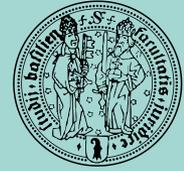




Universität
Basel

Juristische
Fakultät



Triagerichtlinien: Übersetzungsprobleme zwischen Medizin, Ethik, Ökonomie und Recht

Prof. Dr. iur. Bijan Fateh-Moghadam, Basel

Überblick

- I. «Triage» als negativer Fluchtpunkt der Corona-Pandemie
- II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte
 1. Medizinisches Wissen
 2. Gesundheitsökonomisches Wissen
 3. Ethische Normen
 4. Rechtsnormen
- III. Rechtliche Grenzen «medizinischer Ethik»

I. Triage als negativer Fluchtpunkt der Corona-Maßnahmen



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Académie Suisse des Sciences Médicales
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR INTENSIVMEDIZIN
SOCIÉTÉ SUISSE DE MÉDECINE INTENSIVE
SOCIETÀ SVIZZERA DI MEDICINA INTENSIVA
SGI-SSMI-SSMI

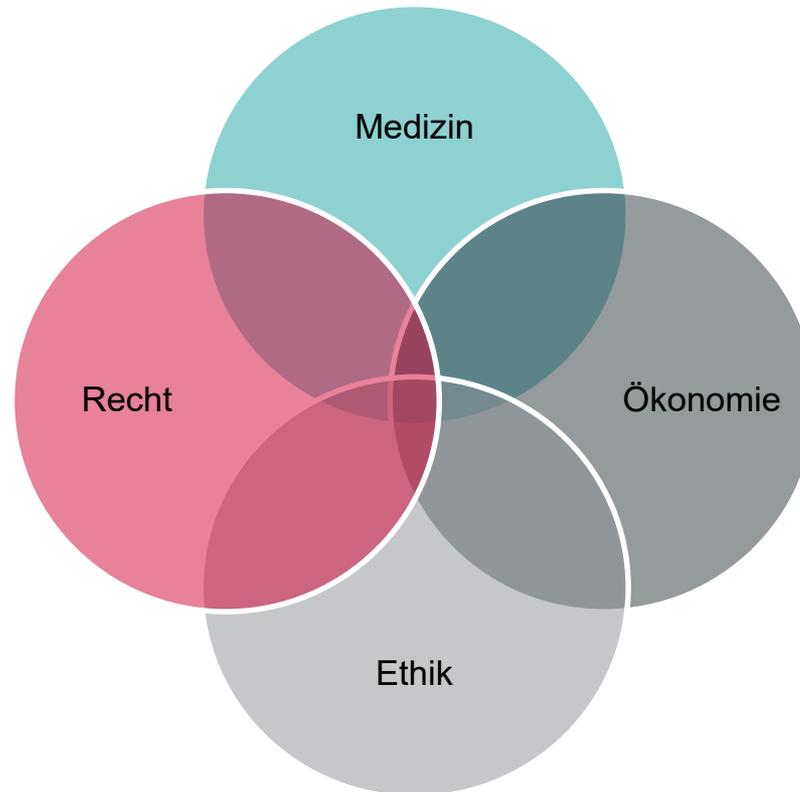
Dieser Text ist in D/F/I/E verfügbar, vgl. samw.ch/de/coronavirus
Die deutsche Fassung ist die Stammversion.
aktualisierte Version 3.1 vom 17. Dezember 2020

Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit

Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3. der SAMW-Richtlinien
Intensivmedizinische Massnahmen (2013)

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

Interdisziplinäre Dissonanzen in der Triage-Kontroverse



II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

1. Medizinisches Wissen ...

- erlaubt deskriptive und analytische Urteile (Hypothesen) über den Gesundheitszustand von Covid19-Patienten und über ihren weiteren Krankheitsverlauf mit und ohne intensivmedizinische Behandlung
- kann angeben, ob eine intensivmedizinische Behandlung *individuell* medizinisch indiziert oder aussichtslos (*futile*) ist;

