

6 Begrenzte Ressourcen in der Intensivmedizin als ethische Herausforderung

Georg Marckmann und Jochen Dutzmann

6.1 Einleitung

Medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel bedingen einen steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen, dem in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) begrenzt verfügbare Finanzmittel gegenüberstehen. Dieses Missverhältnis zwischen medizinisch Möglichem und solidarisch Finanzierbarem führt zu einer zunehmenden Mittelknappheit im Gesundheitswesen. In den Krankenhäusern hat der finanzielle Druck durch die Umstellung auf die DRG-basierte Vergütung in den letzten Jahren weiter zugenommen [Marckmann u. Strech 2009]. Ein überproportional großer Anteil der Krankenhausaussgaben ist dabei der Intensivmedizin zuzurechnen. Hinzu kommt, dass zahlreiche Innovationen in der Intensivmedizin – von neuen Antiinfektiva über rekombinante Gerinnungsfaktoren bis hin zu spezialisierten kardiovaskulären Medikamenten – den Ressourceneinsatz pro Patienten weiter steigern [Boldt 2004]. Damit stellt sich die schwierige ethische Frage, welche Patienten mit den teuren Maßnahmen behandelt werden sollen und bei wem auf günstigere, möglicherweise weniger wirksame Alternativen ausgewichen werden muss.

Diese Herausforderung ist längst keine theoretische mehr: Empirische Studien zeigen, dass Rationierungsentscheidungen in der Intensivmedizin bereits zum klinischen Alltag gehören [Boldt und Schöllhorn 2008, Strech et al. 2009]. In der Regel handelt es sich dabei um Formen der *strukturell verankerten, langfristigen* Ressourcenknappheit – etwa aufgrund von Budgetgrenzen oder der eingeschränkten Verfügbarkeit spezifischer Therapien. In solchen Situationen konkurrieren Patienten in der Regel nicht direkt miteinander um Ressourcen; vielmehr müssen Ärzte zwischen verschiedenen Maßnahmen und Indikationsgrenzen abwägen. Lediglich im Falle von Personalengpässen kann eine direkte Konkurrenzsituation zwischen einzelnen Patienten, zum Beispiel um ein letztes nächtlich betreibbares Intensivbett bis zum nächsten Morgen, entstehen [Karagiannidis et al. 2019]. Bei derartigen Zuteilungs-

entscheidungen steht die Dringlichkeit der medizinischen Versorgung im Vordergrund.

Zugleich treten in Ausnahmesituationen – etwa bei Pandemien, Großschadensereignissen oder Naturkatastrophen – Formen der *akuten krisenhaften* Ressourcenknappheit auf, bei denen eine unmittelbare Konkurrenz um intensivmedizinische Behandlungsplätze oder lebensrettende Therapien entsteht. Da in diesen Situationen Patienten ähnlicher Erkrankungsschwere und Behandlungsdringlichkeit um die begrenzten Ressourcen konkurrieren, muss – anders als bei chronischer Mittelknappheit – häufig die Erfolgsaussicht der Behandlung als entscheidendes Allokationskriterium genutzt werden. Solche ethisch besonders anspruchsvollen Entscheidungen über den Zugang zu intensivmedizinischer Versorgung wurden im Rahmen der COVID-19-Pandemie öffentlich und in Fachkreisen intensiv diskutiert. Solche Triage-Entscheidungen sind nicht nur medizinisch, sondern auch ethisch und rechtlich präzise zu begründen.

Der vorliegende Beitrag möchte deshalb Perspektiven aufzeigen, wie Intensivmedizin sowohl in alltäglichen als auch in außergewöhnlichen Situationen mit Ressourcenknappheit in einer medizinisch rationalen, ökonomisch sinnvollen und vor allem auch ethisch vertretbaren Weise umgehen können. Er unterscheidet dabei zwischen langfristig struktureller und akut krisenhafter Knappheit, legt deren unterschiedliche ethische Bewertungskriterien offen und gibt praktische Orientierung für die ärztliche Entscheidungsfindung im Spannungsfeld von Individualwohl und Verteilungsgerechtigkeit.

6.2 Strategien zum Umgang mit Mittelknappheit

Grundsätzlich gibt es drei Möglichkeiten, Mittelknappheit in der Gesundheitsversorgung zu begegnen:

1. Erhöhung der Mittelzuweisung
2. Effizienzsteigerungen („Rationalisierung“)
3. Leistungsbegrenzungen („Rationierung“)

Die für die Praktiker einfachste Lösung, eine Erhöhung der verfügbaren Mittel (1), steht in den meisten Fällen leider nicht zur Verfügung. Überdies gibt es gute Gründe, Gesundheitsausgaben nicht immer weiter ansteigen zu lassen [Marckmann 2008]. Damit verbleiben die Optionen (2) und (3). *Rationalisierungen* erhöhen die Effizienz der medizinischen Versorgung, indem der gleiche medizinische Effekt mit weniger Mitteln oder ein größerer medizinischer Effekt mit den gleichen Mitteln erzielt wird. Da bei Effizienzsteigerungen die ökonomische und medizinisch-ethische Rationalität konvergieren, handelt es sich um die primär gebotene Strategie. In vielen Fällen werden Rationalisierungen jedoch nicht ausreichen, um den steigenden Ressourcenbedarf bspw. durch innovative Verfahren oder außergewöhnliche Belastungssituationen zu kompensieren, sodass Leistungsbegrenzungen, d.h. Rationierungen, unausweichlich werden. Eine *Rationierung* liegt vor, wenn Patienten (vorübergehend oder dauerhaft) eine medizinisch sinnvolle Maßnahme aus Gründen begrenzter Ressourcen – seien sie finanzieller, personeller oder struktureller Natur – vorenthalten wird, obwohl sie ihnen einen Nutzenvorteil geboten hätte. In der Praxis kann die Grenze zwischen Rationierung und Rationalisierung unscharf sein, wenn die Evidenz für den Nutzen einer Maßnahme unsicher ist.

