

Mitschrift

Webinar "Triage - wer wird behandelt, wer nicht?"

Am 24.04.2020 von 15-17 Uhr

Teilnehmende: Katrin Langensiepen, Prof. Dr. med. Uwe Janssens, Prof. Dr. med. Georg
Marckmann, Nancy Poser

Mitschrift erstellt durch Nina Cisneros und Nicola Nöske
Korrektur: Nina Cisneros
27.04.2020

(Katrin Langensiepen) Herzlich willkommen an diesem wunderschönen Freitagnachmittag. Es freut mich, dass sie alles so zahlreich erschienen sind zu diesem sehr ernstem Thema „Triage“.

Wir haben den Titel "Triage - wer darf leben?" genannt und ich freue mich, dass Sie so zahlreich hier sind. Ich möchte noch einige Punkte zur Barrierefreiheit mitgeben. Wir haben versucht, dieses Webinar so barrierefrei wie irgend möglich anzubieten, ich freue mich besonders, dass Frau Zander-Tabbert und Frau Saft, die beiden Gebärdensprachdolmetscherinnen mit an Bord sind, vielen Dank für Ihre Unterstützung. Es sind auch Schriftdolmetscherinnen mit dabei. Im Chat gibt es einen Link, das ist ein Etherpad.

Wenn ihr darauf klickt, wird es von den Damen Frau Cisneros und Frau Nöske eine Verschriftlichung geben. Mein Büro wird mich unterstützen, Joana Bosse wird Wortmeldungen annehmen, mein Team ist im Back Office dabei. Herzlichen Dank.

Zu sehen sind erst mal nur die Personen, unser Podium, unsere Gäste. Die Menschen, die sich in diesem Raum angemeldet haben, die Interessierten, sind nicht zu sehen.

Wenn ich Wortbeiträge begrüße und Personen aufrufe oder ihr habt eine Wortmeldung, dann klickt auf die Hand neben eurem Mikrofon. Joana wird euch freischalten. Ihr werdet nur mit dem Vornamen genannt, das machen wir aus Datenschutzgründen so. Ihr könnt euch gerne mit dem vollen Namen melden und könnt eure Fragen an uns richten. Ihr müsst es nicht mündlich machen, ihr könnt eure Anmerkungen und Wortbeiträge auch gerne in den Chat schreiben und wir werden es vorlesen.

Wir bitten euch, wir sind zeitlich begrenzt, maximal 2 Stunden, fast euch bei Wortbeiträgen bitte kurz. Solltet ihr am Ende der Veranstaltung der Meinung sein, das wurde nicht wirklich beantwortet, schreibt uns bitte eine Mail, wir leiten es an die entsprechenden Personen weiter. Oder ihr wendet euch direkt an die betreffenden Personen. Hier geht nichts unter!

Sollte es währenddessen noch Fragen zur Technik o. ä. geben, stellt diese gerne im Chat.

Das erstmal zur Technik. Ich begrüße erst mal meine Gäste, meine Mitdiskutanten zu diesem wichtigen Thema. „Triage - wer darf leben, wer darf sterben?“ Das wurde in den Medien hin und her diskutiert. Es gibt Handlungsempfehlungen von der DIVI, in Persona von Professor Dr. Uwe Janssens und von Professor Dr. Georg Marckmann. Sie haben diese Handlungsempfehlungen Mitte März verfasst, es wurde kontrovers diskutiert. Vor einigen Wochen hatte ich mit den beiden Herren die Gelegenheit, mich mit ihnen auszutauschen. Letzte Woche hatte ich bereits ein ähnliches Webinar, zusammen mit Corinna Rüffer und Nancy Poser.

Nancy Poser ist auch wieder hier, herzlich willkommen, sie ist Amtsrichterin am Gericht in Trier, auch behindert und du wirst die rechtliche Seite beleuchten. Ich heiße Katrin Langensiepen, ich bin die einzige Frau mit sichtbarer Behinderung im Europaparlament und ich habe mich mit dem Thema Triage und Risikogruppen befasst, immer aus politischen Gründen und aber auch deshalb, weil ich eine Erbkrankheit habe. Ich weiß nicht, was die Krankheit mit mir machen könnte, wenn ich betroffen sein sollte. Daher nehme ich das auch als Privatmensch mit.

Triage - was ist das?

Das Thema ist in aller Munde. Die beiden Herren werden berichten, wie es zu diesen Handlungsempfehlungen kam. Wir kennen die Bilder aus Spanien und Italien, wo es aufgrund der niedrigen Bettenkapazität, der Lage in den Kliniken, dazu kam, dass Patienten nicht mehr so behandelt werden konnten, wie man sie hätte behandeln müssen. In Spanien gab es den Fall, dass Menschen mit Trisomie 21 abgewiesen wurden. Sodass auch dort die Diskussion geführt wurde, Triage - werde ich behandelt ja oder nein, wenn Not am Mann oder an der Frau ist.

Zuallererst muss man klarstellen, in Deutschland ist die klinische Situation gegeben. Wir haben hier keine italienischen oder spanischen Verhältnisse, in Kliniken wird kein Mensch nicht behandelt, schlechter oder geringschätziger.

Ich hoffe, ich habe nichts vergessen, denn es ist meine Aufgabe, hier zu moderieren. Die beiden Mediziner haben hier das Wort und natürlich Nancy. Ich würde vorschlagen, dass wir mit Herrn Professor Dr. Uwe Janssens und mit Professor Dr. Marckmann beginnen, zu den Handlungsempfehlungen und dann gehen wir zu Nancy Poser über und sprechen über die rechtlichen Sichtweisen. Dann habt ihr an den Bildschirmen die Möglichkeit, Fragen zu stellen und eure Anliegen loszuwerden.

Ich schlage vor, Professor Dr. Uwe Janssens, ich erteile ihnen zuerst das Wort.

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Erst einmal liebe Frau Langensiepen, Frau Bosse, Frau Poser und alle Anwesenden, herzlich willkommen. Ich arbeite seit 2005 hier in Eschwege, und leitete eine Klinik für Kardiologie und internistische Intensivmedizin. Seit ich denken kann habe ich mich für die Intensivmedizin interessiert, da bin ich dran hängen geblieben, ich bin in Fachgesellschaften aktiv, in der internistische Medizin und in der DIVI. Das ist die Gesellschaft, die diese Handlungsempfehlungen federführend geschrieben hat. Da sind alle Intensivmediziner und Medizinerinnen der unterschiedlichsten Gebiete, wie zum Beispiel Chirurgie, Kardiologie, Anästhesie usw. vereint.

Seit Jahren sind wir in der Sektion Ethik sehr stark engagiert und versuchen, viele Fragen, viele kritische Fragen, die sich auch am Lebensende und in schweren Situationen in der Intensivmedizin ergeben zu beantworten. Wir waren beeindruckt und bedrückt durch die Bilder vor allem aus Italien und dann Spanien und die persönlichen Berichte von Kolleginnen und Kollegen aus spanischen Städten, Madrid, die verheerend waren. Wenn ich da jetzt dran denke, wird es mir gruselig. Es war furchtbar zu hören, in welcher Situation sie furchtbare Entscheidungen treffen mussten. Entscheidungen, die kein Arzt, keine Ärztin, kein Mensch jemals treffen will. Entscheidungen, nur noch ein Beatmungsgerät zu haben, aber vier Patientinnen und Patienten, die eigentlich, wenn sie an so ein Gerät nicht kommen, versterben werden.

Diese Entscheidung hat dazu geführt, wie wir gesehen haben und wo wir große Sorgen hatten, dass viele Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser an uns herangetreten sind. Georg Marckmann kann das gleich noch einmal schildern. Wir haben uns verständigt und entschieden, wir müssen etwas machen. Zu dem Zeitpunkt, vor 5- 6 Wochen, als auch jetzt, ist die Situation noch gar nicht offensichtlich, denn wir sind in Deutschland super aufgestellt. Wir haben genug dafür getan, und es gab viel Unterstützung aus der Politik aber auch dank

unserer eigenen Unterstützung, dass viele Betten freigestellt sind. Wir haben heute 13.000 Intensivbetten zur freien Verfügung, neben denen, die belegt sind.

In den nächsten Wochen, wenn es so bleibt, werden wir nicht in schlimmere Situationen herein geraten. Wir haben uns gesagt, wir müssen Empfehlungen entwickeln, dass, falls dieser unwahrscheinliche Zustand eintreten sollte, diese furchtbare Situation, dass wir kaum noch Intensivbetten haben, dass wir Maschinen nicht mehr haben, keine Beatmungsgeräte und trotzdem eine Vielzahl an Patienten in der Notaufnahme ist, wie gehen wir damit um und nach welchen Kriterien und welchen Vorgehensweisen kann man unseren Kolleginnen und Kollegen etwas an die Hand geben?

Das war der Ausgangspunkt, wir haben das redaktionell bearbeitet in einem ganz großen Prozess mit vielen Ärztinnen und Ärzten, Ethikern, Palliativmedizinern bis hin zu Juristen. Wir haben es vor vier Wochen online publiziert und Kommentierungsfunktionen zugelassen. In dem Prozess haben wir jetzt die Version 2.0 erstellt, die gestern veröffentlicht wurde.

Wir haben die kritischen Kommentare sehr wohl wahrgenommen und sind in Kontakt mit Frau Langensiepen getreten, weil wir einen Dialog herstellen möchten, wir haben nichts zu verbergen. Wir möchten die Sorgen und Nöte besprechen und wahrnehmen, die viele Menschen, vor allem aus dem Behinderten-Bereich geäußert haben.

Wir haben ein großes Verständnis für diese Belange.

Das war der grobe Abriss und das einmal von meiner Seite, Georg Marckmann kann jetzt noch mal im Detail die Kern- und Eckpunkte dieser Empfehlungen darstellen. Dankeschön.

(Prof. Dr. med. Georg Marckmann)

Herzlichen Dank. Ich mache sehr viel Ethikberatung, berate Krankenhäuser und Uwe Janssens hatte schon angedeutet, ich stehe im regelmäßigen Austausch mit den Ethik-Komitees. Von denen wurden wir Anfang Januar angesprochen und es wurde gesagt, wir wurden von der Leitung der Krankenhäuser gefragt, wie man mit einer möglichen Triage-Situation umgehen soll, wo wir mehr Patienten als Betten haben. Wir wissen gar nicht, wie wir damit umgehen sollen, könnt ihr uns eine Empfehlung geben? Und wir haben gesagt, das kann man in jedem Krankenhaus machen, aber es ist unfair, weil man in jedem Krankenhaus unterschiedliche Empfehlungen hat und wir haben uns mit den Fachgesellschaften zusammengeschlossen und gesagt, wir versuchen für Deutschland eine Empfehlung zu erarbeiten. Ich hatte auch versucht, das Bundesministerium für Gesundheit mit ins Boot zu nehmen, bin aber nicht so weit gekommen. Auch die Kassenärztliche Vereinigung ist nicht auf unsere Anfrage eingegangen. Es ist da im Sande verlaufen wir haben keinen Rückhalt bekommen und haben gesagt, o. k. dann müssen wir uns damit auseinandersetzen.

