

Diplomarbeit

Triage – eine medizinethische Herausforderung

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Innsbruck

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin

unter der Anleitung von

Ao. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Barbara Friesenecker

eingereicht von

David Schönegger

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, David Schönegger, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit wurde bisher bei keiner Hochschule oder Universität zur Erlangung eines akademischen Abschlusses oder Diploms eingereicht.

STATEMENT OF ORIGINALITY

I, David Schönegger, declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources / resources and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.

This work has not previously been submitted for a degree or diploma in any university.

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	3
TABELLENVERZEICHNIS	5
ZUSAMMENFASSUNG	6
ABSTRACT	7
EIGENLEISTUNG	8
THEORETISCHER TEIL	9
1. DIE ÄRZTLICHE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG	9
1.1 RECHTLICHE GRUNDLAGEN DER ÄRZTLICHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG IN ÖSTERREICH	9
1.2 ETHISCHE MODELLE ALS GRUNDLAGE SCHWIERIGER ÄRZTLICHER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG	9
1.3 THERAPIEZIELÄNDERUNG	13
2. TRIAGE UND ALLOKATION	16
2.1 BEGRIFFSERKLÄRUNG	16
2.2 TRIAGE IN DER ZIVILEN NOTFALLMEDIZIN	17
2.3 TRIAGE BEI ÜBERLASTUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS	18
2.4 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ANLÄSSLICH DER TRIAGE IN DER COVID-19-PANDEMIE	19
3. TRIAGE – FOLGENSCHWERE RECHTSPRECHUNG IN DEUTSCHLAND – SOWOHL FÜR PATIENT:INNEN ALS AUCH FÜR MEDIZINISCHE FACHKRÄFTE	25
3.1 VERFASSUNGSBESCHWERDE DURCH NANCY POSER	25
3.2 LOSVERFAHREN VERSUS SCORE-BASIERTE, ÄRZTLICHE ALLOKATIONSENTSCHEIDUNGEN	26
3.3 VERBOT DER EX-POST-TRIAGE	30
3.4 HOHES ALTER ALS TRIAGEKRITERIUM	32
EMPIRISCHER TEIL	33
4. METHODEN	33
4.1 DATENERHEBUNG	33
4.2 DATENAUFBEREITUNG UND DATENAUSWERTUNG	34
5. ERGEBNISSE	35
5.1 STICHPROBENBESCHREIBUNG	35
5.2 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	36
5.2.1 RATIONIERUNG DER RESSOURCEN UND DEREN AUSWIRKUNGEN AUF DIE PATIENT:INNENVERSORGUNG WÄHREND DER COVID-19-PANDEMIE	36
5.2.2 BELASTUNGEN DES MEDIZINISCHEN PERSONALS WÄHREND DER COVID-19-PANDEMIE	38
5.2.3 EVALUATION DER ARBEITSRAHMENBEDINGUNGEN WÄHREND DER COVID-19-PANDEMIE	40
5.2.4 BENEFIT DER ÖGARI-HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN IN DER PRAKTISCHEN ANWENDUNG	43
5.2.5 ZUFALLSPRINZIP ALS METHODE DER ZUTEILUNG KNAPPER INTENSIVMEDIZINISCHER RESSOURCEN	44
5.2.6 BEENDIGUNG EINER INTENSIVTHERAPIE IM SINNE EINER EX-POST-TRIAGE	45

DISKUSSION	46
LITERATURVERZEICHNIS	53
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	60
ANHANG	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: SOFA-Score	24
Tabelle 5.1: Stichprobenbeschreibung	35

Zusammenfassung

Das Thema Triage war in der Medizin im Wesentlichen auf die Notfallversorgung bei Großschäden und Katastrophen beschränkt. Durch die Vielzahl der Erkrankten während der COVID-19-Pandemie kam es in Europa zu überlasteten Gesundheitssystemen und dadurch konnte nicht jeder Mensch so behandelt werden, wie es vorher üblich und in der Pandemie erforderlich gewesen wäre. Medizinische Güter mussten rationiert werden und daher hat die Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) ebenso wie die deutschen und italienischen Fachgesellschaften, Stellungnahmen und Handlungsempfehlungen für die Triage in der Pandemie veröffentlicht.

Durch die vorliegende Arbeit wurde untersucht, inwiefern die Handlungsempfehlungen der ÖGARI (SOP, Checkliste) die ärztliche Arbeit und Entscheidungsfindung im Rahmen der COVID-19-Pandemie beeinflusst haben. Durch Expert:inneninterviews mit sechs Mitarbeitenden des österreichischen Gesundheitssystems, die in der COVID-19-Pandemie auf einer Intensivstation gearbeitet haben, wurden die geltenden Allokationsempfehlungen (Checkliste / SOP der ÖGARI) evaluiert und zudem ihre persönlichen Erfahrungen auf den Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie erörtert. Durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wurden die erhobenen Daten interpretiert und ausgewertet.

Die Befragten gaben eine starke körperliche und psychische Belastung durch die Arbeit auf den Intensivstationen in der COVID-19-Pandemie an. Die Allokationsempfehlungen (SOP, Checkliste) der ÖGARI waren bei der Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen während der COVID-19-Pandemie hilfreich.

Nach Zusammenschau der ethischen Grundlagen und der Antworten der befragten medical professionals kann geschlussfolgert werden, dass sowohl die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen durch das Zufallsprinzip als auch das Verbot der Ex-Post-Triage durch die deutsche Gesetzgebung ethisch nicht begründbar sind. Die Score-basierte Ressourcenzuteilung anhand der höchsten Überlebenschance ist anderen Zuteilungsverfahren überlegen und wird auch durch die ARGE Ethik der ÖGARI für zukünftige Massenanfälle an Erkrankten (Hitzewellen, Pandemien...) empfohlen.

Die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie sind wegweisend für die künftige Personalpolitik in den Gesundheitseinrichtungen. Die Probleme der Pflegekräfte sind schon länger bekannt und daher kann der aktuelle Pflegemangel nicht alleine durch die Überlastung während der COVID-19-Pandemie begründet werden. Es sind Maßnahmen erforderlich, die zur Attraktivierung des Pflegeberufs beitragen, damit der Staat auch in Zukunft seinem medizinischen Versorgungsauftrag gerecht werden kann.

Abstract

In medicine, triage was basically limited to emergency medicine in events of major emergencies and disasters. Due to the large number of people falling ill during the COVID-19 pandemic, healthcare systems in Europe were overburdened and not everyone could be treated as usual. Medical supplies had to be rationed and therefore the Austrian Society for Anesthesia, Resuscitation and Intensive Care Medicine (ÖGARI), as well as the German and Italian specialist societies, published statements and recommendations for triage during the pandemic.

This study investigated the extent to which the ÖGARI recommendations (SOP, checklist) have influenced medical work and decision-making during the COVID-19 pandemic. Expert interviews with six employees of the Austrian healthcare system who worked in an intensive care unit during the coronavirus pandemic were used to evaluate the applicability of the allocation recommendations (ÖGARI checklist / SOP) and also to discuss their personal experiences working in intensive care units during the COVID-19 pandemic. The data collected were interpreted and evaluated using a qualitative content analysis according to Mayring.

The interviewees stated that working in intensive care units during the COVID-19 pandemic was physically and mentally very demanding. ÖGARI's allocation recommendations (SOP, checklist) were helpful in allocating scarce intensive care resources during the COVID-19 pandemic.

According to the ethical principles in medicine and considering the opinion of the medical professionals interviewed, it can be concluded that both, random allocation of intensive care resources and prohibition of ex-post triage as determined by German legislation cannot be justified ethically. Score-based resource allocation based on the highest probability of survival is superior to other allocation procedures and is also recommended for future mass casualty incidents (heat waves, pandemics, etc.).

The experiences of the COVID-19 pandemic are groundbreaking for future personnel policy in healthcare facilities. The problems of nursing staff have been known for some time and therefore the nursing shortage cannot be attributed solely to the overburdening during the COVID-19 pandemic. Measures are needed to make the nursing profession more attractive so that the government of a state is able to meet its medical care mandate correctly in the future.

Eigenleistung

In der vorliegenden Arbeit habe ich im theoretischen Teil nach Literaturrecherche die Grundlagen zur ärztlichen Entscheidungsfindung, Triage und Allokation und die Auswirkungen der Rechtsprechung in Folge der Verfassungsbeschwerde von Nancy Poser kritisch diskutiert. Ich habe anhand eines in Eigenarbeit erstellten Fragebogens die Expert:inneninterviews durchgeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse habe ich anschließend in den Kontext aktueller Forschung eingeordnet. Bei all diesen Schritten hat mich Ao. Univ.-Prof. Dr. med. univ. Barbara Friesenecker mit Geduld und Expertise unterstützt. Vielen Dank dafür!

Theoretischer Teil

1. Die ärztliche Entscheidungsfindung

Ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Arbeit ist das Treffen von Entscheidungen im Sinne der Wünsche und Wertvorstellungen der zu behandelnden Patient:innen einerseits und auf Basis von individueller Indikationsstellung und Definition eines sinnvollen Therapieziels andererseits. Vor allem bei medizinischen Entscheidungen am Lebensanfang und am Lebensende stehen Ärzt:innen vor großen Herausforderungen. Zu Beginn der vorliegenden Arbeit soll der rechtliche Rahmen aufgezeigt werden, in dem medizinische Entscheidungen in Österreich getroffen werden müssen und dargelegt werden, welche ethischen Prinzipien diesen Entscheidungen über Therapiemaßnahmen zugrunde liegen.

1.1 Rechtliche Grundlagen der ärztlichen Entscheidungsfindung in Österreich

Das Berufsbild Ärzt:in ist in Österreich durch das Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998) geregelt. Im ÄrzteG 1998 werden unter anderem die Pflichten und Rechte definiert, die Ärzt:innen im Rahmen der Behandlung von Patient:innen zu beachten haben. Im Artikel 49 ÄrzteG 1998 wird die Verpflichtung der Ärzt:innen dargelegt, Patient:innen ohne Unterschied zur Person gewissenhaft zu betreuen. Ärzt:innen sind laut § 49 ÄrzteG 1998 verpflichtet nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung stets das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren [1].

Zum Wohl der Patient:innen handeln bedeutet nicht nur Heilen, sondern auch rechtzeitig das Therapieziel zu ändern, um Sterben zuzulassen und sterbende Menschen in der letzten Phase ihres Lebens zu begleiten. Palliativmedizinische Maßnahmen sind auch dann zulässig, „wenn ihr Nutzen der Symptomlinderung das mögliche Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt“ [1]. Das dient dem Schutz der Palliativmediziner:innen, wenn Patient:innen durch die symptomorientierte Steigerung von Medikamenten (z.B. bei Atemnot, Stress und Schmerzen) schlechter atmen, schlucken und husten und dadurch früher versterben als ohne diese Medikamente, aber dadurch ein begleitetes „Sterben in Würde“ (ohne Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot) möglich ist (§ 49a ÄrzteG) [1].

