

Informationen & Recherchen

Wer bekommt das letzte Beatmungsgerät? Ein deutsch-französisches Gespräch über die Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen in Zeiten der COVID-19-Pandemie

Interview mit Professor Christian Jung und Professor Bertrand Guidet

von Dr. Katja Gelinsky



Auf einen Blick

Die Intensivmedizin ist gewöhnlich kein Thema, das große öffentliche Aufmerksamkeit findet. Das änderte sich mit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie. Die Verbreitung des Coronavirus brachte für das Gesundheitswesen insgesamt und speziell für die intensivmedizinische Patientenversorgung enorme Herausforderungen mit sich. Existentielle Fragen zur Bewältigung komplexer Handlungs- und Entscheidungssituationen tauchten auf: Wie ist zu verfahren, wenn Intensivbetten und Beatmungsgeräte aufgrund der hohen Zahl von Menschen, die durch die Infektion mit dem Coronavirus lebensbedrohlich erkrankt sind, nicht mehr ausreichen? Nach welchen Kriterien ist zu entscheiden, wer intensivmedizinisch behandelt wird – und wer nicht? Welche Orientierung bekommen und benötigen Ärztinnen und Ärzte, Patienten und Angehörige?

Zwei Intensivmediziner, der deutsche Professor Christian Jung und der französische Professor Bertrand Guidet, sprechen über ihre Erfahrungen mit der Corona-Pandemie und den Lehren, die bislang für die Intensivmedizin gezogen wurden – und die noch zu ziehen wären. Die Zwischenbilanz der beiden Intensivmediziner lautet: Kriterien für die Priorisierung von Patienten bedürfen einer breiten gesellschaftlichen Debatte und letztlich demokratischer Legitimation.

Überdies benötigen Mediziner – ebenso wie Patienten und deren Familienangehörige – Rechtssicherheit, wenn Entscheidungen über Leben und Tod getroffen werden. Erforderlich sei, so der deutsch-französische Appell, alsbald mit einer breiten öffentlichen Debatte zu beginnen. Thematisiert werden müssten individuelle Patientenrechte, Fragen der Solidarität und Verteilungsgerechtigkeit sowie die Effizienz des Gesundheitssystems. Auch über das Spannungsverhältnis zwischen egalitären und utilitaristischen Sichtweisen auf die Intensivmedizin sei zu reden. „Die Herausforderungen sind zu komplex, um die allein der Ärzteschaft zu überlassen.“

Lebensbedrohliche Situationen gehören für Sie als Intensivmediziner zum Berufsalltag. Wie hat sich die COVID-19-Pandemie auf bislang auf Ihre Arbeit ausgewirkt?

Prof. Jung: Mit dem Ausbruch der Pandemie ist das öffentliche Interesse an Entscheidungsprozessen in der Intensivmedizin enorm gestiegen. Selbst für die Medien war das plötzlich ein großes Thema. Begleitet von der ungewohnten Medienbeobachtung ergaben sich für die Krankenhäuser gewaltige organisatorische Herausforderungen. Geplante stationäre Aufnahmen und Krankenhausbehandlungen wurden gestoppt und Personalpläne geändert, um Corona-Patienten versorgen zu können.

Prof. Guidet: Von meiner Seite drei Beobachtungen beziehungsweise Anmerkungen: Erstens wissen die meisten Leute, Journalisten eingeschlossen, nicht wirklich, was Intensivmedizin ist. Wir behandeln auf der Intensivstation nicht nur schwere Krankheiten, sondern es geht auch um technische und ethische Fragen. Der Öffentlichkeit diese verschiedenen Aspekte und ihr Zusammenspiel in der angespannten Lage bei Ausbruch der Pandemie zu vermitteln, war nicht immer ganz einfach. Mein zweiter Punkt betrifft intensivmedizinische Aufnahmeentscheidungen. Als Fachärzte sind wir es zwar gewohnt, über Kriterien für den Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung zu sprechen. Hier bestand aber die Besonderheit, dass diese Entscheidungen während einer Pandemie zu treffen waren. In manchen Regionen Frankreichs überstieg die Nachfrage nach intensivmedizinischer Versorgung die Kapazitäten. Wir mussten also unter großen Druck Entscheidungen über die Versorgung vieler neuer Patienten treffen.

Drittens noch eine Anmerkung dazu, was Intensivmedizin für Leben und Sterben bedeutet. Man sollte sich bewusst machen, dass eine intensivmedizinische Behandlung keine Garantie dafür ist, dass der Patient oder die Patientin überlebt. Umgekehrt ist es auch nicht so, dass die Nichtaufnahme auf die Intensivstation ein automatisches Todesurteil wäre. Wir

Keine Überlebensgarantie

müssen uns viel stärker darüber im Klaren sein, dass wir es mit Wahrscheinlichkeiten und Ungewissheiten zu tun haben. Wir wissen nicht genau, wann eine intensivmedizinische Behandlung dem Patienten nützt. Manchmal hat der Arzt, der die Aufnahmeentscheidung treffen muss, auch nicht alle erforderlichen medizinischen Informationen. Wenn dann nur noch wenige Intensivbetten verfügbar sind, ist das eine extreme Belastung für diejenigen, die über Aufnahme oder Nichtaufnahme eines lebensbedrohlich Erkrankten entscheiden müssen. Besondere Dringlichkeit bekommen Priorisierungsentscheidungen, wenn wir eine neue COVID-19-Welle bewältigen müssen.

