

SWR2 Wissen

## Triage in der Corona-Krise

Wie Ärzte über Leben und Tod entscheiden

Von Tassilo Hummel

Sendung: Donnerstag, 9. April 2020, 8:30 Uhr

Redaktion: Sonja Striegl

Regie: Sonja Striegl

Produktion: SWR 2020

**Nur ein Beatmungsgerät, aber zwei Schwerkranke. Ärzte und Pflegekräfte hoffen, dass diese Situation in Deutschland nicht eintritt. Wie sollten sie in diesem Extremfall entscheiden?**

SWR2 Wissen können Sie auch im **SWR2 Webradio** unter [www.SWR2.de](http://www.SWR2.de) und auf Mobilgeräten in der **SWR2 App** hören – oder als **Podcast** nachhören:  
<https://www.swr.de/~podcast/swr2/programm/swr2-wissen-podcast-102.xml>

---

### Bitte beachten Sie:

Das Manuskript ist ausschließlich zum persönlichen, privaten Gebrauch bestimmt. Jede weitere Vervielfältigung und Verbreitung bedarf der ausdrücklichen Genehmigung des Urhebers bzw. des SWR.

---

### Kennen Sie schon das Serviceangebot des Kulturradios SWR2?

Mit der kostenlosen SWR2 Kulturkarte können Sie zu ermäßigten Eintrittspreisen Veranstaltungen des SWR2 und seiner vielen Kulturpartner im Sendegebiet besuchen. Mit dem Infoheft SWR2 Kulturservice sind Sie stets über SWR2 und die zahlreichen Veranstaltungen im SWR2-Kulturpartner-Netz informiert. Jetzt anmelden unter 07221/300 200 oder [swr2.de](http://swr2.de)

### Die SWR2 App für Android und iOS

Hören Sie das SWR2 Programm, wann und wo Sie wollen. Jederzeit live oder zeitversetzt, online oder offline. Alle Sendung stehen mindestens sieben Tage lang zum Nachhören bereit. Nutzen Sie die neuen Funktionen der SWR2 App: abonnieren, offline hören, stöbern, meistgehört, Themenbereiche, Empfehlungen, Entdeckungen ...  
Kostenlos herunterladen: [www.swr2.de/app](http://www.swr2.de/app)

## MANUSKRIFT

### **Über Atmo, Sprecherin:**

Berlin, Bundespressekonferenz, vorgestern, am Dienstag den 7. April. Vor die Hauptstadtspresse tritt Steffen Augsberg. Er ist Professor für Staatsrecht und Sprecher des Deutschen Ethikrates. Es geht um die Corona-Krise und das Problem der „Triage“:

### **O-Ton 1 Prof. Steffen Augsberg:**

Der Begriff umschreibt, die wahrscheinlich dramatischste, jedenfalls am unmittelbarsten erlebbare und in den Nachbarländern ja leider bereits auch erlebte Herausforderung der aktuellen Krise. In Situationen echter Knappheit – hier geht es vor allem um Beatmungsplätze – ist die Verteilungsentscheidung im Wortsinn existentiell. Mit dieser Entscheidung wird bestimmt, wer leben darf und wer sterben muss.

### **Ansage:**

Triage in der Corona-Krise – Wie Ärzte über Leben und Tod entscheiden.  
Von Tassilo Hummel.

### **Sprecherin:**

Seit Tagen bereitet sich das deutsche Gesundheitssystem auf den Höhepunkt der Corona-Krise vor, der Ende April erwartet wird. Intensivbetten werden eingerichtet, Beatmungsgeräte beschafft. Baden-Württemberg etwa hat von 2200 auf 3800 Betten aufgestockt. Immer mehr Menschen zerbrechen sich den Kopf über die Frage: Wer wird zuerst behandelt? Wer später? Und wer gar nicht? Mediziner nennen dieses Entscheidungsverfahren „Triage“. Bekannt ist es aus der Kriegsmedizin und von großen Katastrophen und Unfällen. Dass jedoch das gesamte Gesundheitssystem eines Landes herausgefordert wird, hat es so noch nie gegeben. Der Gießener Staatsrechtler Steffen Augsberg bei der Pressekonferenz am Dienstag:

### **O-Ton 2 Steffen Augsberg:**

Grundlegender und schwieriger können ethische und auch rechtliche Fragen kaum sein. In solchen im Wortsinne tragischen Situationen gibt es dementsprechend auch keine gute, sondern allenfalls eine vorzugswürdige Entscheidung.

