5 für die jeweilige Entscheidungssituation im klinischen Alltag bzw. im medizinischen Bereich zusammen beantwortet:

Situation 1: Ersteinschätzung Notaufnahme/Massenanfall von Verletzten

Da in der Notaufnahme regelhaft mehr Patientinnen und Patienten auf eine Behandlung warten als sofort ärztlich versorgt werden können, wird die Behandlungsdringlichkeit anhand verschiedener standardisierter Ersteinschätzungsverfahren festgelegt und dokumentiert.

In Deutschland wird eine standardisierte Ersteinschätzung in fast allen Notaufnahmen durchgeführt. Gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) muss in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen für das Stufenkonzept erfüllen, bei der Erstaufnahme von Notfallpatienten ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungs-Priorisierung zur Anwendung kommen, mit dem spätestens zehn Minuten nach Eintreffen in der Notaufnahme eine Einschätzung der

⁶⁰ Bundesärztekammer, Stellungnahme „Wissenschaftlichkeit als konstitutionelles Element des Arztberufes“. 2019. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WB/Stellungnahme_Wissenschaftlichkeit.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁶¹ <https://www.elsevier.com/about/press-releases/corporate/elsevier-gives-full-access-to-its-content-on-its-covid-19-information-center-for-pubmed-central-and-other-public-health-databases-to-accelerate-fight-against-coronavirus?aaref=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F> (letzter Zugriff: 05.11.2020).

⁶² Orientierungshilfe der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

Behandlungspriorität vorgenommen wird⁶³. Die Behandlungspriorität bezieht sich dabei auf den Zeitpunkt des Erstkontaktes mit einem Arzt/einer Ärztin. Im Rahmen der Notfallaufnahmen handelt es sich um die Einstufung der (zeitlichen) Dringlichkeit von Behandlungsfällen.

Die Verfahren stellen eine (intersubjektive) Nachvollziehbarkeit der Ersteinschätzung sicher. Die den formalisierten Verfahren zur Ersteinschätzung hinterliegende Evidenz beruht überwiegend auf Expertenkonsens; ein „Goldstandard“ insbesondere für das Erfassen der Dringlichkeit ist nicht verfügbar. Gleiches gilt für die übrigen Instrumentarien bzw. Entscheidungsalgorithmen in den jeweiligen Einrichtungen, die in Form von Clinical Pathways, Leitlinien, Standard Operating Procedure (Standardarbeitsanweisung, SOP) etc. vorliegen.

In Deutschland kommen als Ersteinschätzungs-Instrumente vor allem das Manchester Triage System (MTS) und der Emergency Severity Index (ESI) zur Anwendung. Beides sind standardisierte und validierte 5-stufige Systeme. Durchgeführt wird die Ersteinschätzung in der Regel von Pflegekräften oder medizinischem Assistenzpersonal⁶⁴, wobei es die verfügbaren Ersteinschätzungssysteme und -prozesse grundsätzlich nicht erlauben, Patientinnen und Patienten ohne gründliche ärztliche Untersuchung in nachgelagerte, zeitlich unbestimmte Strukturen zu verweisen.

Durch die Anwendung inkl. Dokumentation von formalisierten Verfahren sind die Ersteinschätzungen nachvollziehbar und überprüfbar.

Manchester Triage System (MTS)

Bei der Manchester Triage erfolgt die Kategorisierung der Patientinnen und Patienten anhand von Leitsymptomen. Anhand von Schlüsselindikatoren wie Lebensgefahr, Schmerzen, Blutverlust, Bewusstsein, Körpertemperatur und Dauer der akuten Erkrankung/Verletzung erfolgt die Einteilung in die 5 Dringlichkeitsstufen rot (sofort, keine Wartezeit, der Patient bedarf einer sofortigen Behandlung), orange (sehr dringend, Wartezeit bis zum Arztkontakt maximal 10 Minuten), gelb (dringend, Wartezeit bis zum Arztkontakt maximal 30 Minuten), grün (normal, Wartezeit bis zum Arztkontakt maximal 90 Minuten) und blau (nicht dringend, Wartezeit bis zum Arztkontakt maximal 120 Minuten). Wenn Patienten innerhalb des vorgegebenen Zeitfensters nicht gesehen werden können, muss innerhalb des Zeitfensters eine erneute Einschätzung erfolgen⁶⁵. Die Manchester Triage wird in den Notaufnahmen teilweise durch das Erheben weiterer Daten ergänzt (z. B. Vitalparameter, Glasgow Coma Scale, Bluttests).

Emergency Severity Index (ESI)

Beim ESI erfolgt die Ersteinschätzung standardisiert nach einem Algorithmus mit 4 Entscheidungspunkten (A Sofortige lebensrettende Maßnahmen, B Hochrisikosituation (Verwirrtheit, Desorientiertheit, Bewusstseinsstrübung, starke Schmerzen, großes Leid), C

⁶³ Gemeinsamer Bundesausschuss, Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V <https://www.g-ba.de/richtlinien/103/> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁶⁴ Möckel et al. „Triagierung“ – Ersteinschätzung von Patienten in der zentralen Notaufnahme 2019 Med Klein Intensivmed Notfmed.

⁶⁵ Gräff et al. The German Version of the Manchester Triage System and Its Quality Criteria – First Assessment of Validity and Reliability (2014) PLoS ONE 9(2): e88995.

Ressourcenbedarf, D Vitalparameter). Als Ressourcen werden dabei medizinische Maßnahmen verstanden, die über die ärztliche Anamnese und körperliche Untersuchung hinausgehen, also zum Beispiel bildgebende Verfahren, i.v. Medikation, ärztliche Konsile, therapeutische Maßnahmen oder Laboruntersuchungen. Das Ergebnis sind auch hier fünf Dringlichkeitsstufen, wobei es nur für die beiden dringlichsten Stufen konkrete Zeitvorgaben gibt: 1 höchste Dringlichkeit, sofortige lebensrettende Behandlung; 2 Hochrisikopatient, dringliche Behandlung innerhalb von 10 Minuten; 3 mehrere Ressourcen zur Stabilisation notwendig; 4 eine Ressource zur Stabilisation notwendig; 5 keine Ressource zur Stabilisation notwendig⁶⁶.

Überfüllung der Notaufnahmen

Notaufnahmen, deren Kapazitätsgrenzen im „Normalbetrieb“ soweit ausgereizt werden, dass die vorgegebenen Ersteinschätzungszeiten nicht eingehalten werden können, können sich bei den Rettungsleitstellen abmelden, allerdings besteht für Krankenhäuser auch dann noch eine Aufnahmepflicht. Die Folge sind lange Wartezeiten für Patientinnen und Patienten der unteren Ersteinschätzungs-Kategorien sowie eine starke Arbeitsbelastung des Notaufnahmen-Personals.

Massenanfall von Verletzten / Erkrankten

Im Rahmen eines Schadensgroßereignisses mit einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten (MANV) (nach DIN 13050:2015-04 ein „Notfall mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen“) gelten in der Notaufnahme die entsprechenden Regelungen analog der präklinischen Notfallmedizin. Die Patientinnen und Patienten werden im Rahmen der sogenannten „Sichtung“ in verschiedene Dringlichkeitsstufen kategorisiert. Die klinische Sichtung bezeichnet dabei „die ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der innerklinischen medizinischen Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung. Hierzu gehören eine standardisierte Zuordnung in die jeweilige Sichtungskategorie, lebensrettende Sofortmaßnahmen und ggf. die Kennzeichnung Toter. Die Sichtung ist ein dynamischer Prozess mit Kennzeichnung, Registrierung und Dokumentation und erfordert eine regelmäßige Re-Evaluation. Das Ziel der klinischen Sichtung ist – unter Zuhilfenahme eines für das jeweilige Krankenhaus etablierten Algorithmus – die Patienten in eine Sichtungskategorie zuzuordnen.“⁶⁷ Die Sichtungskategorien sind für die präklinische und innerklinische Sichtung gleich⁶⁸. Zu der Übernahme der Sichtungskategorie IV (blau) bei Großschadensereignissen und Katastrophen in die innerklinische Sichtung gibt es immer wieder Diskussionen, zuletzt wurde hierzu festgehalten, dass eine Einordnung in diese Kategorie nur durch einen Arzt/eine Ärztin mit weitreichenden Kenntnissen der aktuell vorhandenen Ressourcen und der Lageentwicklung erfolgen kann⁶⁹, also eine situationsabhängige ärztliche Entscheidung ist. So lange wie Ressourcen in der Peripherie des Krankenhauses nicht ausgeschöpft sind bzw. Vorab-Verlegungen von Patientinnen und Patienten in andere Krankenhäuser, Bundesländer oder Länder zur Freischaffung von

⁶⁶ Grossmann et al. Emergency Severity Index (2009) Notfall Rettungsmed 4:290-292.

⁶⁷ Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Protokoll der 8. Sichtungs-Konsensus-Konferenz 2019.

⁶⁸ Vgl. auch Abschnitt 2.1.1 Begriffsklärung.

⁶⁹ Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Protokoll der 8. Sichtungs-Konsensus-Konferenz 2019.

Kapazitäten möglich sind, wird die Sichtungskategorie IV nicht vergeben. Erst wenn diese Möglichkeiten ausgeschöpft sind, müsste auch in der Klinik eine Triage im katastrophenmedizinischen Sinn stattfinden, dieser Fall ist jedoch bisher in Deutschland nicht eingetreten. Zum Vorgehen einer ex-post Triagierung bei umfassend ausgeschöpften Kapazitäten, wird auf die Sichtungs-Konferenz des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) verwiesen.

Für die Zuweisung der Patientinnen und Patienten in die Sichtungskategorien kann exemplarisch der Berliner Krankenhaus-Algorithmus herangezogen werden⁷⁰. Abgefragt werden hier anhand eines Erhebungsbogens in standardisierter Form Kriterien für die Sichtungskategorie rot akute vitale Bedrohung (z. B. fehlende Spontanatmung, Glasgow Coma Scale-9, Thoraxverletzung, spritzende Blutung) für die Sichtungskategorie gelb schwere Verletzung/Erkrankung (z. B. Brustschmerz, Atemnot, schwere Kopfverletzung, Querschnitt, offene Fraktur) sowie das Vorhandensein leichter Verletzungen. Zu den Kriterien für einen klinischen Sichtungsalgorithmus zählt das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe u. a. die eindeutige Festlegung der Sichtungskategorien, einen geringen Zeitaufwand, eine einfache Anwendbarkeit und die Geltung möglichst für alle Altersgruppen.

Situation 2: OP-Kapazitäten

Bei der Verteilung von OP-Kapazitäten gilt es, alle Kapazitäten verfügbar zu machen und Möglichkeiten der organisatorischen Anpassung zu nutzen. Über die Verteilung der vorhandenen OP-Kapazitäten entscheiden in der Regel die jeweils zuständigen Führungskräfte der chirurgischen Disziplinen gemeinsam mit denen der Anästhesie und ggf. Intensivmedizin in interdisziplinärer Abstimmung, häufig unter Einbeziehung der leitenden OP-Pflegekräfte (ggf. organisiert als OP-Management/OP-Leitstelle)⁷¹. Kommunikation, Transparenz und Ehrlichkeit sind für das Priorisierungs-Verfahren von großer Bedeutung. Die Kriterien für die Entscheidung, welcher Patient operiert wird, richten sich nach der medizinischen Dringlichkeitsstufe der anstehenden Operationen, die standardisiert und interdisziplinär konsentiert⁷² im OP-Statut festgelegt und im Krankenhausinformationssystem (KIS) abgebildet ist, unter Berücksichtigung der vorhandenen personellen und materiellen Ressourcen.

Engpässe für OP-Kapazitäten stellen im klinischen Alltag kein seltenes Problem dar. Bedingt beispielsweise durch Personalmangel, technische Probleme im OP-Bereich, Streiks oder die aktuelle SARS-CoV-2-Pandemie können Umplanungen des OP-Programms notwendig

⁷⁰ Kleber et al. Der Berliner Krankenhaus-Sichtungsalgorithmus für den Massenanfall von Verletzten (2020) Unfallchirurg 123, 187–198.

⁷¹ Auch auf Intensivstationen werden Entscheidungen im (häufig interdisziplinären und interprofessionellen) Team diskutiert, vgl. u. a. S3-Leitlinie Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge AWMF-Registernummer: 079 – 001. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-001_S3_Sepsis-Praevention-Diagnose-Therapie-Nachsorge_2020-03_01.pdf (letzter Zugriff: 09.11.2020): „Die Nutzung von Behandlungskonferenzen zur Identifizierung von Patientenverfügungen und von Behandlungszielen innerhalb von 72 Stunden ab dem Zeitpunkt der Aufnahme auf der IST fördert nachweislich die Kommunikation und die Verständigung zwischen der Familie des Patienten und dem Behandlungsteam, verbessert die Familienzufriedenheit, verringert Stress, Ängste und Depressionen bei den Verwandten, erleichtert die Entscheidungsfindung zur Sterbebegleitung und verkürzt die Aufenthaltsdauer auf IST bei Patienten, die versterben.“

⁷² Gemeinsames Statement von DGCH, DGAI, BDC und BDA zur Wiederaufnahme von elektiven Operationen in deutschen Krankenhäusern, <https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/aktuelles-1/2084-29-04-2020-stellungnahme-dgai-bda-dgch-bdc-zur-wiederaufnahme-elektiver-operationen-docx/file.html> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

werden. Ein Engpass, der eine Triage im katastrophmedizinischen Sinn notwendig macht, kommt im normalen klinischen Alltag de facto nicht vor. Für den Fall, dass ein oder mehrere Notfälle eintreffen, ist im OP-Statut für die dann notwendige Priorisierung verankert, dass das elektive Programm ausgesetzt wird (d. h., der erste freiwerdende OP-Saal wird genutzt). In interdisziplinärer Absprache werden die OP-Saalkapazitäten angepasst. Außerhalb der Kernbetriebszeit werden Notfallkapazitäten vorgehalten. Droht eine existentielle Mangelsituation, wird ad hoc zusätzliche Personal- und/oder Materialkapazität rekrutiert, indem beispielsweise flexibel einsetzbares OP-Personal aus anderen Fachdisziplinen soweit medizinisch vertretbar rekrutiert wird. Insbesondere bei einem andauernden Kapazitätsmangel in einer Pandemie-Situation ist allerdings davon auszugehen, dass nur begrenzt zusätzliches Personal zur Verfügung steht, welches flexibel eingesetzt werden kann.

Der Anmeldezeitpunkt des OP-Bedarfs und die festgelegte Dringlichkeitsstufe sind jederzeit überprüfbar, da alle Prozessschritte einer Operation (Anmeldung, Abruf in den OP, Schnitt, Naht, bis zur Übergabe auf die Intensivstation) mit einer Zeitmarke dokumentiert werden (Zeit und Erfassungszeitpunkt). Im KIS gibt es Änderungsprotokolle, falls eine Dringlichkeitsstufe nachträglich angepasst wird (mit Zeitpunkt und User). Entsprechend der ärztlichen Dokumentationspflichten wird die Entscheidung durch Aktennotizen der beteiligten Chirurgen/ Anästhesisten im OP-Bericht/ Narkoseprotokoll/ Krankenblatt des betroffenen Patienten dokumentiert.