Rationierungen können auf zwei verschiedene Art und Weisen durchgeführt werden: *Explizite Rationierungen* erfolgen „oberhalb“ der individuellen Arzt-Patient-Beziehung nach ausdrücklich festgelegten, für alle Patienten verbindlichen Regeln. Als Instrument der expliziten Rationierung kommen neben kostensensiblen Leitlinien (KSLL, vgl. Marckmann 2015), die unter Berücksichtigung der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz zu Wirksamkeit und Kosten den Einsatz bestimmter Maßnahmen bei definierten Patientengruppen steuern, auch medizinische Empfehlungen von Fachgesellschaften, gesetzliche Vorgaben oder klinikweit geltende Zuteilungsrichtlinien infrage. Diese können insbesondere dann relevant werden, wenn Rationierungsentscheidungen nicht allein aus Kostengründen, sondern aufgrund personeller Engpässe oder außergewöhnlicher Versorgungssituationen erforderlich sind. Bei der *impliziten Rationierung* erfolgt die Zuteilung nicht nach klar definierten Regeln, sondern durch die Ärzte im Einzelfall. Empirische Studien belegen, dass bei impliziten, ärztlichen Rationierungen die Zuteilungsentscheidungen nach wechselnden, ethisch häufig schlecht begründeten Kriterien erfolgen [Strech et al. 2008]. Explizite Leistungsbegrenzungen sind deshalb ethisch zu bevorzugen: Sie sind transparent, konsistent, medizinisch rationaler und durch die Gleichbehandlung der Patienten auch gerechter.

Unvermeidliche Leistungseinschränkungen („Rationierung“) sollten nach Möglichkeit explizit erfolgen und in Form von Regeln vorgeben, unter welchen Voraussetzungen ein Patient eine teure medizinische Maßnahme erhalten soll.

6.3 Strategien zum Umgang mit Mittelknappheit auf der Intensivstation

So unterschiedlich wie die Ursachen von Ressourcenknappheit in der Intensivmedizin sind die Strategien, mit denen auf knappe Ressourcen reagiert werden muss. Im Folgenden werden drei typische Konstellationen differenziert betrachtet: die strukturell bedingte Knappheit bei begrenzten finanziellen Ressourcen, die Zuteilungskonflikte bei personellen Engpässen sowie die akute Priorisierung bei krisenhaften Überlastungssituationen.

6.3.1 Zuteilungsentscheidungen bei strukturell bedingter Knappheit

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen ist es unausweichlich, dass Ärzte nicht nur auf den Intensivstationen auch Verantwortung für den Einsatz knapper Gesundheitsressourcen übernehmen: Sie müssen – ob sie wollen oder nicht – kostenbewusste Entscheidungen treffen. Tabelle 1 zeigt ein Stufenmodell, wie Ärzte in einer ethisch vertretbaren Art und Weise dieser Verantwortung in der Praxis gerecht werden können. Bei den ersten drei Stufen wird deutlich, dass ein stärkeres Kostenbewusstsein nicht notwendig dem ärztlichen Ethos widerspricht, sondern Anlass bietet, traditionelle ethische Verpflichtungen zu akzentuieren, die sich aus den Prinzipien des Wohltuns, des Nichtschadens und des Respekts der Patientenautonomie ergeben (vgl.

Tab. 1 Ethisches Kostenbewusstsein auf Intensivstationen: Ein Stufenmodell (Marckmann u. in der Schmitt 2011)

	Maßnahme	ethische Begründung
1	Unterlassung ineffektiver Maßnahmen im Sinne einer evidenzbasierten Medizin	<i>Wohltun/Nutzen, Nichtschaden</i>
2	konsequente Berücksichtigung individueller Patientenpräferenzen	<i>Respekt der Autonomie</i>
3	Minimierung des Ressourcenverbrauchs für das Erreichen eines bestimmten Therapieziels	<i>Nichtschaden</i>
4	Unterlassung von teuren Maßnahmen mit einem geringen Nutzengewinn für den Patienten	<i>Gerechtigkeit</i>
	a) lokale Versorgungsstandards (explizit)	
	b) im Einzelfall (implizit)	
	■ Berücksichtigung prozeduraler Mindeststandards	
	■ Durchführung von Kosten-Fallbesprechungen	
	■ Beratung durch ein klinisches Ethikkomitee	

Abschnitt 6.4). Mit der vierten Stufe findet jedoch ein Übergang von individualethischen zu gerechtigkeitsethischen Überlegungen statt: Nicht mehr Wohlergehen und Wille des einzelnen Patienten stehen im Vordergrund, sondern die gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen (vgl. Abschnitt 6.5). Aus diesem Grund sollten die Stufen 1 bis 3 auch Vorrang beim Umgang mit knappen Mitteln auf der Intensivstation genießen.

