Bald wieder auf der Agenda?

Bundesverfassungsgericht kippt Triage-Regelungen

Klaus-Peter Görlitzer (Hamburg), Journalist, verantwortlich für BIOSKOP

Unter dem Eindruck der Corona-Pandemie beschloss der Deutsche Bundestag Ende 2022 erstmals Verfahrensregelungen zwecks Triage und verankerte sie im Infektionsschutzgesetz (IfSG). Dazu sei der Bundestag gemäß Grundgesetz aber gar nicht befugt gewesen, urteilte jetzt das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) und erklärte den § 5c IfSG für »nichtig«. Die Inhalte des gekippten Paragraphen bewerteten die höchsten Bundesrichter*innen aber nicht.

Die Triage-Regelungen, die der Erste Senat des BVerfG mit seinem Beschluss vom 23. September 2025 aufgehoben hat, galten nur für ein spezielles, bisher in Deutschland nicht wahr gewordenes Szenario – nämlich wenn »aufgrund einer übertragbaren Krankheit« keine ausreichenden intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten für alle Bedürftigen zur Verfügung stehen sollten. Wäre es in der Corona-Krise oder einer künftigen pandemischen Lage so weit gekommen, hätten Ärzt*innen gemäß des gekippten § 5c IfSG »nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit« entscheiden dürfen, welche Patient*innen eine intensivmedizinische Behandlung erhalten sollen und welche nicht.

Schwer erkrankte Patient*innen, die während einer pandemischen Lage bereits im Krankenhaus behandelt werden, waren vor solchen Triage-Entscheidungen geschützt, § 5c IfSG legte fest: »Bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sind von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen.« Dieser Satz drückt aus, was Jurist*innen als Verbot der »Ex-Post-Triage« bezeichnen.

Gegen besagten Paragraphen reichten 14 Fachärzt*innen aus Notfall- und Intensivmedizin im Dezember 2023 Beschwerde beim BVerfG ein *(→ BIOSKOP Nr. 104)*. Unterstützt wurde ihre Klage vom Marburger Bund, der Interessen von Krankenhausärzt*innen vertritt. Laut Marburger Bund würde den Ärzt*innen nach den Triage-Regeln nämlich »zugemutet, eine Ex-ante-Zuteilungsentscheidung in dem Wissen zu treffen, dass sie später eintreffende Patienten mit deutlich besseren Überlebenschancen nicht intensivmedizinisch behandeln können«.

Somit würde den Mediziner*innen nach Darstellung des Marburger Bunds »die für ihr berufliches Ethos essenzielle Möglichkeit genommen, alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um unter den schwierigen Umständen einer extremen Ressourcenknappheit die größtmögliche Zahl an Menschen zu retten«.

Zu den Inhalten der von den Kläger*innen angegriffenen Verfahrensregeln sagte das BVerfG nichts, in seiner am 4. November veröffentlichten Pressemitteilung zum Beschluss weist es aber auf ein »Dilemma« in Triage-Situationen hin: »Jede Entscheidung über die Verteilung der zur Verfügung stehenden intensivmedizinischen Ressourcen kann regelmäßig zu einem Verlust von Menschenleben führen. Die Zuteilung der vorhandenen Ressourcen (sog. Allokation) kann folglich nie zum Wohle aller Patienten gelingen.«

Das BVerfG begründet seine Entscheidung zur Aufhebung des § 5c IfSG damit, dass der Bund keine Gesetzgebungskompetenz für die angegriffenen Triage-Regeln habe. Somit sei auch der mit dem Paragraphen verbundene »Eingriff in die Berufsfreiheit« der klagenden Ärzt*innen »verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt«. Nach der aktuellen Kompetenzverteilung des Grundgesetzes, so die BVerfG-Mitteilung zum Beschluss des Ersten Senats, »tragen die Länder maßgeblich die Verantwortung für diskriminierungssensible Allokationsregeln im Sinne reiner Pandemiefolgenregelungen«.

Bundesländer am Zug

Also werden nun die 16 Bundesländer neue Zuteilungsregeln entwickeln und beschließen müssen. Denn veranlasst wurde die Schaffung des § 5c IfSG ja durch einen früheren BVerfG-Beschluss, den neun Menschen mit Behinderung per Verfassungsbeschwerde im Dezember 2021 mitten in der Corona-Pandemie erstritten hatten *(→ BIOSKOP Nr. 97)*. Das BVerfG verpflichtete damals »den Gesetzgeber«, unverzüglich Vorkehrungen dafür zu treffen, dass niemand wegen einer Behinderung benachteiligt werden dürfe, wenn es darum gehe, überlebenswichtige intensivmedizinische Ressourcen zuzuteilen. Ein entsprechendes Diskriminierungsverbot wurde knapp ein Jahr später vom Bundestag in den § 5c IfSG integriert, wobei dieser auch Benachteiligungen mit Verweis auf Gebrechlichkeit, Alter, Geschlecht, Religion, Weltanschauung, ethnischer Herkunft und sexueller Orientierung von Patient*innen untersagt hat *(→ BIOSKOP Nr. 100)*.