Wir haben dann überlegt, was wäre eine gute ethische Maxime für diese Triage-Situation, die tragischen Entscheidungen? Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, auch bezüglich anderer internationaler Publikationen, es wäre am besten die Knappheit so zu organisieren, dass am meisten Menschenleben gerettet werden können. Oder anders ausgedrückt: dass es am wenigsten vermeidbare Todesfälle gibt, wenn die Ressourcen nicht mehr ausreichen. Wenn man das dann ausdefiniert, bedeutet das, dass die Zuteilung sich an den Erfolgsaussichten orientieren muss. Während es in anderen Bereichen im Gesundheitswesen gut aussieht, gibt es da vergleichbare Verteilungssituationen, da muss

man an die Verteilung von Spenderorganen denken und da ist ja vorgegeben, zwei Kriterien, die besonders anzuwenden sind: die Dringlichkeit und die Erfolgsaussicht.

Jetzt ist es so, dass die Behandlung bei allen Patienten, die intensivmedizinisch behandelt werden müssen, dringlich ist, sie versterben sonst alle. Sodass man mit den Kriterium der Dringlichkeit nicht weit kommt. Man muss das andere Kriterium anwenden, die Erfolgsaussicht. Wir haben das Gefühl, dass es da eine gewisse Unterstützung für dieses Kriterium aus ethischer Sicht gibt. Wenn diese tragischen Entscheidungen nicht möglich sind. Wir haben dann überlegt, wenn die Erfolgsaussicht das entscheidende Kriterium ist, wie kann man das in der Praxis umsetzen, wovon hängt es ab, wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit ist, dass ein Patient die intensiv Behandlung überlebt?

Da sind wir zu drei Kriterien gekommen: wie schwer ist die aktuelle Erkrankung ausgeprägt? Also, wie stark ist das Atemnotsyndrom bei einer schweren Lungenentzündung.

Das zweite ist: welcher Vorerkrankungen liegen vor? Nierenerkrankung, Lungenerkrankung usw.

Und das dritte ist der allgemeine Gesundheitszustand. Die Gebrechlichkeit des betroffenen Patienten zum Beispiel.

Wenn man diese drei Faktoren gemeinsam in den Blick nimmt, kann man halbwegs verlässlich die Erfolgsaussichten beurteilen. Das darf man jetzt nicht falsch verstehen, es heißt nicht, jeder, der keine gute Erfolgsaussicht hat, wird medizinisch behandelt. Aber wenn nicht mehr alle behandelt werden können, die behandelt werden müssten, müsste man die Latte für die minimale Erfolgsaussicht etwas anheben. Man würde diejenigen tragischerweise nicht behandeln können, die eine hohe Wahrscheinlichkeit haben, auch mit Intensivtherapie zu versterben. Nur solche Fälle würden dann gegebenenfalls nicht auf die Intensivstation aufgenommen werden. Zum Sicherstellen, dass diese Patienten medizinisch intensiv behandelt werden können, bei denen es erfolgreich ist. Die Schwere der Begleiterkrankungen und der allgemeine Gesundheitszustand wurden leider etwas missverstanden. Als wären es teilweise Ausschlusskriterien.

Also, wenn jemand gebrechlich ist oder einen allgemein schlechten Gesundheitszustand hat, würde er gar nicht mehr auf die Intensivstation kommen oder mit einer Muskelerkrankung. Wir haben keine Ausschlusskriterien. Das haben wir bewusst gemacht. In der Schweiz gibt es ganz klare Ausschlusskriterien, wenn jemand fortgeschritten dement ist, wird er nicht mehr in einer Triage-Situation in die Intensivstation aufgenommen. Das haben wir bewusst nicht gemacht, weil alle drei Faktoren aufgenommen werden müssen und zusammen entschieden wird. Es gibt kein Aussortieren. Jeder hat die Chance, Zugang zu Intensivtherapie zu bekommen. Das sind die zentralen Kriterien, wie man mit diesen schwierigen Entscheidungssituationen umgehen kann.

(Katrin Langensiepen)

Ich komme jetzt zu Nancy Poser. Ihr beide hattet ja eine erste Stellungnahme nach der Veröffentlichung des ersten Papiers verfasst. Du bist ja auch im Juristinnenforum aktiv. Da habe ich gelesen, man sagt, naja, diese Handlungsrichtlinien sind verfassungsrechtlich grenzwertig. Und es hat auch in der Warte von Menschen mit Behinderung schnell die Angst gegeben, oh ich werde aussortiert. Mein Leben ist weniger wert, werde ich versorgt? Und da ist es auch zu einer hitzigen Situation gekommen. Liebe Nancy, wie siehst du das? Aus menschlicher Sicht und bei Menschen mit Behinderung? Wie ist da deine Position zu den beiden? Wie siehst du die Dinge?

(Nancy Poser)

Ich finde das noch nett formuliert. Aber es kommt ja von privaten Dritten und nicht von den Fachorganisationen. Ansonsten wäre es ein klarer Verfassungsverstoß. Ich möchte ganz vorne anfangen, direkt dazu etwas zu sagen, zu dem Kriterium Erfolgsaussicht. Das Kriterium der Dringlichkeit ist gar nicht drin, weil man davon ausgeht, dass wohl alle dringlich sind. Wobei das im Einzelfall noch mal angeguckt werden müsste. Das zweite ist das Kriterium der Erfolgsaussicht. Im Gesetz wird klargestellt, dass nur Fälle rausgenommen werden dürfen, die im Prinzip keinen Erfolg mehr haben können. Der Ansatz, der von der DIVI gewählt wurde, ist für Nichtjuristen nachvollziehbar. Die Frage ist, wie kann ich die größtmögliche Zahl an Leben retten. Der utilitaristische Ansatz. Genau das ist aber der Ansatz, den die Verfassung nicht hat. Die Verfassung hat einen individualistischen Ansatz und da fängt das Problem an. Da würde ich nachher gerne nochmal, um das klarzumachen, von den beiden Herren wissen wollen, wie sie denn entschieden hätten, in der Entscheidung des Verfassungsgerichtes zum Luftsicherheitsgesetz. Ich weiß nicht, ob Ihnen das bekannt ist, wo das Flugzeug entführt wurde und die Frage ist, schießen wir es jetzt ab oder lassen wir es in das vollbesetzte Stadion fliegen. 65 % der Deutschen haben dafür gestimmt, das Flugzeug abzuschießen. Vom Bundesverfassungsgericht wurde das gekippt und es sagte nein, wir können die Menschen im Flugzeug nicht zum Mittel machen, um die anderen zu retten, obwohl sie sogar todgeweiht sind. Das ist eine klare Entscheidung des Grundgesetzes, um das Leben des einzelnen Menschen zu schützen. Jetzt reden wir hier von Leuten, die im ersten Schritt erstmal als Erfolgschance beurteilt werden. Sonst kommen sie ja gar nicht in die Triage. Sie kommen da ja nur hin, wenn der Mediziner im ersten Schritt sagt, ja, die haben eine Chance bei der richtigen Behandlung. Jetzt habe ich verschiedene Menschen, von denen die Mediziner sagten, die haben eine Chance. Und dann gehe ich hin und gucke mir die Komorbidität und Gebrechlichkeit an und sage, naja, jetzt ist deine Chance etwas schlechter, als die von dem anderen. Ich bin nicht gläubig, aber ich würde sagen, hier wird dann Gott gespielt. Ich kann das vielleicht in Einzelfällen beurteilen, anhand der konkreten Daten des Patienten, dass er keine Chance mehr hat. Aber ansonsten kann ich das auch als Mediziner nicht machen und vor allem nicht anhand von Kriterienkatalogen durch Abfrage.

Wenn wir uns Zustände wie in Italien vorstellen, wird kein Mediziner mehr den Text lesen. Es wird der Anhang genommen und es wird abgehakt. Und womöglich ist der Kollege - ist nicht böse gemeint, ich habe größten Respekt vor den Medizinern, die diese Entscheidung treffen müssen. Aber man ist in der Drucksituation möglicherweise froh, wenn man bei dem einen einen höheren und bei dem anderen einen niederen Grad hat und der Arzt eine Begründung hat, was er da eintragen kann. Auch wenn es einzig gut gemeint ist. Aber in dieser Situation kann ich die Ärzte nicht durch einen solchen Kriterienkatalog, der die eigene Beurteilung des Patienten abnehmen kann im Chaos Fall, kann ich das nicht machen. Ich gebe Mediziner da etwas an die Hand um zu sagen, deswegen beurteile ich die Erfolgschancen geringer.

Und das kann er nur anhand der Daten des Patienten machen, den er vor sich sieht, so ist das jedenfalls nicht möglich und ja, wir haben diese Befürchtung. Ich habe eine spinale Muskelatrophie, weit fortgeschritten, herzlichen Glückwunsch und ich will sehen wer in der Risksituation bei mir nicht den Haken setzt und den Sportler im Bett neben mir bevorzugt.

(Katrin Langensiepen)

Herzlichen Dank, Nancy. Wir werden noch andere europäische Länder und Regeln betrachten, wie es da geregelt ist, wir haben die Diskussion auch in Italien und Spanien, wo Ja oder Nein ist. Jetzt müssen wir gucken, ohne Panik zu schüren, es gibt jetzt wieder die Öffnungen, Schulöffnungen, man kann wieder einkaufen gehen, wo Virologen sehen - oh je. Wenn wir jetzt alles wieder halbwegs öffnen, was man ja verstehen kann. Die Leute wollen raus und müssen wieder arbeiten. Beschulung von Kindern, dass all das, was man in den letzten sechs Wochen durch den Lockdown erreicht hat, zunichte gemacht wird. Da müssen wir gucken, wie die Zahlen sich entwickeln, ob sie wieder hochgehen?! Ich habe jetzt erst mal ihre Statements so wahrgenommen. Herzlichen Dank dafür. Meine Frage an Joana: Ich würde übergehen zu den ersten Statements und Wortmeldungen, wenn es die schon gibt.

(Joana Bosse)

Ich schalte jetzt das Mikro frei, Laura.

(Laura)

Ich habe eine Frage an die beiden Professoren. Ich bin selbst betroffen, habe auch schon zwischenzeitlich eine Beatmung und wenn ich mich jetzt infizieren würde, hätte ich das Risiko für einen schweren Verlauf. Würde ich trotzdem, in einer Triage-Situation anhand derselben Kriterien bewertet werden, obwohl ich zumindest eine häusliche Beatmung mitbringen kann? Denn das Papier, das Sie herausgegeben haben, gibt keinen Hinweis darauf, wie Ärzte in diesem Fall entscheiden würden.