### **Sprecherin:**

Wie diese zu treffen ist, darüber denken derzeit nicht nur Ärztinnen und Ärzte nach, sondern auch Expertinnen und Experten der Ethik und Rechtswissenschaften und Bürgerinnen und Bürger. Beeinflusst werden sie dabei von Nachrichten aus dem Ausland – aus Ländern, von denen wir Bilder von verzweifelte[n] Ärzten gesehen haben, die nicht wissen, wie sie *allen* schwer Erkrankten helfen sollen. Wir haben für SWR2 Wissen Korrespondenten gebeten, die Situation zusammenzufassen.

*Sound*

### **Sprecherin:**

Aus Madrid Oliver Neuroth:

**KB Neuroth:**

In Spanien sind die Intensivstationen vieler Krankenhäuser längst am Limit angelangt, vor allem in der Hauptstadt Madrid und in Barcelona. (...) Für Diskussionen sorgt in Spanien ein internes Schreiben der katalanischen Regionalregierung: Sie empfiehlt Rettungskräften, bei Patienten mit einer „sehr schlechten Prognose oder kurzer Lebenserwartung“ zu prüfen, ob eine Behandlung im Krankenhaus noch sinnvoll sei. Für Patienten, die älter als 80 Jahre sind, solle der therapeutische Aufwand begrenzt werden. (...)

**Sprecherin:**

Aus New York Peter Mücke:

**KB Mücke:**

Auf die Frage, wie der Bundesstaat New York entscheiden würde, wenn die Beatmungsgeräte knapp werden, will Gouverneur Andrew Cuomo lieber nicht antworten. „Ich möchte nicht über diese Konsequenz nachdenken“, sagt er auf die Frage eines Reporters. Es gebe da kein Verfahren. Doch das stimmt nicht. Seit 2015 gibt es Leitlinien, die über ein Jahrzehnt von Bioethik-Experten entwickelt worden sind. Anhand verschiedener Kriterien wie Alter oder Vorerkrankungen wird ermittelt, wie wahrscheinlich es ist, dass ein Patient von einer Beatmungstherapie profitiert. (...) Unklar ist, ob der New Yorker Gouverneur die Krankenhäuser anweisen muss, diese Leitlinie anzuwenden. (...)

**Sprecherin:**

Aus Paris Kathrin Hondl:

**KB Hondl:**

Werden alte Menschen in der aktuellen Krise medizinisch benachteiligt? Zwei Patientenvereinigungen in Frankreich befürchten das und haben deshalb eine offizielle Anfrage an den französischen Staatsrat gerichtet. (...) Frankreichs Gesundheitsminister Olivier Véran wies die Befürchtungen zurück. Eine solche Triage von Corona-Patienten sei für ihn "unvorstellbar, so Véran am vergangenen Freitag. Eine Ärztin im Pariser Krankenhaus Lariboisière sagte dem ARD-Studio Paris auf Anfrage, bislang seien alle schwer Erkrankten, die Beatmungs- oder Reanimationsgeräte brauchten, ausnahmslos auch versorgt worden. ... Es gebe auch keine Anweisungen, etwa besonders alte oder an Vorerkrankungen leidende Corona-Patienten von der Reanimationsmedizin auszuschließen.

*Sound weg*

**Sprecherin:**

Besonders Berichte aus dem Elsass gaben Anlass zur Sorge. Die Region ist eines der Krisenzentren der Corona-Pandemie in Europa. So berichtete vor zwei Wochen eine Ärzte-Delegation aus Tübingen über die Situation in Straßburg, dass über 80-Jährige in den überfüllten Kliniken nicht mehr beatmet würden. Ein Vorwurf, den die Krankenhausleitung der dortigen Universitätskrankenhäuser etwas halbherzig entkräftete - unter Verweis darauf, dass dies rechtlich nicht vorgesehen sei. Zum von SWR2 Wissen angefragten Interview kam es leider nicht.

Ähnliches war jedoch in anonymen Berichten von Pflegekräften in französischen Medien zu lesen. Viele besorgte Bürgerinnen und Bürger fragten sich daraufhin, ob solche Zustände auch in Deutschland drohen? Die Ärztin und Philosophin Prof. Alena Buyx „Büx“):

**O-Ton 3 Alena Buyx:**

Solange wir davon ausgehen müssen, dass es nicht unrealistisch ist, dass wir auch in Kapazitätsüberschreitungsszenarien geraten, müssen wir uns gut vorbereiten und ich denke, da sind sich auch all die Beteiligten einig und deswegen gibt es auch schon die verschiedenen Papiere.