1.2 Ethische Modelle als Grundlage schwieriger ärztlicher Entscheidungsfindung

In Folge werden das Zwei-Säulen-Modell und die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress erläutert, welche eine ethische Grundlage komplexer medizinischer Entscheidungsfindung bilden.

Zwei-Säulen-Modell

Jede medizinische Maßnahme fußt auf zwei Säulen: zum einen auf der Indikation und zum anderen auf dem Patient:innenwillen. Daraus folgt, dass eine medizinische Maßnahme nur durchgeführt werden darf, wenn einerseits eine Indikation und damit ein Therapieziel vorliegt (ärztliche Seite) und sie andererseits dem Patient:innenwillen entspricht. Oberstes Ziel und Sinn einer jeden Therapie muss dabei der Nutzen für die Patient:in sein.

Die Säule der Indikation verlangt, dass für jede Behandlung ein klares Therapieziel definiert werden muss. Es muss geklärt werden, inwieweit eine aktuelle Erkrankung überlebbar oder zumindest behandelbar ist und ob der mögliche Schaden einer technisch machbaren Therapie größer als der erwartete Nutzen wäre (z.B. Chemotherapie in einem sehr späten Stadium der Erkrankung). Ist durch eine Therapiemaßnahme eine den Wünschen und Wertvorstellungen der Patient:in entsprechende Lebensqualität nicht mehr zu erreichen, darf eine technisch mögliche Therapie nicht angeboten und auch nicht durchgeführt werden. Durch das Abschätzen der Prognose kann geklärt werden, welche Therapien für die Patient:in sinnvoll und begründbar sind und welche nicht. Bei schlechter Prognose kann das zu lange Verharren im kurativen Therapieziel einer Erkrankung Leiden verlängern und Sterben hinauszögern, was ethisch nicht geboten, medizinisch nicht sinnvoll und rechtlich gesehen eine Körperverletzung ist.

Die Säule Patient:innenwille (Selbstbestimmung/Autonomie) verdeutlicht, dass ohne Zustimmung der Patient:in keine technisch machbare und auch indizierte Maßnahme durchgeführt werden darf. Es gibt im intensivmedizinischen Setting Situationen, wo der Patient:innenwille nicht klar eruierbar ist. Aus einer Studie geht hervor, dass 95% der sterbenden Patient:innen ihren Willen bezüglich Therapieentscheidungen nicht mehr selbst äußern können [2].

Die Möglichkeit bereits im Vorfeld eigene Präferenzen in Bezug auf medizinische Behandlungen festzulegen und diese in einer Patientenverfügung niederzuschreiben oder im Rahmen einer Vorsorgevollmacht selbst einen Menschen zu definieren, der im Rahmen der ärztlichen Entscheidungsfindung den mutmaßlichen Willen der Patient:in einbringt, wird in Österreich derzeit nur von wenigen Bürger:innen genutzt [3].

In Entscheidungs-Situationen, in denen keine mündliche Rücksprache mit der Patient:in selbst möglich ist, keine schriftliche Willensäußerung in Bezug auf die Wünsche und Wertvorstellungen einer Patient:in vorliegt und auch keine Vorsorgevollmacht errichtet ist bzw. keine Besachwalterung vorliegt, können die behandelnden Ärzt:innen versuchen den mutmaßlichen Patient:innenwillen durch Gespräche mit den nächsten Angehörigen oder anderen Bezugsmenschen der Patient:in zu klären und durch frühere Aussagen der Patient:in deren Wertvorstellungen in die Therapieentscheidung einzubeziehen. Geht daraus der

Patient:innenwille eindeutig hervor, so ist dieser zu respektieren und die therapeutischen Maßnahmen danach auszurichten [4].

Nach dem neuen Erwachsenenschutzgesetz muss auf der Intensivstation (ICU) eine gesetzliche Vertretung errichtet werden, wenn die Patient:in über einen längeren Zeitraum nicht kontaktfähig ist. Sollte eine gesetzliche Erwachsenenvertretung nicht möglich sein, muss eine „gerichtliche Vertretung“ (ehemals Sachwalterschaft) errichtet werden. Diese muss solange aufrechterhalten werden, bis die Patient:in wieder entscheidungsfähig ist [5].

Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress – Georgetown-Mantra

Die ethische Basis medizinischer Entscheidungsfindung beruht auch maßgeblich auf den vier Prinzipien der Prinzipienethik von Tom L. Beauchamp und James F. Childress (Erstfassung 1979). Die vier Prinzipien sind auch als Georgetown-Mantra bekannt [6].

1. Prinzip der Autonomie (Respect for Autonomy)

Ärzt:innen müssen die Autonomie der Patient:innen respektieren. Dieses Prinzip ergibt sich aus dem Selbstbestimmungsrecht der Patient:innen. Patient:innen sollen ohne Zwang und nach ausreichender Aufklärung entscheiden können, welche Behandlungen sie erhalten wollen und welche nicht. Nur wer über die Vorteile und Nachteile einer ärztlichen Maßnahme aufgeklärt ist, kann dieser Maßnahme im Rahmen einer informierten Einwilligung (informed consent) zustimmen. Wichtig dabei ist, dass die Aufklärung so erfolgt, dass sie von Patient:innen verstanden wird und sie freiwillig der Behandlung zustimmen oder diese ablehnen. Man spricht von einem gemeinsamen Entscheidungsprozess, dem sogenannten „shared decision making“ [7]. Patient:innen haben jederzeit das Recht die Zustimmung zu einer Behandlung ohne Angaben von Gründen nicht zu geben oder eine Zustimmung zu widerrufen [6]. Das Selbstbestimmungsrecht erlaubt es Patient:innen Behandlungen auch dann abzulehnen, wenn es eine medizinische Indikation gibt, was aus ärztlicher Sicht durchaus „unvernünftig“ erscheinen mag. Man spricht daher vom sogenannten „Recht auf Unvernunft“. Patient:in muss nachweislich über die Konsequenzen einer Nicht-Behandlung (z.B. Tod oder andere schwerwiegende Folgen) aufgeklärt sein [8].

2. Prinzip des Nicht-Schadens (Nonmaleficence)

Das Prinzip des Nicht-Schadens ist eng mit dem ärztlichen Grundsatz „Primum non nocere“ (Erstens nicht schaden) aus dem Hippokratischen Eid assoziiert, in dem es heißt:

„Wie viele Häuser ich auch betreten mag, ich werde es zum Nutzen der Kranken tun und mich fernhalten von jeder bewussten Verschuldung und anderer Schadenzufügung...“ [9].

Jede medizinische Maßnahme birgt Risiken und Nebenwirkungen. Das behandelnde Personal (Ärzt:innen und Pflegepersonen) muss daher vor Behandlungsbeginn abwägen, ob der Nutzen, den die Behandlung mit sich bringt, den Schaden, der dadurch entstehen kann (Chemotherapie, große Operationen), rechtfertigt. Beauchamp und Childress legen großen Wert darauf, das Prinzip des Nicht-Schadens und das Prinzip des Wohltuns getrennt anzuführen. Keines der beiden Prinzipien soll dem anderen untergeordnet werden. Die zwei Prinzipien sind gleichwertig. Bei der Schaden-Nutzen-Abwägung spielen sowohl das Ausmaß des Schadens als auch das Ausmaß des Nutzens eine zentrale Rolle. Eine Verletzung durch einen Nadelstich gilt als Schaden am Körper. Wird dieser Schaden allerdings durch das Applizieren einer nützlichen, medikamentösen Therapie verursacht, kann dieser Schaden gerechtfertigt sein. Das Prinzip des Nicht-Schadens inkludiert neben der Pflicht keinen Schaden zuzuführen auch die Sorgfaltspflicht. Durch Einhaltung der Sorgfaltspflicht können fahrlässige Handlungen vermieden und dadurch das Schadensrisiko für Patient:innen gesenkt werden [6].

3. Prinzip des Wohltuns (Beneficence)

Das ärztliche Handeln soll dem Wohlergehen und dem Nutzen der Patient:innen dienen. Das Prinzip des Wohltuns fordert aktives, fürsorgliches Handeln einerseits für die Gesundheit und den Erhalt der Lebensqualität der Patient:innen und andererseits aber auch das Zulassen und infolge Begleiten einer sterbenden Patient:in. Ebenso wie das Prinzip des Nicht-Schadens wird das Prinzip des Wohltuns bereits in ähnlicher Form im Hippokratischen Eid genannt. „Salus aegroti suprema lex“ soll in Kurzform ausdrücken, dass das Patientenwohl oberstes Gebot des ärztlichen Handelns sein soll [10].

Im Unterschied dazu ist das Prinzip des Wohltuns bei Beauchamp und Childress nicht das oberste Prinzip, sondern den anderen drei Prinzipien gleichwertig [6]. Durch diese Gleichwertigkeit fehlt die Rechtfertigungsgrundlage für ein paternalistisches Gesundheitssystem, in dem Patient:innen nach dem Motto Ärzt:in „weiß“, was für Patient:in „gut ist“, vom ärztlichen Personal bevormundet werden.

4. Prinzip der Gerechtigkeit (Justice)

Das Prinzip der Gerechtigkeit fordert im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit eine gerechte, angemessene Verteilung der Ressourcen im Gesundheitssystem. Die Schwierigkeit dabei liegt darin, herauszufinden, was eine gerechte Verteilung ist und welche Kriterien maßgeblich sind. Kein einzelner Grundsatz kann den Begriff der Gerechtigkeit in seiner Komplexität darstellen. Beauchamp und Childress nennen *The Formal Principle of Justice* und *Material Principles of Justice*, durch welche eine Annäherung an den Gerechtigkeitsbegriff möglich ist.

