

Werkstattgespräch Triage am 11. Dezember 2020

Programm und Präsentationen

Werkstattgespräch Triage – Programm Teil 1 (Vormittag)



Zoom Testraum ab 09:00 geöffnet

09:30	Eröffnung	Begrüßung, Programm und Einleitung
09:40		Teilnehmervorstellung: Who is Who?
10:00	Triage Empfehlung in anderen Ländern	Keynote I: „The Triage Debate in France“ (Prof. Bertrand Guidet, Paris)
10:10		Keynote II: „The Triage Debate in Israel“ (Prof. Sigal Sviri, Jerusalem)
10:20		Fragen an die Keynote Speakers
10:35 Pause		
11:00	Die DIVI-Stellungnahme und die Lage auf den Intensivstationen in DE	Anmerkungen von Prof. Dr. med. Uwe Janssens und Prof. Dr. Christian Karagiannidis
11:15	Werkstatt-Thema 1: Maßstäbe und Kriterien für die Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen	Parallele Workshops in drei interdisziplinären Gruppen
12:30		Präsentation der Workshopergebnisse im Plenum

13:15 – 14:15 PAUSE

**Werkstattgespräch
Triage**

11.12.2020

2



Werkstattgespräch Triage – Programm Teil 2 (Nachmittag)



14:15	Werkstatt-Thema 2: Wie kann ein gesellschaftlicher Konsens herbeigeführt werden? Sollte die Triage-Problematik gesetzlich geregelt werden?	Themeneinführung: „Anmerkungen zur bisherigen Triage-Debatte“ (Dr. Sigrid Arnade, Vorstand NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.)
14:30		Parallele Workshops in drei interdisziplinären Gruppen
15:30 Pause		
16:00	Gemeinsame Auswertung der Erkenntnisse	Präsentation der Ergebnisse zum Werkstatt –Thema 2 und Diskussion der wichtigsten Erkenntnisse des Tages im Plenum
17:00	Abschluss	

**Werkstattgespräch
Triage**

11.12.2020

3



Keynote 1: **The Triage Debate in France**

Professor Bertrand Guidet

**Werkstattgespräch
Triage**

11.12.2020

4





COVID-19 in France Challenges

KAS

December 11th 2020

Pr B Guidet
Medical ICU
Hôpital Saint Antoine, Paris



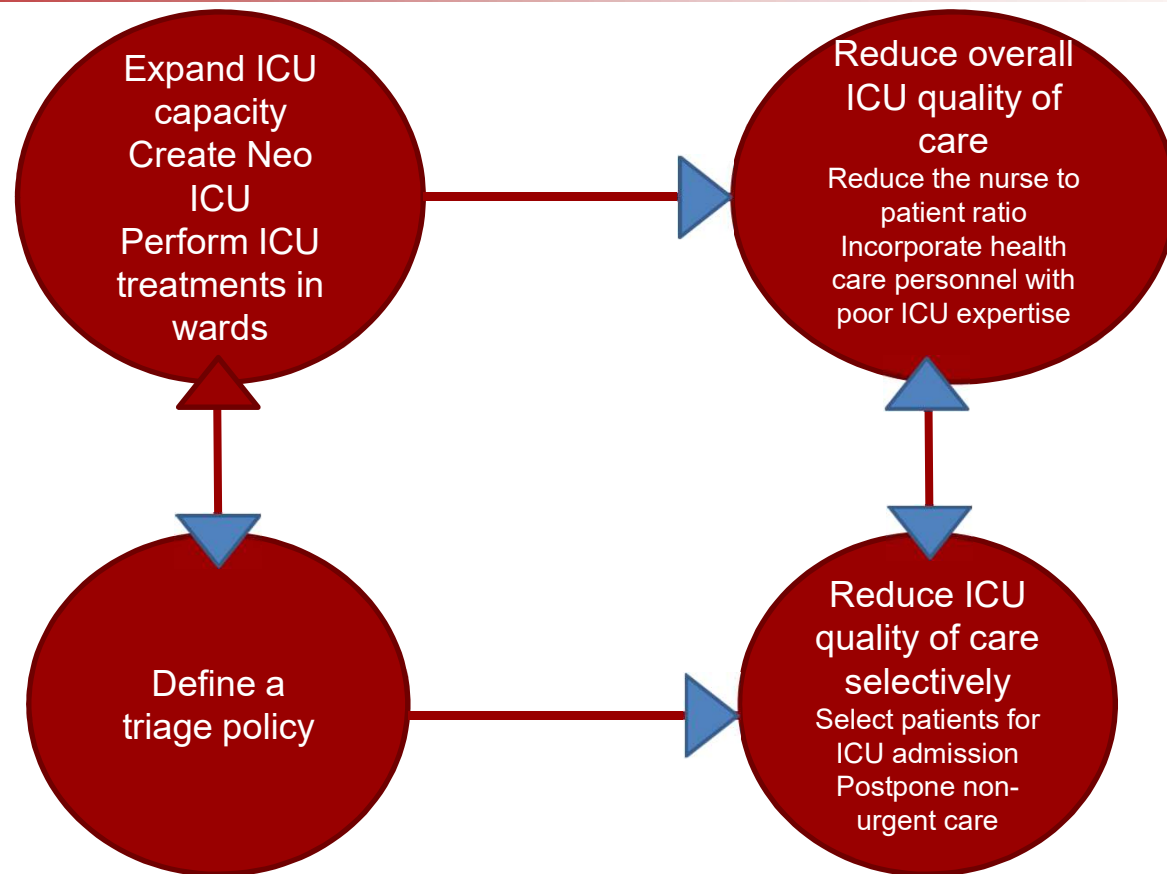
How coping with the demand in surge situation?

- Increase bed capacity
- “Triage” of COVID patients?
- Elaborate, disseminate and implement fair recommendation for ICU admission of COVID patients



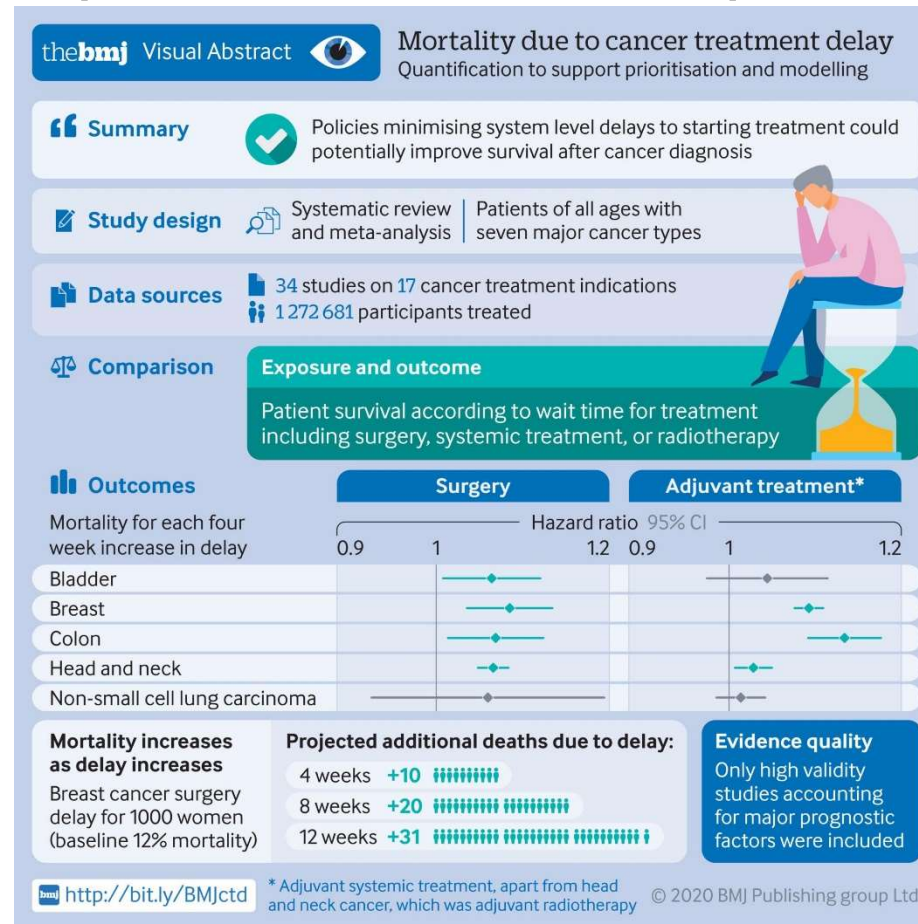
ICU beds (Ile de France – 12 M habitants)

- Normal situation: 1 100 beds
- Peak of epidemic in March-April
 - 2700 beds
 - Including only 250 beds for non-covid patients
- Increase capacity:
 - Delay for surgery and some medical scheduled intervention allowing redistribution of personal in ICU
 - Help from other French regions
 - Impact on quality of care?



Triage policy of severe covid-19 patients: what to do now?
Pieter Depuydt, Bertrand Guidet
Ann Intensive Care 2020 (in press)

Impact on non-COVID patients





« triage » of old COVID patients? Ageism?

Reasons frequently used for denying ICU admission of old patients

- ☐ Distributive Justice
- ☐ Higher mortality in aged patients
- ☐ Poor long-term qualitative outcomes
 - Health related quality of life
 - Functional autonomy
- ☐ Shorter life-expectancy

**VIEWPOINT****Open Access**

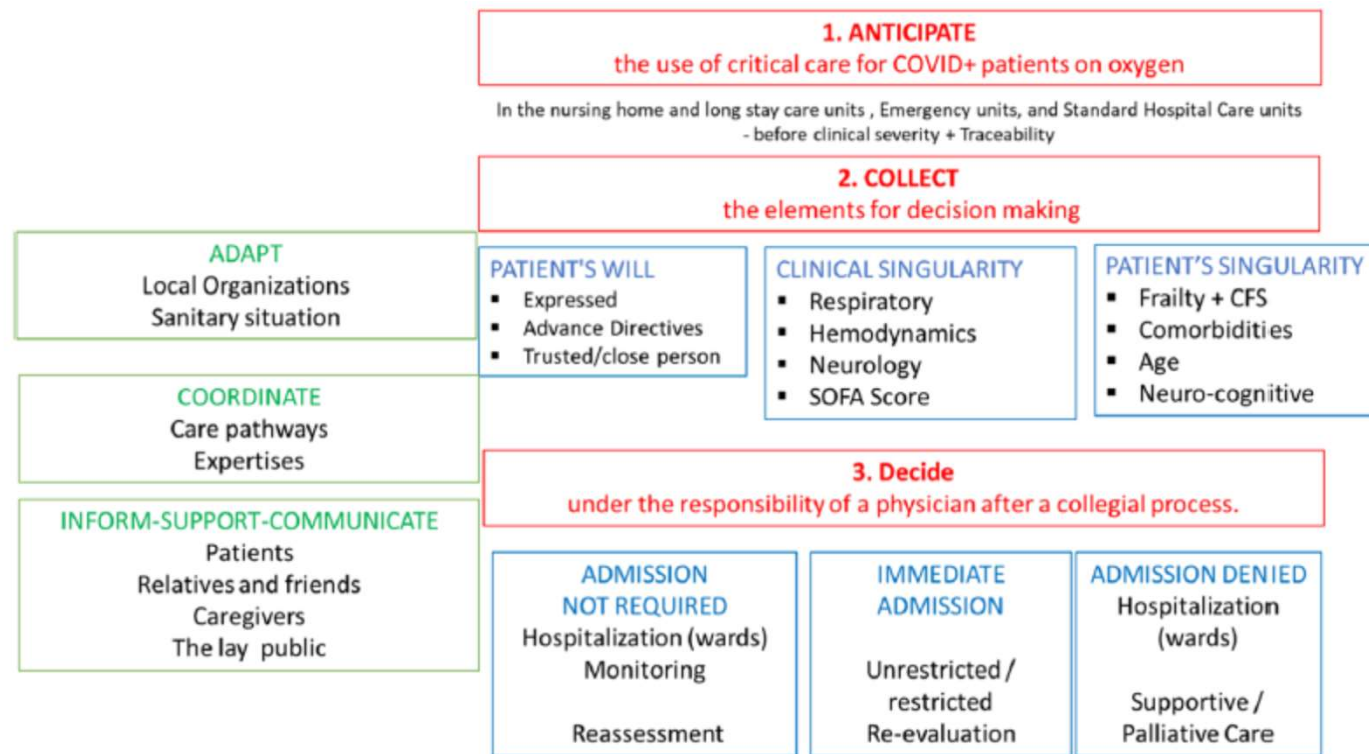
Admission decisions to intensive care units in the context of the major COVID-19 outbreak: local guidance from the COVID-19 Paris-region area