**Sprecherin:**

Alena Buyx (Büx) leitet das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der TU München und ist Mitglied im Deutschen Ethikrat. Der Ethikrat hat am 27. März die „Ad-hoc-Empfehlung Solidarität und Verantwortung“ zur Corona-Krise herausgegeben. Das knappe Papier war eine Reaktion auf eine Veröffentlichung von sieben ärztlichen Fachgesellschaften, unter ihnen Intensiv-, Notfall-, Lungen- und Palliativmediziner. In ihrem Dokument vom 21. März heißt es:

**Zitator:**

„Nach aktuellem Stand der Erkenntnisse zur COVID-19-Pandemie ist es wahrscheinlich, dass auch in Deutschland in kurzer Zeit und trotz bereits erfolgter Kapazitätserhöhungen nicht mehr ausreichend intensivmedizinische Ressourcen für alle Patienten zur Verfügung stehen, die ihrer bedürften.“

**Sprecherin:**

Diese Formulierung – *dass eine Überlastung der Intensivkapazitäten auch in Deutschland „wahrscheinlich“ sei* – sorgte für Kritik. Juristen, Ethiker und Mediziner warfen den Fachgesellschaften vor, sie würden Panik schüren.

**O-Ton 4 Leo Latasch:**

Ich persönlich glaube nicht, dass wir tatsächlich wie einige der Fachgesellschaften meinen, nun unausweichlich in diese Situation reinkommen werden, wie sie in Italien, Frankreich oder Spanien aussieht. Man darf nicht vergessen, das sind alles Länder, die teilweise noch nicht einmal ein Fünftel von dem an Betten oder Beatmungsgeräte, die wir hier zur Verfügung stellen können, die weder das Personal haben noch Geld in das Gesundheitssystem in den letzten 10 Jahren in dieser Größenordnung reingesteckt haben.

**Sprecherin:**

So sieht das Prof. Leo Latasch. Er ist einer der leitenden Notärzte der Stadt Frankfurt am Main und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin. Der Arzt kritisierte im Interview mit SWR2 Wissen, dass man - Stand 7. April - nicht vorhersagen könne, ob es auch in Deutschland überhaupt zur Triage-Situation kommen werde.

In der Tat stehen hierzulande mehr als dreimal so viele Intensivbetten pro Einwohner wie in Italien zur Verfügung und fast doppelt so viele wie in Frankreich.

Allerdings sieht auch Latasch die Notwendigkeit, sich mit der Frage der Kapazitätsgrenzen ernsthaft auseinanderzusetzen:

**O-Ton 5 Leo Latasch:**

Aber Sie können zum Beispiel im Rahmen eines Großschadens-Ereignisses mal in eine solche Situation kommen, dass dann vor Ort nicht genügend Material da ist, um alle Patienten zu versorgen und es ist grundsätzlich nicht falsch, dass man sich Gedanken darüber gemacht hat: Was passiert, wenn ich mehr Patienten als vorhandenes Material habe?

**Sprecherin:**

Triage-Situationen sind also auch in Deutschland zumindest dann zu erwarten, wenn in einer stark Corona belasteten Region zusätzlich ein schwerer Verkehrsunfall passiert, bei dem Verletzte ebenfalls auf der Intensivstation behandelt werden müssen. Eine solche Situation habe er in den fast vierzig Jahren seiner Karriere noch nie erlebt, sagt Latasch:

**O-Ton 6 Leo Latasch:**

Ich kenne auch niemanden, der das je erlebt hat, weil wir noch gottseidank seit Ende des Krieges je in der Lage waren, darüber entscheiden zu müssen. Es gibt vielleicht Militärärzte, die in einer kleineren Lage schon entscheiden mussten, weil einfach nicht genügend Ressourcen da waren, wer wird zuerst gerettet.