Angesichts der Tatsache, dass dieser Paragraph nun nicht mehr gilt, wurden nach Veröffentlichung des neuen BVerfG-Beschlusses sogleich Rufe nach neuen Regelungen gegen Diskriminierung laut. Dabei müsse das Schutz- ›

Aus der Militärmedizin

Wie können medizinische Ressourcen bei Knappheit in Notfallsituationen gerecht eingesetzt und zugeteilt werden? Beantworten sollen diese Frage so genannte Triage-Verfahren. Der Begriff der »Triage«, abgeleitet vom französischen Tätigkeitswort »trier« (= aussortieren, aussuchen, auswählen), erhielt seine heutige medizinische Bedeutung durch die Militärmedizin. Seit der Wende zum 19. Jahrhundert wurden Regeln für die Behandlung eines hohen Aufkommens von Verwundeten der Schlachtfelder formuliert. Die bei unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten zum Zuge kommende Regel der Behandlungsdringlichkeit (Schwerstbetroffene zuerst) wurde bald um die Regel der Aussonderung der »hoffnungslosen Fälle« (Todgeweihte werden nicht behandelt) ergänzt. Die von der Kriegsmedizin entwickelten Kriterien der Sichtung, Aussonderung und Behandlungspriorisierung sollen auch für Extremsituationen medizinischer Versorgung gelten. Wie der sogenannte Sichtungsprozess bei massenhaft Verletzten und Erkrankten ablaufen und die medizinisch Behandlungsbedürftigen bestimmten Kategorien zugeordnet werden sollen, erklärt das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe auf seiner Webseite *www.bbk.bund.de* im Abschnitt »Triage – Sichtung«.

niveau überall in Deutschland gleich hoch sein, erklärte Beate Rudolf, Direktorin des Deutschen Instituts für Menschenrechte am 5. November. »Die Zuständigkeit der Länder darf nicht zu einem Flickenteppich voneinander abweichender Regelungen führen« – eine Forderung, die auch das Bochumer Zentrum für Disability Studies und der Runde Tisch Triage unterstützen, in dem sich behindertenpolitisch aktive Menschen engagieren. »Bei der Erarbeitung der Regelungen sind betroffene Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit Behinderungen, chronisch kranke und ältere Menschen unbedingt eng einzubeziehen«, fordert Rudolf. »Ihren Stimmen ist genauso viel Gewicht beizumessen wie denen des ärztlichen Berufsstandes.«

Eugen Brysch, Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, sagte, auch nach der Entscheidung des BVerfG müsse »der Berufsfreiheit der Ärzte Grenzen gesetzt werden«. Die Verfassung verbietet laut Brysch jedenfalls weiterhin, »dass Alter, Pflege und Behinderung allein für die Aufnahme und den Abbruch einer Behandlung maßgeblich sind«. Der Bochumer Juraprofessor Stefan Huster erklärte dem Science Media Center (SMC), es bestehe weiterhin der »Regelungsauftrag« des BVerfG aus 2021, eine gesetzliche Regelung zum Schutz behinderter Menschen vor Diskriminierung bei Triage-Entscheidungen zu schaffen. Zur Frage, wie verfassungsrechtlich zulässige Triage-Kriterien formuliert sein könnten, habe die neue BVerfG-Entscheidung aber »gar nichts geklärt«.

Ziemlich zufrieden mit dem neuen BVerfG-Beschluss zeigten sich nicht nur die ärztlichen Beschwerdeführer*innen, sondern auch berufsständische Vertreter*innen. Laut Susanne Johna, Vorsitzende des Marburger Bunds, unterstreicht die Entscheidung »die hohe Bedeutung der ärztlichen Therapiefreiheit und Gewissensverantwortung in Extremsituationen« und außerdem, dass das BVerfG »den ärztlichen Beruf als eigenverantwortliche Profession versteht, deren Freiheit und Ethik eine Grenze für staatliche Regulierung bilden«. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), sieht durch den Beschluss ebenfalls die »ärztliche Berufsausübungsfreiheit« gestärkt, zudem verweist er auf eine »Orientierungshilfe« der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2020: »Als zentrale Entscheidungskriterien für die Einleitung und Fortführung einer Intensivtherapie werden Indikation, Patientenwille und klinische Erfolgsaussichten benannt.« An diesen Kriterien, betont Reinhardt, »müssen sich auch Priorisierungsentscheidungen bei nicht ausreichenden Ressourcen ausrichten«, und erforderlich sei stets eine »Abwägung im Einzelfall«.