Élie Azoulay^{1*} , Sadek Beloucif^{1,2}, Bertrand Guidet^{1,3}, Dominique Pateron^{1,4}, Benoît Vivien^{1,5} and Matthieu Le Dorze^{1,6}

Azoulay et al. *Critical Care* (2020) 24:293
<https://doi.org/10.1186/s13054-020-03021-2>

Algorithm for the decision to admit to the ICU a severely hypoxemic COVID-19 patient



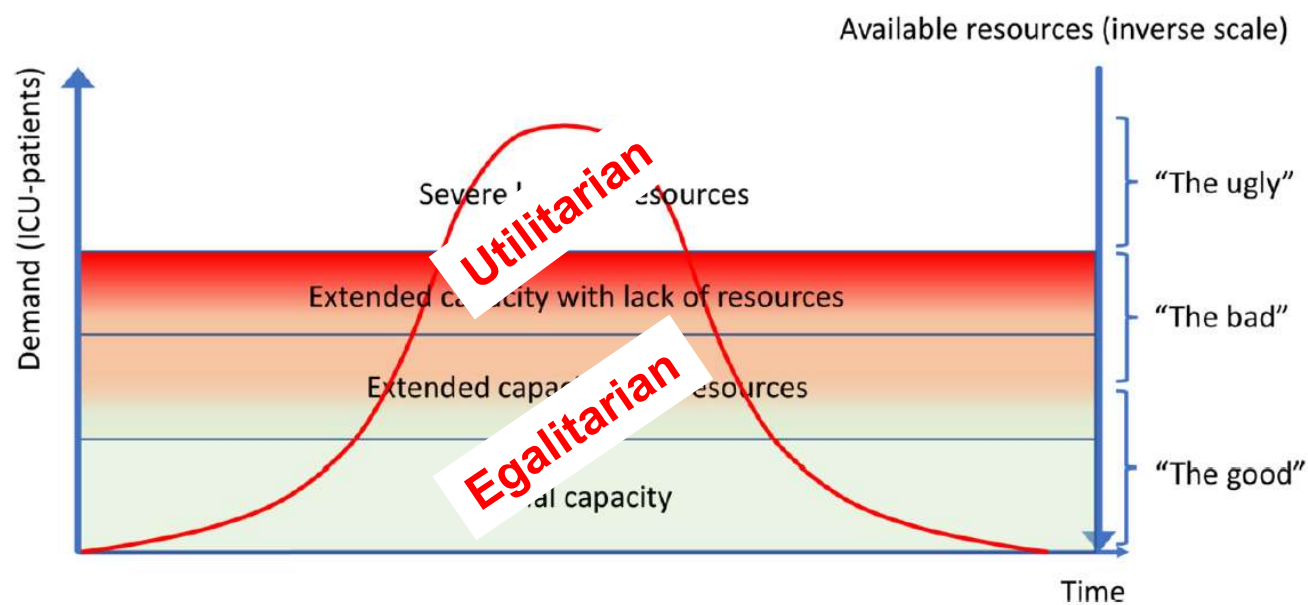


Council Conclusions on Common values and principles in EU Health Systems

2733rd EMPLOYMENT, SOCIAL POLICY, HEALTH and
CONSUMER AFFAIRS Council meeting Luxembourg, 1-2 June 2006

« All systems have to deal with the challenge of prioritising health care in a way that balances the needs of individual patients with the financial resources available to treat the whole population »

Egalitarian or Utilitarian approach?



Keynote 2: **The Triage Debate in Israel**

Professor Sigal Svir

**Werkstattgespräch
Triage**

11.12.2020

15

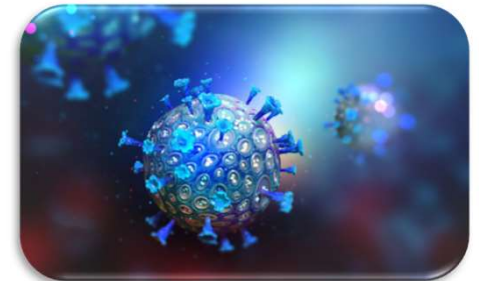




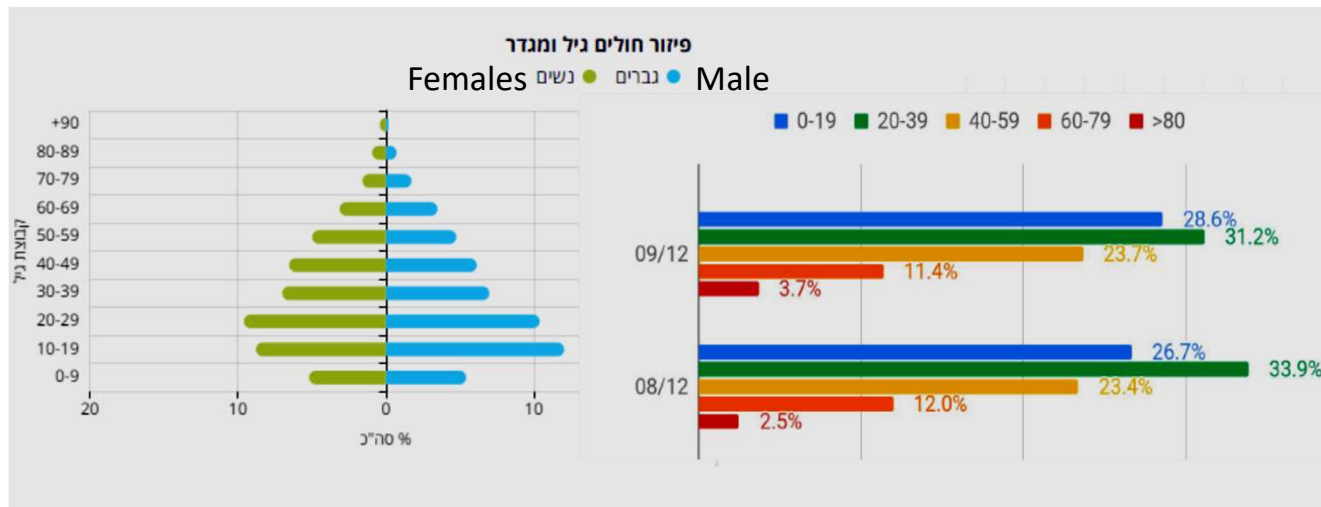
Triage Decisions for COVID-19 Patients in Israel

KAS
December 11th 2020

Prof Sigal Svir
Director, Medical ICU & COVID-19 ICU
Hadassah-Hebrew University Medical Center
Jerusalem, Israel



9.12.2020



Israel:
Population 9,136,000

Coronavirus Cases:
351,000

Deaths:
2,934 (0.8%)

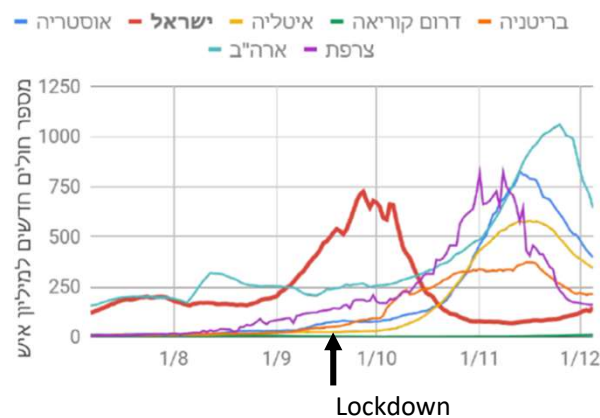
Recovered:
335,000

15,716 Active, 320 Severe, 100 Ventilated

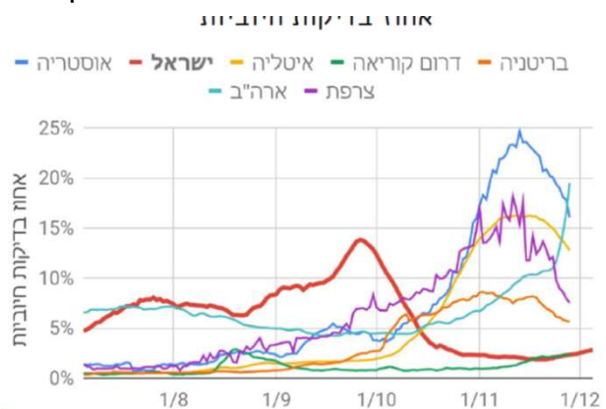
Tests per day per million



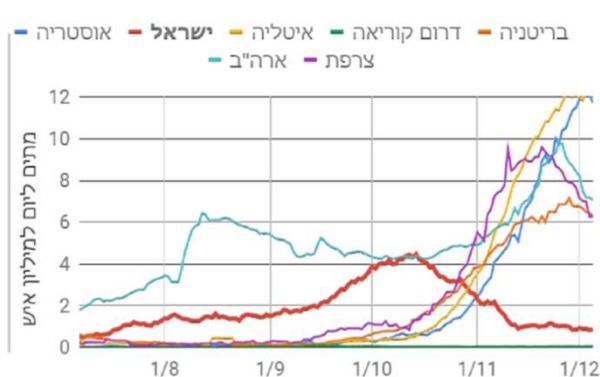
New patients per day per million



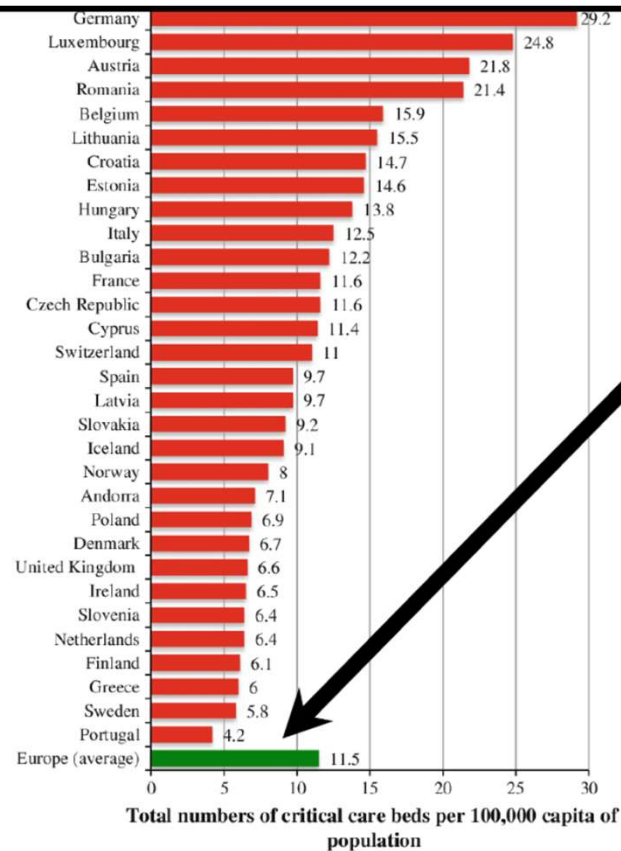
% positive tests



Deaths per day per million



OECD – 11.5
ICU beds
per 100,000



Israel = 3.7 343 ICU beds
Italy = 12.5
Germany 29.2

Covid-19 pts

On the 9th October nationwide we had:

60,000 active cases, 1500 admitted, 852 – severe, 241- ventilated

Where do you put all these patient?