6.3.2 Zuteilungsentscheidungen bei personellen Engpässen

Eine Knappheit intensivmedizinischer Versorgungsplätze kann sich nicht nur durch fehlende technische Ausstattung oder Finanzmittel, sondern auch durch personelle Engpässe ergeben. So kann etwa ein Intensivbett, das strukturell vorhanden ist, nicht betrieben werden, weil die erforderliche pflegerische oder ärztliche Betreuung nicht gesichert werden kann. Dabei handelt es sich in der Regel um temporäre, lokal begrenzte Versorgungslücken, die dennoch unmittelbare Allokationsentscheidungen erfordern. In solchen Situationen konkurrieren mehrere Patienten gleichzeitig um ein einzelnes betriebsfähiges Bett oder Beatmungsgerät – etwa bei kurzfristigen, nicht unmittelbar behebbaren Personalausfällen, bei denen z.B. unter Beachtung der Pflegepersonaluntergrenzen nur ein Teil der Station betriebsfähig ist.

Da es sich meist um Patienten mit unterschiedlicher Behandlungsdringlichkeit handelt, ist es aus ethischer Sicht naheliegend, die knappen Ressourcen nach dem Kriterium der *medizinischen Dringlichkeit* zu verteilen. Das bedeutet: Vorrang erhalten diejenigen Patienten, bei denen ohne sofortige intensivmedizinische Intervention ein erheblicher gesundheitlicher Schaden oder ein vitales Risiko zu erwarten ist [Marckmann 2021]. Auch wenn es sich nicht um eine formalisierte Triage-Situation handelt, sind diese kurzfristigen Zuteilungsentscheidungen ethisch brisant. Denn sie betreffen – wie auch bei akuter Ressourcenknappheit – nicht den Zugang zu einer einzelnen Maßnahme, sondern zur gesamten intensivmedizinischen Versorgung. Die besondere Herausforderung besteht jedoch nicht primär im Zeitdruck, sondern darin, dass

_____ Auszug aus: Salomon | Dutzmann. Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin.

ISBN: 978-3-7753-0013-1. Urheberrechtlich geschützt.

diese Entscheidungen in der Regel ohne explizite, klinisch und ethisch abgestimmte Verfahrensregeln getroffen werden – also implizit, situativ und individuell.

Hinzu kommt, dass solche Allokationsentscheidungen unter Umständen revidiert werden müssen, wenn zu einem späteren Zeitpunkt ein noch schwerer erkrankter Patient eingeliefert wird. Eine solche *Ex-Post-Triage*, bei der einem zunächst aufgenommenen Patienten nachträglich die intensivmedizinische Behandlung zugunsten eines anderen Patienten entzogen würde, kann dazu beitragen, dass in der akuten Knappheitssituation möglichst viele Patienten gerettet werden können [Marckmann et al. 2020a]. Für pandemische Situationen ist sie jedoch durch § 5c IfSG explizit untersagt. Damit entsteht ein Spannungsfeld zwischen medizinischer Plausibilität, ethischer Dringlichkeitsabwägung und rechtlichen Grenzen, das im klinischen Alltag bislang kaum systematisch adressiert ist.

6.3.3 Zuteilungsentscheidungen bei akuter Ressourcenknappheit

In Situationen akuter, nicht behebbarer Ressourcenknappheit – etwa im Rahmen einer Pandemie, eines Massenanfalls von Erkrankten oder bei systemischer Überlastung der Intensivstationen – müssen Entscheidungen darüber getroffen werden, welche Patienten vorrangig behandelt werden sollen, wenn nicht alle gleichzeitig versorgt werden können. Im Unterschied zur strukturellen Ressourcenknappheit bei personellen oder finanziellen Engpässen liegt hier eine unmittelbare Konkurrenz zwischen mehreren gleich dringlichen, d.h. akut lebensbedrohlich erkrankten Patienten vor. Damit ist eine Priorisierung nach dem Kriterium der Dringlichkeit kaum mehr möglich. In solchen Situationen kann es deshalb ethisch geboten sein, die Priorisierung am Kriterium der *Nutzenmaximierung* auszurichten. Dabei werden die knappen Ressourcen so eingesetzt, dass insgesamt der größtmögliche gesundheitliche Nutzen erzielt werden kann, wobei es verschiedene Möglichkeiten gibt, den Nutzen zu operationalisieren. Die konsequenteste Umsetzung wäre die Maximierung von qualitätsadjustierten Lebensjahren (*quality adjusted life years*, QALY). Dies würde Menschen mit einer zuvor bereits eingeschränkten Lebenserwartung oder Lebensqualität benachteiligen. Häufig wird deshalb eher eine Maximierung der geretteten Menschenleben angestrebt, was durch eine Allokation nach dem Kriterium der *Erfolgsaussicht* hinsichtlich des Überlebens der Patienten realisiert werden kann. Eine Nutzenmaximierung kann in Situationen akuter Ressourcenknappheit auch im Interesse des Einzelnen sein, da es dessen Wahrscheinlichkeit maximiert, gerettet zu werden. Darüber hinaus werden Auswahlkriterien diskutiert, die die formale Gleichbehandlung der Betroffenen in den Vordergrund stellen (zur Übersicht vgl. Tab. 2). Sowohl bei „*first come, first served*“ als auch bei einem „*Losverfahren*“ sollen die knappen Ressourcen nach dem Zufallsprinzip zugeteilt werden. Beim „*first come, first served*“ ist problematisch, dass es meist kaum vom Zufall abhängt, wer sich zuerst in medizinische Versorgung begibt bzw. begeben kann, sondern u.a. von geografischen und sozioökonomischen Faktoren. Eine zufällige Zuteilung mittels Losverfahren ignoriert die individuelle Bedürftigkeit der Patienten und wäre allenfalls gerechtfertigt, um zwischen Personen zu priorisieren, die hinsichtlich inhaltlicher Auswahlkriterien wie z.B. der Dringlichkeit oder der Erfolgsaussicht gleichgestellt sind. Nach dem Kriterium des *Lebensalters* werden jüngere gegenüber älteren Menschen bevorzugt, da diese noch weniger Möglichkeiten hatten, relevante Lebenspläne zu realisieren. Dieses intuitiv durchaus plausible Kriterium könnte als Zusatzkriterium verwendet wer-