Für die Bürgerinnen und Bürger waren Medienberichte über Krankenhäuser, die mit der großen Zahl von Coronapatienten überfordert waren, schockierende Neuigkeiten. Haben diese Ereignisse Sie ebenfalls überrascht?

Prof. Guidet: Zu Beginn waren wir auf Informationen aus China angewiesen, und es gab begründete Zweifel, wie verlässlich die von dort gelieferten Zahlen waren. Dann sahen wir, was in Norditalien passierte. Dort war man eindeutig von der großen Zahl von Covid-19-Patienten überfordert, wie wir von italienischen Kollegen wussten. Ende Februar, Anfang März 2020 war klar, dass uns die Welle erreichen würde. Im Osten Frankreichs hatten wir zahlreiche Coronafälle. Unsere Kollegen in der Region berichteten damals, die Lage sei furchtbar. In den meisten Ländern, auch in Westeuropa, sind die intensivmedizinischen Grundressourcen relativ knapp. In Portugal, zum Beispiel, gibt es vier Intensivbetten, in Frankreich elf Intensivbetten für 100.000 Einwohner. In Deutschland dagegen sind es 25 Betten. Viele Krankenhäuser waren also zu Beginn der Pandemie nicht gut auf eine große Anzahl schwerkranker Covid-19-Patienten vorbereitet. Wir dürfen auch nicht vergessen, dass es große regionale Unterschiede gibt. Für Krankenhäuser in der französischen Provinz, zum Beispiel, war die Ausgangslage ungleich schwieriger als für Krankenhäuser in Paris und Umgebung. Seit dem Frühjahr haben wir die Kapazitäten der Intensivbetten nicht erhöht. Eine zweite COVID-19-Welle könnte dazu führen, dass wir mit einem Ungleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach intensivmedizinischen Ressourcen konfrontiert werden.

Große regionale Unterschiede

Prof. Jung: In Deutschland konnten wir uns glücklich schätzen, dass die Pandemie uns nicht gleich zu Beginn traf. Dadurch gewannen wir Zeit, die notwendigen Schritte für den Ausbau der intensivmedizinischen Kapazitäten zu ergreifen. Noch vor einigen Monaten hätte es mich überrascht, dass wir in Europa eine solche Pandemie erleben. Aber nach den Ereignissen in Italien waren wir gewarnt und konnten uns vorbereiten. Hinzu kommt, dass die deutschen Krankenhäuser ziemlich gut ausgestattet sind. Wir haben in Deutschland mit Abstand die meisten Intensivbetten pro Einwohner in Europa. Allerdings war unser Gesundheitssystem nicht gut darauf vorbereitet, die medizinischen Ressourcen effizient zu nutzen. Die Maßnahmen, die wir ergriffen hatten, um eine potentiell große Zahl von COVID-19-Patienten intensivmedizinisch versorgen zu können, führte dazu, dass viele Betten auf Intensivstationen leer blieben. Aufgrund einer Anordnung des Bundesgesundheitsministeriums wurden Patienten, für die im Voraus Operationen geplant gewesen waren, zum Beispiel Hüftoperationen, im Frühjahr nicht mehr aufgenommen.

Prof. Guidet: Noch eine kurze Ergänzung, dass wir, wenn wir über Intensivmedizin sprechen, auch über Normalpflegestationen und die Palliativmedizin reden sollten. In dem Krankenhaus, in dem ich arbeite, gab es keine Palliativstation. Nach dem Ausbruch der Pandemie haben wir eine solche Station eingerichtet, um sicherzustellen, dass Patienten in lebensbedrohlicher Verfassung, für die eine intensivmedizinische Behandlung aber nicht in Frage kam – übrigens auch nicht unter gewöhnlichen Umständen –, nicht leiden müssen, sondern dass sie mit entsprechenden Medikamenten und wenn nötig auch mit Sauerstoff, versorgt werden. Außerdem wurde sichergestellt, dass die Patienten ihre Angehörigen sehen können und bei Bedarf psychologische Unterstützung bekommen. Das ist wichtig zu wissen, da es in Frankreich Kritik gab, dass Patienten in Pflegeheimen starben, in denen die Qualität palliativmedizinischer Betreuung suboptimal war.

Bedeutung palliativmedizinischer Versorgung

Rund ein Drittel der Sterbefälle im Zusammenhang mit COVID-19 in Frankreich ereigneten sich in Pflegeheimen. Es kam auch zu Rechtsstreitigkeiten, da Menschen in der Endphase ihres Lebens nicht in Krankenhäuser eingewiesen wurden und nicht die Unterstützung erhielten, die erforderlich gewesen wäre. Wir brauchen also einen ganzheitlicheren Ansatz für Patienten in lebensbedrohlichem Zustand und sollten uns nicht allein auf die Intensivmedizin fokussieren.

„Wir brauchen einen ganzheitlicheren Ansatz für Patienten in lebensbedrohlichem Zustand und sollten uns nicht allein auf die Intensivmedizin fokussieren.“

Wir müssen uns auch stärker mit der Zuteilung von Intensivbetten an verschiedene Patientengruppen beschäftigen. Auf dem Höhepunkt der ersten COVID-19-Welle wurde die Zahl der Intensivbetten in der Region Paris von 1.100 auf 2.700 erhöht. Aber nur 250 dieser Betten wurden für Patienten zur Verfügung gestellt, die nicht an COVID-19 erkrankt waren. Manche Krankenhäuser nahmen andere Intensivpatienten überhaupt nicht mehr auf. Das war schrecklich, denn es gab schwerkranke Patienten, die eindeutig eine intensivmedizinische Behandlung benötigt hätten. Die Corona-Krise wirft also schwierige ethische Fragen zur Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen auf.

