



Entscheidungsnot. Ärzte fordern Rechtssicherheit, wenn sie in Extremsituationen wie in Italien oder jetzt in russischen Kliniken wie dem Moskauer Filatov-Hospital entscheiden müssen, welche Covid-19-Patienten sie bei begrenzten Ressourcen behandeln. Foto: Pavel Golovkin/AP/dpa

Tagesspiegel, Berlin, 23. Mai 2020

KOMMENTAR

„Ausstattung der Intensivmedizin ab jetzt in Verantwortung der Länder“

Im März 2020 war zu befürchten, dass die deutschlandweiten intensivmedizinischen Kapazitäten für Behandlungen während einer Covid-19-Pandemie nicht ausreichen würden. Dann sollten die vorhandenen Ressourcen mittels ärztlicher patientenindividueller Entscheidungen zugeordnet werden. Die Empfehlung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin vom 25. März war als Handreichung dazu gedacht. Basis war die Befürchtung aller 17 deutschen Regierungen, es drohe

ein intensivmedizinischer Engpass. Diese Selbst-Exkulpation ist spätestens jetzt verbraucht. Damit lässt sich auch für etwaige Covid-19-bedingte Triage-Situationen **keine rechtliche Grauzone mehr** konstruieren. Wir wissen nun um einen Großteil der infektiologischen Mechanismen von Covid-19. Jedwedes Defizit an intensivmedizinischer Ausstattung etwa während einer im Herbst beginnenden zweiten Covid-19-Welle wird ab jetzt einem unzureichenden Handeln der Länder zuzurechnen sein. Die Länder ha-

ben nun vier Monate Zeit, das zu tun, was längst ansteht: A, die investiven Defizite zu beseitigen. B, mit den Krankenhäusern im Voraus zu vereinbaren, von wem welche Vorhalteleistungen zu erbringen sind und sie durch das Land zu vergüten, da die Kosten nicht dem Tagesgeschäft aufgebürdet werden können. C, **eine Krankenhausplanung vorzunehmen, die den Namen verdient**, also keine über das Land verteilten „Betten mit Beatmungsgerät“, sondern mit hohem investivem Aufwand und Know-How an

wohl definierten Lokalitäten Intensivstationen für die Behandlung schwerer Covid-19-Pneumonien einzurichten. Und D, die **beschämend niedrige Vergütung** von Pflegepersonal auf ein anständiges Niveau zu heben. Die Ärzte werden es nicht hinnehmen dürfen, dass sie erneut planerisch-investive Untätigkeit durch patientenindividuelle Grenzscheidungen abarbeiten sollen.

— Martin L. Hansis, Leiter des Krankenhausmanagements am Institut für Operations Research des KIT, Karlsruhe

terien für diesen Fall eindeutig formuliert: „Die wesentlichen Entscheidungen über die Voraussetzungen für die Anordnung absoluter Zulassungsbeschränkungen und über die anzuwendenden Aus-

Da nicht auszuschließen ist, dass die Protagonisten im Gesundheitssystem mit einem gesetzlich unregulierten Triage-Problem im Verlauf von Pandemien konfrontiert sein könnten und dann zwingend

triert erfolgen. Anders ausgedrückt: Wer nicht will, soll nicht intensivmedizinisch therapiert werden. Ansonsten sollen im Triage-Fall die Patienten nach der Erfolgsaussicht realistischer Therapieziele priori-