Tab. 2 Kriterien für die Priorisierung von Patienten bei einer akuten, nicht behebbaren Ressourcenknappheit (Marckmann 2022)

Kriterium	Beschreibung	Implikationen
Medizinische Dringlichkeit	Priorisierung von Patienten, bei denen unmittelbar erheblicher gesundheitlicher Schaden droht	Bevorzugt schwerstkranke Patienten, unabhängig von den erforderlichen Ressourcen; ggf. können weniger Menschen gerettet werden, geringere Effizienz
Nutzenmaximierung	Priorisierung von Patienten hoher Wahrscheinlichkeit eines großen gesundheitlichen Nutzens	Bevorzugt Patienten mit potenziell hohem Zugewinn an Lebenszeit und Lebensqualität; hohe Effizienz; benachteiligt Patienten mit eingeschränkter Lebenserwartung und Lebensqualität
First come, first served	Priorisierung nach Reihenfolge des Eintreffens	Formale Gleichbehandlung (sofern gleicher Zugang); Schweregrad der Erkrankung und Nutzengewinn nicht berücksichtigt, ggf. mehr vermeidbare Todesfälle
Losverfahren	Zuteilung der Ressourcen nach dem Zufallsprinzip	Formale Gleichbehandlung; Schweregrad der Erkrankung und Nutzengewinn nicht berücksichtigt, ggf. mehr vermeidbare Todesfälle
Lebensalter	Priorisierung jüngerer gegenüber älteren Patienten	Fairere Verteilung von Lebenschancen, aber Altersdiskriminierung
Instrumenteller Wert	Priorisierung von Patienten mit hoher Bedeutung für das Funktionieren der Gesellschaft	Reduziert indirekten, auch nicht-gesundheitlichen Schaden für die Gesellschaft; nicht als alleiniges Kriterium

den, wenn sich hinsichtlich anderer inhaltlicher Kriterien ein Gleichstand ergibt. Beim *instrumentellen Wert* werden diejenigen Personen bevorzugt, die eine besondere Bedeutung für das Funktionieren der Gesundheitsversorgung oder anderer wichtiger gesellschaftlicher Bereiche (z.B. Infrastruktur) haben. Ethisch kann eine Priorisierung dieser Personen dadurch gerechtfertigt werden, dass ihre Rettung einen relevanten Nutzen für Dritte hat. Der instrumentelle Wert dürfte am ehesten ebenfalls in Ergänzung anderer Kriterien wie Dringlichkeit oder Nutzenmaximierung Anwendung finden.

Welche Kriterien tatsächlich zur Anwendung kommen, sollte nach Möglichkeit vorab von hierfür entsprechend legitimierten Institutionen bestimmt werden. Da die Priorisierung erhebliche Auswirkung auf die (Über-)Lebenschancen der betroffenen Menschen hat, erscheint es angemessen, wenn der Gesetzgeber zumindest allgemeine Vorgaben macht, welche Kriterien die Zuteilungsentscheidungen leiten sollen (für eine davon abweichende Position vgl. die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats 2020). Dies hat der Gesetzgeber beispielsweise mit den im Transplantationsgesetz festgelegten Kriterien Dringlichkeit und Erfolgsaussicht für die Verteilung knapper Spenderorgane gemacht. Die Anwendung der Kriterien kann dann, sofern hierfür medizinischer Sachverstand erforderlich ist, unter Beteiligung medizinischer Organisationen bzw. Fachgesellschaften konkretisiert werden.

_____ Auszug aus: Salomon | Dutzmann. Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin.

ISBN: 978-3-7753-0013-1. Urheberrechtlich geschützt.

6.3.4 Priorisierung intensivmedizinischer Ressourcen im Rahmen der COVID-19-Pandemie und gesetzliche Regelung durch das Infektionsschutzgesetz

Im Rahmen der COVID-19-Pandemie kam es in verschiedenen Ländern aufgrund der hohen Anzahl beatmungsbedürftiger Patienten mit einem schweren Atemnotsyndrom zu einer akuten Überlastung der Intensivstationen. Trotz Mobilisierung zusätzlicher Kapazitäten konnte auch in Deutschland im Frühjahr 2020 eine Knappheit intensivmedizinischer Ressourcen nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Im Gegensatz zur Triage in der Katastrophenmedizin gab es in Deutschland damals keine Vorgaben, welche Patienten beim Zugang zur Intensivstation priorisiert werden sollten. Wie in anderen Ländern haben daraufhin 8 medizinische Fachgesellschaften unter der Federführung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung Intensivmedizin (DIVI) und der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) Empfehlungen zur Priorisierung intensivmedizinischer Ressourcen in der COVID-19-Pandemie erarbeitet [Marckmann et al. 2020a].