Fragen der Verteilungsgerechtigkeit

Prof. Jung: Das sehe ich auch genauso. Die Dynamik der Pandemie lässt es denkbar erscheinen, dass wir selbst in Deutschland mit unseren großen Kapazitäten an den Punkt gelangen könnten, an dem die Betten auf den Intensivstationen nicht mehr für alle COVID-19-Patienten und Menschen mit anderen Diagnosen reichen.

Besonders heikel ist, nach welchen Kriterien eine Priorisierung von Intensivpatienten erfolgen sollte, wenn die intensivmedizinischen Kapazitäten erschöpft sind. Professor Guidet, Sie waren an der Ausarbeitung von Triage-Richtlinien beteiligt. Wie verlief dieser Prozess?

Prof. Guidet: Wir haben Leitlinien, oder vielleicht eher Empfehlungen, für die regionale Ebene, konkret für Paris und Umgebung, sowie für die nationale Ebene definiert, um Ärztinnen und Ärzten Hilfestellungen bei Entscheidungen über die Aufnahme von Patienten auf die Intensivstation zu geben. Die Autoren waren eine Gruppe von Intensivmedizinern, Anästhesisten und Notfallmedizinern. Wir haben unser Bestes getan. Aber eine große Schwäche der Empfehlungen ist, dass sie sehr stark ärzterientiert sind und nicht gesellschaftsorientiert. Weder Gesundheitspersonal noch Patientenvertreter oder Vertreter der Regierung waren beteiligt. Es gab auch keine formelle Prüfung oder einen dokumentierten und transparenten Weg der Entscheidungsfindung. Was wir brauchen, ist ein gemeinsames Dokument mit Triage-Empfehlungen, an dessen Ausarbeitung auch Nichtmediziner aus verschiedenen Disziplinen und gesellschaftlichen Bereichen beteiligt sind.

Input der Zivilgesellschaft nötig

Prof. Jung: Auch in Deutschland war es so, dass die Ärzteschaft eine führende Rolle bei der Ausarbeitung von Triage-Leitlinien gespielt hat. Mehrere medizinische Fachgesellschaften haben gemeinsame Empfehlungen veröffentlicht. Die Bundesärztekammer hat ebenfalls eine so genannte Orientierungshilfe publiziert. Der Deutsche Ethikrat vertritt in seiner Ad-hoc-Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ allerdings eine etwas andere Position, wie in Triage-Situationen verfahren werden sollte. Noch komplizierter wird es angesichts rechtlicher Unsicherheiten. Das Hauptproblem besteht meines Erachtens darin, dass die vorhandenen Triage-Richtlinien nicht ausreichend demokratisch legitimiert sind. Das wäre eine dringliche Aufgabe.

„Die vorhandenen Triage-Richtlinien sind nicht ausreichend demokratisch legitimiert. Das wäre eine dringliche Aufgabe.“

Was sind die wichtigsten Faktoren im Entscheidungsprozess über den Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung?

Prof. Guidet: Es gibt drei Informationsstränge, die für die Entscheidung maßgeblich sein sollten. Da ist zunächst einmal der Wille des Patienten. Ausgangspunkt sollte stets die Selbstbestimmung des Patienten sein. Gibt es, zum Beispiel, Unterlagen, in denen der Patientenwille dokumentiert ist? Als zweites brauchen wir Informationen über den Grundzustand des Erkrankten. Dazu gehören das Alter sowie Komorbiditäten, also zusätzliche Erkrankungen, vor allem Krebserkrankungen. Auch das, was wir gewöhnlich als Gebrechlichkeit bezeichnen, also der Grad der Einschränkung körperlicher Reserven und Vulnerabilität gegenüber Stressfaktoren, ist zu berücksichtigen. Diese Faktoren helfen uns, auch in Nicht-Pandemiezeiten, eine Prognoseentscheidung dazu zu treffen, ob die Patientin oder der Patient eine realistische Chance hat, die intensivmedizinische Behandlung zu überleben. Kommt es allerdings zu einer Pandemie und werden die intensivmedizinischen Ressourcen knapp, dann müssen wir die Kriterien für die Aufnahme auf die Intensivstation anpassen und ergänzen. Ich möchte an dieser Stelle aber betonen, dass es in unseren Triage-Empfehlungen keine zahlenmäßig fixierten Schwellenwerte gibt, die die intensivmedizinische Behandlung bestimmter Patientengruppen von vornherein ausschließen. Es gibt also, zum Beispiel, keine Empfehlung, dass die Altersgrenze für eine intensivmedizinische Behandlung bei einem bestimmten Alter, sagen wir 75 oder 85 Jahre, gezogen werden sollte.

Für die Entscheidung über die Aufnahme auf die Intensivstation wäre drittens noch die akute Schwere der Erkrankung, mit anderen Worten die Gefahr des Todeseintritts, zu berücksichtigen. Wir empfehlen außerdem, dass Entscheidungen über die Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen von mindestens zwei Ärzten gemeinsam getroffen werden sollten, wenn möglich, noch unter Hinzuziehung eines dritten Arztes, der nicht unmittelbar an der Behandlung des Patienten beteiligt ist. Außerdem raten wir dazu, den Entscheidungsprozess transparent zu gestalten und in den medizinischen Unterlagen zu dokumentieren.