Bei der Triage geht es ausschließlich um Patienten, bei denen eine intensivmedizinische Behandlung nicht aussichtslos ist:

«Es ist unzulässig, gegenüber dem Patienten den Behandlungsentscheid mit fehlender Indikation zu begründen, wenn bei genügenden Ressourcen anders entschieden worden wäre.» (SAMW-Richtlinien⁴, S.9)

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

1. Medizinisches Wissen ...

- kann **keine** Antwort auf die Frage geben, wer leben und wer sterben soll, wenn es um die Verteilung knapper, nicht teilbarer lebensrettender Ressourcen geht, denn:

„Medizinische Gründe, eine Heilung oder eine Verlängerung des Lebens, die möglich ist, *nicht* vorzunehmen, gibt es nicht“ (Luhmann)

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

1. Medizinisches Wissen ...

- Kann angeben, wie **dringlich** eine Beatmungstherapie für einen Patienten ist; in Sinne einer naturwissenschaftlich begründeten Prognose der Wahrscheinlichkeit ohne Beatmung kurzfristig zu versterben:



An interpretable mortality prediction model for COVID-19 patients

Li Yan^{1,10}, Hai-Tao Zhang^{2,10}, Jorge Goncalves^{3,4,10}, Yang Xiao², Maolin Wang², Yuqi Guo², Chuan Sun², Xiuchuan Tang⁵, Liang Jing¹, Mingyang Zhang², Xiang Huang², Ying Xiao², Haosen Cao², Yanyan Chen⁶, Tongxin Ren⁷, Fang Wang¹, Yaru Xiao¹, Sufang Huang¹, Xi Tan⁸, Niannian Huang⁸, Bo Jiao⁸, Cheng Cheng², Yong Zhang⁹, Ailin Luo⁸, Laurent Mombaerts³, Junyang Jin⁷, Zhiguo Cao², Shusheng Li¹, Hui Xu⁸ and Ye Yuan²

The sudden increase in COVID-19 cases is putting high pressure on healthcare services worldwide. At this stage, fast, accurate and early clinical assessment of the disease severity is vital. To support decision making and logistical planning in healthcare systems, this study leverages a database of blood samples from 485 infected patients in the region of Wuhan, China, to identify crucial predictive biomarkers of disease mortality. For this purpose, machine learning tools selected three biomarkers that predict the mortality of individual patients more than 10 days in advance with more than 90% accuracy: lactic dehydrogenase (LDH), lymphocyte and high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP). In particular, relatively high levels of LDH alone seem to play a crucial role in distinguishing the vast majority of cases that require immediate medical attention. This finding is consistent with current medical knowledge that high LDH levels are associated with tissue breakdown occurring in various diseases, including pulmonary disorders such as pneumonia. Overall, this Article suggests a simple and operable decision rule to quickly predict patients at the highest risk, allowing them to be prioritized and potentially reducing the mortality rate.

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

1. Medizinisches Wissen ...

- kann angeben, wie hoch die Kurzfristige **Erfolgsaussicht** einer Intensivtherapie ist; im Sinne einer naturwissenschaftlich begründeten Prognose der Wahrscheinlichkeit des Überlebens
- kann (aufgrund des Alters und anderer Parameter) angeben, wie lange ein Patient prognostisch noch leben wird (**Lebenserwartung** ≥ 12 , ≥ 24 Monate)

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

1. Medizinisches Wissen ...

- kann **nicht** angeben, ob es für die Zuteilung knapper Ressourcen, primär auf die Dringlichkeit, die Erfolgsaussicht, die verbleibende Lebenszeit oder auf ganz andere Kriterien (Alter, Wartezeit, Zufall) ankommen **soll**:

„Die These, die Verteilung erfolge nach medizinischen Kriterien, ist [...] falsch: Die Zuteilung geschieht nach ethischen Prinzipien. [...] Der Modus der Verteilung selbst basiert auf [...] Wertentscheidungen.“

[Bundesrat, Botschaft zum Transplantationsgesetz, Sept. 2001, 111]

- Ergebnis: Die Medizin als Wissenschaft ist weder qualifiziert, noch legitimiert, **normative** Verteilungskriterien für die Triage festzulegen

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

1. Ökonomisches Wissen ...