Der formale Grundsatz besagt, dass Gleiches gleich und Ungleiches ungleich behandelt werden muss. Diesem Grundsatz folgend würde Gerechtigkeit durch Gleichverteilung erreicht. Für die Medizin bedeutet das beispielsweise, dass Patient:innen mit dem gleichen Krankheitsbild auch das gleiche Anrecht auf die benötigte Behandlung haben. Der formale Grundsatz legt keine Kriterien fest, die bestimmen, ob Gleiches wirklich gleich ist und somit gleichbehandelt werden soll. Die materialen Grundsätze nennen bedeutsame Gründe, die eine Ungleichbehandlung rechtfertigen. Beauchamp und Childress nennen als materiale Grundsätze: Bedarf (*need*), Aufwand (*effort*), Mitwirkung (*contribution*), Leistung (*merit*) und freier Markt (*free-market exchanges*). Es gibt Gerechtigkeitstheorien durch welche versucht wird, Modelle der Verteilungsgerechtigkeit zu begründen. Das Gleichheitsmodell sieht in der Gleichverteilung den Schlüssel zur Gerechtigkeit, während der Utilitarismus den größten Nutzen für die Gesellschaft als Ziel hat. Im Liberalismus überlässt man die Verteilung der Ressourcen dem freien Markt. Im Gegensatz zu den liberalen Theorien betonen kommunitaristische Vertreter:innen die Bedeutung von Gemeinschaftswerten für das Individuum und die Gemeinschaft. Alle diese Gerechtigkeitstheorien sind in ihrer Anwendung limitiert. Sie blicken aus einer bestimmten Blickweise auf den Begriff der Gerechtigkeit und daher kann keine Theorie allein die Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem ausreichend regeln. Eine Annäherung für die praktische ärztliche Entscheidungsfindung im Sinne der Gerechtigkeit ist die Beurteilung der „Angemessenheit“ einer medizinisch möglichen Behandlung – im Kontext der Patient:in selbst und auch systemisch. Je nachdem in welchem Gesundheitssystem man arbeitet gibt es andere Voraussetzungen für die Indikation einer Behandlung [6].

Das Zwei-Säulen-Modell und das Georgetown-Mantra können in der ärztlichen Tätigkeit helfen bei komplexen medizinischen Problemen die richtige Entscheidung zu treffen und können daher immer die gedankliche Basis auch für eine Therapiezieländerung bilden. In Folge soll die Thematik der Therapiezieländerung erläutert werden.

1.3 Therapiezieländerung

Bei einer Therapiezieländerung wird das Behandlungsziel von Heilung in Richtung Palliativmedizin geändert. Wie bei allen Therapieentscheidungen muss auch bei lebensverlängernden Maßnahmen geklärt werden, ob die Behandlung dem Patient:innenwillen entspricht und indiziert ist. Fehlt Indikation oder Patienteneinwilligung darf die Behandlung nicht durchgeführt werden (Zwei-Säulen-Modell). Das Therapieziel muss von Heilung Richtung Palliation geändert werden, um Leiden nicht zu verlängern und Sterben

zuzulassen. Im Sinne der Patient:in werden kurative Maßnahmen begrenzt und palliative und symptomlindernde Maßnahmen eingeleitet.

Die ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) hat vier Begriffe zur Darstellung der Therapiezieländerung definiert:

Do Not Resuscitate (DNR): Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands werden keine mechanischen, elektrischen oder pharmakologischen Maßnahmen zur Wiederbelebung durchgeführt – das kann je nach Fall auch einzeln definiert werden (z.B. keine mechanische Reanimation, jedoch Defibrillation). Auf alle anderen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hat die DNR-Order keinen Einfluss [4].

Do Not Escalate (DNE): Bei Patient:innen mit schwerer fortgeschrittener Erkrankung kann bei einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes möglicherweise die Aussicht auf Überleben fehlen. In solchen Fällen kann vorausschauend eine Anordnung zur Therapiebegrenzung im Rahmen der Therapiezieländerung gegeben werden. Dabei handelt es sich z. B. um Dosisbegrenzungen für lebenserhaltende Medikationen, die Nicht-Erweiterung eines Antibiotikaregimes oder auch das Absehen von definierten intensivmedizinischen Maßnahmen wie zum Beispiel die Intubation, Hämofiltration oder Herz-Lungen-Maschine [4].

Reevaluate Indication and Deescalate (RID): Therapeutische Maßnahmen müssen auf der Intensivstation täglich auf das Vorliegen einer Indikation überprüft werden. Nicht mehr indizierte Maßnahmen müssen im Rahmen dieser Überprüfung beendet werden [4].

Comfort Terminal Care (CTC): Das Ziel der Comfort Terminal Care ist eine symptomorientierte Behandlung bei Patient:innen ohne Aussicht auf Heilung, die sich rein auf Wohltun orientiert. Die gesetzten palliativmedizinischen Maßnahmen dienen ausschließlich der Symptomkontrolle und nicht der Lebensverlängerung. Durch Comfort Terminal Care soll gutes Leben am Lebensende ermöglicht werden [4].

Diese vier Begriffe der TZÄ zielen darauf ab, nicht mehr begründbare Therapien zu begrenzen oder zu beenden (Withdraw) und nicht indizierte Maßnahmen nicht mehr zu beginnen (Withhold). Dabei ist aus ethischer und juristischer Sicht das Beenden einer nicht indizierten Maßnahme und ein Nicht-Beginn absolut gleichwertig [4].

Abgrenzung der Therapiezieländerung vom assistierten Suizid

Der ethische Unterschied zwischen dem Sterben im Rahmen einer Therapiezieländerung und dem Sterben durch einen assistierten Suizid liegt in der Absicht. Die Absicht beim assistierten Suizid liegt darin, den Tod einer Patient:in herbeizuführen (Selbsttötung einer Patient:in). Beim assistierten Suizid führt die sterbewillige Person die zum Tod führende Handlung selbst aus (z.B. trinkt das Natrium-Pentobarbital, dreht den Dreiweghahn der gelegten i.v.-Leitung selbst

um - siehe Sterbeverfügungsgesetz) [11]. Die Therapiezieländerung hingegen hat die Absicht Leiden nicht hinauszuzögern und nicht-nützliche Therapien zu beenden, um das Sterben zuzulassen. Abhängig von der nicht-begonnen/beendeten Maßnahme variiert die Zeit bis zum Eintritt des Todes. Auch in Situationen, in denen das Beenden medizinischer Maßnahmen den sofortigen Tod zur Folge hat (z.B. Ausschalten der Herz-Lungen-Maschine), liegt keine Tötung vor, sondern das Sterben eines schwer kranken Menschen im Rahmen einer TZÄ, wo man sinnlose lebensverlängernde Maßnahmen beendet oder nicht beginnt und dadurch Sterben zulässt. Je schneller jemand im Rahmen einer TZÄ verstirbt, umso kränker war er/sie und umso abhängiger in seinen/ihren Körperfunktionen von technischer Medizin / hochdosierten Medikamenten. Die Verwendung des Begriffs „aktive Sterbehilfe“ kann im Rahmen von Therapiebegrenzung am Lebensende missverstanden werden und irreführend sein, da das Beenden von medizinischen Maßnahmen (Withdraw) zwar durch aktives ärztliches Handeln erfolgt (z.B. Abschalten der Hämofiltration oder der Katecholaminperfusoren, Umstellen der Beatmung auf Palliativbeatmung,..) aber im Endeffekt nur sinnlose technische Maßnahmen beendet um Sterben zuzulassen – nicht um Sterben herbeizuführen. Daher sollte der Begriff „aktive Sterbehilfe“ nicht mehr verwendet werden [8].

Abgrenzung der Therapiezieländerung von Tötung auf Verlangen

Die Tötung auf Verlangen hat, ebenso wie der assistierte Suizid, den Tod eines Menschen zum Ziel und ist durch diese Absicht inhaltlich von der Therapiezieländerung zu unterscheiden. Bei einer Tötung auf Verlangen wird die zum Tod führende Handlung nicht von der sterbewilligen Person selbst durchgeführt, sondern durch eine sogenannte „dritte“ Person. Es liegt eine Fremdtötung vor, die auch nach dem österreichischen Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) weiterhin verboten ist [8,11].

Abgrenzung der Therapiezieländerung von Mord

Mord ist ebenso wie die Tötung auf Verlangen in Österreich strafbar (§75 und §77 Strafgesetzbuch). Das Beenden einer Therapie, die nicht begründbar oder nicht dem Patient:innenwillen entspricht, ist rechtlich erlaubt und ethisch geboten. Umso wichtiger scheint es, an dieser Stelle eine klare Abgrenzung von Mord und Therapiezieländerung zu treffen. Mord hat die vorsätzliche Tötung eines Menschen zum Ziel und kann durch diese Absicht von der Therapiezieländerung abgegrenzt werden. Ein weiterer, wesentlicher Unterschied liegt in der Beachtung des Patient:innenwillens. Während bei der Therapiezieländerung, beim assistierten Suizid und selbst bei der Tötung auf Verlangen der Patient:innenwille geachtet wird, erfolgt Mord ohne die Zustimmung des/der Getöteten [12].

2. Triage und Allokation

2.1 Begriffserklärung

Das Wort *Triage* stammt aus dem Französischen. Es leitet sich vom Verb „trier“ her, was aussuchen oder aussortieren bedeutet. In der Medizin versteht man unter Triage, ein Verfahren bei unzureichenden (auch personellen) Ressourcen (z.B. bei einem Massenansturm von Erkrankten bei Erdbeben, Flugzeugabsturz, usw.) medizinische Leistungen nach dem Schweregrad der Erkrankung zu priorisieren [13]. Der Begriff Triage stammt aus der Militärmedizin. Im 18. Jahrhundert begann der französische Arzt Dominique Larrey, der Leibarzt Napoleons, schwerverletzte Soldaten durch „ambulances volantes“ („fliegende Ambulanzen“) auf dem Schlachtfeld erstzuversorgen und nach Dringlichkeit in ein Lazarett zu bringen. Aus dieser Militärmedizin entwickelten sich die heutigen Triage-Systeme, welche auch abseits der Kriegsmedizin angewendet werden [14]. Wenn die Patient:innenanzahl die verfügbaren Ressourcen übersteigt, muss durch Triage eine Priorisierung der Patient:innen vorgenommen werden. Dabei werden die Patient:innen in verschiedene Triage-Kategorien unterteilt, die in Folge noch näher beschrieben werden.

Der Begriff *Allokation* stammt aus den Wirtschaftswissenschaften und bedeutet Verteilung der vorhandenen Mittel. In der Medizin versteht man darunter die Zuteilung von diagnostischen, therapeutischen oder personellen Ressourcen. Sind ausreichend Ressourcen vorhanden ist Allokation eine Form der Verteilungsorganisation. Sind weniger Ressourcen vorhanden als nötig wären, spielen bei der Verteilung ethische Aspekte eine wesentliche Rolle. Ziel muss eine gerechte Zuteilung der Ressourcen sein. Hugo Tristram Engelhardt identifiziert vier Ebenen der Allokation: Die obere Ebene der Makroallokation regelt den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttonettoprodukt eines Staates und die untere Ebene der Makroallokation die Aufteilung der Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems auf Prävention, kurative Medizin, Rehabilitation sowie Forschung und Lehre. Die obere Ebene der Mikroallokation regelt die Zuteilung medizinischer Maßnahmen an unterschiedliche Bevölkerungsgruppen. Nur die untere Ebene der Mikroallokation bezieht sich auf die individuelle Therapieentscheidung einer Ärzt:in. Dieses Modell ist keineswegs als starres Gebilde zu sehen. Es soll zeigen, dass Allokationsentscheidungen auf mehreren Ebenen getroffen werden und neben der Medizin auch die Politik wesentliche Allokationsentscheidungen treffen kann und muss [15].