Transparenz schaffen

Professor Jung, folgen Intensivmediziner in Deutschland einem ähnlichen Konzept?

Prof. Jung: Ja, wir gehen ähnlich vor. Selbstverständlich kommt es darauf an, den Gesundheitszustand des Patienten zu kennen, seinen Willen zu respektieren und die Schwere der Erkrankung richtig einzuschätzen. Auch wollen wir ebenfalls sicherstellen, dass die Entscheidung über Aufnahme oder Nichtaufnahme der intensivmedizinischen Behandlung nicht von einem Arzt allein getroffen wird. Wir empfehlen, Vertreter der Pflege einzubeziehen und, wenn möglich, andere Akteure wie Mitglieder von Ethikgremien. Hervorzuheben wäre noch, dass wir in Deutschland ebenfalls keine Kriterien verwenden, die Patienten den Weg auf die Intensivstation von vornherein abschneiden, etwas durch die Festlegung von Altersobergrenzen. Das wäre ethisch und rechtlich nicht angemessen.

„Bei uns gibt es keine Ausschlusskriterien, etwa Altersobergrenzen, bei intensivmedizinischen Auswahlentscheidungen. Das wäre ethisch und rechtlich nicht angemessen.“

Prof. Guidet: Ich möchte noch ergänzen, dass wir uns auch im Fall unzureichender intensivmedizinischer Ressourcen jeden Patienten individuell anschauen müssen. Ein Bewertungsverfahren, das auf fixen Grenzwerten und Ausschlusskriterien beruht, sollte unbedingt vermieden werden. Entscheidungen über die Aufnahme intensivmedizinischer Behandlung sind ja nicht mit Schulprüfungen zu vergleichen, in denen Punkte vergeben werden. Das wäre aus unserer Sicht schlechte Medizin. Notwendig ist eine umfassende Analyse. Unter Einbeziehung aller Kriterien ist eine gemeinsame Entscheidung über Aufnahme oder Nichtaufnahme einer intensivmedizinischen Behandlung zu treffen – wobei gewisse Unwägbarkeiten bleiben.

Sie haben das Lebensalter als ein Entscheidungskriterium für die Aufnahme auf die Intensivstation genannt. Welche Bedeutung hat das Alter von COVID-19-Patienten, wenn es um die Einleitung intensivmedizinischer Maßnahmen geht?

Prof. Guidet: Die Sterblichkeit von Patienten, die 80 Jahre und älter sind, ist generell wesentlich höher als, zum Beispiel, die von Erkrankten, die noch keine 50 Jahre alt sind. Wir wissen auch, dass betagte Patienten im Vergleich zu jüngeren deutlich länger auf der Intensivstation liegen müssen. Informationen über die Zahl geretteter Lebensjahre sind ethisch sehr heikel, können aber nicht ignoriert werden. Wenn nur noch ein Intensivbett zu vergeben ist und eine Entscheidung getroffen werden muss zwischen einem Patienten von 40 Jahren und einem Fünfundachtzigjährigen, dann wird mit Sicherheit der jüngere Patient ausgewählt. Ich gebe zu, dass dies ein utilitaristisches Vorgehen ist, das für manche nicht akzeptabel ist. Aber wir haben es mit einem Dilemma zu tun: Das normative Fundament der Intensivmedizin ist ein egalitärer Ethos. Aber was wollen Sie machen, wenn Krankenhäuser in Krisenzeiten überfordert sind, weil die Anzahl der Patienten so groß ist? Es geht in einer solchen Notlage auch um Verteilungsgerechtigkeit. Wir möchten so viele Menschen wie möglich retten.

Gerettete Lebensjahre

„Das normative Fundament der Intensivmedizin ist ein egalitärer Ethos. Aber wir möchten so viele Menschen wie möglich retten.“

Prof. Jung: Das Lebensalter ist zweifellos von großer Bedeutung für die medizinische Prognose. Die Aufnahme auf die Intensivstation ist für einen Patienten mit erheblichen körperlichen und psychischen Belastungen verbunden. Man kann sich das ähnlich wie bei einem Marathon vorstellen. Für eine 32 Jahre alte Läuferin ist das eine andere Herausforderung als für einen 82 Jahre alten Teilnehmer. Wir müssen aber auch berücksichtigen, dass Menschen nicht gleich schnell altern. Das sogenannte chronologische Alter lässt sich leicht bestimmen, weil es dem Lebensalter entspricht. Das sogenannte biologische Alter hängt dagegen von einer Kombination veränderlicher und unveränderlicher Faktoren ab, etwa der genetischen Veranlagung, Ernährungsgewohnheiten und dem persönlichen Lebensstil insgesamt. Deshalb ist es so wichtig, bei Entscheidungen über die Zuteilung medizinischer Ressourcen jeden Patienten individuell zu betrachten. Aber auch dann kann es passieren, dass man nicht genügend Beatmungsgeräte oder Intensivbetten für alle Behandlungsbedürftigen hat und entscheiden muss, wer intensivmedizinisch versorgt wird und wer nicht.

Jeden Patienten individuell betrachten

Prof. Guidet: In dieser schlimmen Lage Prioritäten zu setzen, sollte keine medizinische Entscheidung sein. Die Verantwortung für die normativen Wertungen, die mit einer Priorisierung von Patienten einhergehen, sollte mit Politik und Gesellschaft geteilt werden.