Im Zuge der Umstellung der Krankenhäuser in Deutschland auf die zu erwartende Versorgung von COVID-19-Patienten und der entsprechenden Bereitstellung möglichst großer Kapazitäten für Intensivbetten und Beatmungsplätze im Frühjahr 2020 ist es u. a. zu erheblichen Einschränkungen bei der Durchführung elektiver Eingriffe gekommen. Am Beispiel der Augenheilkunde (Ophthalmologie) soll im Folgenden skizziert werden, wie für eine mit anderen operativen Fachrichtungen um Betten und OP-Kapazitäten konkurrierende Abteilung bzw. Klinik eine möglichst einheitliche und transparente Planbarkeit umgesetzt worden ist. Auf Initiative der Vereinigung Deutscher Ophthalmologischer Chefärzte wurde in Abstimmung mit tangierten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften „ein Krisenplan für eine nicht-elektive ophthalmologische Basisversorgung erstellt, wobei die genannten Indikationen und Dringlichkeiten als grundsätzliche Empfehlungen aufzufassen sind, die im individuellen Fall und abhängig von der Ressourcenlage abgewogen werden müssen.“⁷³ Der Krisenplan definiert vier Dringlichkeiten „operative Versorgung innerhalb von Stunden bis zum Folgetag, operative Versorgung innerhalb von Tagen bis 2 Wochen, operative Versorgung von 2 Wochen bis 3 Monaten, akute konservative Behandlung“⁷⁴, der verschiedene Indikationen zugeordnet werden. Ab Ende April/Anfang Mai 2020 sei „ein schrittweiser Übergang in den Normalbetrieb feststellbar [gewesen], allerdings mit zusätzlichen präventiven Maßnahmen wie Rachenabstrichen bei ambulant oder stationär zu operierenden Patienten [...]“.

⁷³ Hattenbach LO et al.: Krisenstrategien der Kliniken während der Pandemie. *Ophthalmologie* 2020 Jul 1: 1–7. doi: [10.1007/s00347-020-01162-x](https://doi.org/10.1007/s00347-020-01162-x).

⁷⁴ Vgl. Abbildung 3, Hattenbach LO et al.: Krisenstrategien der Kliniken während der Pandemie. *Ophthalmologie* 2020 Jul 1: 1–7. doi: [10.1007/s00347-020-01162-x](https://doi.org/10.1007/s00347-020-01162-x).

Vergleichbare Konzepte zur Priorisierung haben auch andere chirurgische Disziplinen, beispielsweise die Allgemeine Orthopädie/Unfallchirurgie, entwickelt, um im Lichte der Erfahrungen der erheblichen Kapazitätsreduktionen im Frühjahr 2020 über transparente und einheitliche Kriterien zu verfügen. Dabei sollte insbesondere vermieden werden, dass infolge grundsätzlich nicht dringlicher Operationen durch den zeitlichen Aufschub keine Spätfolgen auftreten, wie sie beispielsweise durch verstärkte Knochenbildung bzw. Verknöcherungen (Ossifikationen) bei Metallentfernungen festgestellt wurden. Ein daraufhin ausgearbeiteter Katalog orthopädischer und unfallchirurgischer Krankheitsbilder ist davon geleitet, dass der kausale operative Behandlungsansatz bei allen Patientinnen und Patienten gewählt werden kann, bei denen ein Aufschub der operativen Intervention deutliche Nachteile mit sich bringen würde. Insofern erfolgt die Priorisierung hier nicht ausschließlich nach Dringlichkeit, sondern berücksichtigt auch die Erfolgsaussicht des operativen Eingriffs bzw. das Schadenspotential einer Verschiebung.

Mit Blick auf die Wiederaufnahme des Regelbetriebes in den Kliniken Ende April/Anfang Mai 2020 haben verschiedene Fachgesellschaften ein interdisziplinäres Statement⁷⁵ und die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) eine S1-Leitlinie⁷⁶ auf Basis der verfügbaren wissenschaftlich-klinischen Daten für die Durchführung planbarer (elektiver) operativer/interventioneller Eingriffe erarbeitet. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Einrichtungen angesichts einer gestuften Auslastung der Ressourcen und auch einer erhöhten Patientenzahl aufgrund der Verschiebung elektiver Eingriffe Versorgungsprioritäten berücksichtigen müssen. „Die Einrichtungen sollten hierzu ein Gremium für die Festlegung von Prioritäten einrichten, das sich mindestens aus Führungskräften aus den Bereichen Chirurgie, Anästhesiologie, Infektiologie, Hygiene und Pflege zusammensetzt, um eine den Patientenbedürfnissen entsprechende Strategie für die Priorisierung zu entwickeln“, so die S1-Leitlinie der AWMF. Die Empfehlung richtet sich an alle operativen stationären und ambulanten Leistungserbringer; sie berührt explizit weder die zeitlich strukturelle Umsetzung der Wiederaufnahme planbarer Eingriffe noch die Triagierung bzw. Kohortierung in der Notfallbehandlung und die Organisation COVID-19-positiver Isolier- bzw. Intensivstationen.

Um die Wiederaufnahme des Regelbetriebes der Kliniken bezüglich planbarer Aufnahmen und Operationen zu unterstützen, hat das BMG im April 2020 gemeinsam mit AWMF, DIVI und DKG eine Empfehlung⁷⁷ veröffentlicht. Die Wiederaufnahme sollte demnach mit Blick auf die Vorhaltung notwendiger Intensivkapazitäten für COVID-19-Patienten stufenweise erfolgen. Beispielsweise sollten Operationen bei schnell fortschreitenden Erkrankungen sowie bei überschaubarer Komorbidität bevorzugt erfolgen. „Die konkreten Entscheidungen können nur die Ärztinnen und Ärzte im Einzelfall (patientenbezogen) im Verhältnis zu allen

⁷⁵ Gemeinsames Statement von DGCH, DGAI, BDC und BDA zur Wiederaufnahme von elektiven Operationen in deutschen Krankenhäusern, <https://www.bda.de/docman/alle-dokumente-fuer-suchindex/oeffentlich/aktuelles-1/2084-29-04-2020-stellungnahme-dgai-bda-dgch-bdc-zur-wiederaufnahme-elektiver-operationen-docx/file.html> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁷⁶ AWMF, Leitlinie "Interdisziplinär abgestimmte Empfehlungen zum Personal- und Patientenschutz bei Durchführung planbarer Eingriffe zur Zeit der SARS-CoV-2-Pandemie", Registernummer 017 - 080, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/017-080.html> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁷⁷ Ein neuer Alltag auch für den Klinikbetrieb in Deutschland, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Faktenpapier_Neuer_Klinikalltag.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

anderen Patientinnen und Patienten vor Ort treffen“, unterstreicht das BMG in seiner Empfehlung.

Situation 3: Bedeutung von „Schutzimpfungen“ in der SARS-CoV-2-Pandemie (Influenza-, Pneumokokken-Schutzimpfung)

Schutzimpfungen zählen zu den wichtigsten medizinische Präventionsmaßnahme, um die Verbreitung von Infektionskrankheiten zu verhindern, einzudämmen oder zu eliminieren. Eine Impfung schützt zum einen den Einzelnen vor übertragbaren Erkrankungen (Individualschutz). Hohe Impfquoten können zudem bei Erkrankungen, die vorwiegend von Mensch- zu-Mensch übertragen werden zum Gemeinschaftsschutz (auch: Herdenimmunität) führen. Hierdurch können auch einzelne ungeimpfte Personen geschützt werden (Kollektivschutz).

Während der SARS-CoV-2-Pandemie sind Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden – neben den Grundimmunisierungen, sind dies insbesondere die Influenza- sowie die Pneumokokken-Schutzimpfung für Risikogruppen, eine wichtige Maßnahme, um Risikogruppen zu schützen und zugleich das Gesundheitssystem zu entlasten. Insbesondere das klinische Bild von Atemwegserkrankungen ist ohne ergänzende Diagnostik nicht immer verlässlich von einer Covid-19-Erkrankung zu unterscheiden. Ein großer Effekt könnte erzielt werden, wenn die Influenza- und die Pneumokokken-Impfung entsprechend der STIKO-Empfehlungen⁷⁸⁷⁹ vor allem in den Risikogruppen erheblich gesteigert werden.

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, ist u. a. für bestimmte Arzneimittel für Menschen (u. a. Impfstoffe) zuständig. Neben diversen weiteren Aufgaben informiert das PEI die Fachwelt und Öffentlichkeit darüber, welche Impfstoffe beim Hersteller nicht verfügbar sind und wie lange diese Impfstoffe potenziell nicht ausgeliefert werden können. Ein Lieferengpass eines Impfstoffes ist dabei definiert „als eine voraussichtlich über zwei Wochen hinausgehende Unterbrechung der Auslieferung durch den Hersteller im üblichen Umfang oder als eine unerwartete, deutlich vermehrte Nachfrage, der der Hersteller nicht angemessen nachgekommen kann“.⁸⁰

Die tatsächliche Marktverfügbarkeit ist aus den Informationen des PEI nicht ableitbar. Bedingt durch die Handelskette der Impfstoffe – vom Hersteller über den Großhandel bis hin zur Apotheke – kann auch ohne einen Lieferengpass in einzelnen Apotheken oder Regionen in Deutschland ein Impfstoff nicht vorhanden sein. Umgekehrt kann bei Apotheken oder Großhändlern ein Impfstoff noch verfügbar sein, obwohl ein Lieferengpass gemeldet wird.

Beispiel Influenza-Schutzimpfung

Die Benachrichtigung über den Abverkauf von saisonalen Influenza-Impfstoffen durch den Zulassungsinhaber stellt keine Lieferengpassmeldung dar. Die Influenza-Impfstoffe kommen nur unmittelbar vor und während der Grippezeit für einen begrenzten Zeitraum (i.d.R.

⁷⁸ <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/Pneumokokken/Pneumokokken.html> (letzter Zugriff: 02.11.2020).

⁷⁹ <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/Influenza/Influenza.html>.

⁸⁰ <https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/lieferengpaesse/lieferengpaesse-node.html> (letzter Zugriff: 27.10.2020).

September bis März) zum Einsatz und werden daher nur für diesen Zeitraum produziert und ausgeliefert.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie frühzeitig erkannt, dass der Bedarf an Influenza-Impfstoffen in der Saison 2020/2021 deutlich höher sein wird als in der Saison 2019/2020, bedingt durch die SARS-CoV-2-Pandemie sowie aufgrund der angepassten Empfehlungen für eine Influenzaimpfung. Es wurde daher frühzeitig angeregt, dass jeder niedergelassene Arzt bis spätestens 30.04.2020 mindestens 120% der Influenza-Impfstoffmenge aus dem Vorjahr vorbestellen sollte.

Die Bedarfsermittlung für Influenza-Impfstoffe ist seit Mai 2019 im § 132e SGB V gesetzlich geregelt. Für die Impfsaison 2020/2021 bedeutet das, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bereits Anfang Januar 2020 den Bedarf an saisonalen Influenzaimpfstoffen für die Saison 2020/2021 mitgeteilt haben. Die KBV musste diesen (bundesweiten) Bedarf am 15.03.2020 dem PEI melden. Das PEI hat den Bedarf bis zum 15.03.2020 in Abstimmung mit dem RKI geprüft. Dabei sollte ein Vergleich mit den Daten von pharmazeutischen Unternehmen mit Zulassungen von saisonalen Grippeimpfstoffen erfolgen und eine zusätzliche Reserve von 10% des Bedarfs gesichert werden, um Engpässe zu vermeiden.

Für die aktuelle Influenzasaison 2020/2021 stehen 26 Millionen Impfstoffdosen zur Verfügung, sechs Millionen davon wurden zusätzlich zur Regelversorgung zentral vom Bundesministerium für Gesundheit beschafft.⁸¹

Da aktuell noch kein zugelassener, wirksamer Impfstoff gegen SARS-CoV-2 und der dadurch ausgelösten Erkrankung COVID-19 in Deutschland zur Verfügung steht, ist in der aktuellen Situation daher ein vollständiger Impfschutz für Risikopersonen entsprechend den Empfehlungen der STIKO besonders wichtig.

Aufgrund der aktuellen SARS-CoV-2-Pandemie, die zusammen mit einer starken Influenzawelle das Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen stellen könnte, hat die STIKO daher betont, dass entsprechend den aktuellen STIKO-Impfempfehlungen bevorzugt diejenigen Bevölkerungsgruppen geimpft werden sollen, die ein besonders hohes Risiko für schwere Verläufe einer Grippeerkrankung haben. Im Rahmen der STIKO-Sitzung im März 2020 wurde über die bestehenden Empfehlungen zur Influenzaimpfung und eventuelle Anpassungen beraten. Da die Epidemiologie beider Erkrankungen – Influenza und Covid-19 - hinsichtlich der Risikogruppen für schwere Krankheitsverläufe sehr deutliche Parallelen aufweist, sollte für die kommende Influenzasaison 2020/21 eine hohe Impfquote in den Risikogruppen erreicht werden, um neben dem individuellen Schutz auch das Gesundheitssystem zu entlasten. Die STIKO unterstreicht mit ihrer Empfehlung, dass mit den verfügbaren Impfstoffdosen insbesondere diejenigen Personengruppen vollständig gegen Influenza geimpft werden sollten, die ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe einer Grippeerkrankung (oder von COVID-19) und ein hohes Risiko einer Hospitalisierung haben (z. B. ältere Personen, Menschen mit chronischen Grunderkrankungen) oder die beruflich besonders exponiert und epidemiologisch bedeutsam sind, weil es durch sie zu

⁸¹<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/influenza/beschaffung-g-zusaetzlicher-influenzaimpfstoffe-durch-das-bmg.html> (letzter Zugriff: 27.10.2020).

Übertragungen in Krankenhäusern, Pflege- und Senioreneinrichtungen kommen könnte
Zudem sollten nach STIKO-Empfehlung auch Schwangere und Bewohner von Alten- oder
Pflegeheimen möglichst gegen Influenza geimpft werden.⁸²

Die geringen Impfquoten in der Grippesaison 2018/19 in den Risikogruppen (ca. 35% bei
Personen im Alter von ≥ 60 Jahren und nur ca. 20 bis 50% bei Personen mit chronischen
Grunderkrankungen) verdeutlichen zudem den dringend erforderlichen
Verbesserungsbedarf.

Beispiel Pneumokokken-Impfung

Die Impfung gegen Pneumokokken schützt vor durch Pneumokokken ausgelösten
Lungenentzündungen, die das Immunsystem und die Lunge belasten und schwächen und so
auch weitere Infektionen, wie beispielsweise mit dem neuen Coronavirus (SARS-CoV-2),
begünstigen können.

Zudem erhöht eine Pneumokokken-Erkrankung das Risiko einer Versorgung der
Patientinnen und Patienten in einem Krankenhaus oder auf einer Intensivstation erforderlich
machen. Im Hinblick auf die Versorgung von COVID-19-Patienten, die möglicherweise eine
Beatmung benötigen, gilt es, die zusätzliche Belastung des Gesundheitssystems durch weitere
respiratorische Erkrankungen zu reduzieren.

Die Pneumokokken-Impfung schützt nicht vor einer COVID-19-Erkrankung. Allerdings
können Pneumokokken-Infektionen zu schweren Lungenentzündungen und Sepsis führen
und die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf einer Intensivstation ggf. mit
Beatmung erfordern. Dies gilt es gerade bei einem ohnehin schon außerordentlich belasteten
Gesundheitssystem zu vermeiden. Die STIKO empfiehlt – unabhängig von der SARS-CoV-2-
Pandemie - für alle Personen, die ein erhöhtes Risiko für Pneumokokken-Erkrankungen
haben, eine entsprechende Impfung. Es ist zudem plausibel, dass die Pneumokokken-Impfung
eine bakterielle Superinfektion durch Pneumokokken bei Patientinnen und Patienten mit
COVID-19 verhindern kann. Bei Influenza-Erkrankungen sind bakterielle Superinfektionen
durch Pneumokokken eine bekannte Komplikation. Die aktuelle Datenlage ist jedoch
unzureichend, um einzuschätzen, wie häufig solche Superinfektionen bei COVID-19 Patienten
vorkommen.

