

Positionspapier

Es geht uns alle an – Diskriminierungsfreie Triage ist Menschenrecht

Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen sind im Gesundheitswesen häufig Vorurteilen und Benachteiligung ausgesetzt. Auch in der Pandemie sind sie nicht ausreichend vor Diskriminierung geschützt. Der Gesetzgeber hat keine Vorkehrungen getroffen, um eine Benachteiligung aufgrund einer Behinderung bei der Zuteilung überlebenswichtiger, nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehender intensivmedizinischer Ressourcen zu verhindern. Dies stellte das Bundesverfassungsgericht im Dezember 2021 in seinem Beschluss zu einer Verfassungsbeschwerde fest, die neun Menschen mit Behinderungen eingereicht hatten, weil sie sich diskriminiert sahen. Das Gericht formuliert in seinem Beschluss, der Gesetzgeber habe Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes verletzt, indem er nicht tätig geworden ist. Er ist nun verpflichtet, unverzüglich Vorkehrungen zu treffen, um den Schutz vor Diskriminierung sicherzustellen, so das Gericht.

Das „Forum chronisch kranker und behinderter Menschen im Paritätischen Gesamtverband“ wurde im Rahmen des nun zurückliegenden Verfahrens vom Gericht als sachkundiger Dritter angesprochen und hatte in der Folge eine Stellungnahme abgegeben.¹ In die nun anstehende Debatte um notwendige Vorkehrungen bringt sich der Paritätische Gesamtverband erneut mit nachfolgenden Eckpunkten ein:

Alle Regelungen müssen partizipativ erarbeitet, konkretisiert und evaluiert werden

Grundsätzlich gilt: In die Diskussion um die nun zu treffenden Vorkehrungen zum Schutz vor Diskriminierung müssen diejenigen einbezogen werden, die konkret von Diskriminierung bedroht sind. Dies gilt in gleicher Weise für ggf. notwendige Konkretisierungen. Um sicherzustellen, dass die gefundenen Regelungen ihre Wirkung nicht verfehlen, sollten sie regelmäßig evaluiert und ggf. angepasst werden. Auch dies muss im Rahmen eines partizipativen Prozesses erfolgen.

¹ <https://www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/es-geht-uns-alle-an-die-debatte-ueber-triage-situationen-muss-auf-die-politische-agenda/>

Zu Triage-Situationen darf es nicht kommen

Triage-Situationen sind für alle Beteiligten inhuman und schwer auszuhalten. Sie gehen mit einem ethischen Dilemma für Entscheidungsträger*innen und Betroffene einher. Sie haben immer zur Folge, dass Menschen sterben, die unter anderen Umständen nicht hätten sterben müssen. Zu einer Situation, in der nicht alle, die behandelt werden müssten, behandelt werden können, darf es daher nicht kommen. Seitens des Gesetzgebers müssen alle notwendigen Maßnahmen ergriffen werden, um eine Situation zu verhindern, die eine Zuteilung von Ressourcen, d. h. eine Triage, erfordert. Dies gilt z.B. im Bereich des Katastrophenschutzes, kriegerischen Auseinandersetzungen sowie des Schutzes der Bevölkerung von Epidemien wie akut der SARS-CoV-2-Pandemie. Der Gesetzgeber muss daher unbedingt Maßnahmen und Vorkehrungen treffen, die die Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus in der Bevölkerung bremsen, die Pandemie eindämmen und so eine Überlastung des Gesundheitssystems verhindern. Dies erfordert z. B. Konzepte der Ressourcenoptimierung durch Verlegung von Patient*innen („Kleeblatt“-Strukturen), aber auch eine zeitnahe Aufstockung des Personals in der Intensivpflege oder im Fall der SARS-CoV-2-Pandemie der Impf- und Testkapazitäten sowie der Kontaktnachverfolgungs- und -reduktionskonzepte etc.. Der Schutz besonders vulnerabler Personengruppen muss gesichert werden.

Darüber hinaus muss gewährleistet werden, dass niemand aufgrund einer drohenden Ressourcenknappheit beeinflusst wird, sich gegen eine intensivmedizinische Behandlung oder eine Krankenhausaufnahme zu entscheiden. Es muss jeder Person möglich sein, die persönliche Entscheidung über Behandlungswünsche und Grenzen einer Behandlung selbstbestimmt und mit Blick auf die individuelle Situation zu treffen. Auch (betreuende) Angehörige und Bezugspersonen sowie medizinisches Personal/Pflegende, z. B. in Einrichtungen oder der ambulanten medizinischen Versorgung, dürfen in keiner Weise solcher Beeinflussung ausgesetzt werden.

Niemand darf aufgrund seiner Behinderung benachteiligt werden

Der Beschluss des Verfassungsgerichts macht deutlich, dass es sich bei den Vorkehrungen, die es nun zu treffen gilt, in der Sache nicht in erster Linie um medizinische Fragen handelt. Vielmehr muss sichergestellt werden, dass dem Diskriminierungsverbot entsprochen wird. Menschen mit einer Beeinträchtigung oder Vorerkrankung müssen sich darauf verlassen können, die gleiche Chance auf eine Behandlung zu erhalten, wie alle anderen. Wenn der Gesetzgeber nun Regelungen trifft, die in derart tragischen Entscheidungssituationen zur Anwendung kommen, muss der Bezug zum verfassungsrechtlich verankerten Benachteiligungsverbot und zur UN-Behindertenrechtskonvention hergestellt werden.