*Musik*

**Sprecherin:**

Der Verweis auf die Militärärzte entspricht den historischen Wurzeln der Triage. Das Wort stammt vom französischen „trier“, zu Deutsch: „aussieben“ oder „sortieren.“ Wörtlich bedeutet es „in drei Gruppen einteilen.“ Und genau das taten die Feldärzte von Napoleon Bonaparte während seiner Schlachten. Die Mediziner um den Militärchirurgen Dominique-Jean Larrey entwickelten ein System, das verwundete Soldaten in drei Gruppen einteilte: schwer, mittel und leicht. Verletzte wurden damit abgestuft behandelt. Das Revolutionäre: Die Triage verlief völlig unbeeindruckt vom militärischen Rang und der sozialen Herkunft der Verletzten. Mit seinen „ambulance volante“ – mobilen Feldlazaretten – und der Triage-Technik rettete der Militärarzt Larrey Zehntausenden französischen Soldaten das Leben.

*Musik aus*

**Sprecherin:**

Die moderne medizinische Triage, wie sie etwa im NATO-Handbuch beschrieben wird, fußt heute auf denselben Gedanken: Die begrenzten Ressourcen sollen so eingesetzt werden, dass so viele Menschen wie möglich gerettet werden. Diese Methode nutzen auch Sanitäter bei Massenunfällen oder anderen Katastrophen. Mit der Zeit kam ein weiteres Auswahlkriterium hinzu: das der medizinischen Heilungschancen. Knappe Ressourcen sollen nur für jene verwendet werden, denen auch wirklich geholfen werden kann. Wenn Notärzte die Unfallopfer sichten, teilen

Sie sie je nach Dringlichkeit und Rettungschancen daher in **vier** Kategorien ein. Sie binden ihnen Anhängerkärtchen mit einem Farbcode um:

**Zitator:**

Rot – Verletzte oder erkrankte mit vitaler Gefährdung der Atmung, des Bewusstseins oder des Kreislaufs, die sofort behandlungsnötig sind und dringend in die Notaufnahme müssen

Gelb – Verletzte oder erkrankte ohne vitale Gefährdungen, die innerhalb von vier bis sechs Stunden im Krankenhaus behandelt werden müssen

Grün – Verletzte oder Erkrankte mit geringfügigen Verletzungen, die nicht lebensbedrohlich sind

Blau – Personen ohne Überlebenschancen, die nur noch in ihrem Sterben begleitet werden können.

**Sprecherin:**

In der Corona-Krise würden mögliche Triage-Situationen vor allem innerhalb der ersten, der roten Kategorie entstehen, meint der Frankfurter Notarzt Latasch: Zwischen Patienten, die allesamt in Lebensgefahr schweben. Die dringend künstlich beatmet werden müssen.

**O-Ton 7 Leo Latasch:**

Konkret würde das so aussehen, dass zwei, drei, vier, fünf Patienten mehr oder weniger zur gleichen Zeit eingeliefert werden, die sich alle in einem äußerst schlechten körperlichen Zustand befinden. / Und Sie stehen jetzt da und alle fünf sind beatmungspflichtig. Und jetzt haben sie drei Geräte da. So, und jetzt beginnt ihr großes Dilemma.

**Sprecherin:**

Dieses Dilemma belastet die Ärzte nicht nur psychisch. Es stellt für sie auch ein juristisches Risiko dar.

**O-Ton 8 Prof. Till Zimmermann:**

In der Theorie ist dieses Problem seit Jahrzehnten bekannt (...) Der Gesetzgeber hat es nicht für nötig erachtet, das irgendwo zu regeln. (...) Da finden Sie in den Gesetzbüchern wenig bis gar nichts zu.

**Sprecherin:**

Sagt Till Zimmermann, Professor für Strafrecht an der Universität Trier. In der tragischen Situation, dass Ärzte weniger Beatmungsgeräte als Beatmungspatienten haben, müssten sie also „frei“ entscheiden, wer gerettet wird.

**O-Ton 9 Till Zimmermann:**

Es gab im Jahr 2012 eine Simulation, was passiert, wenn wir es mit einem neuartigen Coronavirus zu tun haben, das unsere Krankenhäuser überlastet, was machen wir? ... Da steht in diesem Bericht, der auch dem Bundestag zugeleitet worden ist: Wir haben gar nichts. Wir haben überhaupt keine Richtlinien. Das war an Deutlichkeit nicht zu überbieten. Es ist nichts geschehen und natürlich zum gewissen Punkt ein Versäumnis des Gesetzgebers.