Aktuell sind Pneumokokken-Impfstoffe in Deutschland nur sehr eingeschränkt verfügbar
(Pneumovax® 23 bis auf Weiteres nur eingeschränkt lieferbar). Daher sollten zurzeit
prioritär Personen geimpft werden, die ein besonders hohes Risiko für Pneumokokken-
Erkrankungen haben. Grund ist die sprunghaft gestiegene Nachfrage nach Pneumokokken-
Impfstoffen im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie. Daher empfiehlt die STIKO
zum aktuellen Zeitpunkt die Anwendung von Pneumovax® 23 bevorzugt für Personen mit
angeborenen oder erworbenen Immundefekten, für Menschen ab 70 Jahren sowie für

⁸² https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/32-33_20.pdf?_blob=publicationFile
(letzter Zugriff: 26.10.2020).

Personen mit chronischen Erkrankungen des Herzens oder der Atmungsorgane (z. B. Asthma oder COPD).⁸³ Prioritär geimpft werden sollen⁸⁴:

- Säuglinge und Kleinkinder bis zum Alter von 2 Jahren mit Prevenar 13® oder Synflorix®
- Personen mit Immundefizienz: sequenzielle Impfung beginnend mit Prevenar 13 und gefolgt von Pneumovax 23® nach 6-12 Monaten
- Senioren ab 70 Jahren und Personen mit chronischen Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma oder COPD) mit Pneumovax 23®

Das Impfsystem ist in Deutschland bundesgesetzlich und zugleich föderal geregelt (Impfpläne und Impfeempfehlungen der Bundesländer). Im Infektionsschutzgesetz sind die Grundlagen für Impfungen geregelt. Das Gesetz hat zum Ziel, die Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten zu schützen. Im IfSG ist die Ständige Impfkommision (STIKO) gesetzlich als berufene Expertengruppe verankert, die keiner Weisung unterliegt. Sie ist ein unabhängiges Expertengremium, dessen Tätigkeit von der Fachabteilung Impfprävention des RKI koordiniert und unterstützt wird. Impfeempfehlungen gibt die STIKO grundsätzlich nur dann heraus, wenn in Deutschland für die entsprechende Indikation Impfstoffe oder Mittel zur spezifischen Prophylaxe zugelassen sind. Die STIKO empfiehlt i. d. R. keine Impfstoffe, sondern die Durchführung von Schutzimpfungen gegen impfpräventable Krankheiten. Die STIKO erarbeitet somit Empfehlungen für Impfungen und Impftermine (Impfkalender). Ärztinnen und Ärzte richten sich in der Regel nach den aktuellen Empfehlungen der STIKO, die in Deutschland als medizinischer Standard gelten. Die ehrenamtlich tätigen Mitglieder der STIKO werden gemeinsam vom Bundesgesundheitsministerium und den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen.

Die von der Ständige Impfkommision am RKI entwickelten Impfeempfehlungen für Deutschland berücksichtigen nicht nur deren Nutzen für das geimpfte Individuum, sondern auch für die gesamte Bevölkerung. Die STIKO orientiert sich dabei an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin.

Anpassungen der Impfeempfehlungen erfolgen in der STIKO nach den methodischen Vorgaben einer verbindlichen Standardvorgehensweise, die im Wesentlichen der Methodik der evidenzbasierten Medizin folgt (EbM) und macht die Qualität der STIKO-Impfeempfehlungen aus. Entsprechend der STIKO Geschäftsordnung ist im Anschluss an eine STIKO-Beschlussfassung der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zu beteiligen. Andere Akteure und Spitzenverbände des Gesundheitswesens – so auch die Bundesärztekammer – haben im Rahmen von Stellungnahmeverfahren die Möglichkeit, die STIKO-Empfehlungen zu bewerten.

Die STIKO-Empfehlungen haben zwar keine unmittelbare rechtliche Wirkung, sie bilden aber die Entscheidungsgrundlage der obersten Landesgesundheitsbehörden für das soziale Entschädigungsrecht im Impfschadensfall. Aufgrund des erwähnten fachlichen Stellenwerts

⁸³https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Lieferengpaesse/Lieferengpaesse_node.html#doc6917942bodyText6 (letzter Zugriff: 27.10.2020).

⁸⁴<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/Pneumokokken/Pneumokokken.html> (letzter Zugriff: 02.11.2020).

sind die STIKO-Empfehlungen Grundlage für die Schutzimpfungsrichtlinie des G-BA. In den SI-RL werden die Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang von Schutzimpfungen als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt. Die STIKO-Empfehlung entscheidet somit de facto darüber, ob eine Impfung als Standard-Impfung für die Bevölkerung oder für besondere Risikogruppen eingesetzt wird.

Die STIKO befasst sich aktuell intensiv mit den Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf alle Aspekte des Impfens (s. Ausführungen oben). Die STIKO ist gemeinsam mit anderen Akteuren und Institutionen der Bundes- und Landesebene daran beteiligt, eine bundesweite Impfstrategie gegen SARS-CoV-2 zu erarbeiten.

Situation 4: Verteilung „knapper“ Arzneimittel, z. B. bei Lieferengpässen

Nach Kenntnis der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) gab es in Deutschland bislang keine Situationen, die zu einer Priorisierung aufgrund einer Verknappung von Arzneimitteln im Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankungen geführt hätten. Die bei an COVID-19 Erkrankten im Rahmen vom Off-label-Use eingesetzten Arzneimitteln zur prophylaktischen oder therapeutischen Antikoagulation (niedermolekulare Heparine) und zum anderen zur Immunmodulation (z. B. Dexamethason) waren regelmäßig und in ausreichender Menge verfügbar.

Auch wenn eine Priorisierung aufgrund eines Kapazitätsmangels nicht erforderlich geworden ist, sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Zu Anfang der Pandemie im Frühjahr 2020 wurden elektive operative Behandlungen sowie (kurative) operative Behandlungen bei Tumorerkrankungen für einen Zeitraum von mindestens vier Wochen aufgeschoben. Dieses Vorgehen führte zu „Einsparung“ von Personal und auch Arzneimitteln, die in der intensivmedizinischen Versorgung erforderlich waren.
- Bereits im Vorfeld der SARS-CoV-2-Pandemie mussten Umstellungen von Arzneimitteltherapien vorgenommen werden, wenn die eigentlich vorgesehenen Arzneimittel nicht mehr verfügbar waren. Als Beispiele seien angeführt gravierende Lieferengpässe bzw. -abrisse bei Antibiotika (Piperacillin/Tazobactam) und Zytostatika (z. B. liposomales Daunorubicin).
- Allerdings waren die Fallzahlen auf den Intensivstationen bereits im Frühjahr 2020 so hoch, dass verschiedene Behandlungsregime gefahren wurden, um die knapper werdenden Mengen an z. B. Propofol, Midazolam und Sufentanil am besten zu nutzen.
- Bereits Ende März 2020 kam es in Deutschland zu Lieferengpässen bei persönlicher Schutzausrüstung (PSA) und Arzneimitteln, beispielsweise dem weit verbreiteten Hypnotikum Propofol. Bei der PSA konnte durch bewusste Zuteilung (durch die Materialwirtschaft bzw. den COVID-19-Krisenstab des Krankenhauses) und rationaler Gebrauch der vorhandenen Bestände durch ärztliches Personal und Pflegepersonal ein Engpass vermieden werden. Beim Propofol wurden einerseits Bestände aufgebraucht und andererseits auf Intensivstationen und im OP-Bereich auf erprobte Alternativen ausgewichen (inhalative Sedierung mit Narkosegasen und andere Hypnotika wie Midazolam), sodass eine Patientengefährdung vermieden werden konnte. Die Umstellung des Sedierungsregimes ist nicht als eine Priorisierung zum

Schaden von Patientinnen und Patienten zu werten, sondern war eine vorsorgliche Maßnahme zur Einsparung von Propofol. Zuträglich war aber vor allem die kurze Dauer der Lieferengpässe. Bei Fortbestehen der Verknappung wäre eine kritische Situation durchaus denkbar gewesen. Weitere Knappheit z. B. bei verschiedenen Antibiotika und Arzneimitteln bzw. Medizinprodukten zur Hämodiafiltration wurden im Vorfeld erkannt und ebenso durch rechtzeitiges Ausweichen auf Alternativen und vorausschauendes Nachbestellen vermieden. Andernfalls wäre eine kritische Versorgungslage gut vorstellbar gewesen.

- Darüber hinaus müssen Lieferengpässe berücksichtigt werden, die durch die SARS-CoV-2-Pandemie zum Teil verschärft wurden, u. a., weil zahlreiche Wirkstoffe bzw. Arzneimittel in Indien oder China hergestellt werden und aufgrund der Pandemie der Nachschub fehlte.

Sollten die Fallzahlen der an COVID-19 Erkrankten, die intensivmedizinisch behandelt werden müssen, im Herbst und Winter 2020 deutlich ansteigen, ist eine weitere Verknappung der notwendigen Arzneimittel zu erwarten. Dazu wird insbesondere die seit Jahren ansteigende Anzahl von Liefer- und Versorgungsengpässen bei Arzneimitteln beitragen.

Liefer- und Versorgungsengpässe bei Arzneimitteln sind ein zunehmendes Problem in der Patientenversorgung. In verschiedenen Gesetzen und Verordnungen wurden bereits erste wichtige Maßnahmen beschlossen. So wurden z. B. im Fairer Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) v. 22.03.2020 (BGBl. I S. 604) die Kompetenzen der zuständigen Bundesoberbehörden zur Vermeidung von versorgungsrelevanten Lieferengpässen gestärkt und Meldeverpflichtungen für pharmazeutische Unternehmer und Arzneimittelgroßhändler gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eingeführt sowie ein Beirat nach § 52b AMG zu Liefer- und Versorgungsengpässen implementiert. Dies ist aber noch nicht ausreichend, um Lieferengpässe wirksam zu bekämpfen und die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit versorgungsrelevanten Arzneimitteln sicherzustellen, insbesondere nicht in einer Pandemie.

Auch die mit der Verordnung zur Erhöhung der Bevorratung mit Arzneimitteln zur intensivmedizinischen Versorgung (ITS-Arzneimittelbevorratungsverordnung – ITSABV v. 07.07.2020, [BAnz AT 08.07.2020 V1](#)) vorgesehenen Maßnahmen sind aus Sicht der Bundesärztekammer und der AkdÄ nicht geeignet, Lieferengpässe im Fall weiterer Wellen der SARS-CoV-2-Pandemie zu vermeiden. Damit wurde die Verantwortung für eine ausreichende Bevorratung auf Krankenhäuser bzw. Krankenhausapotheken und krankenhausesorgende Apotheken übertragen, um ihre Vorräte an Arzneimitteln, die für die Intensivbehandlung erforderlich sind, aufzustocken. Dies ist jedoch häufig nicht möglich, da aufgrund der Versorgungslage Arzneimittel nicht immer im gewünschten Umfang bezogen werden können, um Lieferengpässe im Fall weiterer Wellen der SARS-CoV-2-Pandemie zu vermeiden.

Die Entscheidung zur Verteilung von Kapazitäten wie z. B. Arzneimitteln in Situationen, die Kontingentierungen (Einsatz von Arzneimitteln nur noch in einem definierten Patientenkollektiv) für ausgewählte Arzneimittel bzw. Umstellung der Behandlung notwendig machen, werden in der Regel in den Arzneimittelkommissionen (AMK) der Krankenhäuser getroffen, ggf. in Absprache mit dem eingerichteten COVID-19-Krisenstab

beschlossen, und durch die Ärzte der jeweiligen Abteilung umgesetzt. Dabei werden Lieferengpässe, Ausweicharzneimittel, Ersatzbeschaffungsmöglichkeiten und Eigenherstellung durch Krankenhausapotheken berücksichtigt. Diese Entscheidungen werden in den Protokollen der AMK bzw. des COVID-19-Krisenstabs dokumentiert und durch die Informationsschreiben zu den entsprechenden Maßnahmen z. B. der Krankenhausapotheke den Mitarbeitern bekannt gemacht.

Bei der Behandlung von COVID-19-Erkrankten stellte im Frühjahr 2020 die indikationsgerechte Anordnung im Rahmen der Zulassung die primäre Prämisse dar. Studienarzneimittel, die im Rahmen von COVID-19-Studien erforscht wurden, standen gemäß Studienprotokoll zur Verfügung. Da es im Rahmen der COVID-19-Erkrankung keine ausreichende Evidenz für eine spezifische Behandlung gab, und auch lange Zeit kein Arzneimittel für diese Indikation zugelassen war, folgte die Behandlung bei ambulanten Fällen gemäß den aktuellen Handlungsempfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften.^{85,86}

Situation 5: Hämotherapie

Auch im Falle einer Pandemie müssen die Spende von Blut und die Anwendung von Blutprodukten so austariert werden, dass die Sicherheit und Gesundheit der Spenderinnen und Spender einerseits und die Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen und sicheren Blutprodukten andererseits gewährleistet werden können. Der vom BMG gemäß § 24 Transfusionsgesetz eingerichtete Arbeitskreis von Sachverständigen für Blutprodukte und das Blutspende- und Transfusionswesen (AK Blut), der die zuständigen Behörden des Bundes und der Länder berät, hat angesichts der Influenza-Pandemie im Jahr 2009 eine Hilfestellung für die notwendige Pandemieplanung der einzelnen Spendeinrichtungen und der Einrichtungen der Krankenversorgung veröffentlicht mit dem Ziel, „die Versorgung mit Blutprodukten für zwingende und dringliche Indikationen im Pandemiefall generell aufrechtzuerhalten“⁸⁷.

Wenn die Spenden den Bedarf trotz gegenseitiger Unterstützung der Blutspendedienste nach § 3 TFG nicht mehr ausreichend decken, müssen die Einrichtungen der Krankenversorgung von den Spendeinrichtungen darüber informiert werden. Im Ergebnis von Modellierungen wurde festgelegt, dass im Zusammenhang mit einer schweren Pandemie als Orientierung für einen kritischen Grenzwert die Unterschreitung der durchschnittlichen bzw. erwarteten

⁸⁵ Handlungsempfehlung Neues Coronavirus (SARS-CoV-2) – Information für die hausärztliche Praxis. DEGAM S1-Handlungsempfehlung, AWMF-Register-Nr. 053-054. Stand: 23.09.2020. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-054_S1_Neues_CORONA_Virus_2020-10.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁸⁶ Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19. S1-Leitlinie, AWMF-Register-Nr. 113/001. Stand: 21.07.2020. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001_S1_Intensivmedizinische-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2020-07.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁸⁷ In der Mitteilung des AK Blut wird unterschieden zwischen einer präpandemischen Phase bzw. einer Pandemie ohne Beeinträchtigung der Blutversorgung, in der keine erkennbare Verminderung der Versorgung auftritt, und einer Phase der schweren Pandemie, die zu Versorgungsengpässen der Bevölkerung mit zellulären Blutkomponenten führt. Zu den bereits im Vorfeld einer schweren Pandemie angezeigten Maßnahmen zählt der AK Blut neben verschiedenen organisatorischen Maßnahmen u. a. die Definition eines kritischen Wertes der Herstellungsmengen durch die Spendeinrichtungen, eine besonders restriktive Indikationsstellung bei der Hämotherapie sowie Arbeitsschutzmaßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen. Vgl. Mitteilungen des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit: Aufrechterhaltung der Versorgung mit Blutprodukten im Falle einer Influenza-Pandemie. Bundesgesundheitsbl 2009, 52:1210-1222.