Die Empfehlungen sollten dazu beitragen, dass unvermeidbare Priorisierungsentscheidungen nach einheitlichen, transparenten, klar definierten sowie medizinisch und ethisch gut begründeten Kriterien in einem Prozess getroffen werden, der die Gleichbehandlung der Patienten sicherstellt und die beteiligten Akteure bei den schwierigen Zuteilungsentscheidungen entlastet. Bei der Entscheidungsfindung wurde vorausgesetzt, dass alle verfügbaren Möglichkeiten genutzt wurden, um weitere Intensivkapazitäten zu mobilisieren oder die Patienten in eine andere Klinik zu verlegen. Zudem sollte zunächst im Rahmen einer patientenzentrierten Einschätzung sichergestellt werden, dass die Intensivtherapie bei dem jeweiligen Patienten eine realistische Erfolgsaussicht besitzt und vom Betroffenen (noch) gewünscht ist. Sofern die Intensivkapazitäten nicht ausreichten, um alle Patienten zu behandeln, bei denen eine Intensivtherapie aussichtsreich und gewünscht war, sollte sich die dann unvermeidliche Priorisierung der Patienten nach den Empfehlungen der Fachgesellschaften am Kriterium der *Erfolgsaussicht* – hier definiert als die Wahrscheinlichkeit, die aktuelle Intensivbehandlung zu überleben – orientieren. Diejenigen Patienten, die sehr krank waren, aber deren Behandlung eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit hatte, sollten gegenüber denjenigen Patienten priorisiert werden, die auch mit intensivmedizinischer Behandlung mit einer hohen Wahrscheinlichkeit verstorben wären. Diese Priorisierung, die unabhängig von der Erkrankung alle Patienten mit Intensivbehandlungsbedarf einbezog (die bereits beatmeten auf der Intensivstation gleichermaßen wie diejenigen in der Notaufnahme), sollte dazu beitragen, dass mit den begrenzt verfügbaren Kapazitäten eine möglichst hohe Anzahl schwerstkranker Patienten gerettet wird [Marckmann et al. 2020b]. Es handelte sich allerdings nicht um eine konsequente Umsetzung der Maxime, die meisten Menschenleben zu retten, da der erwartete Ressourcenverbrauch (insbesondere die Liegedauer auf der Intensivstation) nicht berücksichtigt wurde [Lübbe 2020].

Die Erfolgsaussicht der Intensivtherapie wurde im Einzelfall beurteilt unter Berücksichtigung

1. des Schweregrads der akuten Erkrankung,
2. des Vorliegens prognostisch relevanter Begleiterkrankungen und
3. des allgemeinen Gesundheitszustands, sofern er Auswirkungen auf die aktuelle Überlebenswahrscheinlichkeit des Patienten hatte.

Diese drei Faktoren sollten mit geeigneten Punktescores objektiviert werden.

Die von den Fachgesellschaften vorgeschlagene Priorisierung nach dem Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht wurden in der Folge insbesondere aus rechtlicher Sicht und von Behindertenverbänden kritisiert [Fateh-Moghadam u. Gutmann 2021]. Ebenso wurde kontrovers diskutiert, wie eine Triage bei bereits beatmeten Patienten (sog. *Ex-Post-Triage*) strafrechtlich zu bewerten ist [Taupitz 2020]. Nach einer Verfassungsbeschwerde durch schwer und schwerst behinderte Menschen, entschied das Bundesverfassungsgericht 2021, dass der Gesetzgeber es unterlassen habe, Vorkehrungen zu treffen, damit niemand wegen einer Behinderung bei der Zuteilung überlebenswichtiger, nicht für alle zur Verfügung stehenden intensivmedizinischer Behandlungsressourcen benachteiligt werde, und er dafür Sorge zu tragen habe, dass jede Benachteiligung wegen einer Behinderung bei der Verteilung pandemiebedingt knapper intensivmedizinischer Behandlungsressourcen hinreichend wirksam verhindert werde (vgl. 1 BvR 1541/20). Diesen Auftrag des Bundesverfassungsgerichts setzte der Gesetzgeber 2022 mit Einführung des § 5c IfSG um. Er grenzt darin die zulässige Auswahl an zu behandelnden Patienten auf die „aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit“ ein und benennt – entgegen den Empfehlungen der Fachgesellschaften – Kriterien, die sich angeblich hierauf nicht auswirken, wie Behinderung, Alter, verbleibende mittel- oder langfristige Lebenserwartung, Grad der Gebrechlichkeit und Lebensqualität. Außerdem sollen die notwendigen Priorisierungsentscheidungen von vornherein auf Patienten begrenzt sein, die noch nicht intensivmedizinisch behandelt werden (sog. *Ex-Ante-Triage*). Da Patienten in der Praxis Notaufnahmen und Intensivstationen (möglicherweise auch hochfrequent) nacheinander und selten gleichzeitig erreichen und so vor Erreichen des nächsten Patienten bereits eine akutmedizinische Therapie beim vorangehenden Patienten begonnen wurde, entstehen kaum Situationen, in denen eine *Ex-Ante-Triage* stattfindet. Mit dem Verbot der *Ex-Post-Triage* hat der Gesetzgeber also ein faktisches „First come first serve“ implementiert [Duttge et al. 2024].