*Musik*

**Zitator:**

Sollte man in einer Triage-Situation einer alleinerziehenden jungen Mutter gegenüber einem Alleinstehenden älteren Mann den Vorzug gewähren? Sollte man erkrankte Ärzte und Krankenpfleger bevorzugt behandeln, weil diese wiederum Menschen retten können? Was ist, wenn jemand Geld bietet, um zuerst behandelt zu werden? Und wie soll sich eine Ärztin verhalten, deren Mutter in die Intensivstation eingeliefert wird? Sollte man am besten vor der Tragik der Situation kapitulieren und einfach eine Münze werfen? In Ermangelung von Regeln sind Ärztinnen und Ärzte in der Corona-Krise allein ihrem Gewissen unterworfen – sie können und müssen entscheiden, wie sie es für richtig halten.

*Musik aus*

**Sprecherin:**

Um die behandelnden Mediziner in der Corona-Krise zu unterstützen, haben sieben medizinische Fachgesellschaften eilig ein Papier erstellt. Am 25. März legten sie ein Dokument mit Leitlinien vor, in dem das Problem erstmals konkret benannt wird. Darin heißt es:

**Zitator:**

Wenn die Ressourcen nicht ausreichen, muss unausweichlich entschieden werden, welche intensivpflichtigen Patienten akut- oder intensivmedizinisch behandelt und welche nicht – oder nicht mehr – akut- oder intensivmedizinisch behandelt werden sollen. Dies bedeutet eine Einschränkung der sonst gebotenen patientenzentrierten Behandlungsentscheidungen.

**Sprecherin:**

Doch **wie** soll die Auswahl getroffen werden? Alle sind sich einig: Nach Kriterien wie Rasse, Geschlecht, Behinderung, Lebensführung oder nach wirtschaftlichen Gründen darf nicht entschieden werden. Die Fachgesellschaften sehen eine Verpflichtung, mit den beschränkten Ressourcen insgesamt so viele Patienten wie möglich zu behandeln. Daraus folgt:

**Zitator:**

Die Priorisierung von Patienten sollte sich deshalb am Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht orientieren (...). Vorrangig werden dann diejenigen Patienten klinisch notfall- oder intensivmedizinisch behandelt, die dadurch eine höhere Überlebenschance bzw. eine bessere Gesamtprognose - auch im weiteren Verlauf - haben.

**Sprecherin:**

Gesundheitlich fittere Patienten würden damit den Vorrang bekommen gegenüber solchen, die zwar genauso in Lebensgefahr schweben, aber in einem schlechteren Gesundheitszustand sind: Zum Beispiel aufgrund von akuten Erkrankungen neben der Corona-Infektion oder aufgrund von bestimmten Vorerkrankungen, schlechten Laborwerten oder Immunschwächen.

**O-Ton 10 Prof. Uwe Janssens:**

Und wenn das alles zusammengefügt wird, dann wird relativ schnell klar, dass der eine – nehmen wir einen 40-Jährigen, der schon mehrere Schlaganfälle gehabt hat, der wirklich jetzt mit einer schweren Lungenentzündung kommt, vielleicht auch eine Covid-19-Lungenentzündung und wir setzen ihn gegenüber einen 75-Jährigen, der jetzt mit einem akuten Herzinfarkt kommt. Und es wird dann so sein, dass wenn wir nur noch zwei Ressourcen haben, dann wird man nicht, definitiv nicht, nach dem reinen Alter entscheiden.

**Sprecherin:**

Das versicherte Prof. Uwe Janssens, der Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, kurz DIVI, gegenüber dem SWR-Fernsehen. Janssens war maßgeblich an den Empfehlungen beteiligt. Auch der Arzt und Jurist Hauke Brettel vertritt die Meinung, dass Mediziner die Pflicht hätten, so viele Leben wie möglich zu retten. Er bezweifelt jedoch, dass die „klinische Erfolgsaussicht“ ein sinnvolles Kriterium ist:

**O-Ton 11 Hauke Brettel:**

Die hinreichende Zuverlässigkeit scheint mir nicht gegeben *und dann fällt das wieder unter diese Grundidee, dass man Ungewisses in diese Entscheidung nicht einbeziehen sollte*, weil wir auch in der Rechtsordnung angelegt ein Gebot der Fairness in dem Sinne haben, dass jeder einen Gleichheitsanspruch auf eine faire Rettungschance hat und diese Fairness nicht durch gewisse Ungewissheiten beeinträchtigt werden darf.