Anzahl der frei verfügbaren Erythrozytenkonzentrate um 20% über mehr als drei Tage oder ein anhaltender Abwärtstrend über mehr als fünf Tage um täglich 5% oder mehr dienen. Stellt eine Spendeinrichtung einen solchen Trend fest, soll das PEI informiert werden, welches unverzüglich dem BMG berichtet. Die Entscheidung, ob in dieser Situation das Inkraftsetzen der Eilverordnung nach § 79 Arzneimittelgesetz im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie mit Zustimmung des Bundesrates erfolgt, trifft das BMG durch eine Bekanntmachung, die im Bundesanzeiger veröffentlicht wird.

Zu den bei einer schweren Pandemie indizierten Maßnahmen gehören gemäß der Mitteilung des AK Blut insbesondere die Information und Motivation der Bevölkerung zur Blutspende sowie die kritische Prüfung, ob elektive Eingriffe mit einer Transfusionswahrscheinlichkeit von $\geq 10\%$ nach Hausstatistik für Regeleingriffe zurückgestellt werden können. Darüber hinaus sind während der Pandemie „blutsparende Verfahren einzusetzen und die Indikation v. a. für Erythrozytenkonzentrate entsprechend der Querschnitts-Leitlinien der BÄK zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten⁸⁸ zu wählen. Bereits gewonnenes Eigenblut darf auch im Falle einer Pandemie nur für den Eigenblutspender eingesetzt werden.“ Auch nach Abklingen der Pandemie muss die Planung operativer Eingriffe in enger Absprache mit dem für das Blutdepot der Einrichtung Verantwortlichen bzw. der versorgenden Spendeinrichtung erfolgen, um Versorgungsengpässe zu vermeiden. Spezifische Vorgaben für die Allokation von Blutprodukten im Falle eines existentiellen Mangels infolge der Pandemie enthält die Mitteilung des AK Blut nicht.

Im März 2020 hat der AK Blut eine Mitteilung⁸⁹ zum SARS-CoV-2 veröffentlicht mit dem Hinweis, „dass alle notwendigen Maßnahmen ergriffen werden sollten, um die Aufrechterhaltung der Versorgung mit Blut und Blutprodukten zu gewährleisten. [...] Die strikte Beachtung der grundsätzlichen Spenderauswahlkriterien gemäß Hämotherapierichtlinien bleibt essentiell, [...]“. Damit verweist der AK Blut auf die Hämotherapierichtlinie⁹⁰ der Bundesärztekammer. In der Richtlinie Hämotherapie stellt die

⁸⁸ Bundesärztekammer, Querschnittsleitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Querschnitts-Leitlinien_BAEK_zur_Therapie_mit_Blutkomponenten_und_Plasmaderivaten_-_Gesamtnovelle_2020.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020); Während die gemäß §§ 12a und 18 TFG von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut aufgestellte Richtlinie Hämotherapie Regelungen für die Anwendung von Blutprodukten enthält, geben die Querschnitts-Leitlinien Empfehlungen zur Auswahl von Blutkomponenten und Plasmaderivaten, zu deren Indikationsstellung und zur therapeutischen Anwendung. Dabei stehen in diesen Querschnitts-Leitlinien im Vergleich zu krankheitsbezogenen Leitlinien Bewertungen einer Vielzahl hämotherapeutischer Behandlungen im Mittelpunkt. Bei der Erstellung der Querschnitts-Leitlinien gilt unverändert die Verpflichtung, aus tradiertem klinischem Wissen abgeleitete Behandlungsgrundsätze und Dosierungsangaben nach dem Stand der Wissenschaft kritisch zu prüfen und anzupassen. Die in den letzten Jahren eigens aufgrund des besonderen Charakters für diese Querschnitts-Leitlinien entwickelte und mittlerweile etablierte Methodik der Leitlinienerstellung wurde fortgeschrieben und in einem Leitlinienreport https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Leitlinienreport.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020) dokumentiert.

⁸⁹ Mitteilungen des Arbeitskreises Blut des Bundesministeriums für Gesundheit, SARS-Coronavirus 2, https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/AK_Blut/Stellungnahmen/download/COVID.pdf;jsessionid=F773EDA262002ABA4529585884DC6EEA.internet072?_blob=publicationFile (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁹⁰ In der Richtlinie Hämotherapie stellt die Bundesärztekammer in Erfüllung des gesetzlichen Auftrages gemäß der §§ 12a und 18 TFG den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde, dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI), fest, insbesondere für die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen, die Anwendung von Blutprodukten, einschließlich der Dokumentation der Indikation zur Anwendung von Blutprodukten und Plasmaproteinen i. S. v. § 14 Abs.1 TFG, die Testung auf Infektionsmarker der zu behandelnden Personen anlässlich der Anwendung von Blutprodukten und die Anforderungen an die Rückstellproben, die Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten in den Einrichtungen der Krankenversorgung und ihre Überwachung durch die Ärzteschaft, die Qualifikation und die

Bundesärztekammer in Erfüllung des gesetzlichen Auftrages gemäß der §§ 12a und 18 TFG den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik im Einvernehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde, dem PEI, fest. Das TFG mit seiner differenzierten Aufgabenzuweisung u. a. an Bundesoberbehörden, Landesbehörden, AK Blut und Bundesärztekammer „folgt dem Grundsatz, durch gesetzliche Regelungen nur so viel wie notwendig zu regeln, die fachlichen Einzelheiten aber soweit wie möglich der Regelung durch die Fachwelt zu überlassen. Dieses aufeinander abgestimmte Konzept trägt Aspekten der Sicherheit und der Bekräftigung der fachlichen Grundlagen in einem Gesetz einerseits sowie der ständigen Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse andererseits gleichermaßen Rechnung“⁹¹. Dieser Regelungssystematik liegt die Erkenntnis des Gesetzgebers zugrunde, „daß der Gesetzentwurf in erster Linie und überwiegend medizinische oder die Ärzteschaft betreffende Sachverhalte regelt. Sie werden ausgefüllt durch die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik. Diese ergeben sich nach der Konzeption des Gesetzentwurfes als allgemein anerkannter Standard in der Regel aus den Richtlinien der Bundesärztekammer“⁹².

Die gemäß dem im TFG sowie im Statut des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer⁹³ festgelegten Verfahren⁹⁴ erarbeitete Richtlinie Hämotherapie basiert auf nationalen Regelungen, insbesondere dem TFG, dem AMG und der Arzneimittel- und Wirkstoffherstellungsverordnung (AMWHV), und berücksichtigt die Richtlinien und Empfehlungen der Europäischen Union, des Europarates und der Weltgesundheitsorganisation zu Blut und Blutbestandteilen. Die Richtlinie enthält komplementäre Regelungen, die kein zwingendes Recht darstellen. In § 12a Abs. 2 TFG bzw. § 18 Abs. 2 TFG ist bestimmt, dass die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik vermutet wird, wenn diese Richtlinie beachtet worden ist. Ein Abweichen im

Aufgaben der im engen Zusammenhang mit der Anwendung von Blutprodukten tätigen Personen sowie den Umgang mit nicht angewendeten Blutprodukten in den Einrichtungen der Krankenversorgung. Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), Gesamtnovelle 2017, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_E_A_2019.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁹¹ Vgl. Begründung der Bundesregierung vom 13.01.1998, BT-Drs. 13/9594, Allgemeiner Teil der Gesetzesbegründung, <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/13/095/1309594.pdf> (letzter Zugriff: 23.10.2020)

⁹² Vgl. Begründung der Bundesregierung vom 13.01.1998, BT-Drs. 13/9594, Gesetzesbegründung zu § 5, <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/13/095/1309594.pdf> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁹³ Vgl. insbesondere § 6a des Statuts, <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/statut/> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁹⁴ Die Bundesärztekammer hat einen Ständigen Arbeitskreis ihres Wissenschaftlichen Beirats mit der Erarbeitung und Begleitung der Richtlinie Hämotherapie beauftragt. Dieses Gremium besteht somit während der jeweiligen Amtsperioden kontinuierlich; beteiligt sind neben wissenschaftlich ausgewiesenen Fachvertretern u. a. Vertreter der zuständigen Bundesoberbehörden, Paul-Ehrlich-Institut (PEI) und Robert Koch-Institut (RKI), sowie des Bundesministeriums für Gesundheit (aktuelle personelle Zusammensetzung vgl. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/arbeitskreise-und-arbeitsgruppen/haemotherapie/>). Gemäß Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 17.01.2014 werden alle vom Wissenschaftlichen Beirat erstellten Veröffentlichungen spätestens alle zwei Jahre bezüglich ihres Aktualitätsgrades geprüft. Die Bundesärztekammer stellt damit eine regelhafte Prüfung auch der Richtlinie Hämotherapie spätestens alle zwei Jahre sicher; davon unbenommen kann eine Aktualitätsprüfung auch kurzfristig erfolgen, wenn sich beispielsweise die einer Aussage der Richtlinie zugrunde liegenden rechtlichen Regelungen geändert haben oder die medizinisch-wissenschaftlichen bzw. epidemiologischen Daten eine Neubewertung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft erforderlich machen. Die Bundesärztekammer unterstützt mit der Richtlinie Hämotherapie eine qualitativ hochwertige, dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechende Versorgung der Spenderinnen und Spender sowie der auf Blutprodukte angewiesenen Patientinnen und Patienten einerseits und die Handlungssicherheit für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte andererseits.

Einzelfall ist zu begründen und zu dokumentieren. Bei möglichen fachlichen Widersprüchen sind gesetzliche Vorschriften, Vorschriften in Rechtsverordnungen oder Anordnungen der zuständigen Behörden des Bundes und der Länder vorrangig. Der Hinweis auf Richtlinien der Bundesärztekammer entbindet die Ärzte nicht von der Verpflichtung, die Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu beobachten und ggf. zu beachten.

Situation 6: Allokation menschlicher Gewebe zur Transplantation

Die Verteilung von menschlichen Geweben ist bis auf die Normierung des Vorrangs der möglichen Entnahme und Übertragung eines vermittlungspflichtigen Organs vor der Gewebeentnahme in § 9 Abs. 3 Transplantationsgesetz im TPG nicht explizit geregelt. Die normativen, ethischen, rechtlichen und medizinisch-wissenschaftlichen Fragen möglicher Rationierung, Zuteilung und Verteilung von Geweben wurden vom Gesetzgeber im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Gewebegesetz⁹⁵ bewusst nicht adressiert⁹⁶. Anders als bei der postmortalen Organspende wird die Klärung dieser für die Gewebespende offenen Fragen zumindest nicht explizit der ärztlichen Selbstverwaltung⁹⁷ übertragen⁹⁸.

In ihrem Dritten Bericht über die Situation der Versorgung der Bevölkerung mit Gewebe und Gewebezubereitungen⁹⁹ stellt die Bundesregierung fest: „Lokale Engpässe gibt es bei der Versorgung mit Augenhornhäuten und kardiovaskulären Geweben, [...]. Die Versorgung mit Herzklappen, Gefäßen und Augenhornhäuten sollte unbedingt weiter verbessert werden, um langfristig eine angemessene, flächendeckende Versorgung mit allen Geweben und Gewebezubereitungen zu erreichen.“

Für die Allokation von Spenderhornhäuten sind allenfalls implizit gesetzliche Regelungen¹⁰⁰ getroffen worden. Dementsprechend enthält die von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem PEI gemäß § 16b TPG zur Feststellung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Wissenschaft aufgestellte¹⁰¹ Richtlinie zur Gewinnung von Spenderhornhäuten und zum Führen einer Augenhornhautbank, Erste Fortschreibung, eine Empfehlung zur Allokation¹⁰², die maßgeblich an medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien

⁹⁵ Gesetz über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen (Gewebegesetz) vom 20.07.2007, BGBl I, S. 1574.

⁹⁶ Angesichts der einhelligen Kritik in diesem Punkt ist zu vermuten, dass der Gesetzgeber dieses Problem nicht sehen wollte; vgl. dazu u. a. Stellungnahme des Bundesrates vom 13.10.2006 (BT-Drs. 16/3146, Anlage 2) Pühler/Middel/Hübner, MedR 2007, 25:16-21 sowie Parzeller/Rüdiger, StoffR 2007, S. 70-89.

⁹⁷ Für den Bereich der Organtransplantation sind dies gemäß § 11 Abs. 1 Satz 2 TPG der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemeinsam.

⁹⁸ Vgl. u. a. Richtlinien der Bundesärztekammer zur Organtransplantation gemäß § 16 TPG, <https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/transplantationsmedizin/> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

⁹⁹ BT-Drs. 19/5675, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/056/1905675.pdf> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

¹⁰⁰ Die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer umfasst gemäß § 16b Abs. 1. S. 1 Nr. 3 TPG u. a. die „Übertragung und Anwendung von menschlichen Geweben“. Die Allokation kann insofern unter diese Begriffe subsumiert werden, da sie implizit als Teil des Prozesses der „Übertragung und Anwendung von menschlichen Geweben“ betrachtet werden kann.

¹⁰¹ Grundsätzliche Informationen zum Verfahren der Richtlinienarbeit: vgl. Situation 5: Hämotherapie.

¹⁰² Vgl. Abschnitt 12.1 „Abgabe und Anwendung“ der Richtlinie zur Gewinnung von Spenderhornhäuten und zum Führen einer Augenhornhautbank, Erste Fortschreibung, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Rili-Hornhaut.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020): „Die regionale Abgabe nach folgenden Kriterien (Prioritätenliste) wird empfohlen (dabei ist zu beachten, dass eine Genehmigung gemäß § 21a AMG vorliegen muss, falls eine Gewebezubereitung in den Verkehr gebracht wird): 1. Notfallsituationen innerhalb, aber auch außerhalb des Krankenhauses, dem die Hornhautbank angeschlossen ist, sollen höchste Priorität haben (z. B. perforierte Hornhautulzera oder schmerzhafte Augenerkrankungen). 2. Kinder und Jugendliche sollen vorrangig versorgt werden. 3. Patienten mit nur einem

ausgerichtet und streng patientenorientiert ist. Dieses in der Richtlinie abgebildete Verfahren hat sich in der klinischen Praxis bewährt und ist mittlerweile breit akzeptiert. Entsprechend der ärztlichen Dokumentationspflichten, die sich u. a. aus der ärztlichen Berufsordnung¹⁰³ und dem BGB ergibt, wird die Allokationsentscheidung im OP-Bericht/Krankenblatt dokumentiert. Regelungen zur Dokumentationspflichten und Qualitätsanforderungen sowie zur Qualifikation finden sich u. a. im AMG und im TPG sowie in den entsprechenden Verordnungen wie der AMWHV und der TPG-GewV.

Auch für andere Bereiche der Gewebemedizin stellt die Bundesärztekammer den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft fest¹⁰⁴, so u. a. für die Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen¹⁰⁵. Der Ärzteschaft stehen mit dieser Richtlinie, in Verbindung mit der Richtlinie Hämotherapie, Regelwerke zur Verfügung, die den allgemein anerkannten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu den Anforderungen an die ärztliche Beurteilung der medizinischen Eignung als Spender, die Untersuchung der Spender und die Entnahme, Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen feststellen und die verschiedenen Regelungen auf gesetzlicher und untergesetzlicher Ebene konkretisieren. Die Indikationsstellung zur autologen und allogenen Transplantation von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen (HSZZ) erfolgt nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft in der Medizin in Nutzen-Risiko-Abwägung von Behandlungsalternativen¹⁰⁶; damit wird eine an medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien maßgeblich ausgerichtete und streng patientenorientierte Allokation vorgegeben.

