

Die Pandemiekatastrophe aus katastrophenrechtlicher und -medizinischer Sicht

Pandemic Disaster from a Legal and Medical Point of View

Autoren

Andreas Walus¹, Fabian Holbe²

Institute

- 1 Lehrbeauftragter für Polizei- und Ordnungsrecht, Hochschule Wismar, Wismar
- 2 Landkreis Nordwestmecklenburg, Leitender Notarzt, Neuburg

Schlüsselwörter

Pandemie, Infektionsschutz, Katastrophenschutz, Corona, Triage, Vorsorge

Key words

Pandemic, Disease control, Disaster response, Corona, Triage, Preparedness

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1152-4836>

Online-Publikation: 30.4.2020

Gesundheitswesen 2020; 82: 381–385

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Dr. Andreas Walus
Wings
Hochschule Wismar
Philipp-Müller-Straße 12
23966 Wismar
andreaswalus@gmx.de

ZUSAMMENFASSUNG

Die Corona-Pandemie löst auch in der Bundesrepublik Deutschland eine Gefahrenlage aus, deren Auswirkungen – wie z. B. in Italien – zu einem medizinischen Notstand führen können. Die

Überlastung des Gesundheitswesens oder anderer kritischer Infrastrukturen können eine Pandemiekatastrophe auslösen. Das deutsche Infektionsschutz- und Katastrophenschutzrecht sehen zahlreiche Mechanismen der Katastrophenvorsorge und der Katastrophenabwehr vor. Dennoch werden sowohl Behörden als auch Ärzte ethisch und rechtlich schwierige Entscheidungen treffen müssen. Denn im Falle eines Ressourcenmangels (z. B. von Impfstoffen oder Beatmungskapazitäten) müssen konfliktträchtige Auswahlentscheidungen getroffen werden. Einer Überprüfung bedürfen die Regelungen zur Pandemievorsorge: Die Vorbereitung auf die Pandemiebekämpfung muss eine klare und rechtsverbindliche Aufgabe aller staatlichen und privaten Verantwortungsträger darstellen. Hierbei spielen u. a. Planungen, Fortbildungen, Übungen und Vorratshaltungen eine zentrale Rolle.

ABSTRACT

The corona pandemic has caused a serious emergency also in the Federal Republic of Germany; shortages of medical capacities and failure of critical infrastructures may occur resulting in a pandemic catastrophe. German laws prescribe various mechanisms for disaster preparedness and disaster response. Nevertheless, both authorities and physicians will have to make difficult ethical and legal decisions. In the event of lack of resources (e. g. vaccines or ventilation capacity), conflict-laden selection decisions must be made. The regulations on pandemic preparedness need to be reviewed: preparing for the response to pandemics must be a clear and legally binding task and responsibility of all state and private agents involved. Here, among other things, planning, training, exercises and stockpiling are crucial elements of being prepared to deal with a pandemic.

Die aktuelle Corona-Pandemie löst auch in der Bundesrepublik Deutschland eine Gefahrenlage aus, deren Auswirkungen trotz erheblicher Abwehrmaßnahmen noch nicht absehbar sind. Aus katastrophenrechtlicher und katastrophenmedizinischer Sicht ist ein medizinischer Notstand – wie etwa in Italien – von besonderer Relevanz. Im Folgenden soll daher erörtert werden, wie die Überlastung der medizinischen Versorgung rechtlich und medizinisch zu bewerten sind. Zudem soll beleuchtet werden, wie das deutsche

Katastrophenrecht und die Katastrophenmedizin auf den Eintritt einer Pandemiekatastrophe reagieren.