**Sprecherin:**

Dieser Anspruch auf Fairness ist direkter Ausdruck von Artikel 1 Grundgesetz: dem Prinzip der Menschenwürde. Diese verbiete Spekulationen über die Heilungsaussichten eines Patienten, so der Jurist. Eine Meinung, die Notarzt Leo Latasch teilt:

**O-Ton 12 Leo Latasch:**

An was entscheide ich denn primär, was die besseren Chancen sind? Wir wissen, dass die Beatmungsphasen, tatsächlich zwischen zwei und drei Wochen sind und wir Erfolg frühestens nach 14 Tagen entscheiden können. Nach 14 Tagen sind aber die Krankenhäuser so vollgelaufen, dass ich bis dahin eigentlich schon entscheiden müsste.



**Sprecherin:**

Viele befürchten außerdem, die Empfehlungen der sieben Fachgesellschaften würden bestimmte Menschen unweigerlich diskriminieren. Medizinethikerin Prof. Alena Buyx:

**O-Ton 13 Prof. Alena Buyx:**

Wir haben bestimmte Gruppen, die sich jetzt schon sehr kritisch geäußert haben zu diesen Empfehlungen der Fachgesellschaften und zwar diejenigen, die beispielsweise eine chronische Behinderung oder Vorerkrankung haben, sorgen sich, dass sie immer ins Hintertreffen geraten würden, wenn es nur um die klinische Erfolgswahrscheinlichkeit geht. Und das ist durchaus nachvollziehbar.

**Sprecherin:**

Am häufigsten wurde eingewandt, die Empfehlungen würden ältere Menschen benachteiligen. Das Papier sieht zwar ausdrücklich vor, dass eine Priorisierung allein aufgrund des Alters nicht zulässig ist. Doch es nennt etwa die „Gebrechlichkeit“ als Kriterium.

**O-Ton 14 Prof. Alena Buyx:**

Das ist die sogenannte Frailty, Gebrechlichkeit, die ist nicht an das kalendarische Alter gebunden, ist keine abstrakte Altersgrenze, sondern korreliert mit verschiedenen durchaus altersassoziierten Faktoren der Überlebenswahrscheinlichkeit und der Möglichkeit von einer medizinischen Maßnahme zu profitieren. Das ist mit dem Alter vergesellschaftet, aber beginnt nicht beim Alter. Das ist tatsächlich was anderes.

**Sprecherin:**

Im Ergebnis kann das hohe Lebensalter eines Patienten aber sehr wohl mit einer negativen Entscheidung in der Triage-Situation zusammenfallen. Viele ältere Menschen machen sich deswegen Sorgen. Schließlich kennen mittlerweile alle die Statistiken, wonach ältere Menschen eher am Corona-Virus sterben als jüngere.

In Italien, wo europaweit die meisten Corona-Patienten gestorben sind, wird laut Medienberichten seit Wochen nach dem Alter der Erkrankten triagiert. In offiziellen Handlungsempfehlungen werden italienische Ärzte angewiesen:

**Zitator:**

Ressourcen für zuallererst diejenigen zu reservieren, die die größten Überlebenschancen haben und zweitens für die meisten geretteten Lebensjahre. Mit dem Ziel, den Nutzen für die Mehrheit zu maximieren.

**Sprecherin:**

„Die meisten geretteten Lebensjahre“ bedeutet, jüngeren Menschen schematisch den Vortritt zu gewähren. Deutsche Ärzte und Ethiker scheinen sich einig zu sein, dass es zu einer Altersgrenze nicht kommen darf.

**O-Ton 15 Prof. Leo Latasch:**

Also ich habe mir vor ein paar Tagen gerade das Bild der 99-jährigen Dame aus Italien runtergeladen, die das wirklich überlebt hat und die im Bett sitzt und das Team um sie rum. Da kann man sagen: Naja, das ist ein Einzelfall. Nein! Es zeigt gerade: Keine dieser Punkte darf letztendlich ausschlaggebend sein.

**Sprecherin:**

So der Frankfurter Notarzt Leo Latasch, der auch der Präsident der deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin ist. Sollte der Gesetzgeber die Entscheidungsfreiheit der Ärzte und Ärztinnen also besser einschränken, indem er selbst vorschreibt, welche Entscheidungen nach welchen Kriterien in der Triage zu treffen sind? Uwe Janssens, der als Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin das Empfehlungspapier maßgeblich mitentwickelt hat, sagt nein:

**O-Ton 16 Prof. Uwe Janssens:**

Juristen können am Ende des Prozesses nicht medizinische Sachverhalte entscheiden. Denn das sind medizinische Sachverhalte, das haben die nicht studiert und da müssen die uns auch vertrauen, dass wir in unseren Entscheidungsprozessen ganz transparent, offen und ehrlich, mit damit begründen, warum wir das und das gemacht haben.