Der Ärzteschaft obliegt gemäß § 18 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TFG die Überwachung der Qualitätssicherung der Anwendung von Blutprodukten¹⁰⁷ in den Einrichtungen der Krankenversorgung. Entsprechend den Vorgaben des Abschnitts 6.4.2.1 der Richtlinie Hämotherapie nach §§ 12a und 18 TFG ist von der Leitung der Einrichtung im Benehmen mit der zuständigen Ärztekammer ein Qualitätsbeauftragter Hämotherapie (QBH) zu benennen. Der QBH, der die Qualifikationsvoraussetzungen nach Abschnitt 6.4.2.2.3 der Richtlinie Hämotherapie nach §§ 12a und 18 TFG erfüllt, sendet jährlich bis zum 1. März einen Bericht

potentiell funktionierenden Auge sollen vorrangig versorgt werden. 4. Unter den verbliebenen Patienten sollen die Erfolgsaussichten und die Wartezeit berücksichtigt werden. Transplantate, die nach diesen Kriterien nicht vergeben werden, können über einen geeigneten Weg abgegeben werden. Auf die Möglichkeit der Nachfrage bei Gewebenetzwerken innerhalb bzw. außerhalb der EU wird hingewiesen.“

¹⁰³ Vgl. auch Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte

<https://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/>.

¹⁰⁴ Grundsätzliche Informationen zum Verfahren der Richtlinienerarbeitung: vgl. Situation 5: Hämotherapie.

¹⁰⁵ Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen – Erste Fortschreibung, aufgestellt von der Bundesärztekammer im gemäß §§ 12a und 18 Transfusionsgesetz und § 16b Transplantationsgesetz im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut,

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/2019-03-15_Bek_RiLi_Haematop_Online_FINAL.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

¹⁰⁶ Vgl. insbesondere Abschnitt 6.4 Indikationsstellung der Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen – Erste Fortschreibung, aufgestellt von der Bundesärztekammer im gemäß §§ 12a und 18 Transfusionsgesetz und § 16b Transplantationsgesetz im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/2019-03-15_Bek_RiLi_Haematop_Online_FINAL.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

¹⁰⁷ Vom Begriff „Blutprodukte“ werden ausschließlich aus dem peripheren und aus dem Nabelschnurblut gewonnene HSZZ erfasst. Aus Praktikabilitätsgründen soll die Überwachung der Anwendung von KMSZZ in das Überwachungssystem nach § 18 Abs. 1 TFG integriert werden.

über die Ergebnisse seiner Überprüfung für den Zeitraum des jeweils vorausgegangenen Kalenderjahres zeitgleich an die zuständige Ärztekammer und den Träger der Einrichtung.

Situation 7: Allokation menschlicher Organe zur Transplantation

Die Organspende und -transplantation stellt seit jeher einen Bereich des Gesundheitswesens dar, der durch einen Kapazitätsengpass in Gestalt des Organmangels geprägt ist. Das Transplantationsgesetz (TPG) ist die Antwort des Gesetzgebers auf den Umgang mit dieser Mittelknappheit und regelt Maßnahmen der Rationalisierung, Rationierung oder Priorisierung. Ziel ist die Schaffung und Wahrung größtmöglicher Chancengleichheit und Verteilungsgerechtigkeit für die Patienten¹⁰⁸ sowie die Schaffung von Transparenz bei der Organvermittlung auf Grundlage einer einheitlichen Warteliste nach wissenschaftlich begründeten medizinischen Verteilungsregeln¹⁰⁹, die aber in Anbetracht der Mangellage auch zwangsläufig einen normativen Gehalt haben. Mit der gesetzlich geregelten Organallokation geht die Einschränkung der Therapiefreiheit¹¹⁰ (bzw. des Auswahlermessens der behandelnden Ärzte unter mehreren potentiellen Organempfängern) einher.¹¹¹ Da das TPG einen klaren Handlungsrahmen für die Allokation vermittlungspflichtiger Organe schafft, ist der klinische Alltag in der Transplantationsmedizin insoweit von individuellen Entscheidungen über den Umgang mit Kapazitätsengpässen weitgehend entlastet. Ein weiterer Unterschied zu Kapazitätsengpässen, in denen sich die Frage der Ressourcenallokation unmittelbar oder kurzfristig stellt, besteht darin, dass es sich bei den Patientinnen und Patienten auf der Warteliste um ein spezifisches Patientengut handelt, für das seit etlichen Jahren bereits bestimmte Auswahlkriterien – zunehmend Score-basiert – entwickelt werden konnten.

Die Vermittlungsentscheidungen sind von der Vermittlungsstelle nach § 12 TPG nach Regeln zu treffen, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach den gesetzlich vorgegebenen, in der Tendenz gegenläufigen und nicht abschließenden Kriterien¹¹² Erfolgsaussicht und Dringlichkeit. Die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn für die Vermittlungsentscheidungen die jeweils geltenden Richtlinien der BÄK nach § 16 TPG beachtet werden. Auf Grundlage dieser Richtlinien, die eine Form exekutiver Rechtssetzung sind,¹¹³ hat die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG organspezifische Anwendungsregelungen zu erstellen. Damit wird eine an medizinischen Kriterien maßgeblich ausgerichtete und streng patientenorientierte Allokation von Spenderorganen vorgegeben. Insoweit ist die Entscheidung über die Organvergabe auf den Grundsatz der gleichen Chancen aller auf ein Spenderorgan angewiesenen Patientinnen und Patienten festgelegt.¹¹⁴

Über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste, ihre Führung und die Meldung an die Vermittlungsstelle hat nach den Richtlinien der BÄK nach § 16 TPG am jeweiligen Transplantationszentrum eine ständige, interdisziplinäre und organspezifische Transplantations-

¹⁰⁸ BGH NJW 2017, 3249 (3250).

¹⁰⁹ Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler Rn. 1, 10.

¹¹⁰ Verrel MedR 2017, 597 (598).

¹¹¹ OLG Braunschweig MedR 2014, 661 (664).

¹¹² BGH NJW 2017, 3249 (3251).

¹¹³ BGH NJW 2017, 3249 (3251).

¹¹⁴ BT-Ausschussdrucksache 17 [14] 0450 [5].

konferenz zu entscheiden. In diesem interdisziplinär besetzten Gremium muss neben den beteiligten operativen und konservativen Disziplinen mindestens eine weitere, von der ärztlichen Leitung benannte medizinische Disziplin vertreten sein, die nicht unmittelbar in das Transplantationsgeschehen eingebunden ist.

Die in den Richtlinien der BÄK nach § 16 TPG normierten Regeln zur Organvermittlung geben nicht nur den Stand der medizinischen Wissenschaft wieder, sondern beinhalten zwangsläufig Kriterien für eine gerechte Zuteilung. Grundsätzlich unterschieden wird zwischen einem sogenannten Standardverfahren, einem modifizierten Vermittlungsverfahren und einem beschleunigten Vermittlungsverfahren. Im Standardverfahren erfolgt die patientenzentrierte Allokation nach medizinischen Kriterien, die von den gesetzlich vorgegebenen Kriterien der Dringlichkeit und der Erfolgsaussicht der Organtransplantation (in organspezifisch unterschiedlicher Weise) bestimmt werden. Sofern, etwa bei eingeschränkter Vermittlungsfähigkeit der Organe, eine Vermittlung im Standardverfahren nicht möglich ist, werden Organe von Spendern, die bestimmte organspezifische Kriterien erfüllen, den Transplantationszentren nach dem modifizierten Vermittlungsverfahren angeboten. Gelingt eine Vermittlung weder im Standard- noch im modifizierten Vermittlungsverfahren oder droht aus anderen Gründen, wie beispielsweise logistischen Schwierigkeiten, der Verlust des Organs, kann die Vermittlungsstelle nach § 12 TPG zum sogenannten beschleunigten Vermittlungsverfahren („Rescue Allocation“) wechseln. Das Organ wird dann allen dem Explantationsort nahegelegenen Zentren angeboten. Führt auch das beschleunigte Vermittlungsverfahren zu keinem Ergebnis, kann die Vermittlungsstelle das Organ auch weiter entfernten Zentren anbieten.

Die Überprüfung von Vermittlungsentscheidungen sowie des Jahresberichts der Vermittlungsstelle erfolgt in regelmäßigen Abständen durch die Prüfungskommission gem. § 12 Abs. 5 S. 4 TPG. Die Vermittlungsstelle ist u. a. auskunftspflichtig über die Anzahl der gemeldeten Organe, Angaben zur Warteliste, die Anzahl der vermittelten Organe, die Gründe für die Ablehnung der Vermittlung eines Organs, die Anzahl und Art der erfolgten Transplantationen, die Anzahl, Art und Vermittlung international gewonnener Organe, die Gründe für die Nichtannahme angebotener Organe durch ein Transplantationszentrum sowie das interne Qualitätsmanagement.¹¹⁵

2.6. Welche gesetzlichen Vorgaben (z. B. aus dem Berufsrecht, Verwaltungsrecht oder Strafrecht) binden die Praxis bislang bei solchen Entscheidungen?

Die Praxis hat bis zum Aufkommen der Pandemie Rechtsfragen der Allokation medizinischer Ressourcen im Falle eines Kapazitätsmangels, soweit sie überhaupt erörtert wurden, stark auf strafrechtliche Aspekte fokussiert, in welche verfassungsrechtliche Überlegungen, insbesondere unter dem Aspekt der Drittwirkung der Grundrechte, eingeflossen sind. Die Berufsordnungen der Landesärztekammern verpflichten Ärztinnen und Ärzte,

- das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern (§ 1 Abs. 2 Satz 1 MBO-Ä).

¹¹⁵ Nickel/Schmidt-Preisigke/Sengler Rn. 30.

- jede medizinische Behandlung unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, durchzuführen (§7 Abs. 1 MBO-Ä)
- ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit auszuüben (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MBO-Ä)
- den Beruf gewissenhaft auszuüben, was insbesondere auch die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erfordert (§ 2 Abs. 2 und 3 MBO-Ä).

Neben diesen allgemeinen Grundsätzen enthalten die Berufsordnungen der Landesärztekammern keine speziellen Berufspflichten, die in einer Pandemie-Situation für die Allokation medizinischer Ressourcen im Falle eines Kapazitätsmangels zu beachten sind. Dabei haben die Ärztekammern berücksichtigt, dass das Bundesverfassungsgericht mit Urteil vom 14. 12. 1999 - 1 BvR 1327/98 betreffend das anwaltliche Berufsrecht judiziert hat, dass gesetzliche Ermächtigungsnormen, die einer mit Autonomie ausgestatteten Personalkörperschaft Regelungsspielräume zur Bestimmung von Berufspflichten eröffnen, eine Eingrenzung erfahren: Wenn diese sich - wie bei der katastrophenmedizinischen Triage oder bei der Allokation medizinischer Ressourcen im Falle eines Kapazitätsmangels infolge einer Pandemie - über den Berufsstand hinaus auswirken, reicht die Regelungsbefugnis nur so weit, wie der Gesetzgeber erkennbar selbst zu einer solchen Gestaltung des Rechts den Weg bereitet hat. Das ist in den Heilberufe- und Kammergesetzen jedoch nicht der Fall.

Vorübergehend, nämlich vom 21.08.2009 bis zum 31.07.2010, regelte § 1 Abs. 1 S. 3 der Influenzaschutzimpfungs-GKV-Leistungspflichtverordnung v. 19.08.2009 (Banz. Nr. 124 S. 2889), welche Gruppen aus dem Kreis der GKV-Versicherten vorrangig gegen die pandemisch aufgetretene Influenza A(H1N1) geimpft werden sollten.

(Re-)Allokationsentscheidungen, die dazu führen, dass bestimmte Patienten (gar) nicht bzw. nicht mehr bzw. nicht (mehr) intensivmedizinisch behandelt bzw. beatmet werden, könnten strafrechtlich - retrospektiv - unter dem Gesichtspunkt der Tötungs- oder Körperverletzungsdelikte, ggfs. auch durch Unterlassen, oder wegen unterlassener Hilfeleistung bewertet werden. Aus Sicht der Bundesärztekammer kommen hierbei die Grundsätze der rechtfertigenden Pflichtenkollision zur Anwendung, die nicht positivgesetzlich geregelt ist. Nach der amtlichen Begründung des Entwurfs zu § 39 StGB¹¹⁶, der wörtlich mit dem heutigen § 34 StGB übereinstimmt, wurde der dem rechtfertigenden Notstand ähnliche Fall des Pflichtenwiderstreits bzw. der Pflichtenkollision im Allgemeinen Teil des Strafgesetzbuches deshalb nicht geregelt, weil einer positiven Normierung unüberwindliche Hindernisse entgegenstünden. Stattdessen sollte die Fallgruppenbildung der Rechtsprechung vorbehalten bleiben.

Die Bundesärztekammer hält § 34 StGB und die darin niedergelegten Rechtsgedanken deshalb für nicht anwendbar, weil der gesetzliche Notstand auf Fallgestaltungen abzielt, in denen ein Unbefugter in eine absolute Rechtsposition eines Anderen eingreift und ihm dieses nur in der Ausnahmesituation gestattet wird, in der das geschützte Interesse das

¹¹⁶ BT-Drs. IV/650, S.159.

beeinträchtigte wesentlich überwiegt und zudem ein angemessenes Mittel gewählt wird. Vorliegend haben die Patienten eines Krankenhauses aber keine absolute Rechtsposition, in die zugunsten eines anderen Patienten eingegriffen wird, sondern gleiche Teilhaberechte bezogen auf die Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen, etwa eines Beatmungsgerätes oder eines Intensivbettes.

In einer Situation gleicher Teilhaberechte mehrerer Patienten an den (eingeschränkt) zur Verfügung stehenden Ressourcen kann es normativ nicht darauf ankommen, ob sich die Entscheidung des Arztes äußerlich betrachtet als Handeln oder Unterlassen darstellt. Die Bundesärztekammer teilt andererseits jedoch nicht die in der Literatur vertretene Auffassungen, dass Ärztinnen und Ärzte in Fall der rechtfertigenden Pflichtenkollision völlig frei entscheiden können, wer die Ressourcen erhält. Vielmehr ist der Arzt aufgrund des Berufsrechts und der mittelbaren Wirkung der Grundrechte verpflichtet, seiner Entscheidung sachgerechte, d. h. nicht diskriminierende und am Stand der medizinischen Wissenschaft orientierte Maßstäbe zugrunde zu legen.

Die Allokation medizinischer Ressourcen im Falle eines Kapazitätsmangels ist auch im Recht der ärztlichen Behandlung und Krankenhausrecht nicht geregelt. Es dürfte zwar vielfach ein Kontrahierungszwang bestehen; es gibt aber keine positivrechtliche Normierung, mit welchem Patienten im Falle eines Kapazitätsmangels in der Pandemie-Situation zu kontrahieren ist.

Nimmt das Krankenhaus einen Patienten zur Behandlung auf, ist es zivilrechtlich grundsätzlich zu dessen Behandlung verpflichtet. Allerdings steht dem Krankenhaus als Behandelnden das Kündigungsrecht gemäß §§ 626, 627 BGB zu. Dabei ist jedoch § 627 Abs. 2 S. 1 BGB zu beachten, wonach das Kündigungsrecht eingeschränkt sein soll, wenn der Patient zurzeit der beabsichtigten Kündigung auf die Hilfe des Behandelnden angewiesen ist.¹¹⁷ § 627 Abs. 2 S. 1 BGB bestimmt, dass das Krankenhaus als Behandelnder nur in der Art kündigen darf, dass sich der Patient die Dienste anderweitig beschaffen kann, es sei denn, dass ein wichtiger Grund für die unzeitige Kündigung vorliegt. Dabei dürften in das Tatbestandsmerkmal des wichtigen Grundes verfassungsrechtliche Wertungen einstrahlen. Die Kündigung ist aber andernfalls auch dann nicht unwirksam, sondern begründet lediglich Schadenersatzansprüche.¹¹⁸

2.7. Welchen Stellenwert hat die klinische Erfolgsaussicht der Behandlung bei der Triage? Welche Rolle spielen Behinderungen und chronische Vorerkrankungen bei dieser Entscheidung? Wäre es denkbar, das Kriterium der Erfolgsaussicht durch ein anderes Kriterium zu ersetzen oder genauer zu fassen, das den Bedürfnissen aller Behandlungsbedürftigen gerecht wird?