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Laura, ich habe richtig verstanden, dass du dich infizieren würdest, den Keim bekommen würdest und Atemprobleme bekämst. Dass das vielleicht sogar schlimmer werden würde, du ins Krankenhaus kommen müsstest und du bringst ein eigenes Beatmungsgerät mit?

(Laura)

Ja. Es handelt sich um eine nichtinvasive Beatmung.

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Nichtinvasive Beatmung heißt, du hast eine Maske und daneben steht ein Gerät, das zusätzlich die Atmung unterstützen kann und Luft zuführen kann in einer Situation, in der der Körper das nicht kann. Gut. In der Tat wäre das eine Lösung und in der Ressourcenproblematik ist ja auch drüber nachgedacht worden, solche Geräte, wie du selber mitbringst, zum Einsatz zu bringen.

Medizinisch gesehen können diese bis zu einem gewissen Punkt sinnvoll eingesetzt werden und dienen dazu, in einer kritischen Phase, soweit das geht, die Atmung zu unterstützen. Aber es könnte ja sein, dass tatsächlich das Krankheitsbild weiter fortschreitet und die nichtinvasive Beatmung nicht mehr ausreichend ist. Wenn man in dieser ressourceneinschränkenden Situation wäre und sich die nächste Frage stellt, muss invasiv beatmet werden? Brauche ich die etwas höhere Form der Beatmung?

In so einer Situation, wenn wir wenig Beatmungsgeräte hätten, und es zehn andere Personen gibt, würden die gleichen Kriterien angestellt, wie wir in diesem Papier diskutieren. Eine vorbestehende Erkrankung wäre genauso zu bewerten, wie bei allen anderen, die auch mit vorbestehenden Erkrankungen kommen und man müsste sehr genau überlegen und schauen, dein persönliches Risiko, deine persönlichen Erkrankungen, deine persönlichen

Ressourcen, die du hast, funktionieren die anderen Organe? Diesen Kontext würde man sehr individuell auch auf alle anderen Patienten anwenden.

Ich möchte hier noch mal betonen, auch wenn das von unserer Juristin etwas anders klang, hier werden keine Kriterienkataloge abgehakt. Wir haben ganz klar gesagt, dass diese Entscheidungen nicht alleine getroffen werden, sondern von mindestens zwei oder drei Personen. Auch nicht von Berufsanfängern, sondern von Leuten, die über langjährige Erfahrung in der Intensivmedizin verfügen.

Dass es da auch ein Ablaufschema in unseren Handlungsempfehlungen gibt, bedeutet nicht, dass alles andere, was wir in dem Papier geschrieben haben, damit hinfällig ist. Wir haben es ja frühzeitig formuliert, damit sich die Kolleginnen und Kollegen rechtzeitig damit auseinandersetzen können. Die Vorbereitungen, dass so eine Situation auftreten kann, ist Aufgabe von uns beruflich und fachlich Professionellen. Wir müssen uns damit auseinandersetzen und nicht unvorbereitet in so eine, meiner Meinung nach immer noch unwirkliche Situation heranzugehen. Ich glaube nicht, dass sie eintreten wird. Wir haben uns aber bewusst darauf vorbereitet.

Du würdest mit deinem Krankheitsbild nicht diskriminiert werden und der Sportler, der daneben liegt, würde bevorzugt werden. Nein, es würde sehr genau geschaut werden, alle neuen Patienten, die auch noch da sind, müssen auch alle angeschaut werden, sie bringen auch alle ihre Vorerkrankungen, Behinderungen oder Einschränkungen mit, oder auch nicht. Es wird individuell entschieden und nicht mit einem Kärtchen, wo wir ein Haken dahinter setzen.

(Nancy Poser)

Warum habe ich denn ein Schema am Ende? Wenn der Arzt am Ende individuell entscheiden muss. Wenn die Muskelatrophie nicht entscheidend ist, der andere ist vielleicht starker Raucher. Er steht nicht in diesen Kriterien drin. Warum habe ich dann überhaupt diesen Katalog? Warum habe ich diese Kriterien?

(Prof. Dr. med. Georg Marckmann)

Um die Ärzte zu unterstützen. Wir haben gesehen, wie es in Italien lief. Die Ärzte wurden alleine gelassen. Was haben sie gemacht? Sie haben Altersgrenzen festgesetzt. Ab 80 kommt niemand mehr auf die Intensivstation. Wir haben gesagt, dass ist weder medizinisch noch ethisch vertretbar. Denn Erfolgsaussichten hänge nicht vom Alter ab, sondern von diesen drei Faktoren. Wir haben Empfehlungen ausgearbeitet, wie die Ärzte in einer strukturellen Art und Weise diese Entscheidungen treffen können.

Ärzte haben gesagt, das hilft uns nicht, wir möchten einen klaren Kriterienkatalog haben. Davon haben wir aber Abstand genommen. Die Schweizer haben das gemacht. In der Schweiz würde man mit einer schweren Demenzerkrankung in einer Triage-Situation nicht mehr aufgenommen. Wir haben gesagt, dass ist medizinisch und ethisch nicht vertretbar.

(Katrin Langensiepen)

Ein letzter Satz, dann gehen wir zu den Wortmeldungen am Bildschirm.

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Es ist ein Missverständnis, dass sie sagen, dass das so herausgehoben ist. Es ist aus einer Vielzahl von Patienten in der Tat in der Intensivmedizin ein Faktor, den wir tagtäglich im Blick haben. Tagtäglich schauen wir auf solche Faktoren. Manchmal sind es drei, manchmal sind

es 15 Faktoren oder 20 Diagnosen, die mit einem Patienten verschaltet sind. Das fließt alles ein. In dem ganzen Katalog fließt das mit ein, es ist kein Katalog, es ist ein Hinweis. Wir haben verschiedene Organsysteme, die in komplexen Vorerkrankungen einfließen können. Das ist unsere tagtägliche Aufgabe, da wird nicht die Gebrechlichkeit als Einzelkriterium dazu gezogen. Das dürfen wir nicht miteinander vermischen, das wird nicht gemacht. Das wäre auch fatal, das wäre schrecklich.

(Katrín Langensiepen)

Joana, gibt es weitere Wortmeldungen?

(Joana Bosse)

Ja, ich habe immer wieder gleiche Fragen, und zwar gibt es diese Gebrechlichkeits-Skala. Das ist eine Einordnung auf Erfolgchancen. Hier wird aufgeführt, ob diese Skala überhaupt relevant ist, ob diese Skala auch auf Menschen mit Behinderung zutrifft, weil sie eigentlich für ältere Menschen entworfen ist. Ein großer Kritikpunkt ist diese Skala und es wird gefragt, ob es möglich wäre, die nicht zu berücksichtigen. Vielleicht können Sie noch einmal erläutern, warum die überhaupt aufgeführt wird.

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

In der Tat, ein ganz wichtiger Hinweis. Für ältere Personen, genau in dem Kontext ist das entwickelt worden. Es spielt tatsächlich in verschiedenen sehr guten intensivmedizinischen Publikationen eine denkbare Rolle für die Prognose älterer Patienten. Ich habe das in verschiedenen anderen Beiträgen gelesen, wenn ich zum Beispiel ein 30-jähriger Rollstuhlfahrer bin und mich nicht selber versorgen kann, falle ich in diese Gebrechlichkeitsskala rein? Nein, das kommt nicht im Zuge, denn diese Skala bezieht sich auf ganz andere Patienten-Kollektive. In der Intensivmedizin ist das allgemein bekannt und wird genauso auch eingesetzt.

Wie schon gesagt, in einem entsprechenden Fall, ein 75-jähriger Patient mit einer schweren Herzinsuffizienz und einer schweren Niereninsuffizienz und gleichzeitig eine stark dementielle Entwicklung, der zu Hause liegt und von einem Pflegedienst versorgt wird, auch nicht mehr kommuniziert, sondern schon einen sehr hohen Grad an Einschränkungen hat. Wenn der im Rahmen der Pflege kontaminiert wird mit dem Virus und eine schwere Erkrankung bekommt, hat dieser Patient natürlich, neben seinen anderen schweren Begleiterscheinungen zusätzlich den Faktor dieser ausgeprägten Gebrechlichkeit. Das kommt aber nicht alleine in die Bewertung mit rein, sondern in den Kontext.

Diese Skala hat nicht das Gewicht, wo so viele Angst vor haben. Es ist eine Gesamtbewertung, die uns tagtäglich die Entscheidung ermöglicht.

(Kathrin Langensiepen)

Ich möchte die Frage für später noch in die Runde werfen, kann man so etwas politisch entscheiden? Was können mögliche Alternativen sein? Es gab ja Vorschläge zum Losverfahren, oder wer zuerst kommt, wird zuerst versorgt. Das wären vielleicht noch Punkte, die Alternativen, die wir gleich noch einmal diskutieren können. Dann auch bei mir, wenn wir gleich zu den Fragestellungen kommen, die auch ein bisschen in die Richtung von Nancy gehen, wir haben doch schon so viel, wozu diese Handlungsempfehlungen?

Ich trage auch die Sorge mit, wir haben eine maximale Notsituation. Ein Arzt, Berufserfahrung dahingestellt, egal. Er hat jetzt die Situation, seine Aufgabe ist, Leben zu retten. Warum muss er sich entscheiden? Warum brauchen wir Sie, wenn wir das andere

nicht schon haben? So ganz habe ich die Dringlichkeit der Handlungsempfehlungen auch noch nicht so ganz für mich abgespeichert. Aber das vielleicht eher noch für nachher. Ich würde gerne weitere Wortmeldungen zulassen, wir können das ja auch bündeln. Joana, wir können ja mal schauen, wer sich jetzt noch zu Wort melden möchte oder wer schriftliche Fragen eingereicht hat. Joana?

(Joana Bosse)

Noch einmal kurz zur Gebrechlichkeits-Skala, da wäre die Bitte, haben einige geschrieben, dass klar erwähnt wird in den Empfehlungen, dass das eben erst für ältere Menschen gilt oder nur für ältere Menschen. Als Input.

Ich würde jetzt den Stefan drannehmen, noch einmal zur Information, ich sage hier die Vornamen und duze indirekt, weil wir das aus datenschutzrechtlichen Gründen machen. Wir können aber natürlich auch alle Fragenden siezen. Stefan?

(Stefan)

Hallo, ich habe zwei Fragen: einmal zu der Frage Gebrechlichkeit, da hat es konkret auch geheißen, dass diese Gebrechlichkeit unabhängig vom Alter gilt. Das halte ich für sehr problematisch.

Dann die zweite Frage: welche Möglichkeit hat der Gesetzgeber, dieses zu regeln? Dass das nicht durch eine private Fachgesellschaft entsprechend verfasst wird, dass dort konkret durch den Gesetzgeber Leitsätze, die der Verfassung entsprechen, formuliert werden? Das soweit von mir.

(Joana)

Ich schalte noch Silke frei.