Rechtliche Einordnung von Pandemien und Katastrophen

Die hier betrachtete Bewältigung einer katastrophalen Pandemie setzt zunächst voraus, dass die Begriffe der „Pandemie“ und der

„Katastrophe“ rechtlich eingeordnet werden. Aus der Perspektive des deutschen Rechts ist diese Einordnung nicht auf den ersten Blick möglich. Denn der Begriff der „Pandemie“ hat bisher keinen Eingang in die einschlägigen Gesetze gefunden. Das Infektionsschutzgesetz des Bundes verwendet die Begriffe der „übertragbaren Krankheit“ und der „bedrohlichen übertragbaren Krankheit“¹. Diese abweichende Terminologie ist sicherlich nicht per se problematisch. Denn eine Pandemie i.S.d. Völkerrechts als kontinentübergreifende Verbreitung einer Krankheit bei Menschen kann sich mit dem deutschen Terminus der übertragbaren oder bedrohlichen übertragbaren Krankheit durchaus decken. Jedoch führen unterschiedliche Begrifflichkeiten immer wieder zu Irritationen in der Rechtsanwendung. Zudem drängt sich das Problem auf, dass die sogenannte Pandemie-Vorsorge (= Vorbereitung auf die Pandemiebekämpfung) sehr selten eine ausdrückliche gesetzliche Aufgabe von Behörden darstellt². Den sogenannten Pandemie-Plänen, die sowohl international als auch national und regional aufgestellt werden sollten, fehlt es in Deutschland gegenwärtig an einer klaren und verbindlichen Rechtsgrundlage. Dies hat zur Folge, dass Notfallplanungen, Notfallübungen und Notfallbevorratungen in diesem Sektor nicht immer ausreichend praktiziert werden.

Die Begriffe der „Pandemie“ i.S.d. Völkerrechts sowie der „(bedrohlichen) übertragbaren Krankheit“ i.S.d. deutschen Infektionsschutzgesetzes stehen losgelöst von dem Begriff der „Katastrophe“. Der Katastrophenbegriff findet sich zwar vereinzelt im Grundgesetz wieder³, wird jedoch dort nicht näher bestimmt. Demgegenüber regeln die für den Katastrophenschutz zuständigen Bundesländer mehr oder weniger einheitlich, wann eine Katastrophe im Sinne der Katastrophenschutzgesetze vorliegt: Die Katastrophe wird definiert als „ein Ereignis, durch das das Leben, die Gesundheit oder die lebensnotwendige Versorgung zahlreicher Menschen [...] in so außergewöhnlichem Maße gefährdet oder geschädigt werden, dass Hilfe und Schutz wirksam nur gewährleistet werden können, wenn die zuständigen Behörden, Stellen, Organisationen und die eingesetzten Kräfte unter einer einheitlichen Gesamtleitung der Katastrophenschutzbehörde zusammenwirken“⁴. Die Definitionen einer „Katastrophe“ in den sechzehn Landesgesetzen haben gemein, dass sie ursachenunabhängig ausgerichtet sind. Für das Vorliegen einer Katastrophe kommt es nicht auf einen bestimmten Grund an: sowohl naturgegebene, biologische als auch technische oder menschliche Ursachen werden somit erfasst. Für einen Katastrophenfall kommt es vielmehr auf die Folgen eines Ereignisses an. Erst die ausgelöste außerordentliche Gefahr vor allem für Menschenleben und die Notwendigkeit einer einheitlichen Leitung der Gefahrenabwehr machen ein Ereignis zu einer Katastrophe. Daraus lässt sich für den Fall einer bio-infektiologischen Gefahr wie der Virus-Ausbreitung folgendes ableiten: eine Pandemie bzw. eine (be-

drohliche) übertragbare Krankheit erfüllen nicht per se den Tatbestand einer Katastrophe. Denn der Grad und das Ausmaß der Gefahr können unterschiedlich ausfallen bzw. die Gefahrenabwehr kann oft geordnet in den regulären Strukturen durchgeführt werden. Allerdings kann eine Pandemie bzw. eine bedrohliche übertragbare Krankheit aufgrund ihrer Auswirkungen die Katastrophenschwelle überschreiten, wenn das Gesundheitswesen mit den Infektionsschutzmaßnahmen überfordert ist oder aufgrund eines Massenankomms von Erkrankten die medizinische Versorgung überlastet ist. Zudem können kritische Infrastrukturen durch pandemiebedingte Personalausfälle gefährdet werden⁵. Eine „Pandemiekatastrophe“ ist somit durchaus denkbar und kann sich vor allem in drei Ausprägungen zeigen: 1. als Infektionsschutzkatastrophe (= Überforderung der Infektionsschutzbehörden mit Infektionsschutzmaßnahmen), 2. als medizinische Katastrophe (= medizinischer Notstand durch Überforderung der medizinischen Versorgung beim Massenankomms von Erkrankten) und 3. als Infrastrukturkatastrophe (= Gefährdung der Grundversorgung der Bevölkerung durch Personalausfälle kritischer Infrastrukturen).