Grundsätzlich ist festzustellen: Die Allokation medizinischer Ressourcen im Falle eines existentiellen Kapazitätsmangels in einer Pandemie-Situation ist ein ethisches Dilemma, das Ärztinnen und Ärzte vor eine große moralische Herausforderung stellt. Auch vor diesem Hintergrund sind in einer Pandemie alle Anstrengungen auf die Vermeidung solcher

¹¹⁷ Palandt/Weidenkaff, § 630a BGB Rn. 14.

¹¹⁸ Palandt/Weidenkaff, § 627 BGB Rn. 7.

Kapazitätsengpässe auszurichten. Für den Fall nicht mehr bedarfsgerecht vorhandener Ressourcen ist es aus Sicht der Bundesärztekammer nicht zuletzt angesichts dieses ethischen Dilemmas Aufgabe der Politik, „Ärztinnen und Ärzten für diesen Fall Rückendeckung zu geben.“¹¹⁹

Auch im Falle eines Kapazitätsmangels legen Ärzte und Ärztinnen ihrer Entscheidungsfindung für oder gegen eine (intensiv-)medizinische Behandlung *de facto* bestimmte, in der Regel medizinisch-wissenschaftliche Kriterien zugrunde. Diese Kriterien haben gleichermaßen beschreibenden wie vorschreibenden Gehalt. Die Entwicklung dieser Kriterien erfolgt evidenzbasiert gemäß dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft¹²⁰, ihre fachliche Konsentierung in der Regel auf nationaler Ebene¹²¹. Mit Blick auf einen Interessenausgleich einzelner fachlicher Perspektiven und zur Verhinderung eines Interessenkonfliktes hat sich für die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft ein interdisziplinärer Ansatz bewährt¹²². Gerade in einer Pandemie-Situation mit einem bisher unbekanntem Erreger kommt der Forschung und der Veröffentlichung der Forschungsergebnisse eine besondere Bedeutung mit Blick auf die Evidenzbasierung der Kriterien und Verfahren sowie der Patientenbehandlung¹²³ zu. Einen ausschließlich fachlichen Konsens zum Umgang mit einem Kapazitätsmangel in der Pandemie-Situation betrachtet die Bundesärztekammer insbesondere mit Blick auf das notwendige Verständnis und die notwendige Akzeptanz der Bevölkerung für die dann indizierten Maßnahmen allerdings nicht als ausreichend. So sei „die Öffentlichkeit über Bedingungen und Konsequenzen der SARS-CoV-2-Pandemie für den Fall der nicht mehr bedarfsgerecht vorhandenen medizinischen Ressourcen zu informieren und Transparenz hinsichtlich ärztlicher Entscheidungszwänge herzustellen.“¹²⁴

Die Entscheidung, ob ein Patient auf eine Intensivstation aufgenommen wird, stellt jeweils einen komplexen Prozess dar, der vorrangig nach ärztlichen Gesichtspunkten erfolgt und in den nachrangig u. a. verschiedene logistische und menschliche Faktoren einfließen, beispielsweise Ressourcenverfügbarkeit und Patienteneigenschaften. Eine hohe Verfügbarkeit von Ressourcen sowie keine oder wenige Risikofaktoren eines Patienten gelten als Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung. Im Falle eines Kapazitätsmangels in einer Pandemie-Situation kommt den Patienteneigenschaften als Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung ein besonderer Stellenwert zu.

Den Stellenwert der klinischen Erfolgsaussicht einer Behandlung für Entscheidungen im Fall von Kapazitätsengpässen hat die Bundesärztekammer vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie wie folgt bewertet¹²⁵: „Zentrale Kriterien für Entscheidungen angesichts knapper

¹¹⁹ Orientierungshilfe der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

¹²⁰ Vgl. u. a. Dahine J et al., Practices in Triage and Transfer of Critically Ill Patients: A Qualitative Systematic Review of Selection Criteria, Crit. Care Med 2020, DOI: [10.1097/CCM.0000000000004624](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004624) (letzter Zugriff: 05.11.2020).

¹²¹ Vgl. beispielsweise Verfahren der AWMF zur Erarbeitung von medizinisch-wissenschaftlichen Leitlinien www.awmf.org (letzter Zugriff 23.10.2020).

¹²² Vgl. Verfahren zur Erarbeitung von Richtlinien und Querschnittsleitlinien der Bundesärztekammer gemäß Transfusionsgesetz und Transplantationsgesetz (s. auch Antworten zu Fragen 2.3, 2.4 und 2.5).

¹²³ Als Beispiel sei angeführt, dass die Indikation zur maschinellen Beatmung angesichts der Evidenzlage bezüglich negativer Auswirkungen für den weiteren Erkrankungsverlauf bei COVID-19-Patienten streng gestellt wird, vgl. https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2020/index_23806.html (letzter Zugriff: 23.10.2020).

¹²⁴ Orientierungshilfe der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

¹²⁵ Orientierungshilfe der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

Ressourcen sind aus Sicht der Bundesärztekammer die medizinische Indikation, der Patientenwille und die klinischen Erfolgsaussichten. Bei eventuell erforderlichen Priorisierungsentscheidungen sind grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten, die einen entsprechenden Behandlungsbedarf haben, einzubeziehen, unabhängig davon, ob ihr Bedarf auf eine infektiöse Erkrankung (SARS-CoV-2) oder eine andere (intensiv-)medizinisch behandlungsbedürftige Krankheit zurückgeht. Im Falle notwendiger Priorisierungsentscheidungen bei nicht ausreichenden Ressourcen sollen diese so eingesetzt werden, dass die Erfolgsaussichten mit Blick auf das Überleben und die Gesamtprognose möglichst groß sind und die meisten Menschenleben gerettet werden können. Solche Entscheidungen sind nur unter existenzieller Knappheit gerechtfertigt. Wesentlich ist, dass die Perspektive von Erfolgsaussichten zeitlich und inhaltlich nicht so weit über den unmittelbaren Behandlungskontext hinaus ausgeweitet wird, dass sich daraus ein pauschaler Ausschluss bestimmter Patientengruppen ergibt. Dieses Risiko wächst, wenn Wertungen zur mittel- und langfristigen Lebensqualität vorgenommen werden, es sei denn, eine erwartete Einschränkung der Lebensqualität entspricht nicht dem Patientenwillen. Um die vorgenannten Kriterien und Erwägungen auf eine konkrete Priorisierungssituation bei existenzieller Knappheit von Ressourcen in der aktuellen SARS-CoV-2-Pandemie anwenden zu können, ist eine medizinisch-fachliche Abwägung nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft erforderlich. Diese muss sowohl die Bedürfnisse und Erfolgsaussicht für jeden einzelnen Patienten im Blick haben als auch die der um dieselbe Ressource konkurrierenden Patienten.“ Unabhängig von der jeweiligen Situation gilt zudem das Selbstverständnis des ärztlichen Berufs¹²⁶: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung.“ Dementsprechend sind Ärztinnen und Ärzte nicht allein dem individuellen Patienten, sondern auch der Allgemeinheit verpflichtet, was ggf. zu einem Zielkonflikt bei Priorisierungsentscheidungen angesichts von Kapazitätsengpässen führen kann.

Zu der Frage, welche Bedeutung Behinderungen und chronische Vorerkrankungen für Entscheidungen im Fall von Kapazitätsengpässen vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie haben, werden in der Deklaration von Genf des Weltärztebundes – der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte¹²⁷ vorangestellt – wesentliche Elemente des ärztlichen Selbstverständnisses formuliert: „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“ In diesem Bewusstsein und mit diesem Anspruch hat sich die Bundesärztekammer in ihrer Orientierungshilfe¹²⁸ positioniert: „Die Beurteilung der Erfolgsaussicht ergibt sich nicht aus dem Vorliegen einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung, sondern aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren (z. B. Schweregrad der akuten Erkrankung, Komorbiditäten, allgemeiner Gesundheitszustand/Gebrechlichkeit), die im Einzelfall jeweils integriert zu berücksichtigen

¹²⁶ § 1 Abs. 1 S. 1 der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf.

¹²⁷ Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf.

¹²⁸ Orientierungshilfe der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

sind. Hierfür bieten die jeweils aktuellen Stellungnahmen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine wichtige Hilfe (z. B. die Empfehlungen mehrerer Fachgesellschaften und Linkhinweise der DIVI-Empfehlungen¹²⁹, der DEGAM¹³⁰, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin¹³¹ und das Leitlinienregister auf der Homepage der AWMF¹³², der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)¹³³).“

Bezüglich der Teilfrage, ob es denkbar wäre, „das Kriterium der Erfolgsaussicht durch ein anderes Kriterium zu ersetzen oder genauer zu fassen, das den Bedürfnissen aller Behandlungsbedürftigen gerecht wird“, ist festzustellen, dass es in der Natur der Situation liegt, dass im Falle eines Kapazitätsmangels nicht den Bedürfnissen aller Behandlungsbedürftigen gleichermaßen Rechnung getragen werden kann wie in einer vergleichbaren Situation ohne Ressourcenknappheit. Insofern kann die Verteilung nicht „gerecht“ in einem absoluten Sinn, sondern lediglich „gerecht“ im Rahmen des in der jeweiligen Situation Möglichen erfolgen. Auch im Falle eines Kapazitätsmangels sind die Kriterien¹³⁴ Transparenz, Begründung, Evidenzbasierung, Konsistenz, Legitimität, Offenlegung und Ausgleich von Interessenkonflikten, wirksamer Rechtsschutz sowie Regulierung als Voraussetzung für eine gerechte Schwerpunktsetzung in der medizinischen Versorgung zu beachten.

Die Teilfrage geht davon aus, dass das Kriterium der Erfolgsaussicht „ungerecht“ sei, so dass eine Alternative gesucht werden müsse. Als Alternativen wären grundsätzlich auch andere Kriterien bzw. Verfahren für die Allokation medizinischer Ressourcen denkbar, z. B. sogen. Zufallsverfahren wie Losverfahren oder „First-come-first-served“. Zu bedenken ist aus ärztlicher Sicht aber insbesondere, dass diese Zufallsverfahren weder die berufsethischen Grundsätze berücksichtigen noch auf in einem transparenten und interdisziplinären Verfahren auf der Basis des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft aufgestellten Kriterien und Verfahren basieren. Aus ärztlicher Sicht erscheinen solche Zufallsverfahren nicht zuletzt auch aus moralischen Gründen fragwürdig, da sie voraussichtlich zu mehr (vermeidbaren) Todesfällen in der Pandemie führen¹³⁵.

Ärztinnen und Ärzten ist insbesondere in der Pandemie-Situation bewusst¹³⁶, dass sich in der Einstufung der Erfolgsaussicht subjektive Momente ergeben können, die Diskriminierungsrisiken beinhalten können. Kriterien wie die klinische Erfolgsaussicht müssen daher in einem transparenten Verfahren angewendet und in der Regel mittels weiterer Kriterien, Indikatoren oder Messwerte umgesetzt werden. Dementsprechend sind

¹²⁹ <https://www.divi.de/>

¹³⁰ <https://www.degam.de/>

¹³¹ https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200401_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_2.0.pdf

¹³² <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>

¹³³ <https://dggeriatrie.de/>

¹³⁴ Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (ZEKO), Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/KurzfassungPriorisierung.pdf (letzter Zugriff: 23.10.2020).

¹³⁵ Vgl. u. a. Dahine J et al., Practices in Triage and Transfer of Critically Ill Patients: A Qualitative Systematic Review of Selection Criteria. Crit. Care Med 2020, DOI: [10.1097/CCM.0000000000004624](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004624) (letzter Zugriff: 05.11.2020).

¹³⁶ Sprung CL et al., Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival. Crit. Care Med 2020, DOI: [10.1097/CCM.0000000000004410](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004410) (letzter Zugriff: 05.11.2020).

die aus Sicht der Bundesärztekammer angesichts knapper Ressourcen zu berücksichtigenden zentralen Kriterien „medizinische Indikation, Patientenwille und klinische Erfolgsaussicht“ im Rahmen der Entscheidungsfindung miteinander in Einklang zu bringen bzw. zu gewichten. Dabei ist zu beachten, dass sie zumindest teilweise gegenläufig sein können¹³⁷, so dass sich die Frage ihrer Gewichtung in besonderem Maße stellt. Die Anwendung der Kriterien erfordert somit ggf. weitere ethische Überlegungen, auch zum Umgang mit fehlender Evidenz. Von wesentlicher Bedeutung ist, dass das Kriterium der Erfolgsaussicht – neben der medizinischen Indikation und dem Patientenwillen – für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen angewendet wird. Dementsprechend sollen die Verfahren zur Anwendung der Kriterien in allen Einzelfällen gleich sein, insbesondere sollen sie transparent sowie gemäß dem Stand der medizinischen Wissenschaft erstellt und auf der Basis der berufsethischen Grundsätze umgesetzt werden. Dabei ist ein interdisziplinärer, fachübergreifender Ansatz bei der Erarbeitung der Kriterien und Verfahren unter breiter Einbeziehung aller notwendigen fachlichen Expertisen wichtig, um Partikularinteressen zu neutralisieren. Im Interesse einer breiten Akzeptanz der Kriterien und Verfahren ist es aus Sicht der Bundesärztekammer „[...] Aufgabe der Politik, die Öffentlichkeit über Bedingungen und Konsequenzen der SARS-CoV-2-Pandemie für den Fall der nicht mehr bedarfsgerecht vorhandenen medizinischen Ressourcen zu informieren und Transparenz hinsichtlich ärztlicher Entscheidungszwänge herzustellen [...]“¹³⁸. Um Sorgen und Befürchtungen vulnerabler Gruppen auf prozeduraler Ebene besser begegnen zu können, wird die Partizipation von Vertretern vulnerabler Gruppen bei der Erstellung und Implementierung von Kriterien und Verfahren diskutiert¹³⁹.

2.8. Welche Regelungen gibt es in anderen Ländern, die im Gesundheitswesen im Fall einer Triage Anwendung finden?

Zu der Frage, welche Regelungen in anderen Ländern Anwendung finden, hat die Bundesärztekammer die Ärztekammern anderer Länder konsultiert und eine Rückmeldung aus Kanada, Schweden, Spanien, den USA und dem Vereinigten Königreich erhalten. Die Angaben zu Italien, der Schweiz und Österreich basieren auf eigenen Recherchen der Bundesärztekammer.

Im Vorfeld wurde die Anfrage des Bundesverfassungsgerichts in anderen Ländern in die drei folgenden untergeordneten Fragestellungen übertragen und präzisiert, wobei der vom BVerG in der Fragestellung verwendete Begriff „Triage“ in diesem Kontext beibehalten wurde¹⁴⁰:

- Frage 1: Gibt es gesetzliche Regeln, Vorgaben oder festgelegte Kriterien zu „Triage“ im Gesundheitswesen?
- Frage 2: Welche Position vertritt Ihre Organisation bei dem Thema „Triage“?

¹³⁷ Den Gedanken, gegenläufige Kriterien im Rahmen einer Entscheidungsfindung gewichten zu müssen, nimmt der Gesetzgeber beispielsweise mit dem Transplantationsgesetz auf. Gemäß § 12 Abs. 3 TPG gilt: „Die vermittlungspflichtigen Organe sind von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln.“ Transplantationsgesetz (TPG) <https://www.gesetze-im-internet.de/tpg/TPG.pdf> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

¹³⁸ Orientierungshilfe der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

¹³⁹ The Hastings Center, <https://www.thehastingscenter.org/confronting-disability-discrimination-during-the-pandemic/> (letzter Zugriff 04.11.2020).