Prof. Jung: Das sehe ich auch so. Selbstverständlich wollen wir Ärzte so viele Leben wie möglich retten. Aber wir wollen doch nicht die Grundrechte von Patienten verletzen, bei denen eine intensivmedizinische Behandlung eindeutig indiziert ist. Wenn ein Arzt oder eine Ärztin in dieser Konfliktsituation eine Entscheidung treffen muss, sollte diese Entscheidung hinreichend demokratisch abgesichert sein. Das scheint mir bei uns in Deutschland nicht der Fall zu sein.

Sie haben betont, wie wichtig Kommunikation und Transparenz in Triage-Situationen seien. Was konkret bedeutet das mit Blick auf die Patienten und deren Angehörige? Was sollte kommuniziert werden, wenn die medizinischen Ressourcen nicht für alle Behandlungsbedürftigen reichen, etwa wenn jüngere und Ältere um ein Beatmungsgerät konkurrieren?

Prof. Jung: In einer solchen Lage würde man niemals einen älteren Patienten oder dessen Angehörige informieren, dass es womöglich einen jüngeren Patienten gibt, der ebenfalls ein Intensivbett braucht. Das wäre völlig indiskutabel, weil dadurch der ältere Patient und seine Familie unangemessen unter

Druck gesetzt würden. Allerdings könnte man die Pandemie schon zum Anlass nehmen, um noch einmal daran zu erinnern, dass es ratsam wäre, sich mit folgenden Frage auseinanderzusetzen: Was soll medizinisch unternommen werden, wenn wir entscheidungsunfähig sind? Welche Behandlung wünschen wir uns im Falle schwerer Krankheit? Mit welchen Mitteln möchten wir am Leben erhalten werden? Bei den Bürgerinnen und Bürgern sollte also schon dafür geworben werden, sich Gedanken über die Erstellung einer Patientenverfügung zu machen. Für alle Betroffenen kann es äußerst hilfreich sein, den Willen des Patienten zu kennen, bevor Entscheidungen über intensivmedizinische Maßnahmen getroffen werden.

Nutzen von Patientenverfügungen

Prof. Guidet: Ich stimme völlig zu, dass die Knappheit intensivmedizinischer Ressourcen kein Thema für Gespräche mit Patienten oder Angehörigen ist. Ich würde ebenfalls dafür plädieren, dass man die Öffentlichkeit über die Risiken unzureichender Kapazitäten auf den Intensivstationen informiert und dies zum Anlass nimmt, im privaten Umfeld eigene Behandlungswünsche für den Fall lebensgefährlicher Erkrankungen oder Verletzungen zu erörtern. Es wäre jedoch unangemessen, derart existentielle Angelegenheiten in einer akuten Notsituation anzusprechen.

Im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie wird debattiert, ob bereits laufende intensivmedizinische Behandlungen abgebrochen werden sollten, um andere Patienten mit einer besseren klinischen Prognose zu retten. Wie ist Ihre Haltung?

Prof. Guidet: Während unserer Arbeiten an den Triage-Empfehlungen haben wir auch über das Thema Behandlungsabbruch diskutiert. Aber wir haben das Dokument, das wir dazu vorbereitet hatten, nicht veröffentlicht, da wir Hinweise bekamen, dass mit einem sehr negativen Echo zu rechnen sei. Diese Angelegenheit ist einfach zu schwierig. Wir haben auch niemandem das Beatmungsgerät weggenommen, als die Zahl der COVID-19-Patienten dramatisch stieg. So etwas tun wir nicht.

Prof. Jung: Die gemeinsamen Richtlinien der medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland sehen vor, dass Patienten, die bereits intensivmedizinisch versorgt werden, in Triage-Entscheidungen über die Zuteilung von Beatmungsgeräten und Intensivbetten miteinbezogen werden können und dass deren Behandlung dann möglicherweise zugunsten neuer Patienten mit größeren klinischen Erfolgsaussichten beendet wird. Ein solches Vorgehen könnte aber im Widerspruch zum geltenden deutschen Recht stehen, und es entspricht auch nicht den Empfehlungen des Deutschen Ethikrates. Es gibt hier noch keine Lösung. Die damit verbundene Ungewissheit belastet die Betroffenen in Triage-Situationen, deren Lage ohnehin schon extrem angespannt ist. Deshalb ist es so wichtig, dass wir in einem demokratisch legitimierten, multidisziplinären Prozess gerade auch die umstrittene Frage des Behandlungsabbruchs zugunsten von Patienten mit besserer Prognose klären. Letztendlich sollte der Gesetzgeber tätig werden, denn es ist nicht hinnehmbar, dass Ärzte Entscheidungen über Leben und Tod treffen müssen, die womöglich nicht geltendem Recht entsprechen.

Rechtliche Unsicherheiten

„Letztendlich sollte der Gesetzgeber die Fragen zum Behandlungsabbruch klären, denn es ist nicht hinnehmbar, dass Ärzte Entscheidungen über Leben und Tod treffen müssen, die womöglich nicht geltendem Recht entsprechen.“

Prof. Guidet: Ich würde eine Parallele zum Prozess der Organspende von hirntoten Patienten ziehen. In Frankreich ist es so, dass es ein Ärzteteam für den Organspender und eines für den potentiellen Organempfänger zuständig ist. Vielleicht könnte man in Triage-Situationen, in denen sich die Frage eines Behandlungsabbruchs stellt, in ähnlicher Weise ein zweites Ärzteteam hinzuziehen, das hilft zu entscheiden, ob die laufende intensivmedizinische Behandlung beendet werden könnte. Aber nochmals: Der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen wirft sehr schwierige Frage auf, die nicht allein von Ärzten beantwortet werden können, da auch ethische und rechtliche Aspekte zu erörtern sind.