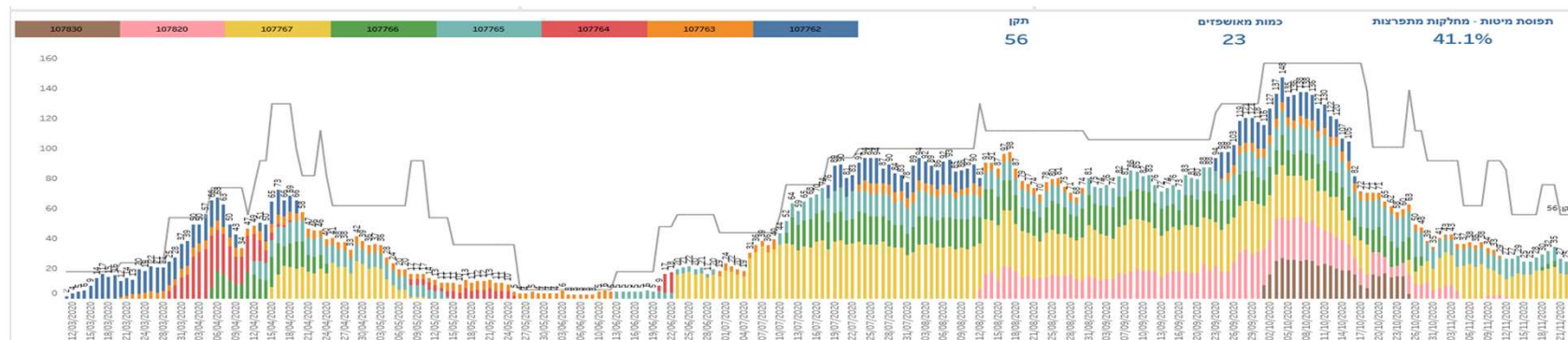
Each hospital had to open dedicated Covid-19 wards and ICUs

At Hadassah, 900 bed hospital, 60 regular ICU beds :

We opened: 5 Medical Wards (135 beds), 2 ICUs (26 beds)

Max we admitted: 150 patients, 25 ventilated, 3 ECMO

Closed MICU beds, GICU beds, Neurosurgery and Cardiothoracic beds



What did we do?

- We had to build new units quickly
- We eventually had enough ventilators, monitors and equipment
- We had enough ICU and trained physicians (we know how to ventilate in the wards)
- BUT we did not have enough trained ICU nurses
- We had to close regular ICU (less availability for non-Covid 19 patients)
- We had to train more personnel (takes time)
- We had to protect our staff (Covid, stress, burnout...)
- We had to take care of anxious family members (visits, regular communication with the medical team and video with patients)
- We had to work under legal constraints and social expectations (save everyone?!)

Robert et al. *Ann. Intensive Care* (2020) 10:84



In Israel – Sanctity of life

The law of the dying patient, 2005

Continuous treatment

Any form of treatment that is essentially uninterrupted with no clear distinction between the end of one cycle and the beginning of another

Discrete treatment

Treatment that begins and ends in well-defined cycles

The law of the dying patient, 2005

“ it is forbidden to terminate continuous medical treatment... when the termination may lead to the death of the patient, whether competent or not competent.”

However it is permitted to terminate discrete treatments or treatments discontinued for any reason.

The law encourages and respects advance directives made by dying patients....

Adult ICU triage during the Coronavirus Disease 2019 pandemic

- **Israeli Ministry of Health**
- **Joint Commission of the Israel National Bioethics Council**
- **Ethics Bureau of the Israeli Medical Association**
- To develop **national guidelines for triaging severely ill patients** if the health-care system was overwhelmed.
- **Experts in medicine, ethics, philosophy, sociology, social work, law and the 3 religions - Judaism, Islam, Christianity**
- 4 subcommittees- **medical, legal, philosophical and halachic (religious).**

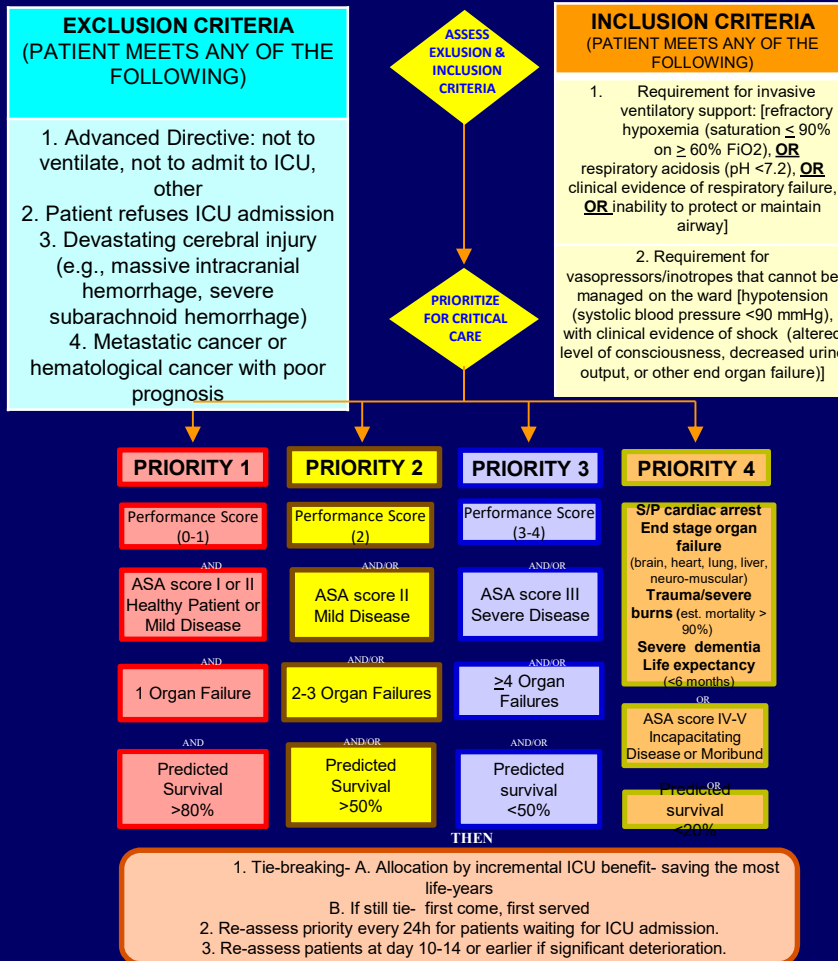
Triage Committee

Guiding principles included:

- To be used when **resources are scarce**
- **Easy** to follow and implement
- Supreme **value of life**- maximal lives saved rather than life years (short term outcome)
- **Equality** of all individuals
- **Transparency**, Consistency,
- **Equity** in access, fair distribution, (first come first serve?)
- **Greatest good to the greatest number**,
- Palliation and shared EOL **decision making**,
- Preserving **societal humanity** and compassion,
- Promoting **public trust**.
 - **Individual Prognostication - Prohibit discrimination based on race, religion, sex, nationality or citizenship, sexual orientation, age, or disability.**



Crisis Level Surge – Critical Care Triage Tool



ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Score

0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities; up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited self-care; confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled; cannot carry on any self-care; totally confined to bed or chair

American Society of Anesthesiologists (ASA) Score

Class	Description	Example
I	The patient was previously healthy and fit	Healthy, non-smoking, no or minimal alcohol use
II	The patient has mild systemic controlled disease	Mild diseases only without substantive functional limitations. Examples include (but not limited to): current smoker, social alcohol drinker, pregnancy, obesity (30 < BMI < 40), well-controlled DM/HTN, mild lung disease
III	The patient has severe but not incapacitating systemic disease	Substantive functional limitations. One or more moderate to severe diseases. Examples include (but not limited to): poorly controlled DM or HTN, COPD, morbid obesity (BMI $\geq$ 40), active hepatitis, alcohol dependence or abuse, implanted pacemaker, moderate reduction of ejection fraction, ESRD undergoing regularly scheduled dialysis, premature infant PCA < 60 weeks, history (>3 months) of MI, CVA, TIA, or CAD/stents
IV	The patient has incapacitating systemic disease	Examples include (but not limited to): recent (< 3 months) MI, CVA, TIA, or CAD/stents, ongoing cardiac ischemia or severe valve dysfunction, severe reduction of ejection fraction, sepsis, DIC, ARD or ESRD not undergoing regularly scheduled dialysis
V	The patient is moribund not expected to survive 24 hours	Examples include (but not limited to): ruptured abdominal/thoracic aneurysm, massive trauma, intracranial bleed with mass effect, ischemic bowel in the face of significant cardiac pathology or multiple organ/system dysfunction

TABLE 1] The Israeli Commission on Prioritization of Scarce Medical Resources: Decisions and Reasoning for Selected Issues

Issue	Decision	Reasoning
A. General Principles		
Greatest good for greatest number	Saving the most lives (not the most life-years)	Maximal societal benefit (utilitarian), sanctity of life, equality
Equity	Same criteria for all patients	Fairness, public confidence
Transparency	Public disclosure	Public confidence
B. Prioritization criteria		
	Medical criteria	Consistency Nonmedical criteria lead to inequality, bias, and discrimination, and benefit is not maximized
	Short-term survival	Prediction of short-term survival is much more accurate than prediction of long-term survival Using long-term survival would significantly bias against older individuals and people with disabilities
Tie-breaking	First come, first served	Fairness, transparency
C. Specific patient features		
Age	Not a stand-alone criterion, only as part of combined risk assessment	Sociocultural respect for the elderly
Disability	Not a stand-alone criterion, only as part of combined risk assessment of short-term survival	Equality and lack of discrimination Functional status can be used for prioritization only if it affects short-term survival
Health-care workers	No prioritization upfront Prioritize only if needed to address staff shortages and then only as a tie-breaker	Equality, public confidence Recognition of risk and of service (for all workers with patient contact, not only health professionals)
Palliative care	Especially for patients not admitted to ICU or ventilated	Beneficence
D. Implementation		
Initiation of policy implementation	Overwhelmed medical system	Emergency triage is acceptable only in crisis situations
	Formal declaration of an emergency situation by the Ministry of Health	Formal announcement is critical for public trust
Local triage decisions	Two senior physicians, institutional triage committee available for consultation, not mandatory	Mandating requirement of an institutional committee is unworkable in the local setting during emergencies
National triage decisions	Establish a national triage committee, available for amendments	Triage situations not covered by current policies may arise

50% our ventilated patients
>70 left the unit alive

Problems and Disputes

- Legal, social and religious factors influencing medical decision making (This is a reality).
- Terminal extubation is illegal – should this be changed?
- EOL discussions with patients and families before intubation
- Be ready to ventilate in wards (training, education and equipment), support and flexibility.
- Should Covid-19 patients be prioritized over non-Covid? – Separate triage systems in separate units
- How can we maintain standards? – May not be possible
- Should the Ministry of Health maintain a fair distribution nationwide of beds, ventilators, staff, patients?
Complex, dangerous, expensive, stress for families, different hospitals have different potential- Only a few patients were transferred to less overwhelmed centers. No distribution of medical teams



Problems and Disputes

- **Protecting people with disabilities** - Many disputes because of functional performance scores

- **Who makes the decision?**

- Attending physician, ICU director, team (family) discussions, based on National guidelines. Ethics/triage committee not readily available

This calls for transparency, joint discussions and prioritization and protecting medical teams from moral and psychological stress as well as liability.





Keynote 3:
**Die DIVI-Stellungnahme und die Lage auf den
Intensivstationen in DE**

Anmerkungen von Prof. Dr. med. Uwe Janssens

Werkstattgespräch
Triage

11.12.2020

30



Werkstattgespräch Triage am 11.12.2020

**Zu aktuellen Lage auf den Intensivstationen
in Deutschland / DIVI Stellungnahme**

Prof. Dr. med. Uwe Janssens, Eschweiler

Agenda



1.

- Ausgangslage / Entwicklung SARS-CoV-2 / Intensivbetten

2.