**Sprecherin:**

Das größte Problem an dem Empfehlungspapier sehen viele jedoch an einem anderen Punkt. Der Frankfurter Notarzt und Ethikrat-Mitglied Leo Latasch:

**O-Ton 17 Leo Latasch:**

Was ich überhaupt nicht gutheiße, und was in meinen Augen gar nicht geht, ist zu sagen: „Bei dir hör ich jetzt auf, ich nehm dir dein Gerät weg, obwohl du schon in der Behandlung bist, und geb das einem, der da mal gerade neu zur Tür reinkommt.“

**Sprecherin:**

Diese Maßnahme führt das Dokument der ärztlichen Fachgesellschaften explizit auf.

**Zitator:**

Die Entscheidungen sind – gegebenenfalls in für COVID-19 adäquaten Intervallen – regelmäßig zu re-evaluieren und gegebenenfalls anzupassen, insbesondere:

1. bei klinisch relevanter Zustandsveränderung der Patienten und /oder
2. bei verändertem Verhältnis von Bedarf und zur Verfügung stehenden Mitteln.

**Sprecherin:**

Sollten sich die Erfolgsaussichten eines beatmeten Patienten also verschlechtern, oder die Zahl der Patienten, die auf ein Beatmungsgerät angewiesen sind, sich erhöhen, dann – so das Papier – sollten die Ärzte ihre Maßnahmen anpassen können. Insbesondere Juristen sind darüber bestürzt:

**O-Ton 18 Till Zimmermann:**

Wenn sich daran ein Arzt hält, kommt er wahrscheinlich mit dem Strafrecht in Konflikt. jemand abgehängt wird vom Beatmungsgerät, obwohl er eine Weiterbehandlung wünscht und die auch prinzipiell erfolgsversprechend wäre, wir es also mit einem Totschlag durch aktives Tun zu tun haben, das ist ein ganz schwerwiegendes Delikt, das mit einer langjährigen Gefängnisstrafe bedroht ist.

**Sprecherin:**

Dies stellt auch der Deutsche Ethikrat in seiner Ad-hoc-Empfehlung fest. „Triage“ würde hier bedeuten, einen Menschen aktiv – durch Abschalten der Geräte – zu töten, um einen anderen zu retten.

**O-Ton 19 Prof. Steffen Augsberg:**

Das kann und muss rechtlich verurteilt werden. Gleichzeitig halten wir das Recht für flexibel genug, um der tragischen Entscheidungssituation von Ärzten Rechnung zu tragen.

**Sprecherin:**

Steffen Augsberg auf der Pressekonferenz des Deutschen Ethikrates am Dienstag in Berlin. Der Jurist ist der Sprecher der Triage-Arbeitsgruppe des Ethikrats und beschrieb damit das Spannungsfeld zwischen dem Strafrecht auf der einen und einer empfundenen Moral auf der anderen Seite. Wenn Ärztinnen und Ärzte in der Corona-Krise wirklich derartige Entscheidungen treffen müssten, bliebe für sie nur zu hoffen, dass die Staatsanwälte und Strafgerichte ihre tragische Situation anerkennen würden. Juristisch vorhersagen ließe sich das nicht, meint Strafrechtsprofessor Hauke Brettel:

**O-Ton 20 Hauke Brettel:**

Das ist mit die schwierigste Frage in dem Kontext aus meiner Sicht und ich habe keine abschließende Antwort. Ich habe keine Anhaltspunkte in der Rechtsordnung finden können, die für oder gegen die ein oder andere Lösung sprechen, dass man sagen kann, das überwiegt klar.

**Sprecherin:**

Der Jurist bezweifelt jedoch, dass Mediziner wirklich verurteilt würden.