Szenarien der überlasteten individualmedizinischen Versorgung im Pandemiefall

Abhängig vom Erreger sind unterschiedliche Versorgungsempässe zu erwarten. In der aktuellen Situation COVID19 sind alle Altersgruppen betroffen. Durch den Übertragungsweg als Tröpfchen besteht zum einen die Notwendigkeit von Schutzbekleidung und Desinfektion. Zum anderen kommt es insbesondere bei älteren Erkrankten zu schweren Verläufen mit hohem Ressourcenbedarf. Von besonderer Relevanz sind invasive und nicht-invasive Beatmungskapazitäten, da bis zu 5 % der Erkrankten intensivpflichtig werden [1]. Entsprechende Technik, Isolationsbetten und Personal sind dazu notwendig, wobei auch das Vorhalten ausreichender Mengen medizinischer Gase wie Sauerstoff (14 % der Erkrankten hatten Sauerstoffbedarf) für eine große Zahl beatmeter Patienten zu beachten ist.

Dieser Bedarf an Technik und Personal entsteht direkt aus dem spezifischen Krankheitsverlauf und würde bei einem anderen Erreger und einem anderen Übertragungsweg auch andere Ressourcen erfordern, was eine generelle Vorsorge erschwert.

Käme es zur heutigen Zeit zu einem Ausbruch der Pest (*Yersinia pestis*), würde wie aktuell ein großer Bedarf an Schutzbekleidung entstehen. Im Gegensatz zu COVID19 würde allerdings auch ein hoher Antibiotikabedarf vorliegen, der im Fall einer Bedarfsdeckung zu einer Reduktion der Beatmungsnotwendigkeit führen würde. Versorgungspriorität hätte damit die Sicherstellung der Antibiotikaversorgung. Hingegen führte die Spanische Grippe (Influenza Subtyp A/H1N1) wie COVID19 über pulmonale Komplikationen zu einer hohen Letalität von 1,5–3 % [2]. Bei einem erneuten Influenza-Ausbruch in den damaligen Dimensionen würde ein Antibiotikabedarf erst im späteren Verlauf der bakteriellen Sekundärinfektion entstehen.

¹ Siehe § 2 Nr. 3a IfSG zu „bedrohliche übertragbare Krankheit“: „eine übertragbare Krankheit, die auf Grund klinisch schwerer Verlaufsformen oder ihrer Ausbreitungsweise eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit auslösen kann“.

² Das Berliner Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst zählt jedoch den Bevölkerungsschutz bei „Pandemien“ zu den behördlichen Aufgaben.

³ Siehe z.B. Art. 11 und Art. 35 GG

⁴ Vgl. z.B. § 1 Abs. 2 Brandschutz-, Hilfeleistung- und Katastrophenschutzgesetz NRW

⁵ Vgl. ausführlich Kloepper M. Pandemien als Herausforderung für die Rechtsordnung, Nomos Schriften zum Katastrophenrecht, Band 4, 2011: 10-20

Zur Vermeidung von Sekundärkomplikationen durch bakterielle Sekundärinfektionen sollten Risikopatienten gegen häufige Erreger einer Lungenentzündung geimpft werden. Diese Empfehlung der ständigen Impfkommision bestand bereits vor dem COVID19-Ausbruch. Die allgemeine Sensibilisierung führt derzeit aber zu einer stark erhöhten Nachfrage und Lieferschwierigkeiten, sodass die Kassenärztliche Bundesvereinigung die impfenden Ärzte bereits jetzt zu einem streng indikationsorientierten Handeln auffordert [3].