- Nationale / Internationale Empfehlungen

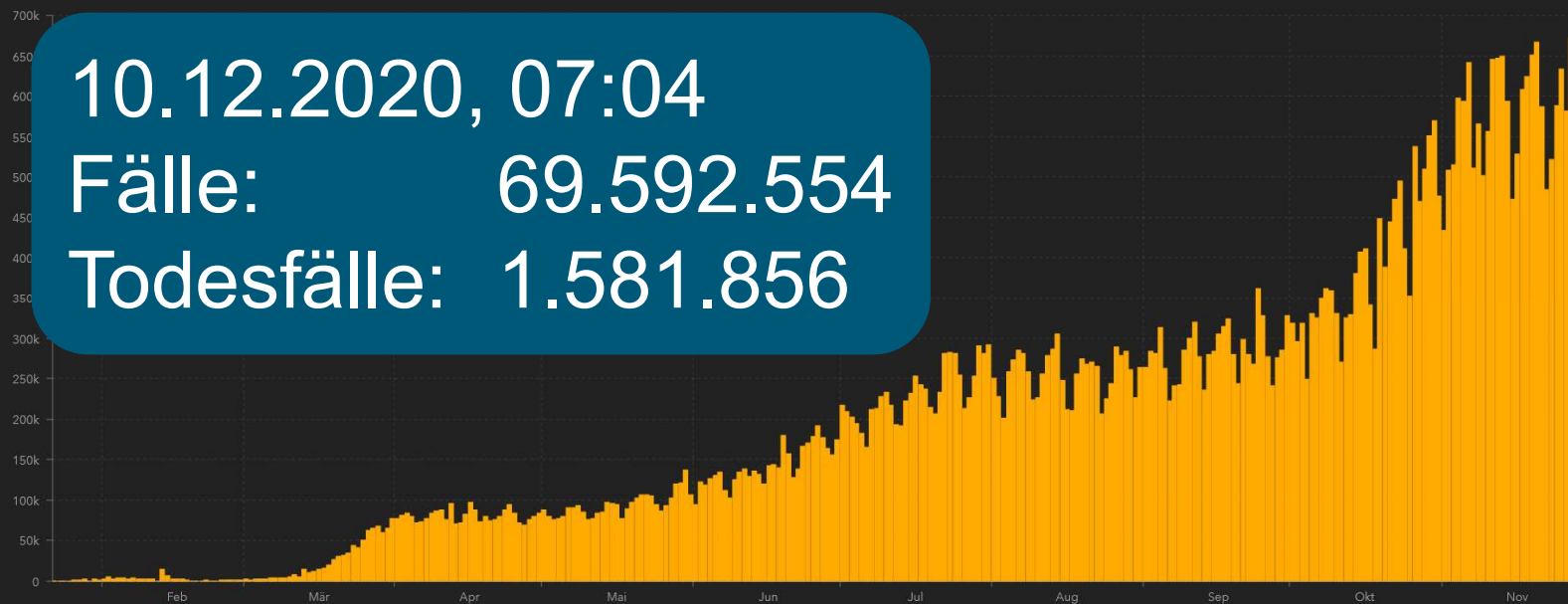
SARS-CoV-2 weltweite Entwicklung



10.12.2020, 07:04

Fälle: 69.592.554

Todesfälle: 1.581.856



Johns Hopkins Universität; Zugriff am 29.11.2020

SARS-CoV-2 Deutschland



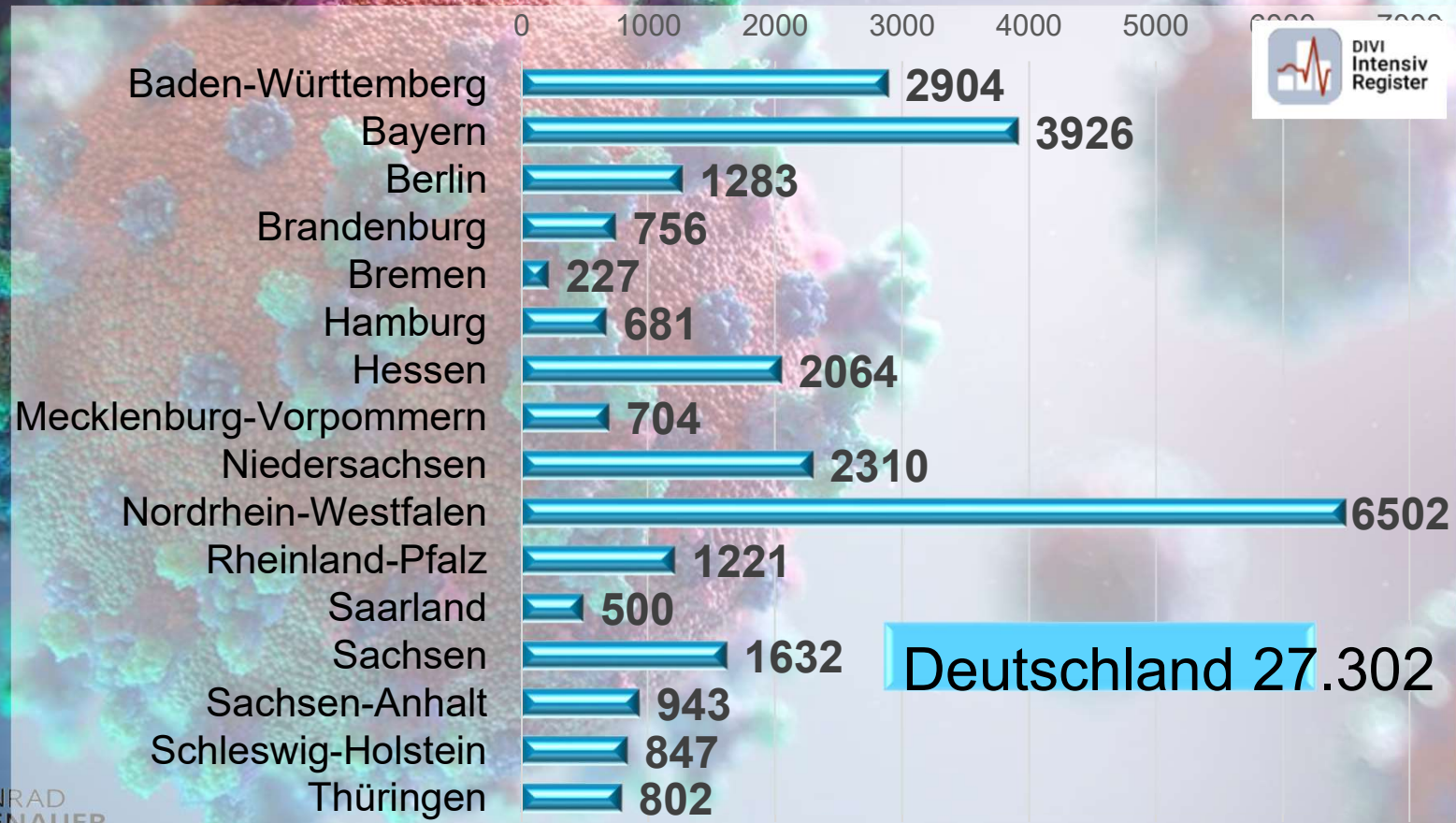
COVID-19-Fälle kumuliert *



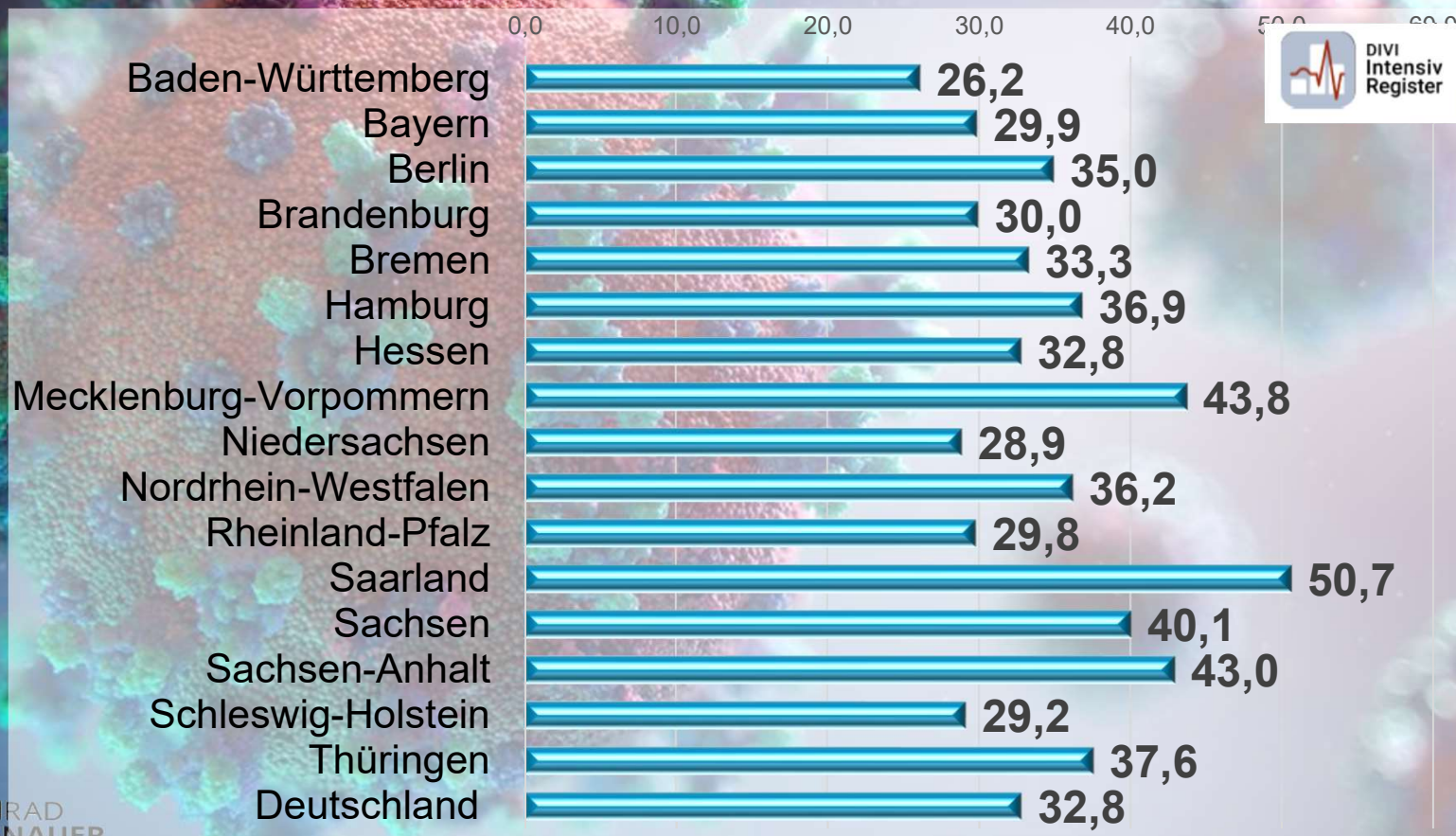
* Gesamtplus der Fälle zum Vortag verteilt sich auf versch. Tage aufgrund des Übermittlungsprozesses.