**O-Ton 21 Hauke Brettel:**

Also das wäre ein ganz handfester Einwand, darauf hinzuweisen, wovon aus meiner Sicht sicher auszugehen ist, nämlich dass die Ärztinnen und Ärzte, die Leitliniengerecht handeln, davon ausgehen, dass sie so handeln dürfen, dass sie also kein Unrecht tun wollen, das kann man glaube ich auch in der Breite unterstellen (...) Und wenn man in der Situation die Klarheit nicht haben konnte und dann sogar verleitet wurde durch das kollektive Bewusstsein einer Fachgesellschaft, die Mitglieder haben vertieft darüber nachgedacht, haben reflektiert, das sind hochintelligente Menschen. Die haben sich die Zeit genommen und haben dann Kriterien formuliert, dann wird man sicherlich in Anspruch nehmen können, dass man darauf vertraut hat.

**Sprecherin:**

Brettel, der selbst auch Arzt ist, betont außerdem, dass die Frage nach der Strafbarkeit von Ärzten momentan völlig verfehlt sei. Vielmehr müsse man jetzt gemeinsam darüber nachdenken, wie den Medizinerinnen und Medizinern, die bis zur Erschöpfung und mit größtem Engagement gegen das Coronavirus ankämpfen, in möglichen Triage-Situationen geholfen werden kann. Ein Punkt, den auch die Münchner Ethik-Professorin Alena Buyx betont:

**O-Ton 22 Alena Buyx:**

Man muss auch unterstreichen, dass es wichtig sein wird, eine psychosoziale Begleitung anzubieten. (...) Auch wenn niemand weiß, wenn wir keine Evidenz haben, wie belastend das genau ist: Dass es belastend sein würde, steht glaube ich außer Frage.

**Sprecherin:**

Denn egal, wie Ärztinnen und Ärzte entscheiden – sie machen sich unweigerlich im moralischen Sinne schuldig. Der Frankfurter Theologe und Medizinethiker Kurt W. Schmidt drückte es in einem Interview mit dem evangelischen Pressedienst so aus:

**Zitator:**

Die Tragik in solchen Situationen ist, dass wir dann auch bereit sein müssen, „schuldig“ zu werden. Wir bleiben dem Menschen, den wir nicht haben retten können, weil wir einen anderen gerettet haben, etwas schuldig. Das ist keine persönliche Schuld und hat nichts mit einer falschen Entscheidung zu tun, da es hier auch kein „richtig“ gibt. (KO Ich spreche hier von Schuld in einem tiefen existenziellen,

theologischen Sinn. Da müssen wir auch bereit sein, dies als Kirche und Gesellschaft mitzutragen. Das betrifft uns alle. KO)

**Sprecherin:**

Das Triage-Papier der sieben Fachgesellschaften scheint dies zu erkennen und empfiehlt: Entscheidungen sollten immer von mindestens zwei Ärztinnen und Ärzten und einer Pflegekraft gemeinsam gefällt werden. Doch egal wie sie entscheiden: Es werden Menschen sterben. So der Intensivmediziner Uwe Janssens gegenüber dem SWR:

**O-Ton 23 Uwe Janssens:**

Ich glaube wir werden viele Träne vergießen. Aber eines muss ich Ihnen sagen: Es ist halt unser Beruf, der manchmal im Einzelfall so ist. Dass Sie wirklich Schicksale erleben, die einen erschüttert zurücklassen. Das ist eigentlich unsere Profession. Wir können natürlich psychosoziale Unterstützung anbieten, aber nenne Sie mir flächendeckend die Krankenhäuser, die Psychologen haben, die Ärzte und Krankenschwestern unterstützen. Ob wir dann von den Krankenkassen Psychologen bezahlt bekommen, da bin ich mal sehr gespannt.

**Sprecherin:**

Es bleibt die Hoffnung, dass Deutschlands Ärztinnen und Ärzten, den Pflegerinnen und Pflegern Triage-Entscheidungen in der Corona-Krise erspart bleiben.

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin hält deswegen eine interaktive Karte bereit, in der sich alle Intensivstationen vernetzen können, um überlasteten Krankenhäusern Patienten abzunehmen. Am meisten wird es jedoch darauf ankommen, wie wirksam die Bevölkerung zur Eindämmung des Virus beiträgt. Die Göttinger Medizinethikerin Claudia Wiesemann, auch sie ein langjähriges Mitglied des deutschen Ethikrats, bringt es so auf den Punkt:

**O-Ton 24 Claudia Wiesemann:**

Alle Maßnahmen und Entscheidungen, die wir jetzt machen, zielen ja darauf ab, den Ärztinnen und Ärzten diese schwierigen Entscheidungen zu ersparen. Um genau diese Katastrophe, es wäre eine menschliche Katastrophe, zu verhindern.

\* \* \* \* \*