Rechtlicher Rahmen der Katastrophenbewältigung

Je nach Virulenz können pandemische Ereignisse – wie aufgezeigt wurde – die medizinische Versorgung überlasten. Sowohl bei der Infektionsverhütung durch Schutzimpfungen als auch bei der medizinischen Behandlung kann das Gesundheitssystem aufgrund von Ressourcenknappheit überfordert werden: Bspw. können Impfstoffe nicht allen Risikogruppen zur Verfügung gestellt werden, mangelnde Arzneimittel können nicht dem Bedarf an medikamentöser Behandlung nachkommen, begrenzte Beatmungskapazitäten machen eine Behandlung aller beatmungspflichtigen Patienten unmöglich. Die medizinische Katastrophe als Resultat einer Pandemie betrifft auf den ersten Blick das Gesundheitswesen. Sie greift aber auch in den staatlichen Katastrophenschutz über. Die rechtlichen Mechanismen zur Bewältigung derartiger Lagen stellen sich wie folgt dar:

Krankenhäuser als Teil der Gesundheitsversorgung und des Katastrophenschutzes

Zu den zentralen Akteuren des Gesundheitswesens bei der Bewältigung eines Massenankfalls von Erkrankten zählen in erster Linie die Krankenhäuser. Durch Aufnahme eines Patienten entsteht im Regelfall ein Behandlungsvertrag zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten. Auf dieses privatrechtliche Rechtsverhältnis soll vorliegend nicht weiter eingegangen werden. Bei Eintritt eines medizinischen Notstands aufgrund eines Massenankfalls von Erkrankten, dem die regional betroffenen Krankenhäuser mangels Kapazitäten nicht nachkommen können, erweitert sich der rechtliche Rahmen erheblich. Der Anwendungsbereich des Landeskatastrophenschutzgesetzes wird eröffnet. Denn die medizinische Versorgung durch Leistungen von Krankenhäusern basieren nicht nur auf Grundlage des privatrechtlichen Gesundheitsrechts. Die Rettung von Menschenleben ist zugleich eine Aufgabe der medizinischen Gefahrenabwehr. Die Aufgabe der Gefahrenabwehr fällt in der Bundesrepublik Deutschland in den grundlegenden Verantwortungsbereich des Staates. Die medizinische Gefahrenabwehr bei medizinischen Notfällen ist in diesem Sinne etwa durch die Landesrettungsdienstgesetze besonders organisiert. Im Krankenhaussektor werden die Aufgaben der medizinischen Behandlung einschließlich der Lebensrettung zwar auf die Krankenhausträger auf Grundlage der Landeskrankenhausgesetze zur eigenen Erfüllung übertragen⁶. Im Falle eines medizinischen Notstands greifen jedoch gefahrenabwehrende Regelungen. So regeln bspw. viele Landeskrankenhausgesetze, dass Krankenhäuser am Katastrophenschutz

beteiligt sind⁷. Sie haben mit den Gefahrenabwehrbehörden zusammenzuarbeiten. Ihre Mitwirkung erstreckt sich u. a. auf gemeinsame Bettennachweise sowie die gegenseitige Unterstützung und Abstimmung im Katastrophenfall. Entsprechend regeln auch die meisten Landeskatastrophenschutzgesetze, dass Katastrophenschutzbehörden mit Krankenhäusern zusammenzuarbeiten haben und diese Teil der Katastrophenschutzplanung sind⁸. Daraus folgt, dass Krankenhäuser zwar regelmäßig selbständig handelnde Akteure der Gesundheitsversorgung sind, sie jedoch auch einen wichtigen Bestandteil des Katastrophenschutzes als einer öffentlichen Aufgabe ausmachen.

Feststellung des medizinischen Katastrophenfalls

Sofern aufgrund eines Massenankfalls von beatmungspflichtigen Erkrankten die Beatmungskapazitäten eines Krankenhauses überlastet sind und auch benachbarte Krankenhäuser nicht ausreichend unterstützen können, kann ein medizinischer Notstand vorliegen. Wenn auch im Regelfall Krankenhäuser mithilfe ihrer eigenen Netzwerke und mithilfe der Rettungsleitstellen Überlastungssituationen selbständig koordinieren, [4] ist bei einem außerordentlichen Massenankfall von (z. B. beatmungspflichtigen) Erkrankten eine Überlastung auch dieses Systems möglich. Nach den Katastrophenschutzgesetzen der Länder obliegen die Beurteilung der Lage und die Klassifizierung dieses Ereignisses als Katastrophe den Katastrophenschutzbehörden⁹. Dies sind in der Regel die Landkreise und kreisfreien Städte; bei einer landesweiten Katastrophe das Landesinnenministerium¹⁰. Einen entsprechenden Mechanismus für den Fall einer Katastrophe von nationaler Bedeutung sieht das Grundgesetz gegenwärtig nicht vor [5].