- Kann **berechnen**, wie sich unterschiedliche Triagekriterien auf einen zu definierenden Gesamtnutzen auswirken
- Kann den Gesamtnutzen in geretteten Leben, geretteten Lebensjahren, geretteten qualitätskorrigierten Lebensjahren usw. berechnen
- Kann feststellen, dass egalitäre Verteilungsmodelle, die vergleichbar dringliche Patienten gleich behandeln, im Hinblick auf den jeweiligen Gesamtnutzen **ineffektiv** sind

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

1. Ökonomisches Wissen ...

- Kann nicht angeben, ob es bei der Triage in der Intensivmedizin primär auf eine (utilitaristische) Maximierung des Gesamtnutzens (oder auf eine gerechte Verteilung) ankommen **soll**
- Kann nicht angeben, ob es für die Bestimmung des Gesamtnutzens auf die Maximierung von geretteten Leben oder (qualitätskorrigierten) Lebensjahren oder etwas ganz anderes (zB die Minimierung der Behandlungskosten) ankommen **soll**
- **Aber ist es nicht auch ethisch zwingend, dass Ziel der Triage sein muss, so viele Patienten wie möglich zu retten?**

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

3. Ethische Normen...

- gibt es nur im Plural (auch in der Medizinethik): deontologische, utilitaristische, feministische Ethik; Prinzipienethik, Ethics of Care, ...
- **SAMW - Richtlinien:** Maximierung der Anzahl der geretteten Leben
- Nicht: Maximierung der Anzahl der geretteten Lebensjahre
- Möglichst viele Menschen durch Triage retten! – ein unanfechtbares Prinzip?

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

3. Ethische Normen...

- Grundannahmen der (utilitaristischen) Argumentation der SAMW:
 - Es ist besser vier Leben, als drei Leben zu retten
 - Wenn von zwei Verteilungsmodellen (A und B) für knappe Ressourcen, Modell B zur Rettung von mehr Leben führt, ist Modell B moralisch geboten

Beispiel 1:

Modell A: gerettet werden

Anton

85 J

25 %

Christos

65 J

50 %

Daniela

47 J, 3 Ki

75 %

Modell B: gerettet werden

Anton

85 J

25 %

Christos

65 J

50 %

Daniela

47 J, 3 Ki

75 %

Erkan

40 J

75 %

Beispiel 2 (= Realität der Triage)

Modell A: gerettet werden



Modell B: gerettet werden



II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

3. Ethische Normen...

- Die blinden Flecken des Utilitarismus / der SAMW-Richtlinien:
 - Die Getrenntheit von Personen
 - Die Funktionsweise subjektiver (Teilhabe-)Rechte
 - Die rechtliche Logik des Schutzes vor Diskriminierung
 - Das Prinzip der Gleichwertigkeit menschlichen Lebens als Ausdruck der Menschenwürde (**«Lebenswertindifferenz»**)
- Deontologische Begründungen der Berücksichtigung der Restlebenserwartung möglich?
 - John Rawls: Schleier des Nichtwissens
 - Adriano Mannino («was steht auf dem Spiel?)