Dashboard RKI; Zugriff am 29.11.2020

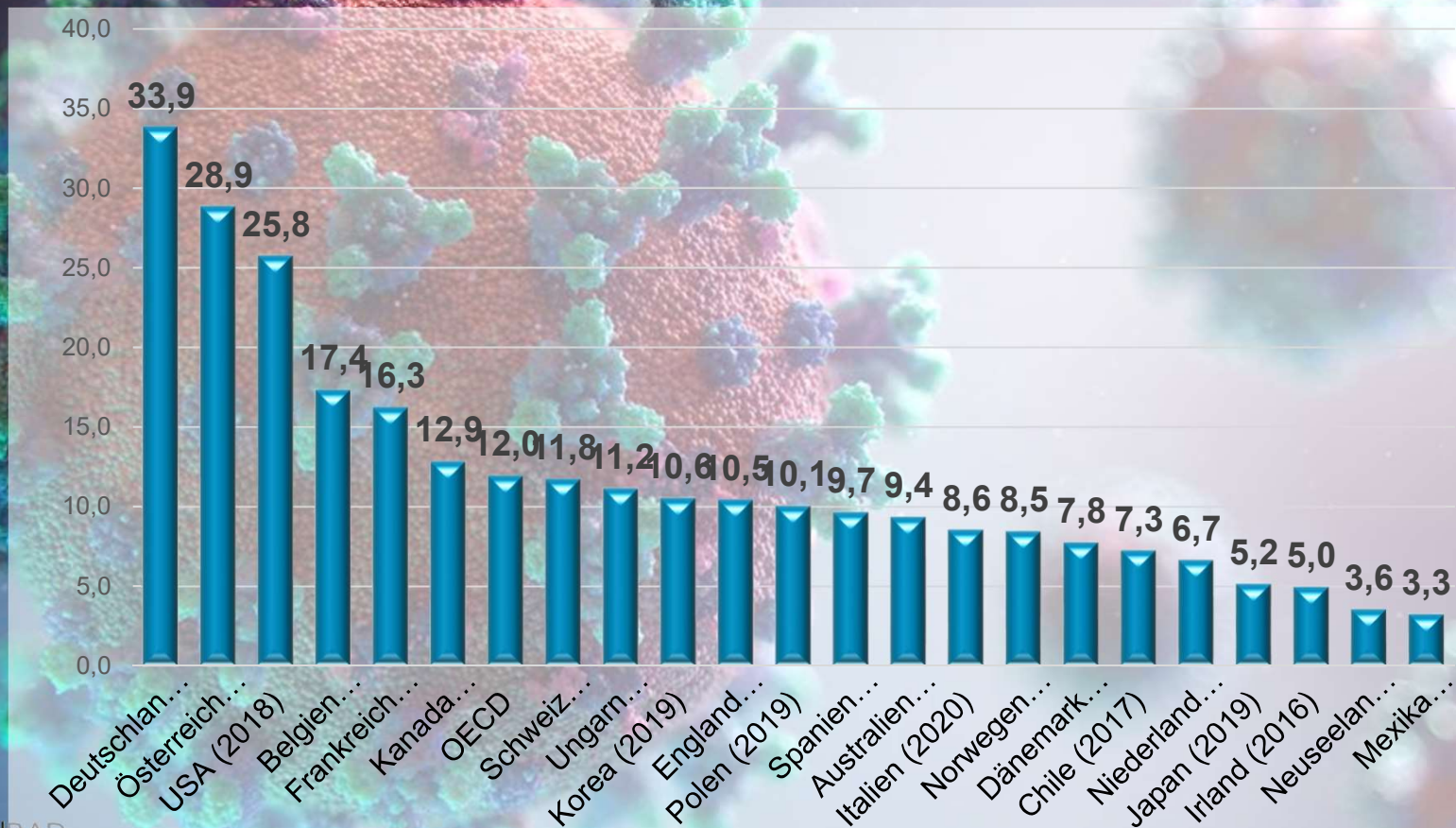
Gesamtzahl ITS Betten Bundesländer/DE 10.12.2020



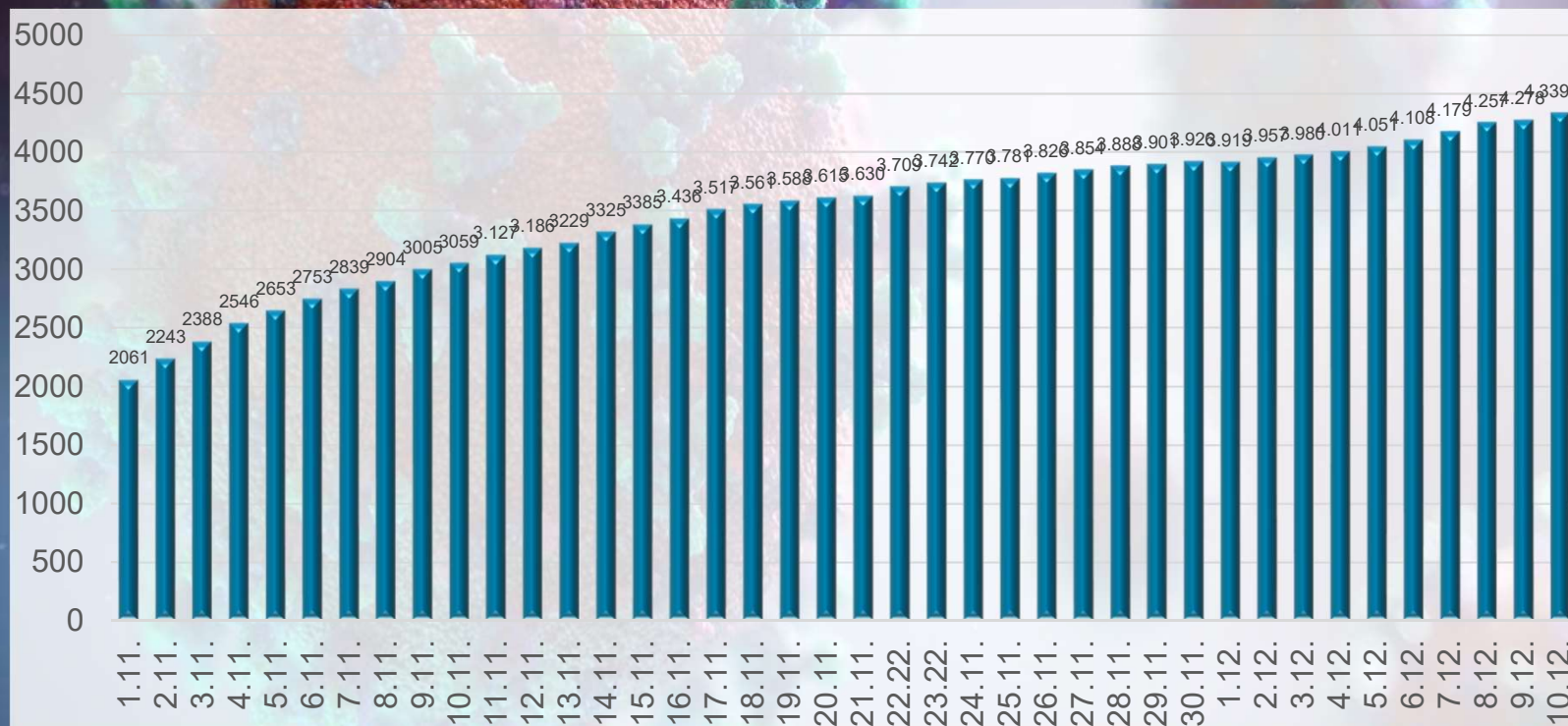
Intensivbetten pro 100.000 Einwohner ♦ Bundesländer 10.12.2020



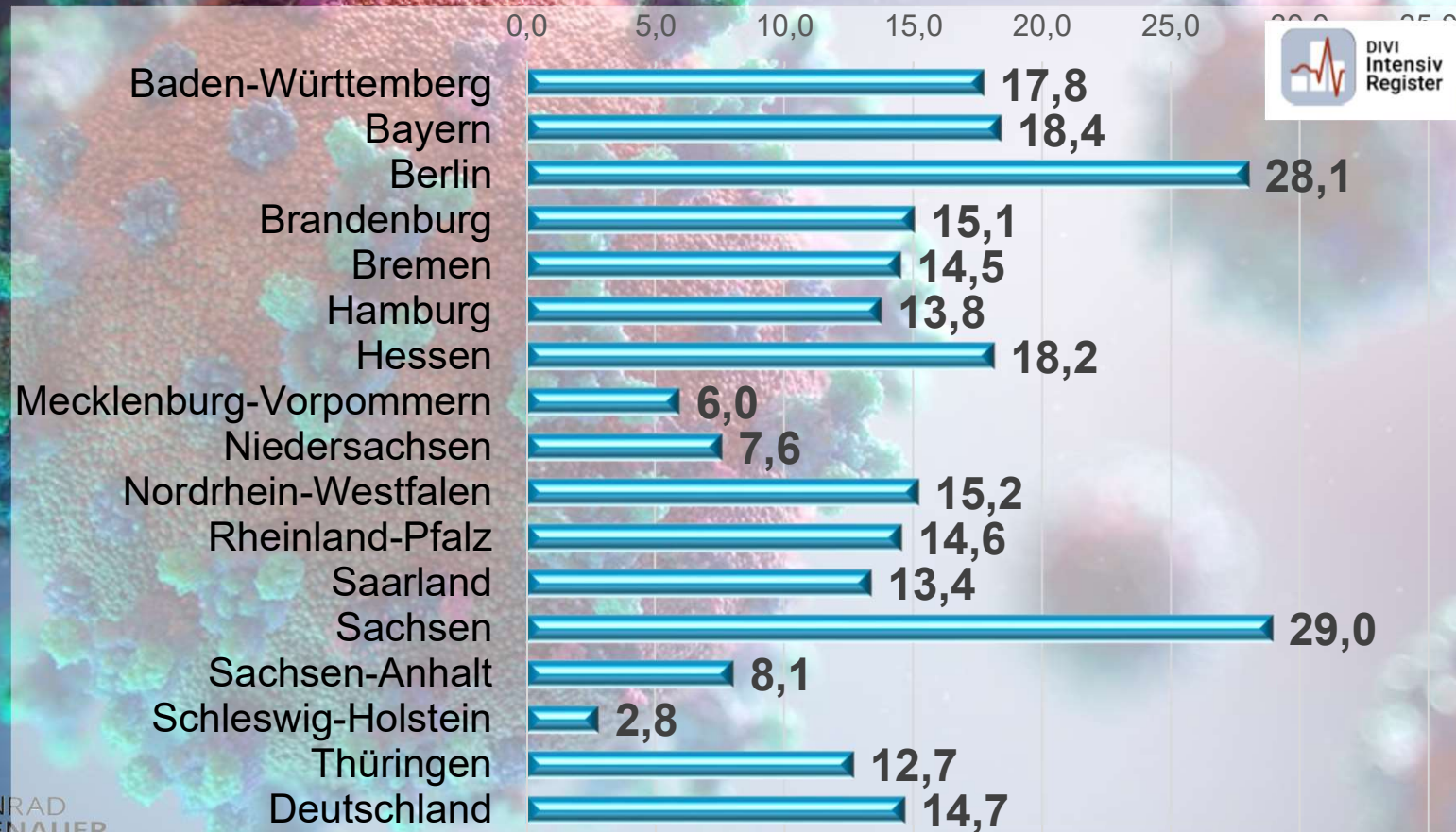
Anzahl der ITS Betten/100.000 Einwohner



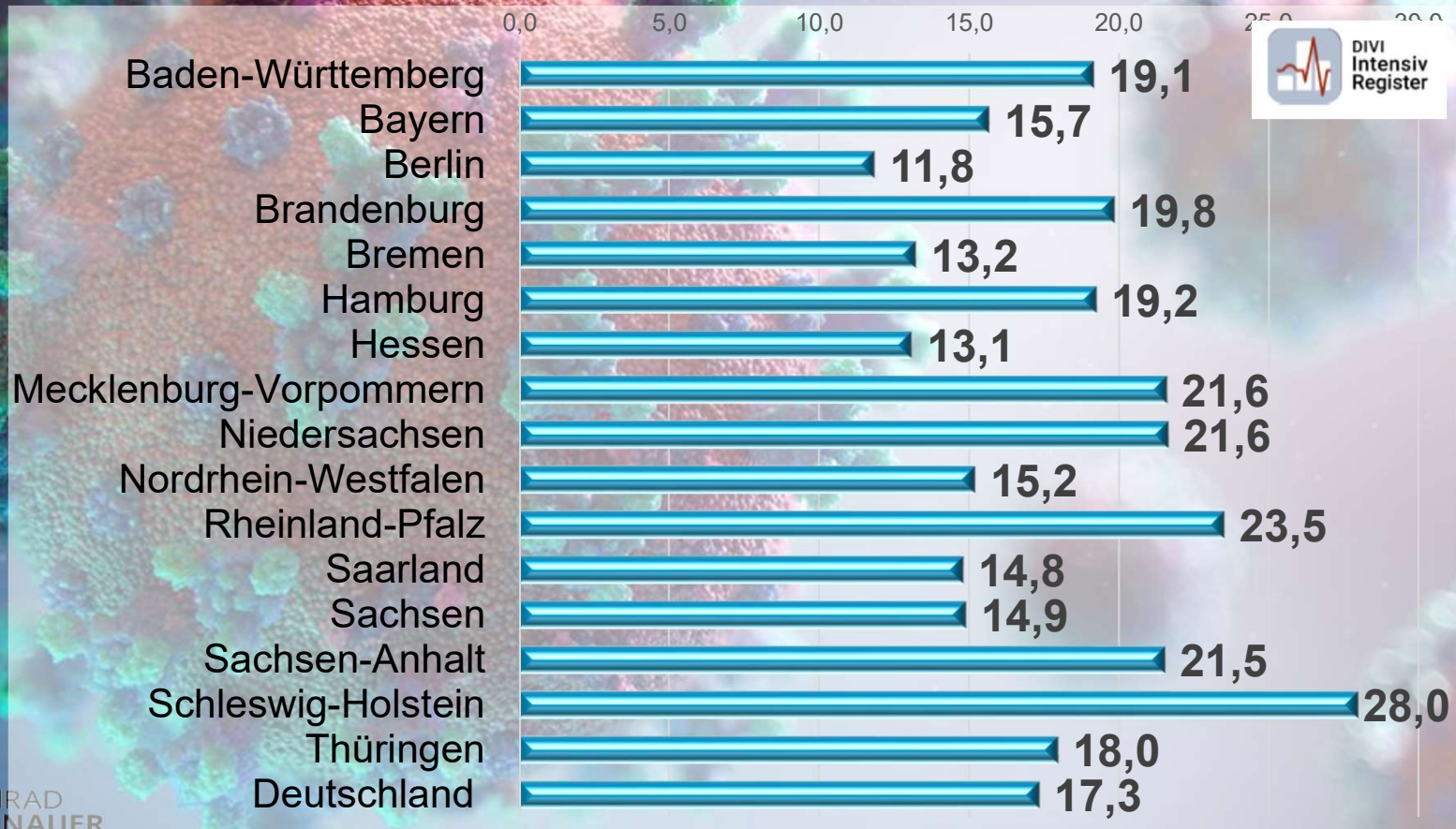
Entwicklung Anzahl der täglich neu auf ITS aufgenommenen Patienten mit COVID-19 1.11.-9.12.2020