Behördliche Maßnahmen im medizinischen Katastrophenfall

Die Feststellung des Katastrophenfalls bzw. der sogenannte Katastrophenalarm aktiviert zahlreiche Mechanismen der Gefahrenabwehr. Hierbei handelt es sich zum einen um organisatorische Veränderungen: Die Verantwortung für die einheitliche Leitung der Gefahrenabwehr in derartigen Lagen geht auf die Katastrophenschutzbehörde über. Vor allem, wenn sich die Notlage auf das Gebiet eines Bundeslandes erstreckt, kann das Landesinnenministerium als Katastrophenschutzbehörde agieren. Die primäre Aufgabe der Katastrophenschutzbehörde liegt in der einheitlichen Leitung aller Maßnahmen für die Katastrophenabwehr, d. h. der Bekämpfung der Katastrophe. An der Katastrophenabwehr haben sich – soweit erforderlich – alle Behörden sowie der Katastrophenschutzdienst unter der Leitung der Katastrophenschutzbehörde zu beteiligen [6]. Zudem kommt Katastrophenhilfe anderer Länder und des Bundes (einschließlich der Bundeswehr) in Betracht¹¹. Im Falle eines medizinischen Notstands ermöglicht die gemeinsame Gefahrenabwehr unter Leitung der Katastrophenschutzbehörde nicht nur, dass die Zuweisung behandlungsbedürftiger Patienten landesweit zentral koordiniert wird. Von besonderer Bedeutung

⁶ Siehe §§ 1, 13 Niedersächsisches Krankenhausgesetz

⁷ Siehe § 3 Hamburgisches Krankenhausgesetz, § 29 Krankenhausgesetz M-V

⁸ Siehe § 8 Landeskatastrophenschutzgesetz M-V

⁹ Siehe § 14 Hamburgisches Katastrophenschutzgesetz.

¹⁰ Siehe § 3 Landeskatastrophenschutzgesetz Schleswig-Holstein.

¹¹ Siehe Art. 35 Abs. 2 und 3 GG

sind darüber hinaus die Eingriffsbefugnisse der Katastrophenschutzbehörden. Zur Abwehr einer Katastrophe können Institutionen und Personen sowie Sachmittel herangezogen werden [7]. Dies kann im Falle eines medizinischen Katastrophenfalls besonders relevant werden, wenn es darum geht, notfalls weitere Behandlungskapazitäten zu schaffen, indem andere Gesundheitseinrichtungen zwangsweise umgewidmet werden oder (medizinisches) Personal zur medizinischen Versorgungsleistung verpflichtet wird. Hieran zeigt sich ganz deutlich, dass die rechtlichen Möglichkeiten des Katastrophenrechts weit über die herkömmlichen Möglichkeiten des regulären Gesundheitsrechts hinausgehen.