Kriterium für eine Entscheidung darf allein die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit sein

In seinem Beschluss erklärt das Gericht, dass in einer extremen Entscheidungssituation, wie die Triage sie darstellt, der Schutz behinderter Menschen vor Benachteiligung nur sichergestellt werden kann, wenn „allein nach der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit entschieden wird“ (BVerfGE Rdne. 123). Dies muss daher auch mit Blick auf die nun zu treffenden Regelungen das einzige Kriterium sein, das für Auswahlentscheidungen herangezogen werden darf. Das Gericht erläutert, es könne in solchen Situationen für die behandelnden Mediziner*innen besonders fordernd sein, „auch Menschen mit einer Behinderung die notwendige medizinische Versorgung zukommen zu lassen“ (ebd). Das Kriterium der kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit ermögliche eine diskriminierungsfreie Entscheidung. Alle Patient*innen, die mit einer Behandlung die Chance haben, ihre Erkrankung zu überleben, müssen also die gleiche Chance auf diese Behandlung erhalten. Inwiefern es möglich ist, mit Blick auf die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit in jeder Konstellation diskriminierungsfrei zwischen Patient*innen zu hierarchisieren, ist unter den Mitgliedern des Paritätischen Gesamtverbands umstritten. Während einerseits argumentiert wird, es dürfe gerade mit Blick auf Patient*innen, deren Prognose sehr ähnlich ist, nicht der Versuch unternommen werden, eine Einschätzung darüber zu erlangen, bei welchen Patient*innen im Vergleich mit anderen Patient*innen eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit besteht, halten andere dies für richtig und auch diskriminierungsfrei durchführbar. Vor diesem Hintergrund hält der Paritätische es für erforderlich, dass eine rechtliche Regelung randomisierte Verfahren zumindest nicht ausschließt.

Die Gefahr der Hierarchisierung von Überlebenswahrscheinlichkeiten mehrerer Patient*innen besteht zum einen darin, dass medizinische Prognosen keine sicheren Aussagen über den individuellen Verlauf ermöglichen. Wenn zudem Personen mit seltenen oder komplexen Erkrankungen/Beeinträchtigungen einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, kann nicht erwartet werden, dass das Personal vor Ort immer über genug Erfahrung und fundierte Kenntnisse verfügt, um z. B. im Vergleich zwischen zwei Patient*innen eine zuverlässige Einschätzung mit Blick darauf zu treffen, welche der beiden von einer Behandlung mit höherer Wahrscheinlichkeit profitieren wird. Es ist nicht auszuschließen, dass unbewusste Vorurteile und stereotype Wahrnehmungen von „lebenswertem“ Leben im Hinblick auf Vorerkrankungen oder Behinderungen bei einer Auswahlentscheidung eine Rolle spielen.

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) hatte als medizinische Fachgesellschaft zu Beginn der Pandemie Kriterien veröffentlicht², die eine Hilfestellung im Auswahlverfahren darstellen sollten. Die DIVI hat sie seither, u. a. nach massiver Kritik der Verbände von Menschen mit Behinderungen,

² vgl. Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie“

mehrfach überarbeitet. Selbstvertretungsorganisationen und Verbände für Menschen mit Behinderungen waren in diese Ausarbeitungen nicht einbezogen. Die DIVI möchte den Entscheider*innen Kriterien an die Hand geben, die eine Unterscheidung zwischen Patient*innen, die nur eine geringe Aussicht haben, die aktuelle Erkrankung zu überleben und Patient*innen mit einer höheren Überlebenschance erlauben sollen. Zwar betont auch die DIVI, eine Priorisierung aufgrund bestimmter Grunderkrankungen oder Behinderungen sei nicht zulässig. Gleichzeitig werden jedoch Kriterien (wie z. B. die Gebrechlichkeit) genannt, von denen – wie oben erläutert – nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, dass sie bei einer bestimmten Person Einfluss auf die kurzfristige Überlebenschance haben. Eine rechtliche Neuregelung darf daher keinesfalls die im Rahmen der DIVI-Empfehlungen formulierten Kriterien eins zu eins festschreiben.

Um größtmögliche Sicherheit zu schaffen, erscheint es in jedem Fall sinnvoll, im Rahmen einer Neuregelung explizit zu machen, welche Kriterien keinen Einfluss auf eine Auswahlentscheidung zwischen Patient*innen mit Blick auf die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen haben dürfen. Hier sind aus Sicht des Paritätischen mindestens zu nennen:

- Beeinträchtigungen oder chronische Erkrankungen (Komorbiditäten), die keinen unmittelbaren Einfluss auf den kurzfristigen Erfolg der akuten intensivmedizinischen Behandlung haben.
- Die vermutete verbleibende Lebenszeit nach einer intensivmedizinischen Behandlung.
- Die vermutete langfristige Lebensqualität nach einer entsprechenden Behandlung.
- Das Lebensalter.
- Das Geschlecht.