Was also sollte getan werden, um Antworten auf die zahlreichen schwierigen Fragen im Zusammenhang mit Triage-Situationen zu finden?

Prof. Guidet: Ich denke, man muss sich immer wieder ins Bewusstsein rufen, dass wir es bei Entscheidungen über die Zuteilung unzureichender intensivmedizinischer Ressourcen mit einem multidimensionalen und multidisziplinären Themenkomplex zu tun haben, der von verschiedenen Blickwinkeln aus betrachtet werden sollte. Zu überlegen wäre, ob man eine Art Grundlagenpapier erarbeitet, in dem die Begründungen für die verschiedenen Triage-Aspekte erläutert werden. Vielleicht wäre so etwas auch auf europäischer Ebene denkbar. Dabei sollte allerdings klar sein, dass die konkreten Entscheidungen über die Umsetzung genereller Triage-Empfehlungen vor Ort erfolgen müssen. Sicherlich wäre es auch nicht ganz einfach, sich darauf zu einigen, wer in einer Triage-Kommission mitwirken sollte. Aufgrund meiner Erfahrungen mit der Kritik an unseren französischen Empfehlungen, dass nur Ärzte mitgewirkt hätten, würde ich einen möglichst breiten Ansatz empfehlen.

*Lokale und
europäische Ebene*

Prof. Jung: Auch wenn das zweifellos sehr ehrgeizig wäre, würde ich mir auch einen europäischen Konsens über ein Triage-Rahmenwerk wünschen, in dem ethische und rechtliche Prinzipien und Kriterien für die Patientenauswahl bei unzureichenden medizinischen Ressourcen zusammengefasst werden. Die Verantwortung für die Aufnahme oder Ablehnung intensivmedizinischer Behandlungen im konkreten Einzelfall kann aber nur vor Ort liegen.

„Wünschenswert wäre ein europäischer Konsens über ein Triage-Rahmenwerk, in dem ethische und rechtliche Prinzipien und Kriterien für die Patientenauswahl zusammengefasst werden. Die Verantwortung für intensivmedizinische Behandlungen im konkreten Einzelfall kann aber nur vor Ort liegen.“

Da wir schon über Zukunftsaufgaben reden: Was müsste getan werden, um zu verhindern, dass es, wie im Frühjahr geschehen, noch einmal dazu kommt, dass aufgrund steigender Infektionszahlen die Zahl der Patienten, die eine intensivmedizinische Behandlung benötigen, die Kapazitäten der Krankenhäuser übersteigt?

Prof. Jung: Bevor man weitere Aufgaben thematisiert, ist es wichtig sich zu vergegenwärtigen, was bereits getan wurde. Im Kampf gegen die COVID-19-Pandemie sind gewaltige finanzielle, personelle und wissenschaftliche Ressourcen aufgebaut worden. Gleichwohl sind viele Probleme noch nicht gelöst. Es gibt zahlreiche Kontroversen, wie wir die Herausforderungen bewältigen, die zum Teil sogar geleugnet werden oder Widerstände erzeugen. Auch macht uns die Verbreitung von Falschinformationen über die Pandemie zu schaffen. Dadurch wird Vertrauen untergraben, dass die Entscheidungsträger ihr Bestes tun, um die Krise zu bewältigen. Dies ist zweifellos ein Lernprozess, aber wir müssen vermutlich besser kommunizieren und Konfliktsituationen wie das angsteinflößende Triage-Thema transparenter machen.

Prof. Guidet: Eine der Lehren, die wir aus unseren bisherigen Erfahrungen mit der Pandemie gezogen haben, lautet, dass wir zuverlässigere Prognosemodelle und Planungsprozesse benötigen, wenn es um die Kapazität von Intensivbetten geht. Wie eingangs bereits gesagt, ist deren Zahl in Europa sehr unterschiedlich. In Deutschland gibt es sechs Mal so viele Intensivbetten wie in Portugal. Allerdings würden einige dieser Betten – solche ohne dazugehörige Beatmungsgeräte – in anderen Ländern nicht als Intensivbetten zählen, sondern sogenannten Intermediate Care Stationen zugerechnet, die eine Mittelebene zwischen Intensivstation und Normalpflegestation bilden. Diese Zwischenstationen sollten ausgebaut werden. Ein derart gestuftes System ist

Unzureichende Prognosemodelle und Planungsprozesse

eine wichtige Voraussetzung dafür, besser auf den Anstieg von Patientenzahlen reagieren zu können und damit besser auf die nächste Krise vorbereitet zu sein.

Als die Pandemie uns im Frühjahr erreichte, mussten wir feststellen, dass eine erhebliche Anzahl von COVID-19-Patienten eine Behandlung benötigte, die auf Normalpflegestationen nur schwer möglich ist, etwa eine High-Flow-Sauerstofftherapie mit Hilfe einer speziellen Nasenbrille. Es war aber nicht so, dass all diese Patienten die aufwändige und teure apparative Behandlung und Überwachung auf der Intensivstation benötigten, etwa eine invasive Beatmung. Der Auf- und Ausbau von Intermediate Care Stationen würde es uns also ermöglichen, eine größere Anzahl Schwerkranker stationär zu behandeln. Ich denke dabei vor allem auch an Patienten in fortgeschrittenem Alter, die vielleicht keine intensivmedizinische Behandlung möchten, sondern auf Besserung durch weniger invasive Maßnahmen setzen.