„Triage“ im Falle der Pandemiekatastrophe

Katastrophenmedizinische Betrachtung

Angesichts der Überlastung der individualmedizinischen Versorgung im Falle einer Pandemiekatastrophe können in derartigen Lagen Sichtung- bzw. Triageverfahren notwendig werden. Die ärztliche Sichtung geht zurück auf den russische Chirurgen Pirogow (1810–1881) aus den Erfahrungen des Kaukasischen Kriegs und des Krimkriegs und ist damit keine „neue“ Idee [8]. Im Rettungsdienst erfolgt die Sichtung bei einer Großschadenslage auf Grundlage der DIN 13050. Zumeist besteht aber eine zeitlich oder örtlich begrenzte Lage, was einen Übergang in die Individualmedizin innerhalb eines absehbaren Zeitfensters möglich macht. Bei einer Pandemie ist hingegen eine langanhaltende und überregionale Gefahrenlage denkbar. Das ethische Dilemma der beteiligten Ärzte und Pflegenden bleibt auch durch Vorhalten zusätzlicher Behandlungskapazitäten bestehen. Das Ziel „mit den vorhandenen Ressourcen möglichst viele Betroffene effizient zu therapieren, bis eine individualmedizinische Betreuung wieder möglich ist“ [9] bleibt auch im Pandemiefall; der Zeitpunkt bis zur individualmedizinischen Betreuung ist aber, anders als bei einem zeitlich begrenzten Geschehen wie einer Erdbebenkatastrophe, nicht absehbar. In der aktuellen Situation in Deutschland liegt die Hauptlast der ethischen Entscheidungsverantwortung primär in den Händen der Intensivmediziner. Bei einem weiteren Anstieg der Erkrankungszahlen bei gleichzeitiger Erschöpfung der Beatmungskapazitäten droht jedoch die Triage zunehmend in die Verantwortung der ambulant tätigen Ärzte abgegeben zu werden. Diese müssten dann allein über eine Einweisung oder Nicht-Einweisung in ein überfülltes Krankenhaus entscheiden. Damit diese Situation nicht entsteht, ist ein konsequenter Ausbau der erforderlichen Behandlungskapazitäten erforderlich.

Rechtliche Anforderungen an die Priorisierung im Falle einer Pandemiekatastrophe

Katastrophen im Allgemeinen und eine Pandemiekatastrophe im Besonderen zeichnen sich – wie bereits erörtert wurde – vor allem durch eine außerordentliche Gefahrenlage aus. Charakteristisch für das besondere Ausmaß des Ereignisses ist oftmals die Ressourcenknappheit. Zum wesentlichen Merkmal des Katastrophenrechts und der Katastrophenmedizin zählt deshalb der Konflikt einer Mangelsituation: dem hohen Ressourcenbedarf steht ein Ressourcenmangel gegenüber [10]. Dieses katastrophentypische Dilemma stellt nicht nur eine medizinische und ethische Herausforderung

dar, sondern fordert auch das Recht heraus. Wie soll etwa bei einem Massenansturm von Verletzten oder einem Massenansturm von Erkrankten rechtssicher entschieden werden, wer behandelt wird und wer keine (lebensrettende) Behandlung erfährt? Wie soll bei einer gefährlichen Virusausbreitung rechtssicher entschieden werden, wer vorrangig mit knappem Impfstoff versorgt wird? Die Gesetzgeber haben diese Fragen weder im Infektionsschutzgesetz noch in den Landeskatastrophenschutzgesetzen bisher durch Regelungen beantwortet. Dies erstaunt, da im demokratischen Rechtsstaat der Gesetzgeber entweder selbst über lebensrelevante Auswahlkriterien entscheiden muss oder aber die Festlegung dieses Verfahrens durch Gesetz auf ein Gremium übertragen muss [11].

Gleichwohl setzt selbstverständlich das Verfassungsrecht einen Rahmen für die bereits praktizierten Prioritätenbildungen im Gesundheitssektor im Allgemeinen sowie in der Katastrophenmedizin im Besonderen. Sowohl die Prioritätenbildung bei der Verteilung knapper Impfstoffe, die Sichtung bzw. Triage beim Massenansturm von Erkrankten als auch die Auswahl bei der Zuweisung knapper Beatmungsplätze unterliegen unmittelbar oder mittelbar den Rahmenbedingungen des Grundgesetzes.