Der Begriff *Triage light* findet sich erstmals im Herbst 2021 im Zuge der Covid-19-Pandemie in Zeitungsartikeln und Interviews [16-18]. Der Begriff „Triage light“ wurde von der Intensivmedizinerin Barbara Friesenecker verwendet und eingeführt, um die damalige Situation in den Krankenhäusern zu beschreiben. Die Entscheidungskaskade und

Indikationsstellungen in den Krankenhäusern waren in dieser Zeit verändert: Operationen mussten verschoben werden und Patient:innen wurden aufgrund des Ressourcenmangels schneller als sonst üblich auf Abteilungen mit niedriger geordneten Einheiten abtriiert. Dazu kam eine indirekte Triagierung durch die Patient:innen selbst, die trotz Herzinfarkt oder Schlaganfall aus Angst vor einer Infektion mit Sars-CoV-2 nicht ins Krankenhaus gekommen sind [19,20].

2.2 Triage in der zivilen Notfallmedizin

An dieser Stelle wird zwischen präklinischer und innerklinischer Triage unterschieden.

Präklinisch

Im Katastrophenfall oder bei einem Großschadenseinsatz kommt es vor, dass die personellen und/oder logistischen Ressourcen nicht ausreichen, um alle Verletzten so zu versorgen, wie es nötig wäre. Man spricht von einem Massenanfall von Verletzten (MANV). Primäres Ziel der medizinischen Versorgung ist, dass möglichst viele Menschen das Schadensereignis überleben sollen. Die in unserem Gesundheitssystem sonst übliche individualisierte, auf die Bedürfnisse einzelner Patient:innen genau abgestimmte Therapie ist im Rahmen einer Triage nicht mehr möglich.

Die Triage beruht auf einer ärztlichen Beurteilung der Gesamtsituation und ist eine Entscheidung über die prioritäre Behandlung von Patient:innen - hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung, sowie Art und Ziel des Abtransports [21]. Durch die Triage werden die Erkrankten in Triage-Kategorien eingeteilt, aus denen die Behandlungspriorität ersichtlich wird. Triage-Entscheidungen müssen auf medizinischen Beurteilungen beruhen und frei von ökonomischen Überlegungen sein. Triage kann Ordnung in die Hilfeleistung im primären Chaos eines Katastrophenfalls bringen und somit sinnvolle und erfolgreiche professionelle Hilfe ermöglichen.

Es gibt international mehrere Triage-Systeme für Großschäden und Katastrophen. Sowohl das deutsche Bundesamt für Bevölkerungsschutz als auch die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin empfehlen die Einteilung der Betroffenen in Sichtungskategorien, welche jeweils einer Farbe zugeordnet sind.

Sichtungskategorie I (ROT): Dieser Kategorie werden schwerverletzte Personen zugeteilt, die sofort Hilfe, wie zum Beispiel das Abbinden einer stark blutenden Verletzung oder die stabile Seitenlage, benötigen.

Sichtungskategorie II (GELB): Zu dieser Kategorie gehören schwerverletzte Personen, bei denen am Schadensort nur eine Notbehandlung möglich ist. Diese Personen müssen dringend in einem Krankenhaus behandelt werden. Dazu zählen Personen mit intraabdominellen Blutungen, raumfordernden Schädel-Hirn-Traumen oder Verletzungen großer Arterien.

Sichtungskategorie III (GRÜN): Personen, welche dieser Kategorie zugeteilt werden, können noch selbst laufen und sind leicht verletzt. Nach ärztlicher Sichtung kann diese Patientengruppe vor Ort erstversorgt und dann mit Mannschaftstransportwagen zur Weiterbehandlung ins Krankenhaus gebracht werden

Sichtungskategorie IV (BLAU): Dieser Kategorie werden Schwerverletzte mit geringen Überlebensaussichten zugeteilt. Der zeitliche und materielle Aufwand, der für die Behandlung nötig wäre, kann in einer Überlastungssituation nicht aufgebracht werden. Stattdessen steht bei dieser Patientengruppe die palliative Versorgung im Vordergrund.

Neben diesen Sichtungskategorien gibt es die Kennzeichnungen „EX“ (SCHWARZ) für Tote und „B“ (WEISS) für Betroffene ohne Verletzungen [21-23].

Innerklinisch

In der Notaufnahme wird der Begriff Triage als Synonym für Ersteinschätzung verwendet. Diese ermöglicht bei hohem Patientenaufkommen eine Behandlung nach Dringlichkeit und dadurch eine strukturierte, nachvollziehbare Behandlungsreihenfolge. Patient:innen in kritischem Zustand werden zuerst behandelt, später Patient:innen mit leichten Verletzungen und Erkrankungen. Es wurden verschiedene Triage-Systeme entwickelt, zu welchen unter anderem das Manchester-Triage-System, der Emergency Severity Index, die Australasian Triage Scale, die Canadian Triage und die Acuity Scale zählen.

Am Beispiel des Manchester-Triage-Systems soll aufgezeigt werden, wie eine Ersteinschätzung in Notaufnahmen ablaufen kann. Dabei werden Menschen, die in die Notaufnahme kommen in fünf Dringlichkeitskategorien unterteilt. Je nach Dringlichkeitskategorie variiert die maximale Zeit bis zum Arztkontakt. Der Arztkontakt muss in Kategorie I sofort, in Kategorie II sehr dringend (max. 10 Minuten), in Kategorie III dringend (max. 30 Minuten), in Kategorie IV normal (max. 90 Minuten) und in Kategorie V nicht-dringend (max. 120 Minuten) erfolgen [24].

Bei dieser Art der Triage erhalten, anders als bei der Triage im Katastrophenfall, alle Patient:innen die Behandlung, die sie benötigen. Triage dient nur der Ordnung der Patient:innen nach Dringlichkeit der benötigten Behandlung.

2.3 Triage bei Überlastung des Gesundheitssystems

Bis zu diesem Zeitpunkt beschränkte sich das Thema „Triage“ im Wesentlichen auf medizinische Akutsituationen in Katastrophenfällen. Als sich Anfang 2020 eine Viruserkrankung von China ausgehend auch in Europa ausbreitete, kamen neue Herausforderungen auf die Gesundheitssysteme und deren Mitarbeitende zu. Am 30. Januar 2020 erklärte die WHO die Viruserkrankung durch Sars-CoV-2 (COVID-19) zu einer gesundheitlichen Notlage internationaler Tragweite [25]. Während bei einem Großschadensfall

mit einem einmaligen Massenanfall von Verletzten mit zunehmender Zeit die Belastung für die beteiligten Helfenden vor Ort durch Abtransport der Verletzten in ein Krankenhaus kontinuierlich abnimmt, kommen im Falle eines überlasteten Gesundheitssystems aufgrund einer Infektionserkrankung kontinuierlich neue Patient:innen dazu und die Belastung wird zu einer an Intensität zunehmenden Dauerbelastung für alle betroffenen Mitarbeiter:innen im Gesundheitssystem. Die an COVID-19 erkrankten Personen benötigten zum Teil rasche invasive Beatmung bis hin zur Herz-Lungen-Maschine und breite intensivmedizinische Behandlung. Die italienische Gesellschaft für Anästhesie, Analgesie, Reanimation und Intensivtherapie (Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva-SIAARTI) hat früh erkannt, dass die Anzahl der Patient:innen, welche durch eine COVID-19-Erkrankung eine Intensivbehandlung benötigen, die vorhandenen Ressourcen schnell übersteigen würde und gab bereits am 6. März 2020 als erste europäische Fachgesellschaft eine klinisch-ethische Empfehlung zur Zuteilung von Intensivressourcen ab [26].

Es folgten kurz darauf am 17. März 2020 Stellungnahmen der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) und am 25. März 2020 der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), die sich mit der Verteilung knapper Ressourcen angesichts zunehmender Erkrankungszahlen und drohender Überlastung der Gesundheitssysteme befassten [27,28].

2.4 Handlungsempfehlungen anlässlich der Triage in der COVID-19-Pandemie

Der Inhalt der Empfehlungen zu Beginn der COVID-19-Pandemie im März 2020 der italienischen, österreichischen und deutschen Vereinigungen der Intensivmediziner:innen soll angeführt werden und einige Punkte, in denen sie sich unterscheiden, sollen verglichen werden.

Italien - raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensive e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di equilibrio tra necessità e risorse disponibili

Durch die Vorhersagen einer raschen weiteren Zunahme an Krankheitsfällen und die Erfahrung, dass Erkrankte vielfach eine invasive beziehungsweise nicht invasive Beatmung und Intensivbehandlung für ihr drohendes / stattfindendes Organversagen benötigen war schnell klar, dass die benötigten intensivmedizinischen Ressourcen die vorhandenen Kapazitäten bei weitem übersteigen würden und dadurch nicht jeder Erkrankte die benötigte Behandlung erhalten könnte. Diese Tatsache machte Empfehlungen nötig, die zum einen das Ziel hatten, den Ärzt:innen die schwierigen Entscheidungen der Ressourcenzuteilung zu erleichtern und zum anderen die Entscheidungskriterien festzulegen. Neben der Abwägung einer klinischen Angemessenheit der notwendigen Behandlung soll in Fällen von

Ressourcenknappheit auch die Abwägung der Verhältnismäßigkeit in die Therapieentscheidungen einfließen. Eine intensivmedizinische Behandlung war daher vor allem für jene Patient:innen mit der größten Wahrscheinlichkeit für einen Therapieerfolg und mit der höchsten Überlebenschance indiziert. In die Entscheidung müssen – sofern erhebbar - weitere Kriterien wie Abwägung der Komorbiditäten, Art und Schwere der Erkrankung und das Ausmaß der Einschränkung der Organfunktionen einfließen.