Diese neue rechtliche Regelung gab wiederum Anlass für mehrere Verfassungsbeschwerden, die mitunter darauf abzielen, dass der Vorhersage jeglicher Erfolgswahrscheinlichkeit patientenindividuelle Faktoren (wie Erkrankungsschwere, Erkrankungsdauer, Alter und Komorbiditäten) inhärent sind. Für die betroffenen Ärzte, die diese Vorhersagen treffen müssen, ist eine gesetzeskonforme Zuteilungsentscheidung nach § 5c IfSG somit nicht möglich [Dutzmann et al. 2025]. Sie kritisieren zudem den gesetzimmanenten Widerspruch im Verbot der *Ex-Post-Triage*, das zu einer kategorialen Ungleichbehandlung zwingt, zumal insbesondere vulnerable Gruppen systematisch benachteiligt werden: Denn diese haben aufgrund ihrer Behinderung ungleiche Chancen, frühzeitig den Ort der intensivmedizinischen Behandlung zu erreichen und rechtzeitig Behandlungskapazitäten zugeteilt zu bekommen [Duttge et al. 2024]. Zudem zeigen Simulationen, dass bei einem Ausschluss der *Ex-Post-Triage* insgesamt mehr Menschen versterben [Garber et al. 2023]. Die Verfassungsbeschwerden sind zum Zeitpunkt des Erscheinens des vorliegenden Buches noch nicht durch das Bundesverfassungsgericht entschieden. § 5c IfSG regelt zwar die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen bei pandemiebedingter Knappheit, die Zuteilung bei anderen akuten oder strukturellen, langfristigen Ursachen von Ressourcenknappheit sind gesetzlich nicht geregelt.

6.4 Akzentuierung traditioneller ethischer Verpflichtungen

Verschiedene ethische Anforderungen an ärztliches Handeln gewinnen bei Mittelknappheit über die individualetische hinaus eine gerechtigkeitsethische Bedeutung. Hierzu gehört zum Beispiel die Forderung der evidenzbasierten Medizin, im Einzelfall konsequent die verfügbaren Studienergebnisse zu Wirksamkeit, Nutzen und Risiken der medizinischen Verfahren zu berücksichtigen und unwirksame bzw. nutzlose Maßnahmen zu unterlassen (vgl. Tab. 1, Stufe 1). Dies ist nicht nur durch das Prinzip des Nichtschadens im Hinblick auf den einzelnen Patienten geboten, sondern vermeidet überdies Überversorgung und spart Ressourcen, die dann anderen Patienten zugutekommen können [Michalsen et al. 2021]. Auch die konsequente Berücksichtigung von Patientenpräferenzen ist als ethische Verpflichtung bereits im ärztlichen Ethos angelegt (vgl. Tab. 1, Stufe 2). Die Ergebnisse einer empirischen Multicenter-Studie von Schneiderman et al. weisen darauf hin, dass auf diese Weise auch Ressourcen eingespart werden können [Schneiderman et al. 2003]. Eine klinische Ethikberatung, deren Ziel es war, die Behandlung auf den (erklärten oder mutmaßlichen) Willen des Patienten auszurichten, konnte den Mittelverbrauch bei den im Krankenhaus versterbenden Intensivpatienten signifikant reduzieren. Die Patienten verbrachten vor ihrem Tod weniger Tage im Krankenhaus, weniger Tage auf der Intensivstation und weniger Tage am Beatmungsgerät. Die Mortalität war mit und ohne Ethikberatung gleich. Der Therapieverzicht erfolgte in individualetischer Perspektive – Kostenerwägungen spielten für die Ethikberatung keine Rolle –, hatte aber durchaus positive gerechtigkeitsethische Konsequenzen, da Ressourcen für andere Patienten eingespart werden konnten.

Wenn bei Behandlungsentscheidungen der zuvor – z.B. in einer Patientenverfügung – erklärte oder mutmaßliche Patientenwille konsequent berücksichtigt wird, können knappe Ressourcen auf der Intensivstation eingespart werden.

Die explizite Berücksichtigung von Kostenaspekten steht aber ebenfalls nicht notwendig im Konflikt zum traditionellen Arztethos. Wenn einem Arzt zwei Verfahren mit vergleichbarem Nutzen-Risiko-Profil zur Verfügung stehen, sollte er das günstigere Verfahren bevorzugen, auch wenn dies möglicherweise den Wünschen des Patienten widerspricht (vgl. Tab. 1, Stufe 3). Damit kommt der Arzt seinen traditionellen ärztlich-ethischen Verpflichtungen nach, das Wohlergehen des Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu fördern und kann gleichzeitig Ressourcen einsparen und damit einen Beitrag zu einer gerechteren Mittelverteilung leisten.

6.5 Ethisch vertretbare Rationierung

Der schwierigste Fall liegt vor, wenn der Arzt im Einzelfall dem Patienten eine *nützliche* Maßnahme aufgrund von Ressourcenknappheit vorenthalten muss. Damit gerät er nicht nur in Konflikt mit seinen traditionellen ärztlichen Verpflichtungen. Gerade bei Zuteilungsentscheidungen aus Kostengründen erfordert die implizite Rationierung eine schwierige Abwägung, *wann* das Kosten-Nutzen-Profil einer Maßnahme so

schlecht ist, dass sie nicht mehr erbracht werden sollte. Einen allgemeinen Grenzwert gibt es hierfür nicht; überdies wäre es ethisch kaum vertretbar, einen festen Grenzwert vorzugeben, da dann das Kriterium der Nutzenmaximierung alle anderen ethischen Überlegungen der Verteilungsgerechtigkeit dominieren würde. Ohne verbindliche Vorgaben wird die Bewertung der Kosteneffektivität von Arzt zu Arzt und auch von Patient zu Patient variieren, was zu einer kaum akzeptablen Ungleichbehandlung der Patienten führen kann. Nach Möglichkeit sollten deshalb lokale Versorgungsstandards entwickelt werden, die für die jeweilige Klinik oder Station vorgeben, unter welchen Bedingungen ein Patient eine sehr teure Therapie bekommt. Dies kann zum Beispiel in Form von kostensensiblen Leitlinien geschehen, die die Indikation auf diejenigen Patienten-Subgruppen einschränkt, die am meisten von den Maßnahmen profitieren. Damit kann es gelingen, die implizite Rationierung lokal in eine ethisch weniger problematische explizite Rationierung zu überführen (vgl. Tab. 1, Stufe 4a).