(Silke)

Ich bin Allgemeinmedizinerin, sitze im Rollstuhl und bin nicht mehr berufsfähig. Ich habe genau wie Nancy große Probleme mit dem Flussdiagramm. Ich weiß, wie man auf Intensivstationen arbeitet und ich weiß, wie der Stress dort ist. Ich weiß auch, dass die wichtigen Entscheidungen von erfahrenen Ärzten getroffen werden. Aber wenn ich mir vorstelle, wir kommen in so eine Triage-Situation, dann haben alle Ärzte eine massive emotionale und körperliche Belastung. Unter diesem Aspekt halte ich es durchaus für möglich, dass dieses Flussdiagramm doch mehr zum Abhaken benutzt wird, wie Frau Poser das sagt. Diese Befürchtung teile ich auch als Medizinerin.

Ich habe große Probleme mit der Gebrechlichkeitsskala, denn in Ihrem Papier ist nicht erwähnt, dass die Skala erst bei Patienten über 65 anzuwenden ist und es wird klar gesagt, sie kann nicht für junge Patient mit einer stabilen Behinderung gelten, weil die Prognose eine ganz andere ist. Das ist in diesem Flowdiagramm und sollte mit einer Fußnote bezeichnet werden. Ich halte das für extrem wichtig, dass man sich in Akutsituationen nicht ein zwölf Seiten Dokument angucken kann und schon auf das Flussdiagramm zurückgreifen wird.

Ich habe ein weiteres Problem mit dem Flussdiagramm: es ist in der zweiten Version ja schon verbessert worden, aber die Komorbiditäten stehen trotzdem da. Es heißt zum Beispiel, weit fortgeschrittene neurologische Erkrankungen, und ich als MS-Erkrankte habe eine neurologische Erkrankung und frage mich, wie weit fortgeschritten darf ich sein und ich frage mich auch, wer legt das fest? Es gibt Scores für verschiedene Erkrankungen, bei MS ist es der Bewegungsapparat, der sagt aber nichts über die Prognose aus. Der hat den

Schwerpunkt auf der Gehfähigkeit, die spielt aber bei Covid-19 keine Rolle, sondern meine Lungenfunktion spielt eine Rolle. Vielleicht noch die Atemmuskulatur. Selbst das halte ich aber für zweifelhaft. Das Abgewöhnen aus einer Beatmungssituation wird für jemanden mit eingeschränkter Atemmuskulatur schwieriger werden, die Lunge ist aber auch in einer neurologischen Erkrankung.

Mir sind das Papier und der Hinweis auf die hohe Morbidität nicht genau genug. Ich hätte gerne wirklich, dass es ganz konkret gefasst wird. Grundsätzlich muss ich sagen, begrüße ich, dass es eine Handlungsanweisung für Mediziner gibt. Ich weiß schon auch, wie mies man sich als junger Arzt fühlt, wenn man alleingelassen wird auf der Intensivstation, das darf auch nicht sein.

Aber dieses Flowdiagramm ist mir nicht eindeutig genug formuliert und es fehlt mir die Angabe für den CMS Score. Den würde ich komplett rausnehmen.

(Katrin Langensiepen)

Wir können noch eine Person drannehmen und danach den Punkt, was kann der Staat tun.

(Joana Bosse)

Annette - es gibt noch eine andere Annette. Dann würde ich versuchen, die laut zu stellen.

(Annette)

Ich bin Doktorin und Theologin mit Schwerpunkt Ethik und Psychotherapeutin und Coach und selber Frau mit einer Spiralen Muskelatrophie. Erst mal muss ich vorausschicken, mir ist sehr wichtig, ich habe großes Verständnis dafür, dass gerade Ärzte in stressigen Situationen, falls es zu Ressourcenknappheit kommt, ein Rating brauchen und sich sehr darum bemühen. Ich glaube aber auch, auch die zweite Version, die gestern veröffentlicht wurde, muss mit großen Fragezeichen versehen werden. Die entscheidenden Kritikpunkte sind meiner Meinung nach noch nicht geklärt. Ich würde es sehr begrüßen, wenn ein Vermerk gemacht würde, dass die Gebrechlichkeit sich auf die Senioren bezieht.

Der zweite Punkt ist die grundsätzliche Frage, warum, wenn man so stark betont, dass man auf die individuelle Situation der Menschen achten will, Vorgeschichte und Gesundheitszustand, warum man dann eine Palette von Krankheiten auswählt, die dann doch wieder eine Art Negativscore aufstellen, auch wenn es keine Ausschlusskriterien sind. Es sind dennoch Kriterien der Benachteiligung. Und die Ärztin, die gerade gesprochen hat, hat das gut auf den Punkt gebracht. In einer Stresssituation arbeite ich Kriterien ab. Dafür habe ich Verständnis.

Das Konzept der Erfolgswahrscheinlichkeit finde ich sehr kritisch. Wenn man Leute anguckt, wie Steven Hawking, der mit 76 eine Krankheit hatte, die normalerweise viel früher zum Tod führt, sieht man sehr stark, wie fragwürdig die Erfolgswahrscheinlichkeit ist. Man geht damit weit weg davon, dass man auf die individuelle Situation der Menschen achtet.

Ich kann gar nicht zählen, wie oft ich schon aufgegeben wurde. Wie oft meine Eltern, Freunde sich von mir verabschieden wollten. Und ich habe es jedes Mal wieder überlebt. Von daher würde ich darum bitten, dass wir Kriterien einführen, die keine zusätzlichen Klassifizierungen von Patienten zulassen. Klassifizierungen sind das allerhärteste. Wer als erstes da ist, wird als erstes behandelt oder wer am dringendsten eine Behandlung braucht, bekommt sie auch zuerst. Und von dem Ethikrat würde ich gerne hören, dass man sich auf solche Konzepte nicht einlassen wollte.

(Katrin Langensiepen)

Ich gehe zu Nancy Poser über, da gab es ja die Frage, die ich auch wichtig finde als Politikerin: Kann der Staat das regeln? Muss der Staat das regeln? Muss er am Ende des Tages dafür sorgen, - eigentlich darf der Staat es ja nicht. Ich kann Ihnen als Politikerin nicht per Gesetz sagen, soundso muss es laufen.

(Nancy Poser)

Doch, der Staat kann das vorgeben. Wir machen es nach Los, Dringlichkeit oder Erfolgswahrscheinlichkeit. Dann haben wir etwas, was wir verfassungsrechtlich prüfen können. Das Verfassungsgericht kann dann sagen o. k., das Prinzip Losentscheid oder Erfolgswahrscheinlichkeit ist verfassungsgemäß oder auch nicht. Diese Möglichkeit haben wir jetzt nicht. Weil es einfach eine private Organisation ist. Ich finde aber, der Staat muss das machen. Aus Art. 1 und 2 gibt es eine Pflicht des Staates, die Bürger vor dem Eingriff von Dritten in die Grundrechte zu schützen. Dieser Pflicht muss der Staat nachkommen. Er kann es nicht auf eine private Organisation oder Fachverbände übertragen. Das geht nicht.

Und die Erfolgswahrscheinlichkeit, auf die hier abgestellt wird ist eine der Möglichkeiten. Von denen der Staat entscheiden muss, welche gewählt werden muss. Wenn ich Erfolgswahrscheinlichkeiten wähle, kann ich hingehen und sagen, wir würden euch empfehlen, macht es nach Erfolgswahrscheinlichkeit. Schaut euch individuell an, welche Erfolgsaussichten die Patienten haben. Das muss dann aber auch Ende der Empfehlung sein. Und nicht irgendwelche Kriterien, die dann vorgegeben werden. Die Mediziner haben doch studiert und Sie sagen ja selber, dass Sie Erfahrung haben und auf der Intensivstation sind. Und dann müssen Sie auch, so hart es auch ist, muss der Arzt die Entscheidung anhand der individuellen Patienten treffen und nicht anhand von Komorbidität. Ich hatte gerade eine doppelseitige Lungenentzündung mit Beatmung und meine Eltern haben sich wieder angehört, das sie sich verabschieden sollen. Das kann man so nicht machen. Das muss ein Arzt individuell machen. Verschätzt wird sich oft. Deswegen finde ich die Erfolgswahrscheinlichkeit für nicht geeignet. Und für die Ärzte, wenn sie es nicht nach Katalog machen dürfen meiner Meinung nach, sondern individuell bestimmen sollen, ist es sehr belastend. Weil man sich bei der Erfolgswahrscheinlichkeit überschätzen kann. Wenn man glaubt, man stirbt und man stirbt nicht. Oder man traut dem Patienten zu, es zu schaffen und der stirbt doch. Das kennen Sie alle aus ihrer Tätigkeit.

Deshalb würde ich den Mediziner die Entscheidung abnehmen durch klare Prinzipien, zum Beispiel durch Losentscheid oder wer zuerst kommt, wird zuerst behandelt. Das entlastet die Mediziner, sodass sie die Gewissensentscheidung nicht mehr treffen müssen und der Staat kann es deswegen regeln. Was auch verfassungsrechtlich überprüfbar ist dann. Es geht nicht immer darum, die höchste Anzahl zu retten. Und wir können uns nicht mit der Schweiz und Italien vergleichen. Wir haben im Grundgesetz eben diesen individualistischen Ansatz und nicht den Ansatz, größtmögliche Zahlen zu erhalten.

(Katrin Langensiepen)

Vielen Dank. Die Fragen zu dieser Skala, für diejenigen, die da nicht im Thema sind, was bedeutet die Skala, warum wurde die Skala erstellt? Und dabei noch die Frage des Staates. Was wünschen Sie sich vom Staat?

(Prof. Dr. Georg Marckmann)

Wir würden uns vom Staat eine Unterstützung wünschen und ich bin ganz ehrlich, und ich bin ganz ehrlich, wir könnten nicht gut mit dem Los leben. Das würde riesige Konflikte in mir auslösen, die ich so nicht entscheiden würde. Das mag schön erscheinen und einfach sein, und es würde uns entlasten. Nein. Da muss sich heftig widersprechen. Bei mir würde das dazu führen, dass ich sofort meine Approbation zurückgeben würde, wenn ich vom Staat dazu gezwungen werde, meine Entscheidungen nach dem Los zu treffen. Meine Kollegen und ich sind der festen Überzeugung, dass, wenn hier eine schwerste Covid-19-Erkrankung vorliegt mit vielen Nebenerkrankungen und wir denken, der wird die nächsten 24 Stunden nicht überleben, und wir haben hier einen behinderten Menschen, der ansonsten eine völlig gute Ausgangssituation hat und wir das per Los entscheiden müssen, das könnte ich nicht ertragen. Würde ich auch nicht ertragen. Das würde in mir ein furchtbares Ergebnis hinterlassen und ich würde mich tatsächlich dann vom Staat massiv reglementiert fühlen und es würde für mich ärztlich gesehen wirklich äußerst bedenklich enden. Genau da kommen die Probleme auf, der eine wohnt direkt neben dem Krankenhaus, der andere vier Straßen weiter, und dann, wenn der eine zuerst kommt. Sie werden erleben, dass viele Ärzte da nicht mitgehen. Und viele würden fragen, wie kann es sein, dass der Staat uns das noch auferlegt? Wofür wir nicht studiert haben. Dass wir alles dafür tun, dass so etwas nicht eintritt. Das möchte ich hier emotionaler zu Papier geben.