Trotzdem müsste aber auch die Zahl der Intensivbetten in zahlreichen europäischen Ländern erhöht werden. Wir werden uns wahrscheinlich darauf vorbereiten müssen, neue Intensivstationen aufzubauen. Das Hauptproblem besteht jedoch darin, ausreichend qualifiziertes Personal zu finden. Ich bin recht zuversichtlich, dass es uns gelingen wird, künftig genügend Beatmungsgeräte und Medikamente für lebensgefährlich erkrankte Patienten zur Verfügung zu haben. Engpässe sehr ich aber beim Personal, das ausreichend qualifiziert ist, um auf einer Intensivstation eingesetzt zu werden.

„Der Aufbau von Intermediate Care Stationen würde es uns ermöglichen, mehr lebensgefährlich erkrankte Patienten stationär zu behandeln.“

Prof. Jung: Personalprobleme im Gesundheitswesen und speziell auf Intensivstationen sind auch in Deutschland ein verbreitetes Problem. Es würde den Rahmen dieses Interviews sprengen, darauf im Detail einzugehen. Aber die Bezahlung, die Arbeitsbedingungen und das Arbeitsumfeld ebenso wie die Arbeitsmoral, das Selbstwertgefühl und die Wertschätzung des Gesundheitspersonals gerade auch auf Intensivstationen müsste stärker thematisiert werden, um besser auf steigende Zahlen von COVID-19-Patienten vorbereitet zu sein. Eine weitere Lehre, die wir aus der Corona-Pandemie ziehen können, betrifft die Versorgung mit Arzneimitteln. Auch dieses Thema können wir an dieser Stelle nicht ausführlich behandeln. Aber Europa sollte in Zukunft weniger abhängig von Medikamentenimporten und Importen medizinischen Materials aus anderen Ländern der Welt sein.

Personalmangel

Wie bewerten Sie die europäische Zusammenarbeit bei der Bewältigung medizinischer Ressourcenknappheit während der Pandemie?

Prof. Guidet: Als die Zahl der COVID-19-Patienten im Frühjahr dramatisch stieg, war die europäische Zusammenarbeit bei der Versorgung lebensgefährlich erkrankter Menschen ziemlich bescheiden, auch wenn einige Patienten aus Regionen im Osten Frankreichs in Krankenhäuser in Luxemburg, Deutschland und in die Schweiz gebracht wurden. Wir haben außerdem eine Art nationalen Reflex bei der Verteilung von Medikamenten und medizinischem Material wie Schutzmasken für Gesundheitspersonal erlebt. Auch die Zusammenarbeit europäischer Wissenschaftler bei der Erforschung von COVID-19 sollte deutlich ausgebaut werden, um die vorhandenen wissenschaftlichen Ressourcen effizienter zu nutzen, Fachwissen zu bündeln und schneller zu neuen Erkenntnissen im Kampf gegen das Virus zu kommen.

Unzureichende europäische Kooperation

Prof. Jung: Ich stimme zu, dass es in Fragen europäischer Kooperation im Kampf gegen Corona noch viel Luft nach oben gibt. Aber man darf auch nicht vergessen, dass die Gesundheitssysteme vieler europäischer Länder, darunter das in Deutschland, dezentral organisiert sind. Deshalb ist es schon bemerkenswert, dass auf regionaler Ebene Krankenhäuser miteinander kooperiert haben, zwischen denen es vorher keinerlei Kooperation gab, zum Beispiel beim Aufbau

Netzwerk zur gemeinsamen Ressourcennutzung

eines Netzwerkes, um knappe medizinische Ressourcen zur Versorgung von COVID-19-Patienten gemeinsam zu nutzen. Auf der transnationalen Ebene kam es in der Krise vereinzelt zu Kooperationen. So hat Deutschland nicht nur aus Frankreich, sondern auch aus Italien und aus den Niederlanden Patienten aufgenommen.

Kurz zusammengefasst, was ist Ihre wichtigste Botschaft, um im Kampf gegen die COVID-19-Pandemie die Herausforderungen für die Intensivmedizin zu bewältigen?

Prof. Guidet: Ich möchte noch einmal hervorheben, wie wichtig es ist, dass wir eine breite, disziplinübergreifende Debatte führen, wie wir Krisensituationen bewältigen, in denen die Zahl der Patienten, die intensivmedizinisch zu versorgen sind, die vorhandenen Kapazitäten übersteigt. Wir Intensivmediziner müssen der Öffentlichkeit besser erklären, vor welchen Herausforderungen wir dann stehen. Das sind wir nicht gewohnt. Wir tun unser Bestes, um Patienten in lebensbedrohlichem Zustand zu behandeln, aber mit einer solchen Krise wie der COVID-19-Pandemie sind wir nie konfrontiert worden. Um überzeugende Lösungswege zu finden, müssen wir Akteure aus allen Lebensbereichen einbeziehen.

Prof. Jung: Zusätzlich zu dem, was Bertrand Guidet gesagt hat, möchte ich darauf hinweisen, dass es von zentraler Bedeutung ist, die rechtlichen Unsicherheiten und Haftungsrisiken im Zusammenhang mit Triage-Entscheidungen stärker zu thematisieren. Wir brauchen Kriterien für die Priorisierung von Patienten in Zeiten knapper medizinischer Ressourcen. Und wir brauchen Rechtssicherheit in dieser außerordentlich belastenden und fordernden Situation – für die Fachkräfte in der Intensivmedizin und für die Patienten und deren Angehörige. Diese Kriterien sollten das einvernehmliche Ergebnis eines demokratischen Prozesses sein. Man kann von Ärztinnen und Ärzten nicht ernsthaft erwarten, dass sie Entscheidungen über Leben und Tod treffen, bei denen die Gefahr besteht, dass sie unrechtmäßig handeln. Eine gesellschaftliche und politische Debatte über diese zentralen Fragen ist längst überfällig.