Anteil COVID-19 Patient*Innen an Gesamtzahl ITS Betten 10.12.20



Freie Intensivbetten in % auf alle ITS-Betten ♦ Bundesländer 10.12.2020



Lokale Situation

	Anteil COVID-19 an ITS Betten	Intensiv- betten Insgesamt	ITS Betten belegt	ITS Betten frei	%frei ITS Betten	Einwohner	ITS Betten pro 100.000 Einwohner	Freie ITS Betten pro 100.000 Einwohner
Städteregion Aachen	15,0	299	280	19	6,4	552.472	54,1	3,4
Düren	17,4	69	58	11	15,9	262.072	26,3	4,2
<u>Berlin</u>	28,1	1283	1131	152	11,8	3.669.491	35,0	4,1
<u>Köln</u>	19,9	433	396	37	8,5	1.061.000	40,8	3,5
Bremen	16,0	169	151	18	10,7	681.202	24,8	2,6
Hamburg	13,8	681	580	101	14,8	1.847.253	36,9	5,5
Erzgebirgskreis	59,5	84	80	4	4,8	344.136	24,4	1,2
Schleswig Flensburg	0,0	24	14	10	41,7	198.685	12,1	5,0
Düsseldorf	15,4	298	261	37	12,4	612.178	48,7	6,0
Duisburg Stadt	18,8	213	185	28	13,1	491.231	43,4	5,7

1. Kernaussage

Zunehmende Auslastung ITS

Erhebliche regionale
Unterschiede

Viele Maßnahmen (noch) nicht
ergriffen um Überlastung der ITS
abzuwenden

Agenda



1.

- Ausgangslage / Entwicklung SARS-CoV-2 / Intensivbetten

2.

- Nationale / Internationale Empfehlungen

Stellungnahmen aus dem Ausland (I)

Österreich
17.3.2020

Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin

Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie

Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen

Statement der Arbeitsgruppe Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ARGE Ethik ÖGARI) vom 17.03.2020

Hintergrund

Die Prognosen zur aktuellen Covid-19-Pandemie sehen einen erhöhten Bedarf an intensivmedizinischen Ressourcen (Personal, Medizintechnik, Infrastruktur etc.) an, ungeachtet einer Zunahme an Fällen akuter Ateminsuffizienz im Rahmen eines unentzündlichen Multiorganversagensyndroms vorher. Dabei können Situationen eintreten, in denen der individuelle Behandlungsbedarf nicht von den vorhandenen Ressourcen gedeckt werden kann. Auch eine rasche (nominale) Anhebung von Intensivbehandlungsplätzen kann eine adäquate Therapie einzelner PatientInnen nicht gewährleisten, da die dafür notwendigen Ressourcen komplex und daher nur langfristig aufzubauen sind.

Das mögliche Szenario ist vergleichbar mit der Katastrophenmedizin, für welche die Ethik im Laufe der Zeit konkrete Entscheidungshilfen zur Allokation medizinischer Ressourcen erarbeitet hat (z.B. Triage-Regeln). Es unterscheidet sich allerdings insofern von z.B. Großschadensereignissen, als die Covid-19-Pandemie womöglich lebenserhaltende Ressourcen der Gesundheitsversorgung wesentlich länger bindet als die Versorgung von Erkrankten, die im Rahmen eines Großschadensereignisses behandelt werden müssen.

Die folgenden Empfehlungen versuchen, angesichts der Brisanz der aktuellen Lage eine erste praktische Orientierung für das Behandlungsteam und die Betroffenen zu geben. Sie richten sich primär an die klinischen Entscheidungsträger in der Intensivmedizin (Abteilungsleiter, Fachärztinnen), wollen darüber hinaus aber auch der Öffentlichkeit erklären, an welchen Kriterien sich medizinische Entscheidungen in einer solchen Krise orientieren.

Schweiz 20.3.2020

SAMWASSM
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
Swiss Academy of Medical Sciences

ROMANDESSCHER GESELLSCHAFT FÜR INTENSIVMEDIZIN
SOCIÉTÉ SUISSE DE MÉDECINE INTENSIVE
SOCIETÀ SVIZZERA DI MEDICINA INTENSIVA
ROMANDESSCH

Dieser Text ist in D/F/I/E verfügbar, vgl. samw.ch/de/corona
Die deutsche Fassung ist die Stammversion.

Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit

Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3. der SAMW-Richtlinien
Intensivmedizinische Massnahmen (2013)

I. Hintergrund

II. Richtlinien

1. Geltungsbereich
2. Ethische Grundprinzipien
3. Kriterien für die Triage (Aufnahme und Verbleib) auf der Intensivstation und Intensivstationen bei Ressourcenknappheit
4. Triageentscheidungen
 - 4.1. Phasen
 - 4.2. Verschärfung der Parameter
 - 4.3. Initiale Triage: Kriterien für die Aufnahme auf Intensivstationen
 - 4.4. Triage während des Intensivpflegeaufenthalts
5. Entscheidungsverfahren

III. Anhang

1. Literatur
2. Hinweise zur Ausarbeitung dieser Richtlinien

I. Hintergrund

Aufgrund des Tempos, mit dem sich das Coronavirus (SARS-CoV-2) verbreitet, ist eine 'ausserordentliche Lage' eingetreten, die zu einem Massenzustrom von Patientinnen und Patienten in die Akutspitäler führen wird. In einer ersten Phase kann diese Situation mit Beschränkung von Wahleingriffen¹, Verlegung von Patienten² auf die Intermediate Care Units, Ausweiten von Behandlungsplätzen mit Beatmungsmöglichkeiten sowie Verzicht auf personal-intensive Behandlungsmöglichkeiten aufgefangen werden. Reichen die Ressourcen nicht aus, werden Rationierungsentscheidungen erforderlich. Dabei ist die Belastung für das medizinische Personal sehr hoch. Umso wichtiger ist es, dass gesamtschweizerisch vergleichbare Kriterien für die Aufnahme und den Verbleib auf der Intensivstation zur Anwendung kommen. Die vorliegenden Richtlinien schaffen diese Basis.

Die Richtlinien werden, wenn es die Erfahrungen in der Praxis und neue wissenschaftliche Erkenntnisse erfordern, von den Herausgebern angepasst. Die jeweils aktuellste Fassung ist online verfügbar: samw.ch/de/corona.

¹ Die Verordnung 2 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (COVID-19) vom 13. März 2020 (Fassung vom 16. März 2020) stützt sich auf Artikel 7 des Epidemiegesetzes. Dieser Artikel regelt die Ausserordentliche Lage.

² Vgl. COVID-19-Verordnung, Art. 10a Abs. 2. Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler und Kliniken, Arztpraxen

Italien 25.3.2020

16 COVID

CLINICAL ETHICS RECOMMENDATIONS FOR THE ALLOCATION OF INTENSIVE CARE TREATMENTS, IN EXCEPTIONAL, RESOURCE-LIMITED CIRCUMSTANCES

SIARTI
PRO META CONTRA DOLOREM SEMPER

Version:
Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in exceptional, resource-limited circumstances - Version n. 1
Printed on March, 16th - 2020

Stellungnahmen Deutschland

Deutscher Ethikrat 27.3.20
Solidarität und Verantwortung in der
Corona-Krise

Bundesärztekammer 5.5.2020
zur Allokation medizinischer Ressourcen am
Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle
eines Kapazitätsmangels.

Deutscher Ethikrat

Solidarität und Verantwortung
in der Corona-Krise

AD-HOC-EMPFEHLUNG

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels

Die aktuelle SARS-CoV-2-Pandemie könnte auch die Gesundheitsversorgung in Deutschland vor das Problem eines möglichen Ressourcenkapazitätsmangels insbesondere von intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten stellen.

Für die meisten Menschen in Deutschland ist es eine völlig neue Sache, ob sie sich auch darauf verlassen können, dass im Fall einer schweren Erkrankung alles medizinisch Erforderliche für sie gesorgt werden kann. Ärztinnen und Ärzte fragen sich auf der anderen Seite, wie sie in Situationen von Ressourcenkapazitätsmangel entscheiden sollen, ohne in Widerspruch zu ihrem beruflichen Selbstverständnis zu geraten oder sich dem Risiko eines strafrechtlichen Vorwurfs aussetzen.

Oftentimes Gebot ist mangelhaft, bei drohender Ressourcenkapazitätsmangel alle Anstrengungen zu unternehmen, diese Ressourcen bedarfsgerecht auszubauen, inklusive von Reservkapazitäten. Dies ist bisher in Deutschland gelungen, so dass aktuell eine solche Lage nicht besteht.

Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei einer relevanten Zunahme von an SARS-CoV-2 erkrankten Patientinnen und Patienten eine Situation knapper (intensiv-)medizinischer Ressourcen entsteht, zumal auch mangelhaft aufgeschobene medizinische Maßnahmen zu absehbarer Zeit durchgeführt werden müssen.

Für diese Situation möchte die Bundesärztekammer aufzeigen, welche grundlegenden Prinzipien ärztlichen Handelns angesichts dieser Fragen eine Orientierung bieten können. Dabei gilt es zunächst festzuhalten, dass die ethischen Grundkräfte des ärztlichen Berufs, wie sie in dem vom Weltärztebund für die gesamte Ärztschaft beschlossenen Gelohnis und in den Berufsaussagen der Landesärztekammern niedergelegt sind, auch in der Situation einer Pandemie ihre Gültigkeit behalten und das ärztliche Handeln prägen.

Handlungsgrundlagen

Auch in einer durch die Pandemie veränderten Situation der medizinischen Versorgung gilt das Selbstverständnis des ärztlichen Berufs. Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf (§ 1 Bundesärztesordnung und § 1 (1) Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, MBO-A).

Handlungsleitend sollen beispielhaft die folgenden Grundsätze aus der ärztlichen (ärztlichen) Berufsordnung sein:

„Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten ...“ (§ 1 Abs. 2 Satz 1 MBO-A).

„Alle medizinische Behandlung hat unter Führung der Identifizierung und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, einschließlich Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren.“ (§ 7 Abs. 1 MBO-A).

„Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, dem Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus ... Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ...“ (§ 7 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 und Abs. 4 MBO-A).