(Nancy Poser)

So wie ich das verstanden habe, wird ja erstmal für alle Patienten, die in die Triage kommen, eine Erfolgsmöglichkeit bejaht. Ansonsten sind sie ja schon vorher raus. So wie Sie das beschrieben haben, dass jemand in der Triage drin ist, für den gar keine Erfolgswahrscheinlichkeit besteht, den haben sie ja von vornherein heraus gelassen.

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Nein, der war ja schon drin.

(Nancy Poser)

Jetzt sprechen Sie aber von der Re-Evaluierung. Da besteht Einigkeit unter Juristen, dass das Totschlag ist. Wenn er noch Chancen hat und ich nehme ihn weg vom Gerät.

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Herr Papier hat es in der Süddeutschen ja klargestellt. Wir nehmen Ihnen von der Beatmungsmaschine, um das Leben eines anderen zu retten. Das ist Totschlag. Genau das ist der springende Punkt, das ist keine Hilfe für Ärzte, sondern das Gegenteil. Dann werden Ärzte gar nichts entscheiden. Sie werden den einen weiter beatmen, der am nächsten Tag vielleicht verstirbt und den anderen nicht beatmen, der eine reale Chance gehabt hätte. Dann haben wir zwei Verstorbene. Das wäre das Ergebnis davon und das kann es nicht sein. Das will kein Mensch!

Wir müssen das Vertrauen in die Medizin und die Ärzte haben, dass genau hier nicht cesarianisch entschieden wird.

(Nancy Poser)

Dann lassen Sie die Kriterien weg und die Ärzte sollen ganz individuell die Erfolgsaussichten bestimmen.

(Katrin Langensiepen)

Es gibt einen hippokratischen Eid und wenn jemand in Not ist, wird doch immer entschieden. Dass ich als Arzt eine Entscheidung treffen muss, lohnt sich die Behandlung? Ich bin auch schon dreimal todgeweihet und bin jetzt im Europaparlament. Um da jetzt auch mal emotional von meiner Seite aus zu berichten. Warum dann diese Handlungsempfehlungen? Ich kann es verstehen, für das Klinikpersonal und für die Ärztinnen und Ärzte. Aber es gibt ja auch eine Ausbildung und es gibt ja auch das Mehr-Augen-Prinzip und es werden ja auch in anderen Zusammenhängen Entscheidungen getroffen.

Ich möchte das klar sagen, Respekt vor dieser Tätigkeit, diese Entscheidungen treffen zu müssen und am Krankenbett zu stehen und Angehörigen zu erzählen, das wird nichts mehr. Ganz platt gesagt. Warum also diese Handlungsempfehlungen mit dieser Skalierung? Wo Not am Mann ist, da stimme ich zu, wer in der Not, an härtester Front Entscheidungen treffen muss, lohnt es sich oder lohnt es sich nicht? Italienische Verhältnisse, viele, die hier vor den Bildschirmen sitzen, berichten, wo schon in weniger dramatischen Situationen am Ende des Tages vielleicht doch gesagt wird: "hm."

Man muss vertrauen, sage ich als Privatperson mit dieser Krankheit im Hintergrund. Soviel ich euch Medizinerinnen dankbar bin, dass ich überhaupt noch da bin. Hätten wir die Medizin nicht, wäre ich tot. Wir haben ja gesagt, wir haben Euthanasie-Verhältnisse, wie viel zählt mein Leben, und, und, und. Die Angst ist enorm da, im Gespräch haben wir ja auch schon darüber gesprochen.

Weil Annette eine direkte Frage an Georg Marckmann hat, würde ich Ihnen gerne das Wort erteilen. Es ist schwierig, hier fair zu moderieren. Danach würde ich in die Wortbeiträge gehen.

(Prof. Dr. med. Georg Marckmann)

Ich würde gerne starten mit Ihrer Frage, die Sie gestellt haben, Frau Langensiepen. Sie haben ihre Antwort aber selbst gegeben. Sie haben gesagt, dass Sie Angst haben, dass doch pauschal entschieden wird, und dass die Menschen, die ohnehin schon schlechtere Lebenschancen hatten, durch Einschränkungen oder Behinderungen, nicht behandelt werden. Oder hinten runterfallen. Genau gegen diese Tendenz, Sie haben auch von dem Fall aus Spanien berichtet, wo jemand mit Trisomie 21 nicht behandelt wurde, genau dagegen haben wir diese Empfehlungen geschrieben.

Wir haben auch nochmal geschrieben, wenn eine Erkrankung vorliegt, die nur dann relevant ist, wenn sie tatsächlich die Überlebenswahrscheinlich einschränkt, das wäre bei den meisten Muskelerkrankungen gar nicht mal so klar. Es geht ja auch nicht darum, ob man ein bisschen eingeschränkt ist und man dann sagt, er wird nicht mehr behandelt, sondern ob die Erfolgsaussicht so niedrig ist, dass die wahrscheinlich so hoch ist, dass er trotz Intensivtherapie verstirbt.

Die zweite Motivation ist, Frau Poser hat ja gesagt, die Ärzte sollen das für sich entscheiden. Wir haben den hippokratischen Eid und die Berufsordnungen, an die Ärzte gebunden sind. Dort finden Sie aber keinen Hinweis, wie Sie eine Triage-Situation lösen sollen. Da wir keine Vorgaben haben, haben wir uns als Fachgesellschaften hingesetzt und gesagt, wir können die Ärzte nicht alleine lassen. Auch aus Fairnessgründen nicht. Jetzt komme ich auf Annette, die Theologin, die sagte, warum haben Sie nicht andere Prinzipien genommen, wie wer zuerst kommt mahlt zuerst oder das Zufallsprinzip?

John Walsh hat gesagt, wenn wir eine Situation des Nichtwissens haben, sollen wir uns hinter einem Vorhang verschleiern. Wir müssen uns also überlegen, wie würde man wollen, dass so eine Situation geregelt wird? Dann haben wir gesagt, man würde die Situation so regeln wollen, dass die wenigsten Menschen sterben. Denn das erhöht die Überlebenswahrscheinlichkeit des Einzelnen. Das ist kein konsequenter Utilitarismus, das wäre es, wenn wir die Qualis, die über Lebensjahre nehmen würden. Man kann sich entscheiden und wenn der Gesetzgeber sich dafür entscheidet, wer zuerst kommt wird zuerst behandelt, dann müssten wir das schlucken. Warum haben wir das aber nicht gemacht? Weil wir damit in Kauf nehmen würden, dass deutlich mehr Menschen in dieser Knappheits-Situation sterben würden.

Das hätte einen hohen Preis, einen hohen Preis von Menschenleben. Ich möchte das an einem Beispiel verdeutlichen:

Nehmen wir an, Sie haben einen 75-jährigen Patienten mit verschiedenen Begleiterscheinungen, er kommt auf die Intensivstation, bleibt für 4-8 Wochen auf der Intensivstation und in der gleichen Zeit sterben fünf, die mit einer Woche Beatmungszeit, solche Verläufe gab es viele in München, hätten gerettet werden können. Am Ende, nach diesen acht Wochen, verstirbt dieser Patient. Man kann sagen, das wollen wir so haben, dass insgesamt sechs Menschen sterben, anstatt fünf. Das klingt natürlich nach Utilitarismus.

Um klarzumachen, welche Überlegungen dahinterstehen. Wenn der Gesetzgeber sagt: Nein, das nehmen wir in Kauf, das Zufallsprinzip nehmen wir in Kauf, wer zuerst kommt, wird zuerst behandelt, wir nehmen mehr Todesfälle in Kauf, dann kann man das so organisieren.

(Nancy Poser)

Der Flugzeugfall, hätten sie abgeschossen?

(Prof. Dr. med. Georg Marckmann)

Ich finde, das ist nicht vergleichbar. Da werden ja vollkommen gesunde Menschen getötet. Man hat ja sowieso eine minimale Erfolgsaussicht, wenn man auf der Intensivstation ist. Da wird die Latte ein bisschen angehoben. Es ist nicht mal eine Eins-zu-Eins-Situation, das wir haben, wen von diesen beiden nehmen wir auf? Es würde so sein, dass die Latte der minimalen Erfolgsaussicht ein klein wenig angehoben wird für diejenigen, die auf die Intensivstation kommen. Man würde etwas strenger hinten raus überprüfen. Diese 1-zu-1-Situation wird es nicht geben.

(Katri Langensiepen)

Noch ein Satz Nancy, möchtest du konkret etwas dazu sagen oder möchtest du dir merken und ich starte meine Fragerunde? Hier gibt es ja viele Menschen, die auch gerne Ihre Fragen stellen möchten.

(Nancy Poser)

Natürlich ist es vergleichbar, denn die Menschen im Flugzeug sind zum Tode geweiht, obwohl sie gesund sind. Die Überlebenswahrscheinlichkeit im Flugzeug wäre gering, wenn man es so betrachten würde, nicht vorhanden, trotzdem darf man sie aber nicht abschießen.

(Prof. Dr. med. Georg Marckmann)

Wir machen aber keine aktive Tötung.

(Katrin Langensiepen)

Da muss ich jetzt dazwischen, Stopp. Frage an Joana: gibt es Wortmeldungen?

(Joana Bosse)

Ich würde Katharina laut stellen.

(Katharina)

Mein Hintergrund, ich bin medizinisch-technische Laborassistentin. Ich arbeite im Gesundheitswesen, aber nicht direkt am Patienten. Ich habe keine Behinderung. Ich habe von diesen Empfehlungen gelesen und mein erster Gedanke war tatsächlich, ich war froh, dass die Menschen, die diese Entscheidungen treffen müssen, dass sie mit diesen Entscheidungen nicht alleine gelassen werden. Das fand ich eine ganz tolle Sache und ich hatte mir das Papier durchgelesen und war soweit auch einverstanden.

Ich war letzte Woche bei dem Webinar von Corinna Rüffer dabei und bin aus allen Wolken gefallen, wie kritisch das gesehen wird. Daraufhin habe ich das Papier noch zweimal durchgearbeitet, habe das Papier der Ethikkommission angeschaut, habe mir auch das Papier vom Forum angeschaut und habe mit verschiedenen Ärztinnen und Ärzte darüber gesprochen. Ich kann diese Kritik nicht ernsthaft nachvollziehen. Ich verstehe, dass es viele Ängste und Sorgen bei Menschen mit Behinderungen gibt, aber ich finde es unfair, dass das jetzt an diesem Papier festgemacht wird.