Wenn aber die ärztliche Rationierung aus Kostengründen im Einzelfall unvermeidlich ist, sollte diese in einer Weise durchgeführt werden, die die Konflikte mit der traditionellen Grundausrichtung ärztlichen Handelns minimiert. Hierfür sollten bei der impliziten, ärztlichen Rationierung – unabhängig von der Ursache der zugrundeliegenden Ressourcenknappheit – grundsätzlich *prozedurale Mindeststandards* eingehalten werden, wie sie auch für andere Bereiche gefordert werden [Marckmann 2008; Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer 2007]:

- **Transparenz:** Die Patienten sollten über Rationierungen informiert werden.
- **Konsistenz:** Nach Möglichkeit sollten Ärzte bei allen Patienten die gleichen Zuteilungskriterien und Bewertungsstandards anwenden, sodass Patienten in vergleichbaren medizinischen Situationen auch die gleiche Behandlung erhalten, sofern dem nicht individuelle Patientenpräferenzen entgegenstehen.
- **Begründung:** Jede Rationierung sollte auf einer nachvollziehbaren Begründung beruhen, die den betroffenen Patienten zugänglich zu machen ist.
- **Evidenzbasierung:** Zuteilungsentscheidungen – nicht nur Rationierungen – sollten die verfügbare Evidenz hinsichtlich des gesundheitlichen Nutzens und der zu erwartenden Kosten berücksichtigen.
- **Widerspruchsmöglichkeiten:** Patienten, denen der Zugang zu einer gewünschten Leistung verwehrt wird, sollten Widerspruchsmöglichkeiten offenstehen.

Bei Rationierungen aus Kostengründen ist eine weitere Voraussetzung erforderlich: So sollte der Einfluss impliziter Rationierungsentscheidungen auf das Wohlergehen des Patienten möglichst gering bleiben. Der Arzt sollte zunächst solche Maßnahmen vorenthalten, die dem Patienten nur einen geringen oder sehr unwahrscheinlichen Nutzen bei vergleichsweise hohen Kosten bieten. Auch der Evidenzgrad, mit dem der Nutzen für den Patienten nachgewiesen ist, sollte in die Überlegungen mit einfließen. Je kleiner der erwartete Nutzengewinn für den Patienten ist, desto größere Anforderungen sind an die wissenschaftliche Evidenz zu stellen. Umgekehrt sollte eine Maßnahme mit einem großen Netto-Nutzen für den Patienten auch dann durchgeführt werden, wenn der Nachweis in klinischen Studien nicht den höchsten methodischen Standards genügt. Bei dieser Abwägung von Nutzengewinn und Evidenzstärke ist einmal mehr die ärztliche Urteilskraft gefordert. Je kleiner der vorenthaltene Nutzen dabei ist, desto weniger weicht der Arzt von seiner ethischen Ver-

pflichtung ab, die optimale Therapie für seinen Patienten auszuwählen. Wenn sich die Ressourcenknappheit z.B. durch noch restriktivere Budgets verschärft, wird der Arzt genötigt sein, seinen Patienten auch einen größeren Nutzengewinn vorzuenthalten. Dabei muss sichergestellt sein, dass dem Patient eine alternative Behandlung mit einem günstigeren Kosten-Nutzen-Verhältnis angeboten werden kann.

Die Einhaltung dieser Verfahrensvorgaben dient als wichtige Voraussetzung dafür, dass Patienten auch dann noch ihren Ärzten vertrauen können, wenn diese Verantwortung für die Zuteilung knapper Gesundheitsressourcen übernehmen müssen.

Als ein weiteres prozedurales Element bietet es sich an, in schwierigen Fällen Fallbesprechungen durchzuführen. Bei akuter Ressourcen-Knappheit sollen grundsätzlich bzw. müssen entsprechende der neuen infektionsschutzrechtlichen Regelungen im Pandemiefall Priorisierungsentscheidungen im Mehr-Augen-Prinzip getroffen werden. Bei struktureller langfristiger, z.B. personalbedingter Ressourcenknappheit bieten sich ebenfalls das Treffen von Entscheidungen im Mehr-Augen-Prinzip oder ethische Ad-hoc-Fallbesprechungen an. Bei Ressourcenknappheit aus Kostengründen können Kosten-Fallbesprechungen durchgeführt werden, bei denen Ärzte gemeinsam mit den anderen Teammitgliedern überlegen, ob bei einem Patienten eine teure Maßnahme mit geringem oder fraglichem Nutzen durchgeführt werden soll. Die gemeinsame Fallberatung verringert die Gefahr einseitiger Bewertungen und willkürlicher Entscheidungen – die Subjektivität des Einzelnen wird in eine intersubjektivität der Gruppe überführt, mehrere Perspektiven finden Berücksichtigung – und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass zumindest in der betreffenden Klinik bei allen Patienten vergleichbare Bewertungsmaßstäbe angelegt werden. In Konfliktfällen kann als weitere prozedurale Absicherung ein klinisches Ethikkomitee beratend hinzugezogen werden [vgl. hierzu ausführlicher Marckmann u. Strech 2009; Strech 2009].