Keine Behandlung darf abgebrochen werden, so lange sie gewünscht und individuell indiziert ist

Sollte eine Situation entstehen, in der nicht alle behandelt werden können, darf keine Behandlung, die medizinisch noch indiziert ist, zu Gunsten anderer Patient*innen abgebrochen werden (Triage bei Ex-post-Konkurrenz). Alle Patient*innen müssen sich darauf verlassen können, dass eine medizinische Behandlung so lange wie individuell nötig und gewünscht durchgeführt wird. Dies entspricht den Handlungsempfehlungen für medizinisches Personal in der Akutversorgung. Wenn dies in Triage-Situationen anders gehandhabt würde, entstünde ein Bruch im bisherigen medizinischen Versorgungsgeschehen. Es hätte eine Erosion unseres Gesundheitswesens und den Vertrauensverlust der Patient*innen in dieses zur Folge.

Entscheidungen müssen interdisziplinär getroffen und dokumentiert werden

Sollte eine Regelung diskutiert werden, die Allokationsentscheidungen mit Bezug auf eine höhere oder weniger hohe Überlebenschance zwischen Patient*innen vorsieht, muss eine solche Entscheidung in jedem Fall ausschließlich die kurzfristige Überlebenschance in den Blick nehmen und von einem interdisziplinären Team getroffen werden. Sofern möglich, sind externe Expert*innen, die beispielsweise den*die Patient*in bereits über einen längeren Zeitraum medizinisch behandeln oder pflegen, als Sachverständige in die Entscheidung einzubeziehen (z.B. Hausärzt*innen, länger schon behandelnde Fachärzt*innen oder begleitende Fachdienste). Für diejenigen, die in Triage-Situationen Allokationsentscheidungen treffen müssen, ist eine Nachsorge zu implementieren. Grundsätzlich ist jede Entscheidung zu dokumentieren und nachträglich zu evaluieren. Es ist zu prüfen, auf welche Weise diese Daten bundesweit zusammengeführt werden können, so dass eine Evaluation mit Blick auf die bundesweite Entwicklung möglich wird.

Barrierefreiheit ist die Grundlage für eine diskriminierungsfreie medizinische Versorgung

Für alle Menschen, auch für Menschen mit chronischer Erkrankung und Behinderung, ist ein diskriminierungs- und barrierefreier Zugang zu allen allgemeinen Gesundheitsdienstleistungen wie auch zu spezifischen Gesundheitsdienstleistungen aufgrund der Behinderung sicherzustellen (siehe Art. 25 UN-BRK). Dies gilt ganz grundsätzlich, denn nur so besteht auch in extremen und schwierigen Belastungssituationen die Möglichkeit, chronisch erkrankte und beeinträchtigte Menschen gut zu versorgen. Nur wenn Inklusion in der regulären Gesundheitsversorgung Standard ist, wird sie auch im Katastrophenfall berücksichtigt. Das bedeutet unter anderem, dass die Kommunikation zwischen medizinischem und pflegerischem Personal und Patient*innen immer möglich sein muss (z. B. über Leichte Sprache, Gebärdensprache). Auch baulich dürfen keine Barrieren bestehen. Patient*innen, die mit persönlicher Assistenz leben, müssen diese auch im Notfall an ihrer Seite behalten können. Sofern von den Patient*innen gewünscht, ist die Rücksprache mit dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin zu ermöglichen.

Diskriminierungssensible Perspektive in der Aus- und Fortbildung im Gesundheitswesen verankern

Die Debatte um die Triage hat beispielhaft gezeigt, dass noch immer eine große Diskrepanz zwischen dem Selbstbild und den Erfahrungen behinderter und chronisch erkrankter Menschen und der medizinischen Perspektive auf diesen Personenkreis besteht. Der medizinische Blick auf Behinderung ist noch immer stark defizit- und nicht teilhabeorientiert. Daher sind diskriminierende Praktiken nach wie vor an der Tagesordnung. Die UN-BRK verbietet beispielsweise in Artikel 25f die diskriminie-

rende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen. Um ein diskriminierungsfreies Gesundheitswesen zu gewährleisten, müssen die Grundlagen bereits in der Ausbildung von Mediziner*innen und medizinischem Personal gelegt werden. Hier gibt es weiterhin in der Breite zu wenig Berührungspunkte zwischen „beiden Welten“. Eine Begegnung auf Augenhöhe ist zu selten möglich. Nur wenn die Behandlung von Menschen mit Behinderungen in Ausbildung und Praxis zur Selbstverständlichkeit wird, kann sich gegenseitiges Verständnis entwickeln. Die menschenrechtliche Perspektive ist in der Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen konsequent zu verankern.

Berlin, 9. Mai 2022

Lisa Marcella Schmidt / Carola Pohlen

Abteilung Gesundheit, Teilhabe und Pflege

Kontakt

Carola Pohlen (behindertenhilfe@paritaet.org)