Die SIAARTI empfiehlt, dass Allokationsentscheidungen flexibel an die Gegebenheiten vor Ort angepasst und gemeinsam im Behandlungsteam getroffen werden sollen. Die Allokationsentscheidungen sollten immer alle intensivpflichtigen Patient:innen umfassen, nicht nur jene, die mit COVID-19 infiziert waren. Eine Erweiterung der Intensivkapazitäten soll nach Möglichkeit angestrebt werden. Behandlungen, die dem Patient:innenwillen widersprechen oder nicht indiziert sind, dürfen auch im Rahmen der Triage nicht durchgeführt werden und begonnene therapeutische Maßnahmen müssen regelmäßig auf ihre Sinnhaftigkeit geprüft werden und, falls nicht mehr begründet, beendet werden. Im Rahmen einer Therapiezieländerung darf eine palliative Therapie nicht verzögert werden und sollte – sofern qualifiziertes Personal zur Verfügung steht - auch angesichts einer totalen Überlastung des Gesundheitssystems und seiner Mitarbeiter:innen bei allen Patient:innen vorgenommen werden. Als eine ultima ratio Entscheidung für die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen angesichts vollständiger Überlastung des Systems wird die Einführung eines Alterslimits, falls notwendig, nicht ausgeschlossen. Ein Alterslimit soll zum Ziel haben die wenigen Ressourcen jenen mit der höchsten Überlebenschance zukommen zu lassen und auch jenen, bei denen am meisten Lebenszeit gerettet werden kann. Ethisch kann das Alter als alleiniges Entscheidungskriterium angesichts maximaler Überlastung des Gesundheitssystems im Rahmen von Triage-Entscheidungen herangezogen werden, da statistisch gesehen ältere Menschen mehr Komorbiditäten und daher angesichts schwerer Erkrankung eine schlechtere Überlebenschance haben. Im Rahmen einer Triage geht es um das Wohl der Mehrheit (möglichst viele Menschen sollen das Ereignis überleben) und damit sind die normalerweise individualisierten Therapieentscheidungen nicht mehr möglich. Empfohlen wird bei der Entscheidungsfindung unter Triage die Wichtigkeit der Einholung einer Zweitmeinung von erfahrenen Kolleg:innen – sofern dies logistisch möglich ist. Es wird auch auf die Notwendigkeit der psychologischen Nachsorge sowohl beim medizinischen Personal als auch bei Angehörigen von verstorbenen Patient:innen hingewiesen [26].

Österreich - Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der COVID-19-Pandemie

Die Prognosen der Entwicklung der COVID-19-Pandemie sagten auch in Österreich eine starke Zunahme an Patient:innen mit akuter Ateminsuffizienz und Intensivbedarf und damit

einhergehend einen kommenden Mangel an intensivmedizinischen Behandlungsressourcen voraus. Ausgehend vom schlimmsten vorstellbaren Szenario, sollte die Stellungnahme der ARGE Ethik der ÖGARI den Behandlungsteams als praktische Orientierung dienen. Auch die Gesellschaft darüber aufklären wie eine drohende Triage-Situation, angesichts der zunehmenden Schwere der Pandemie ablaufen würde, war im Fokus der medialen Bemühungen der ARGE Ethik der ÖGARI. In großen Teilen überschneiden sich diese Empfehlungen mit jenen der SIAARTI. Es wird empfohlen die Entscheidungen an die lokalen Gegebenheiten anzupassen und die allgemeinen medizinethischen Kriterien bezüglich Therapiezieländerung, Patient:innenwille und Indikationsstellung zu beachten. Im Falle einer Überlastung soll bei Ressourcenknappheit vom sonst üblichen „first come, first serve“-Prinzip abgesehen werden und andere Kriterien zur Beurteilung der Indikation für den Beginn einer Intensivtherapie herangezogen werden. Durch die Beurteilung der Komorbiditäten und mittels einfacher Scores (ADL, Frailty, SOFA, POS-POM) soll die Abschätzung der kurzfristigen Überlebensaussicht/Mortalitätswahrscheinlichkeit erleichtert und dadurch den Patient:innen mit besserer Überlebenschance bevorzugt die knappen intensivmedizinischen Ressourcen zugeteilt werden [29-32].

Die Aussichtslosigkeit und die Unverhältnismäßigkeit einer Maßnahme müssen, wie auch unter Normalbedingungen, die Beendigung der Therapie und eine Umstellung auf Comfort Terminal Care (CTC) im Rahmen palliativmedizinischer Maßnahmen zur Folge haben: Atemnot, Schmerzen und Angst müssen im Rahmen der Therapie am Lebensende gelindert werden. Eine palliative Begleitung kann und muss auch auf der Intensivstation im Rahmen einer CTC erfolgen. Der Ressourcenmangel im Rahmen einer Triage lässt dies allerdings meist nicht zu. Eine adäquate palliativmedizinische Versorgung musste daher häufig auf einer Normalstation durchgeführt werden – sowohl nach Abtransfer von der ICU auf eine Normalstation als auch durch Nicht-Aufnahme auf eine ICU wegen zu schlechter Überlebenschance. Triage-Entscheidungen sollten so früh wie möglich und auch unter Stress und Zeitmangel möglichst transparent und nachvollziehbar erfolgen. Dazu hat die ARGE Ethik der ÖGARI das Ausfüllen der Checkliste ab dem Zeitpunkt der Aufnahme einer Patient:in ins Krankenhaus zur Dokumentation empfohlen. Die Checkliste sollte Patient:innen während der Corona-Pandemie auf ihrem Weg durch das Krankenhaus begleiten und die Therapieentscheidungen trotz Stress und Zeitmangel nachvollziehbar machen [27].

Die ARGE Ethik der ÖGARI sieht Allokationsentscheidungen anhand des Alters sehr kritisch. Dazu folgende Gedanken aus der SOP der ÖGARI:

„Alter alleine zur Prognoseeinschätzung zu verwenden verletzt das verfassungsrechtlich verankerte Diskriminierungsverbot, weil ältere Menschen dann ‚weniger wert‘ wären als junge

Menschen. Das Gerechtigkeitsprinzip bemüht sich aber präsumiert werden, dass steigendes Alter einschränkend auf die Überlebenschancen wirkt, weil ältere Menschen häufiger gebrechlich sind und/oder an Co-Morbiditäten leiden. Bei einem Massenansturm schwerst Erkrankter muss Alter daher im Falle großen Triagegedrucks im Rahmen kurzfristiger Prognosestellung als Risikofaktor für Sterblichkeit berücksichtigt werden (z.B. Alter > 85a bei SARS-CoV-2).“ [33]

In Kapitel 3.4 wird die Thematik von Allokationsentscheidungen anhand des Alters ausführlicher diskutiert.

Die ARGE Ethik der ÖGARI veröffentlichte zudem eine Checkliste und die dazugehörige Standard Operating Procedure (SOP), welche im Falle einer Triage aus Anlass von Ressourcen-Mangel im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie angewendet werden können [33,34].

Die Checkliste der ÖGARI ermöglicht die medizinischen Informationen, die im Rahmen von Allokationsentscheidungen unter Ressourcenmangel erforderlich sind, nachvollziehbar zu dokumentieren.

Dazu gehört die Erhebung von Begleiterkrankungen, die mit einer verkürzten Lebenserwartung einhergehen, wie schwere Herzinsuffizienz, fortgeschrittene Niereninsuffizienz / Dialysepflichtigkeit, schwerer Leberschaden, schwere Lungenerkrankung, fortgeschrittene Demenz, neurodegenerative Erkrankungen, aktive maligne Grunderkrankungen, Immunsuppression / Autoimmunerkrankungen. Die folgenden Scores sollen helfen das Mortalitätsrisiko einer Patient:in realistischer einzuschätzen: Während der Pandemie sollten mit Eintreffen aller erkrankten Menschen – nicht nur der COVID-Patient:innen - im Krankenhaus der ADL – Score (Activity of Daily Life) und die Clinical Frailty Scale nach Dalhousie (CFS) sobald als möglich erhoben und auf der Checkliste dokumentiert werden, sodass diese Informationen im Falle einer Verschlechterung den Entscheidungsträger:innen z.B. über Intensiv- oder OP-Ressourcen für eine adäquate Entscheidungsfindung zur Verfügung stehen. Zusätzlich soll bei chirurgischen Patient:innen der POS-POM-Score zur Abschätzung des Mortalitätsrisikos im Rahmen notwendiger chirurgischer Eingriffe und bei intensivpflichtigen Patient:innen der Sequential organ failure assessment (SOFA) – Score zur Erfassung des Grades des Multiorganversagens und der daraus resultierenden Mortalitätswahrscheinlichkeit durchgeführt werden. In Folge sollen die erwähnten Scores erläutert werden.

ADL-Score (Activity of Daily Life Score)

Mittlerweile gibt es hochkomplexe ADL-Scores, die sehr differenziert die Fähigkeiten der Patient:in beurteilen, mit den Herausforderungen im Rahmen der Aktivitäten des täglichen

Lebens fertig zu werden. Der hier vorgeschlagene, sehr schnell und einfach erhebbare ADL-Score von Katz aus dem Jahr 1963 wurde deshalb gewählt, da die angeführten Parameter von Pflegepersonen im Rahmen eines Routine-Aufnahmegespräches sowieso immer erhoben werden, dies sehr schnell und einfach möglich ist und im Stress und unter Zeitmangel ein grober Überblick über die Fähigkeiten der Patient:in gewonnen werden kann. Durch den ADL-Score können die Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität der Patient:in beurteilt werden. Dabei wird die Selbstständigkeit durch sechs Alltagskompetenzen beurteilt: Essen, Toilette, Mobilität, Baden/Duschen, Anziehen und Kontinenz. In jedem Bereich können bei kompletter Selbstständigkeit drei Punkte erreicht werden. Ist eine Aktivität mit Hilfe möglich, werden zwei Punkte vergeben, bei kompletter Abhängigkeit ein Punkt. Es können maximal 18 Punkte erreicht werden. Ein ADL-Score kleiner/gleich zehn Punkte gilt als prognostischer Faktor für ein schlechtes Outcome und ein verschlechtertes Rehabilitationspotenzial nach Intensivtherapie [29,33].

Clinical Frailty Scale

Die Clinical Frailty Scale nach Dalhousie (CFS) sollte vom ärztlichen Personal erhoben werden. Frailty bedeutet Gebrechlichkeit. Frailty wird definiert als eine erniedrigte physiologische Reserve und Widerstandskraft gegen Stressoren. Anhand der Clinical Frailty Scale können die Patient:innen in neun Kategorien eingeteilt werden. Dabei ist die erste Stufe "Very Fit", bei zunehmenden Stufen von Gebrechlichkeit bis hin zu "very severely frail (8. Stufe) und schlussendlich die neunte Stufe "terminally ill" (aber nicht notwendigerweise frail) [30].