Priorisierung bei der Verteilung mangelnder Impfstoffe

Zu den wesentlichen Aufgaben des Infektionsschutzes zählt die Impfung der Bevölkerung [12]. Schutzimpfungen können vor allem bei gefährlichen Virusausbreitungen überlebenswichtig sein. Durch ihre Gesundheits- bzw. Lebensrelevanz berühren Entscheidungen über ihre Verteilung auch die Grundrechte der Bürger. Hierbei handelt es sich um sehr komplexe Fragestellungen des Verfassungsrechts, die an dieser Stelle nicht detailliert dargestellt werden können. Hervorgehoben werden soll jedoch zum einen, dass Art. 3 Abs. 3 des Grundgesetzes die Benachteiligung von Personen einzig auf Grundlage eines bestimmten Kriteriums verbietet: z. B. dem Geschlecht, der Herkunft, dem Alter. In der soziologischen und juristischen Katastrophenwissenschaft haben sich jedoch Kriterien herausentwickelt, die als zulässige Kriterien einer Bevorzugung gelten. Höchste Priorität bei der Verteilung knapper Impfstoffe hat demnach auf der ersten Stufe das Personal kritischer Infrastrukturen [13]. Hierzu zählen alle Menschen, die Aufgaben der Grundversorgung der Bevölkerung, der Funktionsfähigkeit des Staates und der öffentlichen Sicherheit erfüllen. Unter anderem wird ihre Bevorzugung damit begründet, dass der Staat in erster Linie die Bevölkerung zu schützen habe, indem er ihre Sicherheit und ihre überlebenswichtige Versorgung sichert. Andernfalls wäre zu befürchten, dass sich durch den Ausfall kritischer Infrastrukturen der Schaden für die Bevölkerung über die aktuelle Notlage kaskadenartig erweitert. Auf der zweiten Stufe erfolgt die Auswahl der Menschen nach der medizinischen Dringlichkeit der Maßnahme [14]. Dies trifft allen voran auf Risikogruppen je nach Art des Virus zu.

Priorisierung bei der Verteilung mangelnder Behandlungskapazitäten

Im Falle einer medizinischen Katastrophe sind Entscheidungen über die Auswahl von Patienten und die Verteilung mangelnder Ressourcen (z. B. Arzneimittel, Beatmungsgeräte) denkbar. Auch hier gelten zunächst die Einschränkungen des Art. 3 Abs. 3 GG, wonach bspw. einzig aufgrund des Geschlechts eine Benachteiligung unzulässig ist. Auswahlverfahren nach den Prinzipien „Frauen und Kin-

der zuerst“, „Wer zuerst kommt, mahlt zuerst“ oder nach einem Losverfahren sind unzulässig, wenn sie pauschalisierend erfolgen. Vielmehr ist auch hier ein Vorgehen in 2 Stufen angezeigt. Sofern die Kapazitäten noch nicht vollends ausgeschöpft sind, jedoch eine Priorisierung über die zeitliche Reihenfolge einer Behandlung zu treffen ist, kommt vor allem das Kriterium der medizinischen Dringlichkeit für die Konfliktlösung in Betracht [15]. In diesem Sinne erfolgt etwa auch die Sortierung von Patienten im Rahmen des Triage-/Sichtungsverfahrens in den Kategorien I bis III nach diesem Kriterium. Sofern die Kapazitäten vollends ausgeschöpft sind, hilft das Kriterium der Dringlichkeit allerdings nicht weiter. Da die Dringlichkeit der Behandlung oftmals gleich hoch ist, können die begrenzt vorhandenen Ressourcen jedoch gemäß der relativen Erfolgsaussicht ihres Einsatzes eingesetzt werden. Die Auswahl der behandelten Patienten erfolgt demnach nach der medizinischen Erfolgsprognose des Arztes. Diese Bewertung ist ein dynamischer Prozess, der stets an einzelfallabhängige Faktoren gekoppelt ist, wie z. B. vorhandene Krankheitsbilder, Personalressourcen und Sachressourcen. Die Erfolgsaussicht der Behandlung als Auswahlkriterium ist ein sachlicher Erwägungsgrund, nach dem in Katastrophenfällen eine sachliche und rechtlich vertretbare Entscheidung ansatzweise ermöglicht wird. Sofern in einer Extremsituation die Erfolgsaussichten der betroffenen Patienten gleich hoch sind und eine weitere Auswahlentscheidung zu treffen ist, die mit tödlichen Konsequenzen für den nicht ausgewählten Patienten verbunden ist, schützt das deutsche Strafrecht den entscheidenden Arzt: Aufgrund der rechtfertigenden Pflichtenkollision scheidet eine Strafbarkeit aus.