*Extrem belastende
Situation*

„Eine gesellschaftliche und politische Debatte ist längst überfällig.“

Literaturhinweise

1. The Variability of Critical Care Beds Numbers in Europe. Rhodes A, Ferdinande P, Flaatten H, Guidet B, Metnitz PG, Moreno RP. Intensive Care Med 2012, 38: 1647-53.
2. Admission Decisions to Intensive Care Units in the Context of the Major Covid-19 Outbreak: local guidance from the COVID-19 Paris-Region Area. Azoulay E, Beloucif S, Guidet B, Pateron D; Vivien B, Le Dorze M. Crit Care 2020, Jun 5;24(1): 293.
3. The good, the bad and the ugly: pandemic priority decisions and triage. Flaatten H, Beil M, Guidet B; Jung C. J Med Ethics. 2020 Jun 10: medethics-2020-106489. doi: 10.1136/medethics-2020-106489. Online ahead of print.
4. Prognostication in the elderly ICU patients: “mission impossible?”. Flaatten H, Beil M, Guidet B. Editorial Br J Anaesth 2020 <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.08.005>.



Professor Bertrand Guidet ist der Direktor der Abteilung für Internistische Intensivmedizin und Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Saint Antoine in Paris, Frankreich. Nach seiner Promotion im Jahr 1985 legte er seine Facharztprüfungen in der Kardiologie 1986 und in der Intensivmedizin 1987 ab. Nach einer weiteren akademischen Spezialisierung in der renalen Physiologie und Pathophysiologie erhielt er 1993 seine Habilitation. Im Jahr 1997 wurde er zum Professor an der Sorbonne berufen. Professor Guidet ist auch Mitglied des Forschungsclusters U1136 des Nationalen Instituts für Gesundheit und Forschung in der Medizin (INSERM) in Frankreich. Professor Guidet war von 2008 bis 2010 Präsident der französischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SRLF). Aktuell ist er Mitglied der Sektion Versorgungsforschung der Europäischen Gesellschaft für Intensivmedizin (ESICM) und einer der Initiatoren der internationalen VIP-Studiengruppe (Very Old Intensive Care patients). Prof. Guidets Publikationsliste umfasst mehr als 300 Artikel und Buchbeiträge, vor allem zu Kernthemen der Intensivmedizin. Sein besonderes Interesse gilt der Intensivmedizin für hochbetagte Patienten.

https://www.researchgate.net/profile/Bertrand_Guidet



Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Christian Jung ist Leiter der internistischen Intensivstationen der Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Angiologie der Medizinischen Fakultät am Universitätsklinikum Düsseldorf. Von 1998 bis 2005 studierte er Medizin an den Universitäten in Rostock, Freiburg, Zürich und St. Petersburg (Florida, USA). Er war Assistenzarzt an der Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Intensivmedizin am Universitätsklinikum Jena. Von 2007 bis 2009 war er Gastwissenschaftler an der Klinik für Kardiologie am Karolinska Universitätskrankenhaus und im Zentrum für molekulare Medizin, Stockholm, Schweden. 2013 wurde er Facharzt und Oberarzt für Innere Medizin und Kardiologie. Im gleichen Jahr habilitierte er sich und erhielt die Lehrbefugnis für Innere Medizin. Im Jahr 2015 folgte die PhD-Promotion am Karolinska Institut Stockholm, Schweden. Im gleichen Jahr wurde er Oberarzt und

W2-Professor für interventionelle Kardiologie und kardiovaskuläre Intensivmedizin an der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf. Seit 2016 ist Professor Jung Studienleiter und nationaler Koordinator VIP Studien (Very Old Intensive Care patients) und Hauptstudienarzt der internationalen COVIP Studie, die die Besonderheiten älterer Patienten mit kritischer COVID-19 Erkrankung untersucht. Er ist unter anderem Mitglied der Deutschen Gesellschaft für internistische Intensivmedizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und Sprecher der Arbeitsgruppe Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Ferner ist er Mitglied der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie und der Europäischen Gesellschaft für Intensivmedizin. Seine Publikationsliste umfasst mehr als 300 Artikel und Buchbeiträge. Die klinischen Forschungsschwerpunkte liegen in der interventionellen Kardiologie, der Behandlung von Herzklappenerkrankungen sowie der internistischen Intensivmedizin.

<https://orcid.org/0000-0001-8325-250X>

Impressum

Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.

Dr. Katja Gelinsky

Referentin für Recht und Politik
Hauptabteilung Analyse und Beratung
Abteilung Demokratie, Recht und Parteien
T +49 30 / 26 996-3760
Katja.Gelinsky@kas.de

Postanschrift: Konrad-Adenauer-Stiftung, 10907 Berlin

Herausgeberin: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. 2020, Sankt Augustin/Berlin
Gestaltung & Satz: yellow too Pasiek Horntrich GbR



Der Text dieses Werkes ist lizenziert unter den Bedingungen von „Creative Commons Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 international“, CC BY-SA 4.0 (abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>)

Bilder: Konrad-Adenauer-Stiftung