¹⁴⁰ Vgl. Begriffsklärung, Abschnitt 2.1.1.

- Frage 3: Gab es Änderungen der Regeln, Vorgaben oder Kriterien bzw. Ihrer Position durch die SARS-CoV-2-Pandemie?

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Konsultation sowie der Recherche dargestellt.

2.8.1. Kanada¹⁴¹

Gesetzliche Regeln, Vorgaben oder festgelegte Kriterien zu „Triage“ im kanadischen Gesundheitswesen

Der Bereich Gesundheit fällt in Kanada unter die Zuständigkeit der Provinzen. Einige von ihnen haben allgemeine provinzweite Verfahrensprotokolle zur „Triage“ angenommen, während andere Provinzen die Regelung der „Triage“ den einzelnen Krankenhäusern überlassen. Der überwiegende Teil der Regelungen setzt sich aus jeweils leicht abwandelten Versionen eines sonst im Allgemeinen einheitlichen Ansatzes zusammen, in dem eine „Triage-Entscheidung“ an den sogenannten „Clinical Frailty Score“ gebunden ist. Dieser stellt ein klinisches Instrument dar, anhand dessen die langfristigen erwartbaren Überlebenschancen eines Patienten nach erfolgreicher Behandlung abgeschätzt werden. Laut Angaben der konsultierten Canadian Medical Association (CMA) ist dieser Ansatz in Kanada ethisch stark umstritten.

Position der Canadian Medical Association

In ihrem Positionspapier listet die CMA klare Kriterien für die Priorisierung von Patientinnen und Patienten im Falle einer Knappheit medizinischer Ressourcen durch die SARS-CoV-2-Pandemie auf. Es wird jedoch betont, dass zunächst der Aufbau größtmöglicher Kapazitäten von herausragender Bedeutung sei und daher forciert werden müsse. In ihrer Stellungnahme vertritt die CMA folgende Positionen zur „Triage“: Essentiell für die Entscheidung der Verteilung knapper medizinischer Ressourcen sind die erwartbaren Überlebenschancen sowie die zu erwartende Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, nachdem diese eine Behandlung erhalten haben. Die CMA wirbt dabei bei Risikopatienten für eine Patientenverfügung, die darüber Auskunft gibt, welche zukünftige Lebensqualität persönlich als akzeptabel betrachtet wird oder unter welchen Umständen Beatmungsgeräte oder lebenserhaltende Maßnahmen abgelehnt werden.

Die CMA empfiehlt, dass Angehörige der Gesundheitsberufe aufgrund ihrer kritischen Rolle bei der Bewältigung der Pandemie prioritär versorgt werden sollen. Auch Patienten, die freiwillig an Forschungsvorhaben für mögliche Impfstoffe oder Therapien teilnehmen, sollen bevorzugt behandelt werden.

Zudem sei die zeitliche Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen (etwa eines Beatmungsgerätes oder eines Intensivbettes) bei einer „Triage“ entscheidend. So könnte es auch dazu kommen, dass ein bereits an ein Beatmungsgerät angeschlossener Patient von diesem entfernt wird, falls es einen anderen Patienten mit größeren Überlebenschancen und voraussichtlich schnellerer Regeneration gibt. Dieses Vorgehen kann ohne die Zustimmung des Patienten bzw. seiner Angehörigen beschlossen werden.

¹⁴¹ Auskunft erteilt durch die Canadian Medical Association.

Sollte es zu einer Situation kommen, in der über die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ähnlichen Überlebenschancen entschieden werden muss, nimmt die CMA Abstand vom „first come, first served“-Prinzip. In diesem Fall sollte eine zufällige Auswahl der Patientinnen und Patienten, die eine Behandlung erhalten, stattfinden.

Zuletzt betont die CMA, dass COVID-19-Infizierte keine automatische Priorität gegenüber anderen Patientinnen und Patienten genießen, die ebenfalls auf die Versorgung mit knappen medizinischen Ressourcen angewiesen sind.

Änderungen der Regeln, Vorgaben oder Kriterien in Kanada bzw. der Position der Canadian Medical Association zu „Triage“ durch die SARS-CoV-2-Pandemie

Die CMA betont, dass die Organisation selbst vor der SARS-CoV-2-Pandemie keine Stellung zum Thema „Triage“ bezogen hat. Sie beruft sich in ihrer jetzigen Position auf die Empfehlungen¹⁴² einer Gruppe von Experten, die Mitglieder des Ethik-Komitees der Weltgesundheitsorganisation sind, deren Einschätzungen zur „Triage“ die CMA teilt.

2.8.2. Schweden¹⁴³

Gesetzliche Regeln, Vorgaben oder festgelegte Kriterien zu „Triage“ im schwedischen Gesundheitswesen

Im März 2020 wurde das Zentralamt für das Gesundheits- und Sozialwesen (Socialstyrelsen) von der schwedischen Regierung mit der Ausarbeitung von Richtlinien über „Triage“¹⁴⁴ beauftragt. Der schwedische Reichstag legte hierfür eine Reihe ethischer Prinzipien als Grundlage der Richtlinien für die Priorisierung im Falle einer „Triage“ fest. Im Vordergrund stehen dabei die drei Prinzipien des menschlichen Wertes, des Bedarfes und der Solidarität, sowie der Zweckmäßigkeit bzw. Kosteneffizienz.

Position von Sveriges Läkarsällskapet

Oberste Maxime der schwedischen Position zu „Triage“ ist, dass zunächst alle möglichen Anstrengungen zu unternehmen sind, um eine Situation, in der „Triage“ angewendet werden muss, zu verhindern. Als wichtigster Schritt hierfür wird die Schaffung der größtmöglichen Kapazität an Intensivbetten genannt.

Sollte es jedoch zu einer „Triage-Situation“ kommen, so richtet sich die Priorisierung der Patientinnen und Patienten nach ihrem Bedarf und dem zu erwartenden individuellen Nutzen einer Behandlung. Wichtigstes Kriterium ist hierbei das biologische Alter des Patienten, d. h. die Dauer der zu erwartenden Lebenszeit nach Ende einer erfolgreichen Behandlung.

Das schwedische Modell sieht eine Einstufung der Patientinnen und Patienten in drei Kategorien mit unterschiedlich hohen Prioritäten vor: Höchste Priorität für eine Behandlung haben demnach schwer kranke Patientinnen und Patienten, deren Lebenserwartung durch

¹⁴² Emanuel et al. (2020): Fair Allocation Of Scarce Medical Resources In The Time Of Covid-19. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

¹⁴³ Auskunft erteilt durch Sveriges Läkarsällskapet.

¹⁴⁴ Socialstyrelsen (2020): Nationella Principer För Prioritering Inom Intensivvård Under Extraordinära Förhållanden. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/nationella-prioriteringar-intensivvarden.pdf> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

eine erfolgreiche Behandlung auf mehr als 12 Monate geschätzt wird. Innerhalb dieser ersten Gruppe von Patienten gibt es wiederum Abstufungen, die auf dem grundlegenden Kriterium des biologischen (aber nicht des chronologischen) Alters beruhen. In die zweite Kategorie werden Patientinnen und Patienten mit ernsthaften Vorerkrankungen und/oder schwerwiegenden Beeinträchtigungen eingeordnet, deren Lebenserwartung durch eine Behandlung auf 6 bis 12 Monate geschätzt wird. In die dritte Kategorie mit der niedrigsten Priorität fallen Patientinnen und Patienten mit äußerst geringen Überlebenschancen, die eine Intensivbehandlung nur nach einer Beratung mit ihren Angehörigen erhalten würden.

Der Abbruch einer intensivmedizinischen Behandlung eines Patienten, um im Gegenzug einen anderen Patienten versorgen zu können, der nach dem schwedischen Kategoriensystem eine höhere Priorität zukommt, ist nur nach Absprache und Einwilligung mit dem betroffenen Patienten bzw. dessen Angehörigen erlaubt. Dem Patienten muss zudem eine Fortführung der medizinischen Versorgung zugesichert werden, wenn diese gewünscht ist.

Änderungen der Regeln, Vorgaben oder Kriterien in Schweden bzw. der Position von Sveriges Läkarsällskapet zu „Triage“ durch die SARS-CoV-2-Pandemie

Die schwedischen Richtlinien zu „Triage“ sind aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie entwickelt worden.

2.8.3. Spanien¹⁴⁵

Gesetzliche Regeln, Vorgaben oder festgelegte Kriterien zu „Triage“ im spanischen Gesundheitswesen

In jeder der Autonomen Gemeinschaften Spaniens gibt es laut Auskunft der Organización Médica Colegial de España ein standardisiertes Verfahren für die Ersteinschätzung von Notfällen. Zum einen wird das sogenannte Manchester-Triage-System (MTS) und zum anderen das Spanische Triage-System (SET) verwendet. Beide Verfahren unterteilen Patienten und die Priorität ihrer Behandlung anhand von fünf Kategorien. Die Verfahren werden allgemeingültig und damit unabhängig von der spezifischen Notfall-/„Triage-Situation“ angewendet. Sie sind von der Spanischen Gesellschaft für Notfallmedizin (Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias) anerkannt.

Position der Organización Médica Colegial de España

Die von der Bundesärztekammer befragte Organización Médica Colegial de España unterstützt die Position der Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, die die Verwendung der zwei unterschiedlichen „Triage-Systeme“ in Spanien begrüßt, da so ein strukturierter, einheitlicher und reproduzierbarer Mechanismus Anwendung finde.

Änderungen der Regeln, Vorgaben oder Kriterien in Spanien bzw. der Position der Organización Médica Colegial de España zu „Triage“ durch die SARS-CoV-2-Pandemie

Das Verfahren bei „Triage“ wurde durch die SARS-CoV-2-Pandemie in Spanien nicht verändert.

¹⁴⁵ Auskunft erteilt durch die Organización Médica Colegial de España.

2.8.4. USA¹⁴⁶

Gesetzliche Regeln, Vorgaben oder festgelegte Kriterien zu „Triage“ im US-amerikanischen Gesundheitswesen

Die American Medical Association hat eine Reihe von Kriterien entwickelt, die Ärzte im Fall einer „Triage“ anwenden sollen. Die Empfehlungen der AMA basieren vor allem auf den grundlegenden Kriterien des medizinischen Bedarfes des Patienten, der Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung, sowie auf der zu erwartenden individuellen Lebensqualität und Lebensdauer des Patienten nach erfolgreicher Behandlung. Die AMA setzt sich dafür ein, dass Ärzte in einer möglichen „Triage-Situation“ ihr Vorgehen anhand transparenter, regelgeleiteter und objektiver Vorgaben ausrichten können.

Position der American Medical Association

Aus der Position der AMA zum Thema „Triage“ geht klar hervor, dass die höchste Priorität Patientinnen und Patienten zukommen soll, bei denen entweder ein frühzeitiger Tod durch unmittelbare Lebensgefahr verhindert werden soll, oder bei Patienten bei denen davon auszugehen ist, dass sie am schnellsten und langfristig von einer Behandlung profitieren. Der Umfang des zu erwartenden Verbrauchs von Ressourcen durch die Behandlung eines Patienten kann laut AMA als weiteres, sekundäres Kriterium bei einer „Triage“ aufgeführt werden. Das bedeutet etwa auch, dass die Verteilung knapper Ressourcen wiederholt evaluiert werden sollte, um so den maximalen gesundheitlichen Nutzen für die größte Gruppe von Patientinnen und Patienten zu erzielen. Im Einzelfall kann das bedeuten, dass ein Patient, der trotz einer intensivmedizinischen Behandlung weiterhin geringe Überlebenschancen hat, nur noch palliativ versorgt wird, um Patienten mit größeren Überlebenschancen umfassender versorgen zu können.

Sollte es zu einer Situation kommen, in der über die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ähnlichen Überlebenschancen entschieden werden muss, nimmt die AMA Abstand vom „first come, first served“-Prinzip. In diesem Fall sollte eine zufällige Auswahl der Patienten, die eine Behandlung erhalten, stattfinden.

Ferner empfiehlt die AMA, dass in die Entscheidung bei einer „Triage“ nicht nur ein einzelner Arzt eingebunden werden sollte. Um die psychologische Belastung für eine Einzelperson zu verringern, sollte die „Triage“ in einem Team von Ärzten abgestimmt werden.

Änderungen der Regeln, Vorgaben oder Kriterien in den USA bzw. der Position der American Medical Association zu „Triage“ durch die SARS-CoV-2-Pandemie

Bereits vor Ausbruch der Pandemie hat die American Medical Association ethische Leitlinien¹⁴⁷ für die Verteilung medizinischer Ressourcen im Fall einer Verknappung veröffentlicht. Diese Leitlinien wurden bei Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie entsprechend aktualisiert.

¹⁴⁶ Auskunft erteilt durch die American Medical Association.

¹⁴⁷ American Medical Association (2017): Allocating Limited Health Care Resources. Link: <https://policysearch.ama-assn.org/policyfinder/detail/11.1.3%20Allocating%20Limited%20Health%20Care%20Resources?uri=%2FAMADoc%2FEthics.xml-E-11.1.3.xml> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

2.8.5. Vereinigtes Königreich¹⁴⁸

Gesetzliche Regeln, Vorgaben oder festgelegte Kriterien zu „Triage“ im britischen Gesundheitswesen

Vor Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie gab es lediglich die vom nationalen Committee on the Ethical Aspects of Pandemic Influenza (CEAPI) entwickelten ethischen Grundsätze zur „Triage“. In diesem Jahr haben jedoch mehrere Berufsorganisationen und Regulierungsstellen, darunter auch die von der Bundesärztekammer konsultierte British Medical Association (BMA), Leitlinien zu „Triage“ für das Vereinigte Königreich entwickelt

Die von der BMA veröffentlichten Leitlinien zu den ethischen Fragen einer „Triage“ fußen rechtlich auf den Regeln, die die Verteilung von Transplantationsorganen betreffen. Diese wurden vom Court of Appeal (Berufungsgericht für England und Wales) in seiner Rechtsprechung wiederholt bestätigt.

Position der British Medical Association

In der Stellungnahme der British Medical Association zum Thema „Triage“ in der SARS-CoV-2-Pandemie¹⁴⁹, die einer umfassenden Konsultation aller relevanten nationalen Stakeholder vorangegangen war, werden nicht nur Verfahrensvorgaben für Ärzte, sondern auch konkrete Kriterien bei der Priorisierung medizinischer Hilfeleistung genannt. Ziel dabei sei es, den größtmöglichen medizinischen Nutzen für die größtmögliche Anzahl von Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Zentral bei einer „Triage“ ist laut BMA die Identifikation klinisch relevanter Faktoren, die eine Prognose des Arztes über den zu erwartenden Behandlungserfolg eines Patienten zulassen. Die BMA betont, dass weder Alter noch Vorerkrankungen oder Behinderungen pauschal als nachteilige klinisch relevante Faktoren gewertet werden dürfen¹⁵⁰.

Die BMA stellt unterschiedliche Verfahren für „Triage“ vor. Sie beleuchtet unter anderem das Konzept „First come, first served“, nach dem die Behandlung von Patientinnen und Patienten einer klaren Reihenfolge folgt (zum Beispiel in der Reihenfolge ihrer Einlieferung in ein Krankenhaus). In diesem Fall müsse der Zugang zu Krankenhäusern für jede Person unter den gleichen Voraussetzungen möglich sein.

Vor allem spricht sich die BMA für ein Vorgehen aus, das Patientinnen und Patienten priorisiert, bei denen es zu erwarten ist, dass sie möglichst schnell von einer Behandlung profitieren werden (sog. „capacity to benefit quickly“).