Ärztinnen und Ärzte sowie alle anderen Beschäftigten des Gesundheitswesens sind wirksam vor arbeitsbedingten Gefahren und gesundheitlichen Schädigungen (das schließt explizit auch psychische Belastungen ein) zu schützen. Dies gelte nicht nur entsprechende Arbeitsschutzvorschriften. Für Ärztinnen und Ärzte ist dies auch in der Deklaration von Genf als Selbstverpflichtung geregelt und damit Bestandteil des ärztlichen Berufsstandes. Bei ihrer Berufsausübung haben Ärztinnen und Ärzte

den Vorgaben ihrer Berufsaussagen zu entsprechen. Zudem gilt übergeordnetes Recht, wie das Grundgesetz, Zivilrecht mit Patientenrechtegesetz, Strafrecht und das jeweilige Landesrecht (insbesondere die Heilberufs- und Kammergesetze). Aus dem Grundrecht ergibt sich u. a. der Grundsatz, dass jedes menschliche Leben den gleichen Schutz genießt. Es kann aber zu Konfliktlagen z. B. bei nicht ausreichenden intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten kommen, in denen eine Entscheidung zwischen zwei oder mehreren Menschen getroffen werden muss. Diese muss dann nachvollziehbar und auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse begründet und nachvollziehbar werden. In einem solchen Fall kommt hinsichtlich der strafrechtlichen Beurteilung als Rechtfertigungsgrund vor allem die sog. rechtfertigende Pflichterfüllung in Betracht.

Auch nach Überzeugung der Bundesärztekammer handeln Ärztinnen und Ärzte rechtmäßig, wenn sie in einer Situation existenzieller Knappheit unter sorgfältiger Berücksichtigung der Berufsaussagen und des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse einzelfallbezogene Entscheidungen über die Allokation (intensiv-)medizinischer Ressourcen treffen.

Es gilt innerhalb und außerhalb der Bedingungen von Knappheit und Pandemie keine ärztliche Verpflichtung zur aktiven Lebenserhaltung unter allen Umständen. So werden Ärztinnen und Ärzte keine Maßnahmen ergreifen, die unter den individuellen Umständen nicht (mehr) indiziert sind. Indizierte Maßnahmen werden unterlassen oder beendet, wenn eine beginnende medizinische Behandlung wird beendet, wenn das dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dem Ziel, einen ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

¹ <https://www.bundesärztekammer.de/richtlinien/bekanntmachungen/bekanntmachung-orientierungshilfe-zur-allokation-medizinischer-ressourcen-am-beispiel-der-sars-cov-2-pandemie-im-falle-eines-kapazitaetsmangels>

² <https://www.bundesärztekammer.de/richtlinien/bekanntmachungen/bekanntmachung-orientierungshilfe-zur-allokation-medizinischer-ressourcen-am-beispiel-der-sars-cov-2-pandemie-im-falle-eines-kapazitaetsmangels>

Stellungnahme der Sektion Ethik

25.3.2020



Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie

Klinisch-ethische Empfehlungen

der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI),
der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA),
der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI),
der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN),
der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP),
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
und der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)¹

Von den Fachgesellschaften verabschiedete Fassung vom 25.03.2020

¹ Der Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin unterstützt mit einem Mehrheitsvotum die genannten Empfehlungen

16.4.2020



Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie

Version 2

Klinisch-ethische Empfehlungen

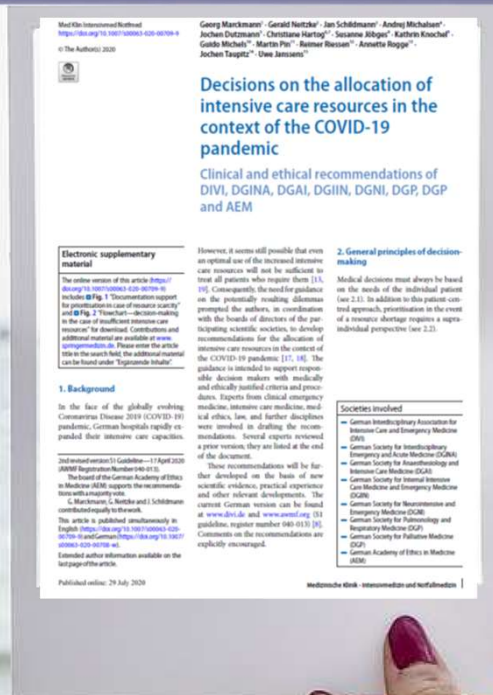
der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI),
der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA),
der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI),
der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN),
der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGINI),
der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP),
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
und der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)¹

2. überarbeitete Fassung vom 17.04.2020²

¹ Der Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin unterstützt mit einem Mehrheitsvotum die genannten Empfehlungen.

² Die Autoren danken allen Beteiligten für ihre zahlreichen Rückmeldungen zur ersten Version dieser Empfehlungen. Sie wurden sorgfältig geprüft und sind in die inhaltlichen Überlegungen für die 2. Fassung eingeflossen.

Positionspapier Sektion Ethik der DIVI Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie



Zusätzliche Entscheidungsgrundlagen bei Ressourcenknappheit

Die Priorisierung von Patienten soll sich am **Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht** orientieren

Dabei werden – wenn nicht anders vermeidbar – diejenigen Patienten **nicht** intensivmedizinisch behandelt, bei denen nur eine sehr geringe Aussicht besteht zu überleben

Vorrangig werden demgegenüber diejenigen Patienten intensivmedizinisch behandelt, die durch diese Maßnahmen eine höhere Überlebenschance haben

Zusätzliche Entscheidungsgrundlagen bei Ressourcenknappheit

Die Priorisierung
soll immer

- alle Patienten einschließen, die der Intensivbehandlung bedürfen, unabhängig davon, wo sie gerade versorgt werden (Allgemeinstation, Notaufnahme/Intermediate-Care Station oder Intensivstation)

Eine
Priorisierung ist
aufgrund des
Gleichheits-
gebotes

- nicht vertretbar nur innerhalb der Gruppe der COVID-19-Erkrankten
- und nicht zulässig aufgrund des kalendarischen Alters, aufgrund sozialer Merkmale oder aufgrund bestimmter Grunderkrankungen oder Behinderungen



3.2.1. ENTSCHEIDUNGEN ÜBER DIE AUFNAHME AUF DIE INTENSIVSTATION (EX ANTE)

4 Schritte

Abklärung der intensivmedizinischen
Behandlungsnotwendigkeit

Einschätzung der individuellen Erfolgsaussicht

Einwilligung

Priorisierung (nur bei nicht ausreichenden Ressourcen!)

Schritt 2: Einschätzung der individuellen Erfolgsaussicht (III)

Aktuelle Erkrankung

Schweregrad der führenden Erkrankung

Begleitende Organversagen

Prognostische Marker für COVID-19

Komorbidityen

Schwere Organdysfunktion

Weit fortgeschrittene chron. Erkrankungen

Schwere, irreversible Immunschwäche

Allgemeiner präorbider Status

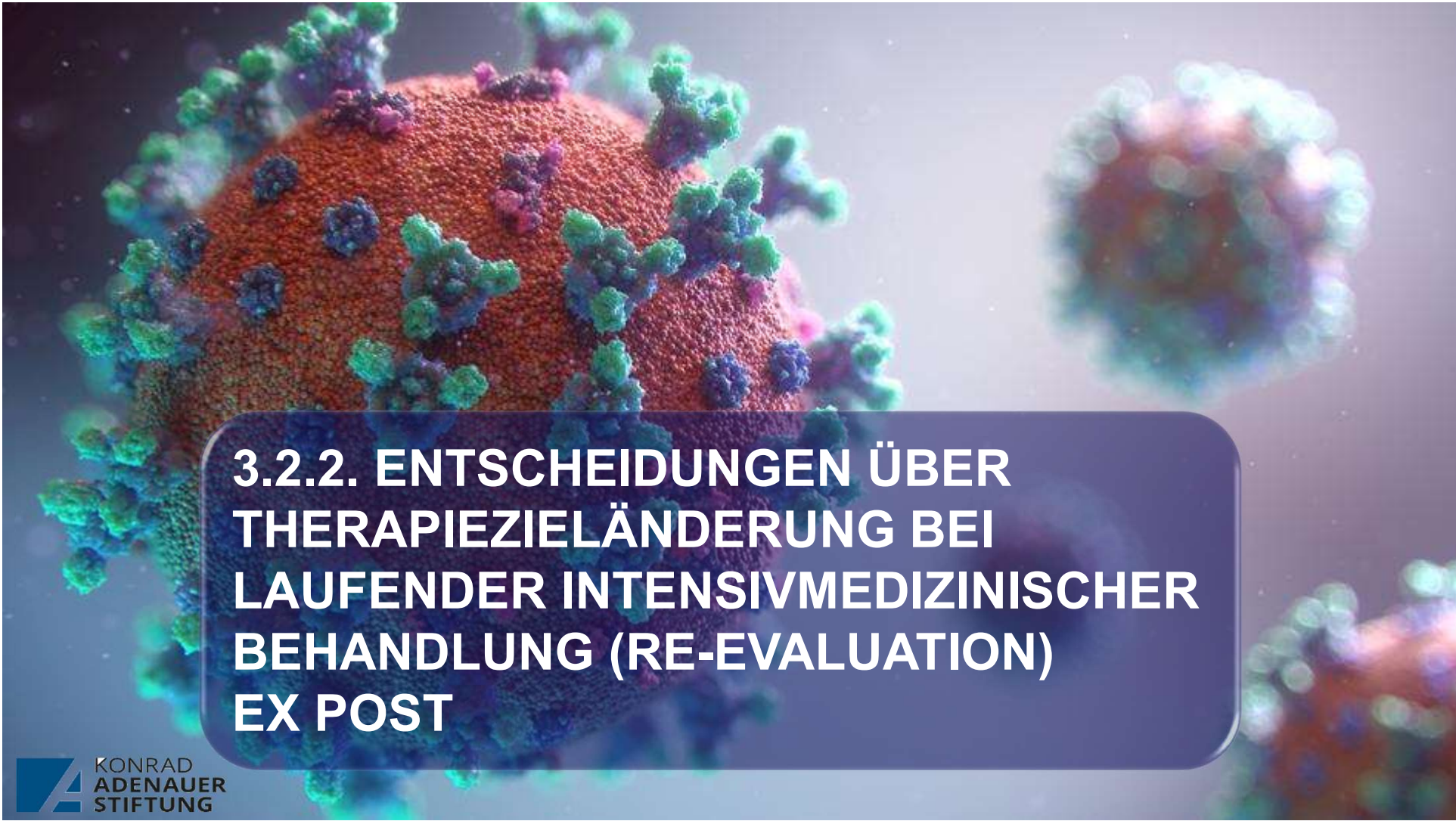
Gebrechlichkeit (z.B. CFS)

Schritt 4: Priorisierung (nur bei nicht ausreichenden Ressourcen!)

nach Einschätzung der Erfolgsaussichten der möglichen Intensivtherapie,
im Hinblick auf ein realistisch erreichbares, patientenzentriertes Therapieziel,
im Vergleich zur Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für andere Patienten,
unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Kapazitäten

Ergebnisse

- a) Vorrangige Behandlung → Intensivtherapie
- b) Nachrangige Behandlung → Keine Intensivtherapie, adäquate Versorgung einschl. palliativer Maßnahmen



3.2.2. ENTSCHEIDUNGEN ÜBER THERAPIEZIELÄNDERUNG BEI LAUFENDER INTENSIVMEDIZINISCHER BEHANDLUNG (RE-EVALUATION) EX POST

2 Schritte

Patientenzentrierte
Prüfung der
Intensivtherapie

- Ergebnis 1: Voraussetzung für Verlegung/Entlassung erfüllt
- Ergebnis 2: Fortsetzung der Intensivtherapie erfüllt
- Ergebnis 3: Voraussetzungen für Beendigung der Intensivtherapie gegeben

Priorisierung der
intensivmedizinischen
Versorgung

Entscheidungsfindung bei nicht ausreichenden Intensiv-Ressourcen

Interprofessionelles Mehr-Augen-Prinzip

möglichst 2 intensivmedizinisch erfahrenen Ärzte, inkl. Primär- und Sekundärbehandler
+ möglichst Vertreter der Pflege und bei Bedarf weitere Disziplinen (z.B. Klinische Ethik)

Schritt 1:
Besteht intensivmedizinische Behandlungsnotwendigkeit?