Wenn es grundsätzliches Misstrauen und ernsthafte Probleme gibt von Behinderten, wie sie sich aufgehoben fühlen von den Ärzten, dann muss das angesprochen werden. Und jetzt das Papier zu benutzen, das finde ich etwas fies. Um diese Ängste darzustellen, das finde ich nicht richtig.

(Katrin Langensiepen)

Herzlichen Dank, Joana gibt es noch Fragen?

(Joana Bosse)

Ja, ich schalte Andreas frei.

(Andreas)

Ich bin Intensivmediziner aus dem süddeutschen Raum und auch ich kann verstehen, dass man Ängste hat. Aber für uns ist es eine unglaublich große Hilfe und wir haben das davor schon diskutiert. Ich bin für die Covid-19 Patienten zuständig und für uns alle ist klar, dass wir nicht nach Behinderungen schauen, sondern wir schauen nach den Patienten. Wie ist der aktuelle Zustand. Was wir immer machen, wenn wir Patienten behandeln. Was hat er für Begleiterkrankungen? Das Alter spielt nur dann eine Rolle ab 65. Da würden wir die Gebrechlichkeitsskala verwenden. Vorher nicht. Insofern finde ich es sehr schade, dass hier etwas sehr Gutes zerredet wird. Ich bilde seit fast 20 Jahren Intensivmediziner und Pflegekräfte aus und für alle war es eine Erleichterung, dass sie da nicht alleine gelassen werden und eine Hilfestellung, dass wir es auch so kommunizieren, wie es Professor Janssens kommuniziert hat und auch der Kollege aus München. Ich kann Ihnen versichern, dass sie keine Angst haben müssen, wenn sie zu uns ins Krankenhaus nach München kommen. Dass da anders entschieden wird. Es geht darum, wie ist der aktuelle klinische Zustand. Noch etwas zu der Kollegin, die sagte, dass sie mit ihrer privaten Beatmung kommt: Es gibt diese Patienten und die sind natürlich ganz anders betroffen. Denen müssen wir

trotzdem etwas anbieten. Ich finde es daher schade, dass dieser sehr gute Ansatz ein wenig zerrechnet wird. Es geht mir somit wie Herrn Janssens: Ein Losentscheid wäre wie eine Münze werfen. Wenn ich so entscheiden muss, das wäre für mich auch ein Grund zu sagen, unter diesen Umständen möchte ich nicht mehr als Intensivmediziner tätig sein.

(Katrin Langensiepen)

Weitere Fragen?

(Prof. Dr. Georg Marckmann)

Wir haben bei dem Papier gar nicht an Menschen mit Behinderung gedacht sondern wir haben gesehen, dass einfach nach Alter rationiert wird und wir haben gesagt, das darf auf keinen Fall sein. Und dann haben wir gesehen, die Erfolgsaussicht hängt schon ein bisschen davon ab. Was ist dann der relevante Faktor? Dann haben wir gesehen, das ist möglicherweise eher die Gebrechlichkeit, als das Alter. Ich habe da gar nicht an Menschen mit Behinderung gedacht. Das gebe ich ehrlich zu. Ich persönlich bin froh, dass sie dieses Thema angebracht haben. Bevor der Vorschlag kam, habe ich mir in mein Notizbuch geschrieben, ob wir nicht tatsächlich diesen Zusatz mit der Clinical Frayalty Scale machen. Habe ich mir extra aufgeschrieben, bevor das ja als Vorschlag kam. Das werden wir sicher prüfen, weil wir einfach nicht daran gedacht haben. Daher bin ich sehr dankbar, dass wir das hier aufbringen.

(Nancy Poser)

Wir haben es Ihnen aber geschrieben. Es wurde explizit genannt.

(Prof. Dr. Georg Marckmann)

Man kann gar nicht antizipieren, was alles falsch missverstanden werden kann. Wir haben gedacht, nachdem wir es klargestellt haben, ist es nicht mehr missverständlich. Aber offenbar ist es dennoch missverständlich, also werden wir es noch weiter präzisieren. Es gab keinen Vorschlag bei den Rückmeldungen, man sollte doch hier bei älteren Patienten ergänzen.

(Prof. Dr. Uwe Janssens)

Wir haben ja schon viele Handlungsempfehlungen geschrieben. Wir nehmen das wirklich extrem ernst. Diese Ängste sind für uns schon spürbar, die da rübergekommen sind und wir werden, wir hatten vorhin mit der Kollegin aus Berlin gesprochen, die Behindertenbeauftragte der SPD und ich würde auch noch mal Anhaltspunkte für uns sammeln, die wir auch mitnehmen werden. Im laufenden Prozess. Ich denke schon, was ich heute noch gehört habe, Sie sehen ja wie wichtig es ist, dass man miteinander redet. Und ich fand es auch gut, dass jetzt zwei Stimmen waren, die sagten, Sie finden es gut und als Hilfe für die betroffenen Ärzte vor Ort. Die Ängste, die bei Ihnen bestehen, das verstehe ich übrigens auch. Ich mache mir schon die ganze Zeit Gedanken, wie können wir das auflösen. Vielleicht sind solche Momente wie heute auch eine Hilfe dabei. Um den kleinen Knoten zu entflechten und eine Spur rein zu kriegen, die uns weiterführt. Davon bin ich fest überzeugt.

(Katrin Langensiepen)

Ich würde jetzt Gabriele laut schalten.

(Gabriele)

Ich bin Redakteurin der Zeitschrift "Rollstuhlkurier". Ich habe zwei Punkte: das eine ist die Gebrechlichkeitsskala. Die scheint nicht mehr aktuell zu sein, ist das richtig? Sieben von neun? Sieben war ein Mensch im Rollstuhl. Die Gefahr ist, dass Leute von vornherein diskriminiert werden und dass Ärzte sofort sehen: Menschen mit Rollstuhl und es springt etwas über.

Der zweite Punkt ist das Thema Ethik. Wir haben eben diskutiert, ob das Los entscheiden soll. Ich als Mensch mit Grundrechten würde sagen, ich hätte gern das Grundrecht, wenn man sich überlegt, ich bin der Situation, dass ich da liege, und wenn ich noch Kraft habe, möchte ich, dass das Universum entscheidet. Es ist auch eine ethische Frage. Und dass ich nicht die Furcht habe, irgendjemand wird die Entscheidung übernehmen und etwas abschalten. Außer, ich habe entschieden, ich will nicht beatmet werden. Aber dieses Grundrecht finde ich ganz wichtig und wollte es als Argument noch dagegensetzen.

(Joana Bosse)

Ich würde die Carmen laut stellen.

(Carmen)

Mir scheint hier eine Lücke zu sein. Sie haben es aus medizin-ethischer Sicht alles begründet und das ist auch sehr nachvollziehbar. Sie schreiben aber abschließend, eine juristische Einordnung ist nicht gegensätzlicher Empfehlung. Aber unsere Gesetze sind der Rahmen unseres Zusammenlebens. Muss man sich fragen, wie können Sie diese Aspekte ausklammern, wenn bei diesem Flugzeugfall entschieden wird, ob abschießen oder nicht. Dann verstehe ich, dass Sie so eine Stellungnahme machen. Sie ziehen sich so ein bisschen zurück in dem sie sagen, wir beurteilen es nicht juristisch. Das kann aber nicht Maßstab sein in unserem Staat mit juristischen Grundsätzen. Da fehlt doch was.

Da muss auf der gesetzgeberischen Seite noch kommen, dass man als Gesetzgeber darüber entscheidet, wie man damit umgeht. Ob die Entscheidungen juristisch sauber sind. Da fehlt doch was in dieser Situation.

(Joana Bosse)

Ich würde den Michael jetzt laut stellen.

Hallo Michael? Das scheint nicht zu funktionieren. Dann sind wir mit den mündlichen Fragen durch. Ach nein, wir haben noch den Felix. Ich kann noch mal versuchen, ihn als mündliche Frage dran zu nehmen.

(Felix)

Pflegefachkraft aus Niedersachsen, Osnabrück. Ich finde das Papier ausgesprochen hilfreich. Ich fand die Sache richtig gut. Ich bin auch in der Ethikkommission der Pflegekammer Niedersachsen, die hat sich auch angeschlossen. Ich glaube, die bestehenden Befürchtungen, die Ängste kann ich nachvollziehen. Sehr gute Diskussion. Aber ich glaube, ganz wichtig ist im Moment, es sieht so aus, als wenn wir mit einem blauen Auge davongekommen sind. Bis jetzt sage ich mal. Aber ich glaube die zweite Welle, das wäre meine zweite Frage an die Experten. Gerade die Altenpflegeheime, was da auf uns zu rollt.

(Katrin Langensiepen)

Joana, gibt es noch Fragen aus deiner Sicht?

(Joana Bosse)

Ich habe noch eine Frage, ob auch geistige Behinderungen ein Kriterium sind?

(Katrin Langensiepen)

Da wurde angesprochen, dass der Staat es machen soll, aber das stimmt ja offensichtlich nicht mit dem Grundgesetz überein. D. h., da sehe ich den Staat in der Pflicht, sich grundlegend zu äußern. Nach welchen Prinzipien, ob es der Losentscheid ist, eine Kombination aus mehreren, das ist ja auch möglich. Es muss ja nicht eine einzige Grundlage sein. Der Staat müsste sich grundlegend äußern. Das zweite ist, wenn man auf erfolgte Schnelligkeit abstellen möchte, die Kriterien finde ich deplatziert. Die Komorbiditäten führen dazu, dass man dann doch wieder zum Abhaken kommt. Ich glaube nicht, dass davor einer gefeit ist. Ein Arzt in einer Drucksituation, dass er dann doch das Papier zur Hand nimmt, auf die Liste guckt und sagt, hier habe ich eine weit fortgeschrittene Erkrankung. Davor ist keiner gefeit. Anders ist, wenn man sagt, wir sind dafür, der Staat muss das überprüfen, dass nach Erfolgsaussicht das Ganze stattfindet. Dann müssten die Mediziner es am individuellen Fall beurteilen. Da kann man doch sagen, da kann der allgemeine Gesundheitszustand, die Schwere der Erkrankung usw. angeguckt werden. Da muss ich aber nicht aufzählen, welche Komorbiditäten insbesondere ins Gewicht fallen. Das halte ich für wirklich gefährlich.

Bei der Gebrechlichkeitsskala haben Sie das Problem, wenn sie reinschreiben, die ab 65, dann haben Sie wieder die Altersdiskriminierung. Was Sie jetzt in der zweiten Version gemacht haben, ein bisschen Prosa dazuschreiben, hilft nichts, wenn unten weiter das Flussdiagramm dran ist, wo ich die Haken setzen kann. Aber ich will, dass der Gesetzgeber ran muss.