In den Stellungnahmen macht die BMA zudem deutlich, dass trotz der gegenwärtigen Pandemie COVID-19-Patienten im Falle einer „Triage“ nicht automatisch gegenüber anderen Patienten, die aufgrund anderer Gründe ärztlich behandelt werden müssen, priorisiert werden (z. B. bei der Belegung von Intensivbetten).

¹⁴⁸ Auskunft erteilt durch die British Medical Association.

¹⁴⁹ British Medical Association (2020): COVID-19 – Ethical Issues. A Guidance Note. Link: <https://www.bma.org.uk/media/2360/bma-covid-19-ethics-guidance-april-2020.pdf> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

¹⁵⁰ British Medical Association (2020): Statement/Briefing About The Use Of Age And/Or Disability In Our Guidance. Link: <https://www.bma.org.uk/media/2358/bma-statement-about-ethics-guidance-and-disability-april-2020.pdf> (letzter Zugriff: 23.10.2020).

Zu jeder Zeit werden die Ärzte dazu angehalten, ihre Entscheidungen bei der „Triage“ vollständig und transparent zu dokumentieren. Zudem ist die vorherige Absprache mit anderen für die „Triage“ autorisierten Personen laut BMA essentiell.

Änderungen der Regeln, Vorgaben oder Kriterien im Vereinigten Königreich bzw. der Position der British Medical Association zu Triage durch die SARS-CoV-2-Pandemie

Die British Medical Association betont, dass die gegenwärtige SARS-CoV-2-Pandemie zu einer Klarstellung und Spezifizierung der „Triage“-Leitlinien für Ärzte bei Notfällen im Bereich der öffentlichen Gesundheit geführt hat.

2.8.6. Italien

Das italienische Institut für Anästhesie, Analgesie, Wiederbelebung und Intensivmedizin (SIAARTI)¹⁵¹ veröffentlichte im März 2020, und damit auf dem Höhepunkt der SARS-CoV-2-Pandemie in Italien, eine – auch international – vielbeachtete Stellungnahme¹⁵² mit Empfehlungen für die Verteilung intensivmedizinischer Ressourcen in außergewöhnlichen, ressourcenbegrenzten Umständen.

Die Stellungnahme betont, dass Situationen, in denen „Triage“ angewendet werden müsse, unbedingt verhindert werden sollten. Daher sollten intensivmedizinische Kapazitäten, vor allem Intensivbetten, so weit wie möglich ausgebaut und erweitert werden. Eine andere Maßnahme, um eine „Triage-Situation“ zu vermeiden, könne aber auch die Verlegung von Patientinnen und Patienten in weniger ausgelastete Krankenhäuser darstellen.

Ist jedoch eine Verknappung intensivmedizinischer Ressourcen eingetreten, sollten zunächst die Patientinnen und Patienten mit den größten Überlebenschancen prioritär behandelt werden. Wichtiges Kriterium für die Entscheidung von Ärzten, welchen Patienten medizinische Ressourcen zukommen sollen, kann unter Umständen so ihre noch zu erwartenden Lebenszeit sein. Im Extremfall könne dies auch dazu führen, dass eine Altersgrenze für die Behandlung von Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen eingeführt werden müsse. Eine solche Altersgrenze wird als das letzte Mittel angesehen, um bei einer extremen Verknappung intensivmedizinischer Ressourcen, weiterhin den größtmöglichen medizinischen Nutzen für eine größtmögliche Gruppe von Patientinnen und Patienten garantieren zu können. Ob ein Patient aufgrund einer SARS-CoV-2-Infektion oder wegen einer anderen Erkrankung eine intensivmedizinische Behandlung benötigt, spielt dabei keine Rolle.

SIAARTI betont, dass die von Ärzten anzuwendenden Kriterien bei der Priorisierung von Patientinnen und Patienten im Falle einer Ressourcenknappheit stets situationsabhängig seien und daher mit einer gewissen Flexibilität anzuwenden seien. Es sei aber immer notwendig, dass Patienten und/oder ihre Angehörigen stets vollständig und transparent über Entscheidungen, die die Aufnahme, den Abbruch oder die Verweigerung einer intensivmedizinischen Behandlung betreffen, informiert und aufgeklärt werden müssten.

¹⁵¹ Italienischer Name: Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva

¹⁵² SIAART (2020): Clinical Ethics Recommendations For The Allocation Of Intensive Care Treatments, In Exceptional, Resource-Limited Circumstances (Englische Version). Link: <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>

2.8.7. Schweiz

Die Schweizer Akademie der Wissenschaften (SAMW) hat zu Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) Richtlinien¹⁵³ ausgearbeitet, die Ärztinnen und Ärzten konkrete Handlungsempfehlungen bei einer Verknappung intensivmedizinischer Ressourcen geben. Das Dokument ergänzt die Richtlinien der SAMW zu intensivmedizinischen Maßnahmen und betrifft den Teil, der am Coronavirus erkrankten Patientinnen und Patienten, die auf eine Intensivbehandlung angewiesen sind. Sowohl SARS-CoV-2-Infizierte als auch andere Patienten, die Intensivpflege benötigen, sollen nach denselben Kriterien behandelt werden. Am 4. November 2020 wurden die Richtlinien für „Triage“ bei Ressourcenknappheit aktualisiert¹⁵⁴.

Eine entscheidende Veränderung gegenüber den Richtlinien aus dem März 2020 betrifft die in der Zwischenzeit vom Bund neu geschaffene nationale Koordinationsstelle. Diese soll die optimale Auslastung aller in der Schweiz vorhandenen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sicherstellen. SAMW und SGI empfehlen, dass das nationale Koordinationsorgan auch die Aufgabe übernehmen sollte, festzulegen, ab wann in der Schweiz eine Situation erreicht ist, in der „Triage“-Entscheidungen unumgänglich werden. So soll sichergestellt werden, dass zunächst sämtliche Ressourcen bestmöglich ausgenutzt werden, bevor einzelne Krankenhäuser dazu gezwungen sind, „Triage“ anzuwenden.

Das Dokument nennt eine Reihe von Parametern, die bei der Priorisierung von Patientinnen und Patienten im Falle einer intensivmedizinischen Ressourcenverknappung anzuwenden sind. Unter der Zielsetzung möglichst viele Menschenleben zu retten, ist bei einer Überlastung der Intensivkapazitäten für die Triage die kurzfristige Prognose entscheidend. Wichtige Faktoren, die die ärztliche Entscheidung leiten sollten, sind hierbei etwa, ob bereits ein chronisches Organversagen im Endstadium vorliegt, sowie das Ausmaß etwaiger Vorerkrankungen, das Alter bzw. die Lebenserwartung, und die allgemeine Gebrechlichkeit des Patienten. Eine Priorisierung aufgrund von sozialem Status oder zufälliger Auswahl wird strikt abgelehnt. In der aktualisierten Fassung des Dokuments werden Faktoren wie das Alter, eine Behinderung oder eine Demenz genau wie in der Vorgängerversion als „Triage“-Kriterium abgelehnt. Allerdings werden sie in der neueren Fassung als Indizien für den körperlichen Allgemeinzustand einer Person präzisiert. Um diesen besser bewerten zu können, berücksichtigen die Richtlinien nun auch die Fragilität. Die neunstufige und validierte „Clinical Frailty Scale“ bietet hierfür eine zusätzliche Hilfestellung. Die seit März eingegangenen Rückmeldungen diverser Fachorganisationen haben zudem dazu geführt, dass der Liste mit Triagekriterien noch zusätzliche Punkte in Bezug auf die Aufnahme oder die Nichtaufnahme von Patientinnen und Patienten auf die Intensivstation, beigelegt worden sind.

Ferner wird empfohlen, dass die Entscheidungen - wenn immer möglich - im interprofessionellen Team getroffen werden unter Leitung erfahrener Personen; die Letztverantwortung trägt die ranghöchste Intensivmedizinerin bzw. der ranghöchste Intensivmediziner vor Ort. Zudem sei die Anwendung „fairer Rationierungskriterien und

¹⁵³Akademie der Wissenschaften Schweiz (2020): Intensivmedizin: Triage bei Engpässen. Link: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>.

¹⁵⁴<https://www.samw.ch/de.html> (letzter Zugriff: 09.11.2020).

fairer Prozesse“ und deren Dokumentation essentiell, um Entscheidungen transparent und nachvollziehbar darlegen zu können.

2.8.8. Österreich

Die österreichische Bioethikkommission veröffentlichte im März 2020 eine Stellungnahme mit einer Reihe von Empfehlungen „zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der SARS-CoV-2-Pandemie¹⁵⁵“. Bei der Kommission handelt es sich um ein Beratungsgremium mit Geschäftsstelle im Bundeskanzleramt. Sie berät den österreichischen Bundeskanzler in Fragen auf dem Gebiet der Humanmedizin und Humanbiologie, die sich aus ethischer Sicht ergeben.

Die Bioethikkommission betont, dass auch im Falle einer Verknappung medizinischer Ressourcen die Einhaltung ethischer Kriterien, so weit wie es möglich ist, erfüllt werden müsse. Eine Grundrechtsbindung, insbesondere das Recht auf Gleichheit und das Recht auf Gleichstellung, müssten gewährleistet werden.

Zur Bewältigung dilemmatischer Entscheidungssituationen bei einer intensivmedizinischen Knappheit spricht sich die Bioethikkommission zunächst für eine Entschärfung der Situation aus. Konkret bedeutet dies, dass bei allen Patientinnen und Patienten zunächst festgestellt werden müsse, ob diese eine Intensivtherapie auch wirklich benötigen. So sollte überprüft werden, ob ein Patient unter Umständen auch auf einer Normalstation behandelt und stabilisiert werden könnte, oder in einer Patientenverfügung eine mögliche intensivmedizinische Behandlung bereits im Vorfeld durch den Patienten abgelehnt worden ist. Zudem kann es auch sein, dass von einer Intensivtherapie abgesehen werden sollte, wenn diese für den Patienten faktisch aussichtslos ist.

Als Handlungsorientierung für Ärzte diene das Ziel mit den absolut knappen Ressourcen in einer „Triage-Situation“ so viele Menschen wie möglich zu retten. Maßgeblicher Orientierungspunkt hierfür sei die Prognose der kurzfristigen Überlebenschancen, sowie die Vermeidung einer chronisch-kritischen Erkrankung, d.h. der Sicherung des Überlebens in Abhängigkeit von ständigen und irreversiblen intensivmedizinischen Maßnahmen. Zu Faktoren, die unter keinen Umständen als mögliche Kriterien herangezogen werden dürfen, zählen unter anderem das kalendarische Alter, die von außen attestierte Lebensqualität oder der soziale Status des Patienten, sowie die persönliche Beziehung zu den ärztlichen Entscheidungsträgern.

Eine kollegiale Beratung wird dringend empfohlen, wenn die intensivmedizinische Therapie eines Patienten zugunsten eines anderen Patienten mit einer höheren kurzfristigen Überlebenschance abgebrochen werden soll. Ein Behandlungsabbruch könne laut Bioethikkommission im Kontext rechtsethischer Werte und rechtlicher Normen nicht gerechtfertigt werden. In einem Katastrophenfall fände jedoch die Anerkennung des entschuldigenden Notstands (z. B. im österreichischen Strafgesetzbuch) Anwendung.

¹⁵⁵ Bioethikkommission (2020): Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie. Stellungnahme der Bioethikkommission. Link: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/pressemitteilungen-bioethik/stellungnahme-zum-umgang-mit-knappen-ressourcen-in-der-gesundheitsversorgung-im-kontext-der-covid-19-pandemie.html>.

2.9. Sollte die Triage in Deutschland gesetzlich geregelt werden? Welche Vor- bzw. Nachteile wären damit verbunden?

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat im Mai 2020 eine „Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels“¹⁵⁶ beschlossen, in der es heißt: „Auch nach Überzeugung der Bundesärztekammer handeln Ärztinnen und Ärzte rechtmäßig, wenn sie in einer Situation existentieller Knappheit unter sorgfältiger Berücksichtigung der Berufsordnung und des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse einzelfallbezogene Entscheidungen über die Allokation (intensiv-)medizinischer Ressourcen treffen.“

Das impliziert die Feststellung, dass sich Ärztinnen und Ärzte nicht strafbar machen, wenn sie bei Kapazitätsengpässen, insbesondere auf Intensivstationen, unter Berücksichtigung fachlicher Kriterien wie insbesondere der Dringlichkeit und Erfolgsaussicht, berufsethischer Grundsätze sowie unter Würdigung des aktuellen Stands der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft eine einzelfallbezogene Entscheidung zur priorisierten Allokation medizinischer Ressourcen treffen.

Der Bundesgerichtshof hat in seiner Entscheidung vom 12.07.1967 – 2 Ss 416/67 festgestellt, dass der Beruf des Arztes, was keiner Ausführungen im Einzelnen bedürfe, in einem hervorragenden Maß ein Beruf sei, in dem die Gewissensentscheidung des einzelnen Berufsangehörigen im Zentrum der Arbeit stehe. Und weiter: „In den entscheidenden Augenblicken seiner Tätigkeit befindet sich der Arzt in einer unvertretbaren Einsamkeit, in der er - gestützt auf sein fachliches Können - allein auf sein Gewissen gestellt ist.“

Die Bundesärztekammer teilt diese Auffassung: Die Entscheidung bei knappen Ressourcen muss letztlich eine ärztliche bleiben und kann nicht juristisch gelöst werden. Spezifische gesetzliche Vorgaben, die etwa ein Verfahren beschreiben, sind nicht geeignet, diesen sensiblen Entscheidungsprozess, der im höchsten Maße einzelfallabhängig zu erfolgen hat und in der Regel keinen zeitlichen Aufschub duldet, angemessen zu lenken. Auf solche Situationen wird der Arzt zudem schon in seiner Ausbildung, verstärkt aber in seiner Weiterbildung, vorbereitet. Auf Basis der Weiterbildungsordnungen wird in allen Fachgebieten neben den ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Grundlagen ärztlichen Handelns als Handlungskompetenz die Vertiefung und Stärkung berufsspezifischer Haltungen zum Wohl des Patienten vermittelt; diese beruhen u. a. auf ärztlicher Expertise und anerkannten ethischen Grundsätzen.

Wie oben gezeigt, sind Priorisierungsentscheidungen angesichts knapper Ressourcen nicht nur auf die Frage der Zuweisung von Behandlungsplätzen auf Intensivstationen beschränkt und sie erfordern nicht nur in der Situation, die Gegenstand der Verfassungsbeschwerde ist, sondern immer wieder sehr individuelle, unverzüglich zu treffende Einzelfallentscheidungen. Das steht nach Auffassung der Bundesärztekammer einer gesetzlichen Regelung der „Triage“ zur Allokation medizinischer Ressourcen im Falle eines Kapazitätsmangels infolge einer Pandemie entgegen.

¹⁵⁶ Orientierungshilfe der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 2020, S. A 1084.

Es kann, aber auch muss darauf vertraut werden, dass der Arztberuf ein seiner Natur nach freier Beruf ist. Der Arzt ist durch das Berufsrecht verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen, indem er sein ärztliches Handeln am Wohl der Patienten ausrichtet. Daher spricht sich die Bundesärztekammer gegen eine gesetzliche Regelung aus. Aufgrund der Pflichtkollision, in der sich die Ärztinnen und Ärzte befinden, handeln Ärztinnen und Ärzte nach Überzeugung der Bundesärztekammer rechtmäßig, wenn sie in einer Situation existentieller Knappheit einzelfallbezogene Entscheidungen über die Allokation (intensiv-)medizinischer Ressourcen treffen.