Steigende Werte der Clinical Frailty Scale (ab einem Wert größer gleich 5 - Living with mild frailty) korrelieren mit einem immer schlechteren Outcome und einer zunehmend erhöhten Mortalität nach Intensivtherapie [30,35,36].

Die Clinical Frailty Scale ist daher generell bei Entscheidungen über die Aufnahme auf eine Intensivstation sinnvoll und nützlich und kann speziell unter Triage-Bedingungen ein gutes Tool sein, um schnell ein Gefühl für die Prognose der Patient:in zu bekommen [37].

POS - POM - Score (Präoperativer Score zur Vorhersage postoperativer Mortalität)

Dieser Score muss vom ärztlichen Personal erhoben werden. Der POS-POM-Score korreliert die Komorbiditäten einer Patient:in mit der Invasivität eines chirurgischen Eingriffs und berechnet das Mortalitätsrisiko in Prozent binnen eines Jahres nach der Operation. Auch der POS - POM - Score kann sehr schnell und einfach im Internet über <http://perioperativerisk.com/mortality/> berechnet werden. In der Studie, die zur Validierung des Scores geführt hat, korrelieren folgende Parameter und Vorerkrankungen mit einer erhöhten Mortalität: Ischämische Herzerkrankung, Arrhythmien, chronische Herzinsuffizienz, Kardiomyopathie, PAVK, Demenz, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Hemiplegie, COPD, Chronische

Ateminsuffizienz, Chronischer Alkoholmissbrauch, Krebserkrankung, Diabetes, Transplantation, Hämodialyse und Chronisches Nierenversagen [31].

SOFA-Score (Sequential Organ Failure Assessment)

Auch der SOFA-Score muss von Ärzt:innen erhoben werden. Er dient der Einschätzung der Schwere der Organdysfunktion und des daraus resultierenden Mortalitätsrisikos. Dabei werden in 6 Organsystemen jeweils null bis maximal vier Punkte für die Schwere des Organversagens vergeben.

Organfunktion	Parameter
Atmung	PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)
ZNS	Glasgow Coma Scale
Herz-Kreislauf-System	Mittlerer arterieller Blutdruck oder Einsatz von Vasopressoren
Leberfunktion	Bilirubin mg/dl
Blutgerinnung	Thrombozyten x 10 ³ / µl
Nierenfunktion	Kreatinin mg/dl

Tabelle 2.1: SOFA-Score

Im SOFA-Score können maximal 24 Punkte erreicht werden. Mit zunehmender Punktezahl im SOFA-Score steigt auch die Mortalitätswahrscheinlichkeit der Patient:innen [32,38].

Weitere Bestandteile der Checkliste sind die Fragen, ob eine Intensivaufnahme indiziert ist, ob Intensivkapazitäten frei sind und ob der Patient:innenwille, in Form einer Patient:innenverfügung, einer Vorsorgevollmacht oder mündlich, vorliegt. Auch die Frage nach dem Verlegungsort ist unbedingt auszufüllen, damit im Stress und unter Zeitdruck keine Patient:innen auf ihrem Weg durch das Krankenhaus „verloren“ gehen.

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

Die Stellungnahme entspricht inhaltlich in großen Teilen jener der ARGE Ethik der ÖGARI. Darin wird die individuelle, patientenzentrierte Entscheidungsfindung durch zusätzliche Faktoren der Entscheidungsfindung bezüglich der Ressourcenknappheit ergänzt. Die Priorisierung erfolgt nach dem Kriterium der Erfolgsaussicht. Bei der Priorisierung sollen keine Menschenleben gegeneinander abgewogen werden, sondern vielmehr Ressourcen verantwortungsbewusst eingesetzt und verteilt werden. In die Abwägung zur Ressourcenzuteilung müssen alle Patient:innen eingebunden werden, nicht nur jene, die an COVID-19 erkrankt sind. Zudem verbietet der Gleichheitsgrundsatz eine Priorisierung aufgrund des Alters oder sozialer Kriterien. In der Stellungnahme der DIVI wird zudem die

Wichtigkeit des Mehraugenprinzips und Score-basierter Entscheidungshilfen betont. Die Beendigung einer Intensivtherapie kann im Rahmen einer Therapiezieländerung auf Basis fehlender Indikation für die Weiterführung der Therapie oder im Rahmen einer Priorisierungsentscheidung auf Basis der besseren Überlebenschancen erfolgen [28].

Die medizinische Entscheidungsfindung im Rahmen der Triage bei Überlastung des Gesundheitssystems ist komplex. Länderübergreifend sind sich die zuständigen Fachgesellschaften einig, dass Triage-Entscheidungen auf Basis der Überlebenschancen von Patient:innen getroffen werden müssen. In der Folge wird diskutiert, dass diese Entscheidungsfindung auf Basis der Überlebenschancen aber durchaus auch Kritik erfahren hat.

3. Triage – folgenschwere Rechtsprechung in Deutschland – sowohl für Patient:innen als auch für medizinische Fachkräfte

Die drohende Triagesituation in der COVID-19-Pandemie führte zu einer Diskussion über die gerechte Verteilung der intensivmedizinischen Ressourcen. Auf die Verfassungsbeschwerde von Nancy Poser folgte in Deutschland eine Gesetzesänderung des Infektionsschutzgesetzes. In der Gesetzgebungsdebatte wurde klar, wie wichtig eine Auseinandersetzung mit den ethischen Prinzipien als Basis solcher Triage-Entscheidungen ist.

3.1 Verfassungsbeschwerde durch Nancy Poser

Im Juni 2020 reichte die Richterin Nancy Poser, mit acht weiteren Personen, eine Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht in Deutschland ein. Sie bemängelt, dass bei drohender Triage im Zuge der COVID-19-Pandemie Menschen mit Behinderung diskriminiert würden.

Am 16. Dezember 2021 gab der Bundesverfassungsgerichtshof ihr und sieben weiteren Beschwerdeführern recht. Einzig die Beschwerde von Beschwerdeführer 9, einem 77-jährigen Koronarik mit Diabetes Mellitus Typ 2, wird im Beschluss des Ersten Senats verworfen. Aus dem Beschluss geht hervor, dass der Gesetzgeber Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes (GG) verletzt, da er unterlassen hat, Menschen mit Behinderung bei der Allokation von intensivmedizinischen Ressourcen vor Diskriminierung zu schützen [39].

In Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des deutschen Grundgesetzes heißt es: Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Der Schutzauftrag kann sich, so der Bundesverfassungsgerichtshof, zu einer Schutzpflicht verdichten, wenn durch die Benachteiligung eine Gefahr für hochrangig grundrechtlich geschützte Rechtsgüter, wie das Leben, einhergeht. Da der vorliegende Beschwerdefall die Benachteiligung bei der Zuteilung von überlebenswichtigen intensivmedizinischen Ressourcen anprangert, trifft die genannte

Schutzpflicht zu. Durch den Beschluss wird der Gesetzgeber beauftragt, dafür zu sorgen, dass Menschen mit Behinderung in einer Triage-Situation nicht benachteiligt werden [39].

Um der Forderung des Bundesverfassungsgerichts nachzukommen, startet im Deutschen Bundestag ein Gesetzgebungsverfahren. Sowohl Behindertenverbände als auch medizinische Fachgesellschaften bringen ihre Forderungen in die Gesetzgebungsdebatte ein. Nancy Poser fordert, statt der ärztlichen Entscheidung nach den Kriterien der besten Überlebenschancen die Triage-Entscheidungen dem Zufallsprinzip zu überlassen. Mit einem sogenannten „Losverfahren“ könnten „gerechtere“ Entscheidungen ohne Diskriminierung getroffen werden [40].

Das Losverfahren ist ein anerkanntes, ethisch akzeptiertes Verfahren zur Entscheidungsfindung für die Verteilung von Gütern, allerdings nur bei vollkommen gleicher Ausgangssituation, in der es kein anderes Entscheidungskriterium gibt (wie z. B. eine bessere Überlebenschance). Bei medizinischen Entscheidungen kann man niemals von einer vollkommen gleichen Ausgangssituation verschiedener Menschen ausgehen. Daher kann das Losverfahren im Rahmen von Triage-Entscheidungen nicht gerechter oder ethisch besser sein als ärztliche Entscheidungen, die sich an der Überlebenschance orientieren.

Eine Gesetzesänderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wird im November 2022 vorgenommen. Unter §5c wird das „Verfahren bei aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten“ geregelt. Darin heißt es, dass niemand bei einer ärztlichen Entscheidung über die Allokation von intensivmedizinischen Ressourcen benachteiligt werden soll. Die Zuteilungsentscheidung darf nur aufgrund der **„aktuellen und kurzfristigen Überlebenschance“** der betroffenen Patient:innen getroffen werden. Behandlungsressourcen, die bereits Patient:innen zugeteilt wurden, werden von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen (Verbot der Ex-Post-Triage, s. u.). Die Triage-Entscheidungen müssen von zwei Fachärzt:innen getroffen werden, die mehrjährige Erfahrung in der Intensivmedizin haben (§5c IfSG) [41].

3.2 Losverfahren versus Score-basierte, ärztliche Allokationsentscheidungen

Im Infektionsschutzgesetz ist nun in Deutschland genau geregelt, wie und nach welchen Kriterien Ärzt:innen Triage-Entscheidungen treffen müssen und zudem wird die Ex-Post-Triage explizit verboten. Es soll an dieser Stelle die Frage diskutiert werden, ob Ärzt:innen überhaupt Triage-Entscheidungen anhand der Überlebenschance treffen dürfen oder ob das von Nancy Poser geforderte Losverfahren besser geeignet wäre und somit die Zuteilung von intensivmedizinischen Ressourcen durch Anwendung des Zufallsprinzips (Losverfahren) nicht doch das bessere / gerechtere Entscheidungsverfahren wäre? „...Nur

eine Randomisierung schütze alte, schwache und behinderte Menschen wirklich vor Diskriminierung...“. Dies stellen der Deutsche Caritasverband e. V. und der Interessensverband Selbstbestimmt Leben e. V. fest [42,43].