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

4. Rechtsnormen

- sind notwendig, weil sich das Triage-Problem ethisch nicht entscheiden lässt
- sind demokratisch legitimiert
- geben den verbindlichen Rechtsrahmen vor, indem sich Empfehlungen der SAMW bewegen müssen (die SAMW hat keine Rechtssetzungskompetenz)

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

4. Rechtsnormen

- sind häufig innerhalb der Rechtswissenschaft umstritten, dennoch legen sie folgende Kritik an den Richtlinien der SAMW nahe:
 1. Vorsorgliche Triage («Stufe A») ist rechtswidrig (und strafbar); unstreitig
 2. Nachträgliche Triage durch Behandlungsabbruch ist rechtswidrig (und strafbar); hM
 3. Aufnahmetriage ist durch Pflichtenkollision gerechtfertigt; das freie Auswahlermessen des Arztes kann durch die Richtlinien aber nicht beschränkt werden
 4. Direkte und indirekte Alters-/Behindertendiskriminierung über die Anknüpfung an Altersgrenzen und CFS-Werte als «Nichtaufnahmekriterium» ist verfassungsrechtlich bedenklich (Schutzpflichten des Staates?); str.!

II. Fakten und Normen: Epistemische Grundlagen der Triage-Debatte

4. Rechtsnormen

- gelten unabhängig von Empfehlungen der SAMW, die auf eine Verhinderung rechtlicher Überprüfung zielen;
- Todesfälle infolge des Abbruchs einer indizierten intensivmedizinischen Behandlung gegen den Willen des Patienten sind als «aussergewöhnliche Todesfälle» der StA zu melden (Art. 253 Abs. 4 StPO)
- Vgl. aber die SAMW-Richtlinien

«**Hinweis:** (...) Aktuell empfehlen SAMW und SGI, die konkreten Umstände dieser Todesfälle zu dokumentieren, **diese aber nicht als aussergewöhnliche Todesfälle einzustufen**. Vorbehalten bleiben Anordnungen bzw. Entscheide zuständiger Behörden oder Gerichte, die eine Meldung als aussergewöhnlichen Todesfall verlangen.»

(Richtlinien der SAMW⁴, S. 8)

Zusammenfassung

- Verteilungsfragen sind ethischer Natur, sie lassen sich mit medizinischen (und ökonomischem) Wissen (allein) nicht beantworten
- Medizinisches Wissen wird erst dann relevant, wenn normativ entschieden ist, worauf es ankommen soll (zB Dringlichkeit oder Erfolgsaussicht)
- «Triage» ist kein Rechtskonzept
- Standesethische Empfehlungen zur Triage (SAMW) sind rechtlich nicht verbindlich (steuern aber faktisch die Praxis)
- Wer in einer Pandemie im Falle knapper Ressourcen behandelt werden muss bzw. wie ausgewählt werden darf richtet sich nach dem geltenden Strafrecht und dem Verfassungsrecht
- Spezialgesetzliche Regelung entsprechend dem TPG wäre möglich

Literaturhinweis:

Triage in der Pandemie

Herausgegeben von
Tatjana Hörnle,
Stefan Huster und
Ralf Poscher



Mohr Siebeck

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., and Poscher, R. (eds.)
Triage in der Pandemie. Tübingen: Mohr
Siebeck, pp. 291–334.



Universität
Basel

Juristische
Fakultät



Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit.

Drei Fallgruppen der «Triage»

- I. **Vorsorgliche Aufnahmetriage** («Ressourcenmangement»): Für drei intensivpflichtige Patienten stehen aktuell drei Betten zur Verfügung, es ist aber zu erwarten, dass in den nächsten Tagen die Betten knapp werden
- II. **Aufnahmetriage** (ex-ante-Priorisierung) bei aktueller Ressourcenknappheit:
 - Für drei intensivpflichtige Patienten steht aktuell nur 1 Platz zur Verfügung
- III. **Nachträgliche Triage durch Behandlungsabbruch** (ex-post-Priorisierung; «Re-Evaluation»)
 - Die laufende Behandlung von Patient A wird zugunsten des neu aufgenommenen Patienten B abgebrochen (, der zB eine prognostisch höhere Überlebenschance hat)