JA

NEIN

Schritt 2:
Besteht eine realistische klinische Erfolgsaussicht einer Intensivtherapie zum aktuellen Zeitpunkt?

JA

NEIN

Schritt 3:
Liegt die Einwilligung des Patienten vor (aktuell, vorausgesetzt, zuvor mündlich geäußert oder mutmaßlich)?

JA

NEIN

(oder Patientenwille nicht ermittelbar)

Schritt 4: Priorisierung im Mehr-Augen-Prinzip nach Prüfung von Kriterien für den Therapieerfolg und der Ressourcen

Kriterien für geringe Erfolgsaussicht bei Initial- oder Re-Evaluation

Aktuelle Erkrankung

Höherer Schweregrad
z.B. akutes Lungenversagen
(ARDS, Acute Respiratory Distress Syndrome)

Begleitende akute Organversagen
z.B. anhand des SOFA-Scores ermittelt

Ggf. prognost. Marker für COVID-19-Patienten

Komorbiditäten

Vorhandensein schwerer Komorbiditäten, wenn diese in ihrer Schwere oder Kombination die Überlebenschance bei einer Intensivtherapie erheblich verringern, z.B.:

- schwere Organ-Dysfunktion
- weit fortgeschrittene neurologische Erkrankung
- weit fortgeschrittene Krebserkrankung
- schwere, irreversible Immunschwäche
- Multimorbidität

Allgemeiner Gesundheitsstatus

Erhöhte Gebrechlichkeit (z.B. Clinical Frailty Scale CFS)

Intensivmedizinische Therapie
(Intensivstation oder Intermediate Care Unit)

Nicht-Intensivmedizinische Therapie
(z.B. Allgemeinstation)

Palliativmedizinische Behandlung muss immer gewährleistet sein.

Re-Evaluation Intensivtherapie in angemessenen Abständen und in jedem Falle bei:

- klinisch relevanten Veränderungen der klinischen Erfolgsaussicht sowie
- Änderungen des Verhältnisses von Bedarf und zur Verfügung stehenden Ressourcen

Voraussetzungen für die Beendigung einer Intensivtherapie bei Re-Evaluation

- Fortsetzung der Intensivtherapie widerspricht dem (erklärten oder mutmaßlichen) Patientenwillen
- Therapieziel ist nicht mehr realistisch erreichbar
- Behandlungsversuch ist nach Ablauf eines Beobachtungszeitraums mit zuvor festgelegten Kriterien ohne Erfolg
- Fortschreitendes Multiorganversagen

Dokumentationshilfe zur Priorisierung bei Ressourcenknappheit

Patientenetikett

Teammitglieder (Name/Funktion)

Datum/Uhrzeit

Klinische Ethik beteiligt? ja ☐ /nein ☐

Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Therapie

Evaluation klinischer Erfolgsaussichten einer intensivmedizinischen Therapie

Aktuelle Erkrankung

Allg. prä-morbider Gesundheitsstatus

Prognosescore¹⁾

SCORE

PKT.

Allgemeinzustandsscore²⁾

SCORE

PKT.

jeweils nach Klinikstandard; 1) z.B. SOFA, APACHE II oder CRB-65; 2) z.B. Clinical Frailty Scale CFS oder ECOG

Komorbidität

In Schwere oder Kombination die Überlebenschance bei einer Intensivtherapie vermindert

- ☐ schwere Organ-Dysfunktion
- ☐ Herz ☐ Lunge ☐ Leber ☐ Niere
- ☐ weit fortgeschrittene neurologische Erkrankung
- ☐ weit fortgeschrittene Krebserkrankung
- ☐ schwere und irreversible Immunschwäche
- ☐ Multimorbidität

Kommentar:

Patientenwille

Im Gespräch mit Patient (aktueller Wille) ☐

Patientenverfügung vorliegend? ja ☐ /nein ☐

Vorsorgevollmacht vorliegend? ja ☐ /nein ☐

Gespräch mit ☐ Betreuer ☐ Vorsorge-Bevollmächtigtem:

☐ Angehörigen (auch nicht bei gesetzlicher Vertreter-Nachfolge)

☐ Keine Einwilligung in Intensivtherapie

☐ Einwilligung in die Intensivtherapie

☐ Patientenwille nicht ermittelbar

TRIAGE-Ergebnis

Intensivmedizinische Therapie

☐ Intensivstation ☐ Intermediate Care

Keine intensivmedizinische Therapie

☐ Normalstation ☐ Palliativstation

RE-EVALUATION am Datum/Uhrzeit:

Einschätzung des klinischen Verlaufs:

Fortsetzung oder Therapiezieländerung, weil:

Kritik

Mögliche
Diskriminierung
von älteren
Menschen und
Menschen mit
Behinderung

- Weder Alter noch Behinderung per se mit schlechteren Chancen verbunden
- Immer unter Berücksichtigung aller Begleitumstände
- Auch Menschen mit schweren Begleiterkrankungen werden unabhängig von Alter/Behinderung bezgl. Erfolgsaussicht bewertet

Alternativen

First-come-
first-served

Losverfahren

- Beide Zuteilungsverfahren → erheblicher moralischer Preis
- Mehr vermeidbare Todesfälle

Bewertung

Soweit Ärzte nicht anhand von unterkomplexen Kriterien wie dem Alter schematische Entscheidung treffen, dürfen und sollten sich die Ärztinnen und Ärzte sowohl bei der Erstvergabe als auch bei der weiteren Zuweisung eines Behandlungsplatzes nach ihrer medizinischen Vernunft richten

Den Fachgesellschaften DIVI, DGINA, DGAJ, DGIIN, DGP sowie der AEM, welche die Basisgleichheit zur Sprache bringen, sind insofern klinisch-ethische Empfehlungen gelungen, die auch in rechtlicher Hinsicht weithin anschlussfähig sind

2. Kernaussage

Die vorliegenden
Empfehlungen schaffen
Sicherheit in einer Situation
wo tragische Entscheidungen
unvermeidbar und getroffen
werden müssen

Thank you



Keynote 4: **Anmerkungen zur bisherigen Triage-Debatte**

Dr. Sigrid Arnade

Werkstattgespräch
Triage

11.12.2020

63



Konrad-Adenauer-Stiftung
Werkstattgespräch Triage
11. Dezember 2020
Nachmittag

Werkstatt-Thema 2

mit zwei Fragen

1. Wie kann ein gesellschaftlicher Konsens herbeigeführt werden?



2. Sollte die Triage-Problematik gesetzlich geregelt werden?



Themeneinführung:
„Anmerkungen zur bisherigen
Triage-Debatte“

bei der KAS – Zoom - Konferenz

von

Sigrid Arnade

Vorstand NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.

Überblick

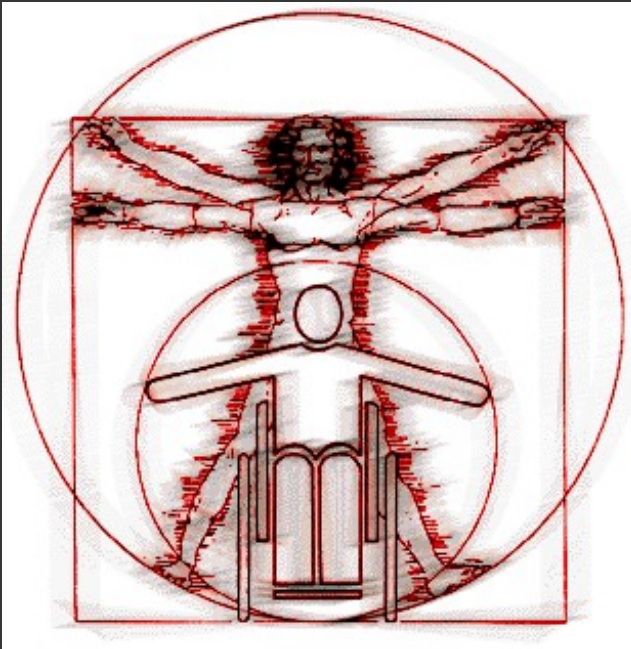
1. Zum NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.
2. Zur ersten Frage
3. Zur zweiten Frage
4. Zum Schluss

1. Zum NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.

- NW3 = Verein für Menschenrechte und Gleichstellung Behinderter
- Vorgängerin: Engagement für die Grundgesetzergänzung 1994
- arbeitet seit Gründung 1998 menschenrechtsorientiert
- Koordination 1. Parallelbericht zur UN-Behindertenrechtskonvention
- Gemeinsam mit der ISL e.V. Kommentar zur 1. Fassung der DIVI-Empfehlungen im März 2020



2. Zur ersten Frage



- gesellschaftlicher Konsens?
- Mehrheitsmeinungen nicht immer optimal oder verfassungs-/menschenrechtskompatibel
- breite Aufklärung und Diskussion
- aus Tabuzone herauslösen

Erfahrungen vom NETZERK

ARTIKEL 3 e.V.

- Zivilgesellschaft
- www.runder-tisch-triage.de: wenig Resonanz
- Berührungsängste/Vermeidung des Themas
- z.B. DBR: keine Äußerung; Weigerung, die Information über die digitale Diskussionsplattform zu verbreiten
- „keine Verunsicherung“

Erfahrungen vom NETZERK

ARTIKEL 3 e.V.

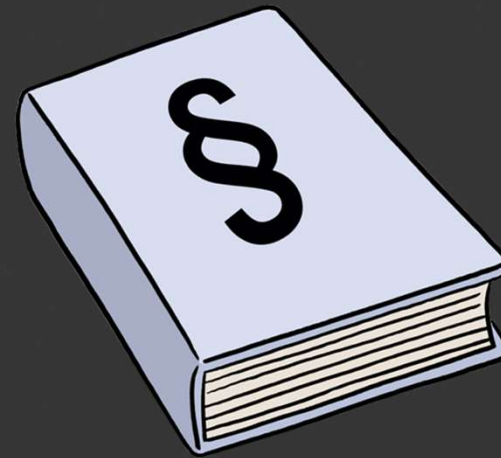
- Politik und andere Akteur*innen
- Unterstützung bei Fachpolitiker*innen von Grünen und FDP
- Ablehnung einer Expertenanhörung vom Rechtsausschuss
- Offenheit beim DIMR und auch bei medizinischen Fachgesellschaften

denkbare Diskussionslinien

- ist ein gesellschaftlicher Konsens wünschenswert?
- ist er möglich?
- wie könnte eine breite gesellschaftliche Diskussion zu dem Thema initiiert werden?
- welche Vor- und Nachteile wären damit verbunden?
- wie und wo sollten die Ergebnisse mit welcher Gewichtung einfließen?

3. Zur zweiten Frage

- gesetzliche Regelung?
- Ethikrat: Staat darf keine Vorgaben machen
- andere Fachleute fordern gesetzliche Regelungen
- Wissenschaftlicher Dienst des Deutscher Bundestags: Priorisierung bei Impfstoffzugang muss gesetzlich geregelt werden



Bundesjustizministerin
Christine Lambrecht dazu:

„Das darf nicht passieren!“



Bundesgesundheitsminister Jens
Spahn dazu:
„Gesetzgeberischer
Handlungsbedarf besteht nicht“



denkbare Diskussionslinien

- darf sich der Volkssouverän bei solch einer existenziellen Frage wegducken?
- welche Vor- und Nachteile wären mit einer gesetzlichen Regelung verbunden?
- wie könnte eine gesetzliche Regelung so vorbereitet werden, dass Diskriminierungen verhindert werden?
- welche Alternativen gibt es?
- handelt es sich dabei um Notlösungen, oder sind andere Lösungen zu präferieren?

4. Zum Schluss

immer bedenken:

Menschen-
rechts-
perspektive

Wirkmacht von
unconscious
biases =
unbewusste
Denkmuster

Diskussion
auf
Augenhöhe,
mit Respekt

danke für die Aufmerksamkeit
und viel Erfolg!