Es wird argumentiert, dass durch ein Zufallsverfahren alle Patient:innen die gleichen Chancen auf eine Intensivbehandlung hätten. Das Los soll gerechtere Allokationsentscheidungen ermöglichen. Es stellt sich die ethische Frage, wie gerecht eine Gleichbehandlung bei ungleicher Ausgangslage sein kann. Bartenschlager evaluierte verschiedene Triage-Ansätze auf Intensivstationen und kam zum Ergebnis, dass Score-basierte Entscheidungen nach der Überlebenswahrscheinlichkeit mit einer niedrigeren Gesamtmortalität (25%) im Vergleich zu First-Come-First-Serve oder Zufallsprinzip-Entscheidungen (31%) einhergehen [44]. Somit wird ersichtlich, dass Triage-Entscheidungen anhand der Überlebenswahrscheinlichkeit das Gesamtüberleben verbessern. Der Gedanke „*The Best for the Most*“ im Sinne einer utilitaristischen Maximierung der geretteten Patient:innen ist für das Forum behinderter Juristinnen und Juristen nicht mit der Menschenwürde vereinbar. Sie befürchten, dass dieses Vorgehen, eine „Selektion der Starken“ zur Folge hat – nicht nur in Triage-Situationen [45].

Menschenleben dürfen nicht gegeneinander abgewogen werden. Dies kann man aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 2006 entnehmen. Der Abschuss eines Flugzeugs, das gegen mehrere Menschenleben eingesetzt wird, ist nicht mit dem „Recht auf Leben nach Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG in Verbindung mit der Menschenwürdegarantie des Artikel 1 Absatz 1 GG“ vereinbar, falls tatunbeteiligte Menschen im Flugzeug seien [46].

Triage-Entscheidungen sind jedoch kein Abwägen im Sinne eines lebenswerten oder lebensunwerten Lebens (was generell und speziell bei unserer Vorgeschichte des Nationalsozialismus ein großes Tabu ist), sondern vielmehr ein Abwägen, welche Patient:innen am meisten von der Behandlung profitieren können und die größte Überlebenschance haben. Der verantwortungsvolle Umgang mit den vorhandenen Ressourcen steht besonders auch in Situationen eines Ressourcenmangels im Vordergrund. Triage-Entscheidungen sind komplexe Entscheidungen und daher wäre es wichtig auch unter maximaler Überlastung, großem Zeitdruck, Stress und Informationsmangel möglichst mehr als nur das Alter als Entscheidungskriterium zu verwenden - anders als es zu Beginn der Corona-Pandemie in Italien und Frankreich geschehen ist [33].

Weder Herkunft, Hautfarbe oder sozialer Status, noch das Alter allein oder eine Behinderung dürfen nach der UN-Menschenrechtskonvention als Entscheidungskriterium für die Zuteilung von knappen Ressourcen herangezogen werden (auch nicht in Triage-Situationen) [47].

Die Frage, ob und warum eine Ungleichbehandlung von Menschen mit unterschiedlichen kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeiten gerechtfertigt ist, ist essenziell. Unterschiedliche Überlebenswahrscheinlichkeiten rechtfertigen im Rahmen eines Ressourcenmangels eine Ungleichbehandlung, weil in Triage-Situationen das Wohl aller und nicht mehr die individuelle

Therapie einzelner Patient:innen an erster Stelle steht. Die Frage nach dem besten Nutzen der vorhandenen, knappen Ressourcen für die meisten erkrankten Menschen („the best for the most“) begründet im utilitaristischen Denkansatz die für eine Triage empfohlene Entscheidungsfindung. Zu bedenken ist, dass es auch beim Kriterium „the best for the most“ mehrere Denkmöglichkeiten gibt: Die Entscheidung kann sich sowohl an der Gesamtzahl der Überlebenden (so wie derzeit - einem ethisch-utilitaristischen Denkansatz folgend) als auch an der Anzahl geretteter Lebensjahre (starker Fokus auf das Alter, was generell ethisch schwerer begründbar ist) oder an der Lebensqualität der Geretteten orientieren, wobei dies bei Zeitmangel und mit wenig Wissen um Wünsche und Wertvorstellungen der Erkrankten im Stress einer Triage-Situation durch eine reine Betrachtung von außen nicht nachvollziehbar begründbar wäre.

Durch die Einführung eines Losverfahrens für die Entscheidung, wer die knappe Ressource erhalten soll, käme es unweigerlich zu einer Benachteiligung der Personen mit guter Überlebenschance, weil das Gesamtrisiko zu versterben, wie oben erwähnt, durch Anwendung des Zufallsprinzips steigt. Risikogruppen (z.B. ältere und behinderte Menschen) hätten statistisch gesehen aufgrund ihrer Komorbiditäten eine schlechtere Überlebenschance und angesichts einer Intensivbehandlung mit Multiorgandysfunktionssyndrom einen höheren Ressourcenverbrauch (schwerere Erkrankungsverläufe mit längerer Liegedauer, erhöhter Medikamentenverbrauch, längere Beatmungsdauer, usw.), was jüngere, gesündere Menschen benachteiligen würde [44]. Der einzige Fall in dem ein Losverfahren ethisch vertretbar wäre, wäre bei einer vollkommen gleichen Ausgangslage der Patient:innen. Da schwer erkrankte, intensivpflichtige Patient:innen immer hochkomplexe Patient:innen sind, so auch im Falle der Triage von schwer erkrankten COVID-19-Patient:innen, ist eine idente Ausgangslage keine realistische Annahme.

Für ein Losverfahren spricht - oberflächlich gesehen - auf den ersten Blick die psychische Entlastung der behandelnden Ärzt:innen, da diese somit keine Triage-Entscheidung mehr treffen müssten, da einfach diejenigen Patient:innen, die ausgelost werden, aufgenommen und behandelt werden, bis sie entweder lebend die Intensivstationen wieder verlassen oder versterben - egal wie schwer krank sie vor Aufnahme sind, welche Komorbiditäten sie mitbringen, wie lange sie auf der Intensivstation liegen und wie hoch das Mortalitätsrisiko ist. Beim „first come, first served“ Prinzip, das bei ausreichenden Ressourcen das übliche Procedere in unserem Gesundheitssystem ist, kann man alle Patient:innen zeit- und bedürfnisgerecht versorgen. Bereits in den 1950er Jahren musste über die Verteilung von medizinischen Ressourcen entschieden werden. Damals wurde die Hämodialyse bei chronischem Nierenversagen wesentlich weiterentwickelt, konnte aber nur einer begrenzten Anzahl an Patient:innen angeboten werden. Über die Zulassung entscheiden sollte ein

anonymes Zulassungskomitee „The Admissions and Policies Committee of the Seattle Artificial Kidney Centre at Swedish Hospital“. Aus heutiger Sicht war dies das erste klinische Ethikkomitee, welches Triage-Entscheidungen treffen musste. Die Mitglieder sollten die damalige Gesellschaft repräsentieren. Dazu gehörten ein Bankier, ein Pfarrer, eine Hausfrau, ein Regierungsbeamter, ein Chirurg, ein Arbeitnehmer-Vertreter und ein Anwalt. John Myers wird mit folgender Aussage zitiert, aus welcher klar wird, dass solche Allokationsentscheidungen schon damals als Last verstanden wurden:

„I guess that as long as facilities are not unlimited, somebody has to pick and choose. And then they have to go home and sleep at night. What a dreadful decision! It's like trying to play God. Frankly, I'm surprised the doctors were able to round up seven people who were willing to take the job.“ [48]

Schon damals wurde darüber diskutiert die Entscheidung der Allokation dem Zufall zu überlassen, um den schwierigen Entscheidungen aus dem Weg zu gehen. Die Auswahl der Patient:innen, welche die Dialysetherapie erhalten sollten, stützte sich damals auf die Erfolgsaussichten (vergleichbar mit der Überlebenschance) und die familiäre Situation der Patient:innen [49].

Ob ein Losverfahren positive Auswirkungen auf den psychischen Stress des behandelnden Personals hat, darf angezweifelt werden. Durch ein Losverfahren würde es unweigerlich zu Situationen kommen, in denen die gebrechliche, multimorbide Patient:in mit geringer Überlebenschance das vorhandene Intensivbett über Wochen/Monate belegt, während Patient:innen mit guter Überlebenschance, z.B. ohne Komorbiditäten oder andere Risikofaktoren, vor den Türen einer Intensivstation versterben würden - das würde von den medical professionals mit großer Wahrscheinlichkeit schlecht/nicht akzeptiert werden und wäre noch mehr Grund für psychische Erschöpfung und Burnout - was nach der Corona-Pandemie durch den extremen Personalverlust speziell im Pflegebereich, aber auch im Gespräch mit Ärzt:innen beobachtet werden konnte. (siehe Kapitel: Ergebnisse)

Bei kritischer Betrachtung der Klage und der darauffolgenden Rechtsprechung muss man feststellen, dass bei Entscheidungen nach dem Losverfahren absurderweise neben vielen anderen Menschen mit besserer Überlebenschance gerade auch die angesprochene, besonders schützenswerte Gruppe von Menschen mit Behinderung benachteiligt und schlechter versorgt würde, da die Intensivbetten mit wenigen, schwerstkranken Patient:innen für lange Zeit belegt wären, die bei schlechterer Überlebenschance einen verlängerten Intensivaufenthalt aufgrund schwerwiegender Komorbiditäten oder der Schwere der Erkrankung hätten. Dies führt, wie bereits oben erwähnt, zu einem geringeren Gesamtüberleben aller Patient:innen, die eine Intensivtherapie benötigen, auch der behinderten Menschen [44].