Tipps für die Praxis

- *bei jeder Behandlungsmaßnahme immer zunächst sorgfältig prüfen, ob die Maßnahme noch dem Wohlergehen und dem Willen des Patienten entspricht*
- *einen möglichen Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen rechtzeitig mit Patient und/oder Stellvertreter (Bevollmächtigter/Betreuer) besprechen*
- *bei teuren oder in nicht ausreichendem Maße vorhandenen Maßnahmen, die häufig Entscheidungsprobleme bereiten, klinikumsinterne Versorgungsstandards entwickeln, die vorgeben, bei welchen Patienten-Subgruppen die Maßnahme eingesetzt werden soll*
- *sofern ein mehr als minimaler Nutzengewinn für den Patienten durch eine klinische Leitlinie oder durch hochwertige klinische Studien belegt ist, sollten auch teure Maßnahmen zum Einsatz kommen – sofern dies vom Patienten gewünscht wird*

- *zunächst auf diejenigen Maßnahmen verzichten, die dem Patienten im Vergleich zu alternativen Maßnahmen nur einen geringen Nutzengewinn bieten*
- *Priorisierungsentscheidungen bei akuter Ressourcenknappheit grundsätzlich im Mehr-Augen-Prinzip treffen.*
- *bei schwierigen Entscheidungen eine Kosten-Fallbesprechung durchführen oder/und ein klinisches Ethikkomitee beratend hinzuziehen*

Literatur

- Boldt J (2004) Können wir uns die Fortschritte der Intensivmedizin noch leisten? Dtsch Med Wochenschr 129, 36-40
- Boldt J, Schöllhorn T (2008) Rationierung ist längst Realität. Ergebnisse einer Fragebogenaktion auf deutschen Intensivstationen. Deutsches Ärzteblatt 105, A995-7
- Duttge G, Weimer T (2024) Das Triage-Gesetz des § 5 c IfSG: Verfassungsrechtliche Zweifel aus der Perspektive der Intensivmedizin. MedR (2024) 42: 395-400
- Dutzmann J, Duttge G, Michalsen A, Janssens U, Jöbges S, Neitzke G (2025) Indikation als unverzichtbare Grundlage ärztlichen Handelns. MedR 43, 253-257
- Fateh-Moghadam B, Gutmann T (2021) Gleichheit vor der Triage: Rechtliche Rahmenbedingungen der Priorisierung von COVID-19-Patienten in der Intensivmedizin. In: Hörnle T, Huster S, Poscher R (Hrsg.) Triage in der Pandemie, 291-334. Mohr Siebeck Tübingen
- Garber S, Brunner JO, Heller AR, Marckmann G, Bartenschlager CC (2023). Simulation der Letalität nach verschiedenen Ex-ante- und Ex-post-Triage-Verfahren bei Menschen mit Behinderungen und Vorerkrankungen. Anaesthesiologie 72(8):555-564
- Karagiannidis C, Kluge S, Riessen R, Krakau M, Bein T, Janssens U (2019) Auswirkungen des Pflegepersonalman- gels auf die intensivmedizinische Versorgungskapazität in Deutschland. Med Klin Intensivmed Notfmed 114, 327-333
- Lübbe W (2020) Orientierung in der Corona-Krise? Nicht mit Doppelbotschaften. MedR 38, 434-439
- Marckmann G (2008) Gesundheit und Gerechtigkeit. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesund- heitsschutz 51, 887-94
- Marckmann G (2022) Priorisierung und Triage bei akuter Ressourcenknappheit. In: Marckmann G (Hrsg.), Praxis- buch Ethik in der Medizin, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 255-262
- Marckmann G (Hg.) Kostensensible Leitlinien. Evidenzbasierte Leistungssteuerung für eine effiziente und gerechte Gesundheitsversorgung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2015
- Marckmann G, in der Schmitt J (2011) Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behand- lungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. Ethik in der Medizin 23(4):303-314
- Marckmann G, Neitzke G, Schildmann J (2020b) Triage in der COVID-19-Pandemie – was ist gerecht? DIWI 11, 172-178
- Marckmann G, Neitzke G, Schildmann J, Michalsen A, Dutzmann J, Hartog C, Jöbges S, Knochel K, Michels G, Pin M, Riessen R, Rogge A, Taupitz J, Janssens U (2020a) Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Med Klin Intensivmed Notfmed 115, 477-485
- Marckmann G, Strech D (2009) Auswirkungen der DRG-Vergütung auf ärztliche Entscheidungen: Eine ethische Analyse. Zeitschrift für medizinische Ethik 55, 15-27
- Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J, Rogge A, Seidlein AH, Jöbges S, Burchardi H, Hartog C, Nauck F, Salomon F, Duttge G, Michels G, Knochel K, Meier S, Gretenkort P, Janssens U (2021) Überversorgung in der Intensiv- medizin: erkennen, benennen, vermeiden: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2021 May;116(4):281-294

6.5 Ethisch vertretbare Rationierung

- Schneiderman L J, Gilmer T, Teetzel H D, Dugan D O, Blustein J, Cranford R, Briggs K B, Komatsu G I, Goodman-Crews P, Cohn F, Young E W (2003) Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *Jama* 290, 1166-72
- Strech D (2009) Klinische Ethikberatung bei Rationierungsfragen im Krankenhaus. In: Vollmann J, Schildmann J, Simon A (Hrsg.), *Klinische Ethik*, Campus Verlag, Frankfurt am Main
- Strech D, Danis M, Löb M, Marckmann G (2009) Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Ärzten. *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134(24): 1261-1266
- Strech D, Synofzik M, Marckmann G (2008) How physicians allocate scarce resources at the bedside: a systematic review of qualitative studies. *J Med Philos* 33, 80-99
- Taupitz J (2020) Verteilung medizinischer Ressourcen in der Corona-Krise: Wer darf überleben? *MedR* 38, 440-450.
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (2007) Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). *Deutsches Ärzteblatt* 104, A-2750-2754