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Sie müssen in die große Gruppe ein bisschen Vertrauen stecken. Das sind ja nicht nur Intensivmediziner, da hängen ja auch viele andere Ärzte, Palliativmediziner dahinter. Das was sie gesagt haben, es wird genau das passieren.

(Nancy Poser)

Aber sie können auch nicht leugnen, dass ein Formular zum Abhaken dranhängt. Es ist ja nicht nur die individuelle Prüfung.

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Wir haben ein Paper zur individuellen Beurteilung geschrieben, da gibt es auch etwas zum Ankreuzen. Ich muss eins sagen, wir sind gezwungen dazu, es zu dokumentieren. Das ist eine Vorlage, das zu dokumentieren. Was aber dahintersteht, eine Argumentation, die zu Entscheidungen führt, dann wird dieses Papier nicht dahinterstehen. Wenn wir wirklich schwerwiegende Entscheidungen treffen müssen, nehmen wir dieses Dokument nicht. Es ist ein Standard, den wir in der medizinischen Therapie immer wieder pflegen. Wenn wir diese Entscheidungen treffen zu müssen, ist das, was dahintersteht, noch viel konkreter und individueller.

In der Krankengeschichte werden Sie immer Ausführungen finden, warum wir an der und der Stelle das und das so gewichtet haben. Ich glaube, das Vertrauen müssen Sie in die Öffentlichkeit rein tragen, dass wir genauso handeln. Und wir werden so handeln. Das können Sie mir glauben. Wir werden den Menschen, den Patienten nicht auf einen Bogen reduzieren. Das ist ein Anhaltspunkt, so muss er verstanden werden. Wir sind in einem Team

und diskutieren mit fünf oder sechs Menschen. Und genau darauf wollen wir die Menschen vorbereiten. Das ist aus meiner Sicht etwas zutiefst Gutes und sollte Sicherheit schaffen und sollte nicht verunsichern. Dass das so bei Ihnen ankommt, tut mir sehr leid. Ich möchte Ihnen versichern, so ist es nicht, wir werden immer individuell entscheiden.

(Nancy Poser)

Warum zählen Sie dann Komorbiditäten auf?

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Weil wir das müssen. Sie haben es ja selber erwähnt. Ein Patient hat vielleicht 14 Diagnosen, Hypertonie, Diabetes, viele Schattierungen einer Krankheit. Das ist teilweise gigantisch. Natürlich zählen wir das auf, da sind noch viele andere Sachen, die dahinterstehen. Wir haben aber nicht Kriterien aufgezählt, wie die Schweizer. Wir haben nicht gesagt, eine geschätzte Lebenserwartung von zwölf Monaten mit Krebserkrankung. Das wäre diskriminierend. Das wäre ein wirklich großes Problem.

(Nancy Poser)

Es wäre aber besser, keine Komorbiditäten aufzuzählen.

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Das würde doch aber ad absurdum führen, wenn ich die Komorbiditäten nicht in meine ärztliche Bewertung einfließen lasse. Das muss ich.

(Nancy Poser)

Es geht um die Aufzählung. Warum zähle ich fünf oder 6 verschiedene Komorbiditäten auf. Das führt zu Verunsicherung. Sie sagen, man muss individuell beim Patienten gucken. Aber warum zählen Sie dann nur sechs oder sieben Erkrankungen auf?

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Es befinden sich dort alle wichtigen Organe, die wir jeden Tag durchgehen. Das Herz-Kreislauf-System, die Lunge, die Nieren, das blutbildende System, diese Organsysteme, die wir tagtäglich durchgehen. Die wir bei jedem Patienten mit Schweregrad und Zustandsform durchgehen. Das ist ein komplett medizinischer Standard. Das ist aus unserem medizinischen Sachverständnis heraus. Es ist ja jetzt auch breit von Nichtmedizinern und Juristen diskutiert. Das verstehe ich, das ist aber ein Standard, den sie in jedem Lehrbuch der Intensivmedizin finden werden. Das ist absoluter Standard in der Wissenschaft. Dass wir Sachen nicht nennen, ist keine Diskriminierung der Krankheit, die wir nicht nennen.

(Katrin Langensiepen)

Jetzt Herr Kollege Georg Marckmann.

(Prof. Dr. med. Georg Marckmann)

Wir haben ja nicht nur das Kriterium der Erfolgsaussichten, sondern wir haben ein Vorgehen konkretisiert. Und das sieht vor, dass ein Mehr-Augen-Prinzip praktiziert wird. Am Dienstag in München haben wir zusammengesessen und überlegt, wie würde man das organisieren. Wir haben es bewusst so reingeschrieben, dass ein Arzt unter extremem Handlungsdruck dasteht und sagt, ich habe fünf Patienten und muss schnell abhaken. Es ist Zeit da, man muss nicht innerhalb von Sekundenbruchteilen entscheiden, wir sind hier nicht auf dem

Schlachtfeld oder bei einem Massenanfall von Verletzten bei einem schweren Zugangsglück wo 20, 30, bis 100 Schwerverletzte gleichzeitig da sind. Da sind Menschen, die sind schwer krank, man überlegt, gehen Sie auf die Intensivstation oder nicht. Da kommen die Ärzte der Intensivstation, der Koordinator, jemand von der Pflege und jemand vom Ethikkomitee. Das sind mindestens sieben Leute, die sich einmal täglich überlegen, wen nehmen wir auf, bei wem müssen wir möglicherweise im Einzelfall prüfen, ob eine Therapiezieländerung, der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen vertretbar ist.

Das ist keine Situation, wo man mit einem Zettel dasteht und etwas abhakt.

Was ziemlich deutlich geworden ist, Frau Poser, Sie hätten mehr Vertrauen, wenn wir nicht explizit geschrieben hätte, wie wir das machen? Das wäre eine Möglichkeit gewesen. Denken Sie aber bitte daran, was Sie Ärztinnen und Ärzten damit zumuten. Denken Sie bitte daran. Und denken Sie auch daran, dass am Ende mehr Patienten bei einer Knappheit sterben werden, als wenn man das explizit mit Kriterien unterliegt.

Es ist vollkommen legitim zu sagen, wir wollen unter dem Deckmantel der Einzelfallentscheidung bleiben, aber ich denke, man sollte diese beiden Konsequenzen vor Augen haben. Und diese beiden Konsequenzen waren der Grund, warum wir gesagt haben, wir machen Empfehlungen.

(Nancy Poser)

Die Empfehlung der DIVI hätte ja sein können, dass nach Erfolgswahrscheinlichkeit entschieden wird, das wäre eine Empfehlungsmöglichkeit gewesen. Und auch das Mehr-Augen-Prinzip. Diese Reihenfolge, diese Schritte, das kann man alles tun. Aber dass man einzelne Komorbiditäten aufzählt aus einer Gruppe von sehr vielen Komorbiditäten ist etwas, was meiner Meinung nach nicht geht.

(Prof. Dr. med. Georg Marckmann)

Uwe, ich glaube da sind doch alle dabei, oder? Das sind Organsysteme, die benannt sind.

(Prof. Dr. med. Uwe Janssens)

Das ist das, was ich gerade gemeint habe. Der ganze Mensch setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen, die miteinander verschachtelt sind. Gehirn mit Herz, Gehirn mit Lunge, Darm mit Lunge, wir blicken in unserer täglichen Bewertung immer auf einzelne Systeme und fügen die nachher zusammen und bewerten sie in ihrer Wertigkeit zueinander. Das ist ein sehr komplexer Vorgang. Deswegen kommen diese Organsysteme in diesem Text, diese Organsysteme, die dann immer noch in Interaktion miteinander stehen und so ist es in der Intensivmedizin auch mit diesem Score. Er fügt diese einzelnen Punkte zu einem Gesamtbild zusammen und wenn Sie einen sehr hohen Punktwert haben, sind die Organsysteme in Gruppe sogar fast ausgefallen. Das hat einen unmittelbaren Zusammenhang mit der unmittelbaren Erfolgsaussicht. Eins, was wir in der gesamten Diskussion ausgelassen haben: Es geht ja nicht um die Bewertung der Langzeitwirkung und auch nicht um eine Lebensqualität. Es geht nur um die Bewertung des Krankheitsfalles, wir haben ja nicht nur Covid-19 Patienten, wir haben ja auch noch ganz viele andere Patienten mit akuten Kreislaufkrankungen. Die werden ja auch gleichwertig behandelt.

Da sind ja auch wieder Ängste, werden wir jetzt schlechter behandelt? Das sind ja auch wieder Punkte.

(Katrin Langensiepen)

Ich habe noch Wortmeldungen, Joana, du hast mir rückgemeldet, dass es Menschen gibt, die Fragen haben.

(Joana Bosse)

Es wäre noch ganz gut die Frage zu beantworten, ob geistige Behinderungen auch als Kriterium mit einfließen. Das hatten wir gerade vergessen. Dann hatte ich noch eine schriftliche Frage von Raimund, der in einem Fortbildungsseminar von Ihnen, Georg Marckmann gehört hat, dass es strenge Injektionsstellungen bei der Triage-Situation geben soll, ich weiß nicht ganz genau, was das bedeutet. Vielleicht können Sie das erklären und seine Frage ist: ist die Injektionsstellung eine Stellschraube, um die Triage-Situation zu vermeiden?

Dann würde ich noch ein paar Wortmeldungen drannehmen, damit wir das alles sammeln.

Ich würde Annette drannehmen.

(Annette)

Dankeschön noch mal. Während die Ärzte gesprochen haben, auch aus dem Publikum, habe ich mir gedacht: ich glaube, das Grundproblem ist die Kommunikation zwischen dem, ich nenne es überspitzt Medizinsystem, diejenigen, die in konventionellen Gesundheitsberufen arbeiten, und die Menschen mit Behinderungen, die ja häufig oder oft die Nutzer dieses Systems sind. Ich kann nur von mir sprechen, und ich glaube ich bin damit nicht allein.

Ich habe immer Bauchschmerzen, wenn ich in Krankenhäuser oder Arztpraxen komme, wo ich die Ärzte nicht kenne. Ich habe häufig gefährliche Situationen erlebt, wo mir Medikamente verabreicht wurden, die ich nicht vertrage, wo meine Muskelatrophie mit Muskeldystrophie verwechselt wurde, was verheerende Auswirkungen in der Behandlung hätte. Ich denke, es gibt ja ein großes Misstrauen und Vorbehalte und Kritik und ich denke das kommt aus solchen Vorerfahrungen.

Ich denke, viele von uns haben relativ seltene Erkrankungen, von denen man nicht erwarten kann, dass jeder Arzt sich damit gut auskennt, und ich denke wir haben gelernt, für uns einzustehen und für uns zu kämpfen und auch Vorbehalte zu haben. Ich hoffe, Sie haben dafür Verständnis. Aber ich glaube, der einzige Weg da rauszukommen ist, stärker miteinander zu sprechen und sich bei der Vorbereitung von Dokumenten dieser Art zu überlegen, wen es alles betreffen kann. Ich finde es toll, Herr Marckmann, dass sie sagen, an behinderte Menschen haben wir gar nicht gedacht. Das ist für uns nicht neu, das macht es aber nicht besser. Es ist aber ein erster Schritt dahin, dass man miteinander ins Gespräch kommt, so wie wir es heute tun.