Bei der BÄK gibt es eine Zentrale Ethikkommission (ZEKO). Zu den 16 Expert*innen, die hier mitreden, gehört der Bochumer Gesundheitsrechtler Huster ebenso wie der Münchner Medizinethiker Georg Marckmann. In puncto Triage-Entscheidungen plädierte er gegenüber dem SMC dafür, dass der Gesetzgeber Vorgaben mit Kriterien und Verfahrensgrundsätzen formulieren solle, »wie dies beispielsweise bei der Organtransplantation der Fall ist«. Die »konkrete Ausgestaltung« sollte nach Professor Marckmanns Vorstellung »aber dann der Ärzteschaft überlassen werden« – so wie bei den Richtlinien für die Organverteilung, zu deren Gestaltung laut Transplantationsgesetz ja die BÄK ermächtigt ist.

Es wäre keine Überraschung, wenn auch die Führungskräfte in BÄK und Landesärztekammern beizeiten Gefallen an Marckmanns Vorschlag finden würden, der sie immer mal wieder berät.

> Bei künftigen Debatten um Triage-Regeln wäre es sicher sinnvoll, strukturelle Ursachen von Ressourcenmängeln stets mit Priorität anzusprechen.

Eine verfassungskonforme Triage-Regelung zu finden, »ist außerordentlich schwierig«, weiß auch Corinna Rüffer, Sprecherin für Behindertenpolitik der Grünen im Bundestag. Sie meint, dass nach dem Wegfall des § 5c IfSG Menschen mit Behinderungen bei einer erneuten Pandemie »wieder ganz ohne gesetzlichen Schutz wären«. Dabei denkt Rüffer aber nicht nur an solche womöglich fernen Szenarien. »Dass auch jenseits solcher Extremsituationen – also bei der alltäglichen Ressourcenknappheit in überlasteten Notaufnahmen und Intensivstationen – kein Gesetz sie vor Diskriminierung schützt, macht die Situation noch bedrängender.«

Auch vor diesem Hintergrund wäre es bei den künftigen Debatten um Triage-Regeln sicher sinnvoll, strukturelle Ursachen eklatanter Ressourcenmängel stets mit Priorität anzusprechen und vor allem zu überlegen, was politisch, organisatorisch, vorbeugend getan werden kann, um Dilemma-Szenarien gar nicht erst entstehen zu lassen. Und natürlich schnell für Entspannung zu sorgen, beispielsweise durch mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern. Vorsicht ist auf jeden Fall geboten, wenn gesetzlich oder per Standesregeln legitimiert werden soll, das (Über-)Leben behandlungsbedürftiger Patient*innen mittels Triage-Regeln de facto in Konkurrenz zueinander zu stellen und somit knappe und verknappte Ressourcen im Medizinbetrieb einfach als unabänderlich hinzunehmen. Nimmt man das Grundgesetz zum Maßstab, ist jedes Menschenleben schützenswert.

Wegweisend für den »Bündnisfall«?

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zählt fast 5.000 Mitglieder, im Präsidium sitzen vor allem Ärzt*innen, organisiert sind in der DIVI aber auch Pflegende, Physiotherapeut*innen und weitere Gesundheitsberufler*innen. DIVI-Generalsekretär ist Professor Uwe Janssens. Der Internist ist einer der 14 Fachärzt*innen, die Verfassungsbeschwerde gegen die Triage-Regelungen im Infektionsschutzgesetz (IfSG) eingelegt hatten. Dass diese nun vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) für »nichtig« erklärt wurden, freut Janssens: »Unserer ärztlichen Therapiefreiheit und unserem Berufsethos wurden hiermit ganz entschieden der Rücken gestärkt«, zitiert die DIVI Janssens in ihrer Pressemitteilung vom 5. November. Unter der Überschrift »Ob Pandemie oder Bündnisfall – gekipptes Triage-Urteil ist wegweisend« wird dort anschließend auch DIVI-Präsident Florian Hoffmann zitiert. Der Kindernotfallmediziner findet die BVerfG-Entscheidung zum Infektionsschutzgesetz auch »dahingehend so wichtig, weil die Extremsituation einer Pandemie auch auf einen möglichen Bündnisfall mit zahlreichen Schwerverletzten übertragen werden kann«. Die bisher geltenden gesetzlichen Vorgaben, schreibt die DIVI in ihrer Pressemitteilung, »hätten das individuelle ärztliche Urteil und das ethisch-medizinische Verantwortungsbewusstsein für Patientinnen und Patienten untergraben – etwa durch das generelle Verbot der Ex-post-Triage, nicht praxistaugliche Verfahrenspflichten und eine Verengung komplexer Prognosen auf kurzfristige Kriterien.«