FAZIT

Eine Pandemie bzw. eine bedrohliche übertragbare Krankheit i.S.d. Infektionsschutzgesetzes kann sich unter Umständen aufgrund ihrer Auswirkungen auf das Gesundheitssystem oder auf kritische Infrastrukturen zu einem Katastrophenfall entwickeln. Insbesondere im Falle eines medizinischen Notstands können zur Lebensrettung Gefahrenabwehrmaßnahmen der Katastrophenschutzbehörden erforderlich werden. Sowohl Behörden als auch Ärzte werden dennoch ethisch und rechtlich schwierige Entscheidungen treffen müssen. Vor diesem Hintergrund kommt der Pandemie- und Katastrophenvorsorge eine zentrale Rolle zu: Die Vorbereitung auf die Pandemiebekämpfung muss eine klare und rechtsverbindliche Aufgabe aller staatlichen und privaten Verantwortungsträger darstellen. Hierbei spielen u. a. Planungen, Fortbildungen, Übungen und Vorratshaltungen eine zentrale Rolle. In Deutschland müssen der Bund und die Länder ihre gesetzlichen Regelungen daraufhin überprüfen, ob die Prävention, die Vorsorge und die Bekämpfung von Pandemien und anderen Gefahren von nationaler Bedeutung effektiv ausgestaltet sind.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Team NCPERE. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) – China. *China CDC Weekly* 2020; 2: 113–122
- [2] Johnson Niall P.A.S., Juergen D. Mueller: Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918–1920 „Spanish“ Influenza Pandemic. In: *Bulletin of the History of Medicine*. Band 76, Nr. 1 2002; 105–115
- [3] Kassenärztliche Bundesvereinigung, https://www.kbv.de/html/1150_44945.php
- [4] Bail H, Kann D, Lenz W, Femming A et al. Stationäre Behandlungskapazitäten. In: Adams HA, Krettel C, Lange C, Unger C, Hrsg. *Patientenversorgung im Großschadens- und Katastrophenfall*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2014: 537–552
- [5] Walus A. Pandemie und Katastrophennotstand: Zuständigkeitsverteilung und Kompetenzmängel des Bundes. *Die Öffentliche Verwaltung* 2010; 63: 127–134
- [6] Walus A. Katastrophenorganisationsrecht – Prinzipien der rechtlichen Organisation des Katastrophenschutzes. In: *Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Schriftenreihe Wissenschaftsforum Bonn*; 2012: 103–179
- [7] Walus A. Dienst- und Hilfeleistungsverpflichtungen zur Sicherstellung des Bevölkerungsschutzes. *Opinioluris-Onlineplattform* 2013
- [8] Sefrin Peter. (Massen)Notfallmedizin: Sichtung als ärztliche Aufgabe. *Dtsch Ärzteb* 2005; 102: 20 A-1424 / B-1194 / C-1132
- [9] Klinkhammer Gisela. Ethik in der Katastrophe: Wenn nicht alle gerettet werden können. *Dtschc Ärzteb* 2005; 102: 49 A-3397 / B-2872 / C-2688
- [10] Scheuermann A, Weidringer JW, Domres BD. Katastrophenmedizin und Katastrophenmanagement. In: *Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall Bonn*: 2010: 67–112
- [11] Taupitz J. Infektionsschutzrechtliche „Triage“ – Wer darf überleben? In: Kloepper M, Hrsg. *Pandemien als Herausforderung für die Rechtsordnung*. Baden-Baden: Nomos; 2011: 103–125
- [12] Siehe § 20 IfSG
- [13] Dombrowsky W. Die gesellschaftlichen, infrastrukturellen und ökonomischen Folgen einer Pandemie. In: Kloepper M, Hrsg. *Pandemien als Herausforderung für die Rechtsordnung*. Baden-Baden: Nomos; 2011: 33–44
- [14] Taupitz J. Infektionsschutzrechtliche „Triage“ – Wer darf überleben? In: Kloepper M, Hrsg. *Pandemien als Herausforderung für die Rechtsordnung*. Baden-Baden: Nomos; 2011: 103–125
- [15] Walus A. Rechtskonflikte der Triage und ihre Lösung. In: *Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe., Hrsg. Bevölkerungsschutz* 2010; 3: 31–35