Ich möchte danke sagen. Es ist wichtig. Aber verstehen Sie unsere Angst, vor allem in der Richtung, dass wir mit unseren Behinderungen in diesem Gedankengut nicht glücklich ankommen. Danke.

(Joana Bosse)

Ich würde Raimund jetzt noch mal die Möglichkeit geben, seine Frage zu stellen.

(Raimund)

Das heisst hier natürlich Indikationsstellung, das ist meinem Spracherkennungsprogramm anzulasten. Es geht darum, dass Sie, Herr Dr. Marckmann gesagt haben, dass Sie in eine Triage kommen müssten. Da habe ich ein Verständnisproblem. Bedeutet das, was ihr Kollege vorhin gesagt hat? Der hat von Stellschrauben gesprochen, was mich gestört hat. Denn wir alle sind auf eine bestimmte Absicht ausgerichtet. Er hat gesagt, wir können soundso Medikationsstellungen vermeiden, dass wir überhaupt in eine Triage-Stellung kommen. Ich habe aber noch einen anderen Punkt. Deswegen hatte ich mich noch mal zusätzlich gemeldet.

Und einen Vorschlag zum Verständnis: ich bin nicht nur Jurist, sondern auch geschult im Verstehen von Interessen. Ich könnte mir vorstellen, dass der Konflikt, der sich eben gezeigt hat, zwischen Frau Poser und Ihnen, Herr Prof. Dr. Janssens, dass man vielleicht noch viel genauer auf aktuelle klinische Situationen abstellen sollte. Denn es ist doch so, dass sich die gesamte Vergangenheit eines Patienten in der aktuellen klinischen Situation manifestiert. Dazu gehören 600 Komorbiditäten, das Rauchen, die Lebensführung, die Ernährung und zum Beispiel auch die Resilienz gegenüber Covid-19, aber es gibt auch Widerstandsfähigkeiten.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Menschen, die von solchen Krankheiten betroffen sind, innerhalb von Jahrzehnten gelernt haben, alles besonders widerstandsfähig zu überstehen. Meine Überlegung ist, ob es nicht noch mehr Parameter gibt, die aktuelle klinische Situation zu vergleichen, sodass man nicht auf die möglicherweise ungerechten Vorurteile angewiesen ist. Also zwei völlig unterschiedliche Dinge.

(Katrin Langensiepen)

Das war der letzte Beitrag?

(Joana Bosse)

Es ist jetzt 16:48 Uhr und ich hatte noch eine Wortmeldung. Stefan bitte.

(Stefan)

Mir ist noch unklar das Problem, dass wenn es wirklich zu einer Auswahl kommt, inwieweit ist das in rechtlicher Hinsicht überprüfbar, in strafrechtlicher Hinsicht? Es gibt ja auch die Tendenz, dass gesagt wird, wenn die Fachgesellschaften das empfehlen, dann wird das Strafverfahren so übernommen und es wird zu einer Verurteilung des Arztes kommen. Und es wird gar nicht genau geprüft, es wird sich nur auf diese fachgesellschaftlichen Empfehlungen gestützt.

(Katrin Langensiepen)

Vielen Dank. Wir gehen jetzt zur Beantwortung der Fragen und Rückmeldungen aufs Podium. Herr Dr. Janssens, wollen Sie anfangen?

(Prof. Dr. Uwe Janssens)

Wir reden ja nur darüber, da spielt das jetzt eine völlig ungeordnete Rolle. Die Frage müsste medizinisch gestellt werden: inwieweit ist eine geistige Behinderung irgendwie beeinflussend auf eine kritische Erkrankung, sei es nun Covid-19 oder irgendeine andere Erkrankung? Ich würde das maximal untergeordnet betrachten. Wir haben jetzt die vielen Parameter diskutiert, die an vorderster Stelle stehen sollten. Das hier steht an völlig untergeordneter Stelle.

(Prof. Dr. Georg Marckmann)

Annette hatte noch hervorgehoben, ich habe nicht an Menschen mit Behinderung bedacht. Ich möchte noch einmal sagen, wie das zustande kam: ich habe ganz analytisch gedacht: von was hängt die Erfolgsaussicht einer Intensivtherapie ab? Und da bin ich einfach nicht auf Behinderung gekommen. Was in der Regel nicht relevant ist. Das ist der Grund, warum ich bei dem Papier zunächst einmal nicht an Behinderung gedacht habe. Und die Gebrechlichkeit, warum ist sie denn reingekommen? Weil wir erlebt haben, dass in unseren Nachbarländern ganz krude altersrationalisiert wurde. Und dann haben wir gesagt, das dürfen wir nicht machen.

Was ist denn, wenn wir kein Papier haben? Dann passiert das, was wir in Spanien und Italien erlebt haben. Es geht eher um den allgemeinen Gesundheitszustand. Und da kam das dann rein. Auch da haben wir wiederum nicht an Menschen mit Behinderung gedacht. Raimund hatte die Frage der Indikationsstellung aufgebracht. Ganz wichtiges Thema. Wir haben eine schrittweise Entscheidungsfindung vorgeschlagen. Am Anfang muss man das tun, was jeder Arzt und jede Ärztin immer tut, feststellen, ob überhaupt eine Indikation für eine intensivmedizinische Behandlung besteht. In dem Fall heißt es, wir können davon ausgehen, dass es eine realistische Wahrscheinlichkeit gibt, dass der Patient von einer intensivmedizinischen Behandlung profitiert.

Als zweites kommt immer noch der Patientenwille rein. Da wäre die Stelle, wo wir natürlich mit den Angehörigen sprechen müssten.

Der zweite Teil von Raimunds Frage war, ob man nicht noch mehr Parameter mit dazu nehmen könnte. Ich glaube, dass wir die relevanten Parameter gut abgedeckt haben. Wir hatten überlegt, ob man vielleicht ein Punktesystem machen sollte. Man könnte bestimmte Zahlen für die Schwere der Erkrankung geben, für die Begleiterkrankungen und Punkte für die Gebrechlichkeit und könnte das miteinander verrechnen. Dann könnte man die Patienten nach dem Punktwert auflisten. Das wäre noch objektiver, die Gefahr, dass man einfach sagt, der hat eine geistige oder körperliche Einschränkung und den behandeln wir nicht mehr, wäre reduziert. Wir haben uns dagegen entschieden, weil diese Punktwerte eben gerade für diese neue Erkrankung die Erfolgsaussichten nicht sicher vorhersagen können.

Obwohl es Vorschläge im Ausland gibt, die das genau tun. Das hat Vor- und Nachteile.

Man kann sagen, man guckt sich die Piktogramme an, aber kein Intensivmediziner kann sich in der Akutsituation die Piktogramme angucken. Der wird eine grobe Einschätzung machen. Alles hat seine zwei Seiten. Das zu der Frage, noch mehr Parameter zu berücksichtigen.

(Nancy Poser)

Ich finde das ganz schrecklich. Das wird ja immer schlimmer. Es hat nichts mehr mit einer individuellen Bewertung des Patienten zu tun, der vor mir steht als Arzt. Ich kann das so nicht mitmachen. Da ist genau die Schwäche in dem System. Ich spreche hier von Extremfällen, wo man ganz schnell sagen kann, der Patient ist schlimmer dran oder nicht so schlimm dran. Aber was habe ich denn dann, wenn ich ein Punktesystem habe bei jemandem, der relativ fit ist mit einer SMA, und mit einem Covid-19 daherkommt und den tatsächlich jungen Mann. Dann bin ich ganz schnell dabei, dass ich sagen werde, naja mit der Muskelerkrankung habe ich eben eine der Komorbiditäten, ich gebe die Chance dem Jungen. Oder wie auch immer. Obwohl es überhaupt nichts darüber aussagt. Das wurde schon ein paarmal gesagt, wir haben da Ressourcen, die man anders vielleicht gar nicht hat. Auch beim Immunsystem. Ich habe neun Assistenten, die täglich ein und ausgehen und die bringen

ohne Ende Bakterien herein. Mein Immunsystem ist eines der fittesten überhaupt, glaube ich. Trotz meiner SMA.

Das wird überhaupt nicht mitbewertet. Genau deswegen habe ich die Bedenken mit der Erfolgswahrscheinlichkeit. Ich finde, das kann man nicht absehen und man kann es auch nicht anhand von einer Punktetabelle machen. Wie unfair ist es denn, wenn ich verzweifelte Leute habe.

(Prof Dr. Georg Marckmann)

Die werden aber alle behandelt.

(Nancy Poser)

Aber was machen wir dann in dem Fall?

Deshalb finde ich, dass man Kriterien vorgeben müsste, die das Gericht überprüfen kann.

(Katrin Langensiepen)

Auf dem Podium fehlt eben der Gesetzgeber. Das sind hier zwei Gruppen, die ihre Sicht darlegen, hochemotional, aber man kann es auch nachvollziehen. Aber am Ende des Tages reden wir über den Elefanten im Raum - der Gesetzgeber. Und es liegt an uns allen zu pushen und zu drängeln und ich weiß auch, dass auch in der Bundestagsfraktion von den Grünen daran gearbeitet wird, dass die Seiten nicht alleine gelassen werden.

Erst mal herzlichen Dank und was ich abschließend noch mal sagen wollte: zu Annette. Dass auf Augenhöhe diskutiert wurde, trotz aller Kontroversen, es ist ein Gespräch auf Augenhöhe gewesen. Von meinem Gefühl her. Wenn mir Ärzte sagen, ich habe das studiert, lass mal, ich kenne mich da aus. Dann sage ich immer, aber ich habe die Erfahrung. Das ist eben das, was viele Menschen mit Erkrankungen besorgt. Dass die Erfahrungen nicht gesehen werden. Das auf Augenhöhe um Vertrauen zu schaffen ist etwas, wo wir alle dran arbeiten müssen, was der springende Punkt ist. Ich habe studiert plus die individuellen Erfahrungen des Patienten und der Patientinnen. Dass das zusammengehört.

Ich bedanke mich ganz herzlich. Wir könnten jetzt noch zwei Stunden weiterreden. Dafür dass ihr alle da wart, für alle Anmerkungen, die Expertise aus juristischer und medizinischer Sicht und wir werden es weiterhin verfolgen und diskutieren. Ich wünsche euch allen auch - danke an die Dolmetscherinnen für die großartigen Leistungen - Hände wedeln machen wir immer - für die großartige Unterstützung und ich wünsche noch ein schönes Wochenende, bleiben Sie gesund und bei Fragen, Anmerkungen, die uns per Mail erreichen leiten wir sie entsprechend weiter.

Herzlichen Dank und auf Wiedersehen.