3.3 Verbot der Ex-Post-Triage

Durch die Änderung des Infektionsschutzgesetzes in Deutschland wurde die *Ex-Post-Triage* verboten: das heißt, dass Patient:innen, denen bereits eine Behandlungsressource zugeteilt wurde, diese nicht zugunsten anderer Patient:innen mit besserer Überlebensaussicht entzogen werden darf. Somit gilt die Triage-Regelung in Deutschland nur für die sogenannte *Ex-Ante-Triage*: Hier werden nur Ressourcen zugeteilt, die vorher noch keiner Patient:in zugeteilt wurden. Das Verbot der Ex-Post-Triage bringt sehr viele Nachteile für alle schwer erkrankten Patient:innen - auch für behinderte Menschen - mit sich: Sind beispielsweise bei Überlastung des Gesundheitssystems alle intensivmedizinischen Ressourcen vergeben, so können Patient:innen mit sehr guter Überlebenschance, die eine intensivmedizinische Versorgung benötigen, nicht versorgt werden und sterben vor den Türen einer Intensivstation, auf der Patient:innen mit schlechterer Überlebenschance weiter behandelt werden müssen. Diese Situation entspricht dem oben bereits erwähnten First-Come-First-Serve-Prinzip (FCFS), allerdings unter Ressourcenmangel, wobei das FCFS-Prinzip das in unserem Gesundheitssystem das übliche Procedere für die Versorgung schwerstkranker Menschen ist, wenn es keinen Ressourcenmangel gibt und alle schwer kranken Menschen ihren medizinischen Bedürfnissen entsprechend versorgt werden können. Eine Zuteilung nach dem FCFS-Prinzip ist vor allem in Kombination mit dem Verbot der Ex-Post-Triage ethisch auch deswegen hoch problematisch, weil ein früheres Eintreffen im Krankenhaus oder ein früheres Auftreten der Erkrankung ethisch in keiner Weise den höheren Anspruch auf eine Behandlung rechtfertigt. Ein weiterer Nachteil des Verbots der Ex-Post Triage ist, dass die Triage-Entscheidungen dadurch in die Notaufnahmen vorverlagert werden und ein sogenanntes „ICU-Trial“ bei Hochrisikopatient:innen bei noch vorhandenen, aber knappen Ressourcen eher vermieden wird, da diese Patient:innen erfahrungsgemäß den längeren/schweren Verlauf auf einer ICU mit höherem Mortalitätsrisiko haben und dann deswegen von vorneherein eher nicht auf eine ICU aufgenommen werden würden, um dort das Bett nicht Patient:innen mit besserer Überlebenschance, die im Rahmen einer Pandemie mit großer Wahrscheinlichkeit anfallen werden (und auch angefallen sind) vorzuenthalten. In den vollen Ambulanzen, wo viele schwerstkranke Patient:innen mit einem raschen Bedarf an intensivmedizinischer Versorgung behandelt werden, sind Prognoseabschätzungen aufgrund des Zeitmangels, des Stresses und unter Informationsmangel noch schwieriger und auch nur sehr begrenzt möglich. Den Fokus der Triage generell komplett in die Notaufnahmen zu verschieben, hätte mit großer Wahrscheinlichkeit eine strengere Indikationsstellung für den Beginn einer Intensivbehandlung zur Folge. Damit einhergehend käme es mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Benachteiligung aller Menschen, die ein Intensivbett brauchen, vor allem aber von alten Menschen, Menschen mit chronischen Erkrankungen, schweren Komorbiditäten, einem

höheren Grad an Gebrechlichkeit, aber auch von Menschen mit schweren Behinderungen, weil diese statistisch gesehen die schlechtere Prognose, das schlechtere Rehabilitationspotential und das höhere Mortalitätsrisiko angesichts schwerer Erkrankung haben, was – allerdings nur unter Triage-Bedingungen - ein Entscheidungskriterium sein muss, wenn es darum geht bei knappen Ressourcen die meisten Menschen mit der höchsten Überlebenschance zu retten. Unter Triage-Kriterien, wo Ärzt:innen im Rahmen ihrer Entscheidungsfindung das Wohl der Mehrheit im Auge haben müssen und eine individuelle Therapieentscheidung aufgrund des Ressourcenmangels (ICU-Kapazität, Personal), im Stress, unter Zeitmangel und im Informationsdefizit schlecht/nicht möglich ist, kommt es also durch das Verbot der Ex-Post-Triage absurderweise neben einer Benachteiligung all dieser genannten Risikogruppen auch zu einer schlechteren Versorgung der Menschen mit einer guten/besseren Überlebenschance, was ethisch nicht vertretbar ist und in den Augen des Verfassers dieser Diplomarbeit Folge einer nicht zu Ende überlegten und ethisch nicht ausgewogenen Rechtsprechung ist [50]. Das Verbot der Ex-Post-Triage hat außerdem die Tendenz ärztliche Entscheidungsfindung in der Situation einer Triage zu kriminalisieren, was angesichts dieser sowieso schon maximal belastenden ärztlichen Entscheidungssituation ein weiterer Grund für ein Burnout sein kann [51,52].

Zudem besteht die Gefahr, dass dieses Gesetz auch in der Zeit nach der Pandemie Wirkung haben wird. Das Gesetz regelt zwar in keiner Weise die ärztliche Arbeit in der „normalen“ Nicht-Triage-Situation, kann aber bei Ärzt:innen trotzdem Verunsicherung rund ums Thema der Therapiezieländerung auslösen. Fortschritte bei den jahrelangen Bemühungen Ärzt:innen dahingehend auszubilden, dass sie gut begründet, rechtzeitige Therapiezieländerungen zum Wohle der Patient:innen indizieren, um Übertherapie und deren negative Folgen zu vermeiden (zu allererst für die betroffenen Patient:innen, aber auch deren Angehörige und für im Gesundheitssystem arbeitende medical professionals), werden durch ein solches Gesetz unter Umständen um Jahre zurückgeworfen [53-56].

Dabei gilt nach wie vor, dass der Nicht-Beginn und die Beendigung einer technisch machbaren medizinischen Handlung bei fehlender Indikation ethisch gleichwertig sind. Aufklärung und Information sind daher essenziell, um die derzeit eher häufig beobachtete Defensivmedizin zu verhindern. Ein medizinischer Ausweg aus dem Verbot der Ex-Post-Triage, ohne mit der Rechtsprechung in Konflikt zu geraten ist eine sehr differenzierte und enge medizinische Indikationsstellung sowohl für den Beginn als auch für die Fortführung einer begonnenen Intensivtherapie mit einer rechtzeitigen und gut begründeten Therapiezieländerung bei kritisch kranken Patient:innen, die ein hohes Risikopotential haben eine ICU-Behandlung nicht bzw. mit einem schlechten Outcome zu überleben (physische/psychische Abhängigkeit/schwerer Pflegefall als wahrscheinliches Outcome nach schwerer Erkrankung und langdauernder Intensivpflichtigkeit, wenn Patient:innen Risikofaktoren haben, wie Gebrechlichkeit, hohes

Alter, schwere Komorbiditäten). Dies ist nichts was sich Menschen wünschen. Ein großer Teil der befragten, älteren Menschen wünscht zwar eine mechanische Beatmung und eine Sondenernährung für einen kurzen Zeitraum bei Aussicht auf Besserung, aber nur sehr wenige über einen längeren Zeitraum, wenn die Wahrscheinlichkeit als Pflegefall zu enden groß ist [57].

3.4 Hohes Alter als Triagekriterium

In Überlastungssituationen des Gesundheitssystems wurde immer wieder berichtet, dass bei Stress, Zeit-, Informations- und Ressourcenmangel das Alter der Patient:innen als alleiniges Triage-Kriterium angewandt wurde [58,59]. Auch die SOP der ÖGARI zur Triage bewertet eine Triage aufgrund des Alters kritisch. Es wird betont, dass dies eigentlich nicht mit dem in der Verfassung verankerten Diskriminierungsverbot vereinbar ist. Hohes Alter allein ist kein medizinischer Faktor, der einen geringeren Anspruch auf eine Intensivtherapie mit sich bringt. Triage-Entscheidungen allein auf Basis des Alters würden älteren Menschen einen geringeren Lebenswert zusprechen. Dass Alter dennoch immer wieder als alleiniges Triage-Kriterium angesichts maximaler Überlastung im Ressourcenmangel berichtet wird, wenn keine individualisierte Therapieentscheidung möglich ist, kann damit begründet werden, dass mit zunehmendem Alter statistisch gesehen Komorbiditäten und die Gebrechlichkeit zunehmen, was wiederum mit einer schlechteren Überlebenschance im Rahmen schwerer Erkrankung einhergeht. Falls es aber Zeit und Möglichkeiten zulassen, sollte zusätzlich zum Kriterium des Alters die Triage-Entscheidung basierend auf altersunabhängigen Scores getroffen werden (ADL-Score, Frailty-Score nach Dalhousie). Durch diese Scores kann der gesundheitliche Zustand der Patient:innen differenzierter erfasst und so die aktuelle und kurzfristige Überlebenschance auch in der Triage-Situation realistischer und gerechter begründet werden [33]. Bei intensivmedizinischen Patient:innen auf gemischten europäischen Intensivstationen hat sich gezeigt, dass Alter alleine ab dem 90. Lebensjahr ein unabhängiger Risikofaktor für eine erhöhte Sterblichkeit ist [60]. Zudem wurde in China gezeigt, dass ein chronologisches Alter über 85 Jahre die Prognose von intensivpflichtigen COVID-19-Patient:innen unabhängig von anderen Faktoren verschlechtert hat [38].

Empirischer Teil

4. Methoden

4.1 Datenerhebung

Die Datenerhebung wurde durch Primärforschung anhand von Interviews mit Mitarbeiter:innen des Medizinsystems in Österreich (Ärzt:innen und Pflegepersonen) durchgeführt, um die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und insbesondere der Handlungsempfehlungen der ÖGARI zur Allokation intensivmedizinischer Ressourcen auf die Arbeit des medizinischen Personals in den Kliniken in Österreich zu untersuchen. In der vorliegenden Arbeit wurde als Forschungsmethode der qualitative Ansatz verwendet, mit dem Ziel, stichprobenartig die persönlichen Wahrnehmungen der im österreichischen Medizinsystem arbeitenden medical professionals zu erforschen.

Für die Datenerhebung wurden zwischen September und Oktober 2023 sechs Expert:inneninterviews geführt. Den Befragten wurde der Fragebogen im Vorfeld der Interviews zur Vorbereitung zugesendet. Ihnen stand es frei, zwischen einem persönlichen Interview per Videokonferenz oder einer schriftlichen Beantwortung der Fragen zu wählen. Drei Befragte haben sich für die schriftliche Beantwortung der Fragen entschieden. Die Videokonferenzen wurden über die Verbindungsplattform Zoom abgehalten. Nach erfolgtem Einverständnis der Befragten wurde das Gespräch aufgezeichnet.

Die Befragung wurde mittels eines Interviewleitfadens durchgeführt. Dieser umfasste zwanzig Fragen (siehe Anhang), wobei dieser durch sich spontan ergebende Gesprächsthemen ergänzt wurde. Das leitfadengestützte Interview wird durch Mayring den semistrukturierten Formen der Datenerfassung zugeordnet [61]. Der Fokus lag nicht primär auf dem gezielten Beantworten der Fragen, sondern auf dem erzählenden Wiedergeben der Wahrnehmungen der Befragten, was einen erweiterten Informationsgewinn mit sich brachte. Die Befragten sollten die Freiheit haben, frei nach ihren Kenntnissen und Interessen zu antworten [62].

Die Begriffe „Experte“ und „Experteninterviews“ werden durch Gläser & Laudel wie folgt beschrieben:

„Experte beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“ [62]

Expert:innen gelten als Wissenserbringer:innen, die aufschlussreiches Wissen aus ihrem Umfeld erbringen können. Im Falle der vorliegenden Arbeit geben sie Auskunft über ihre praktischen Erfahrungen auf den Intensivstationen in der Zeit der COVID-19-Pandemie. Die

Expert:innen sind nicht Objekt der Untersuchung sondern dienen als Medium, welches die Informationen, die für die vorliegende Arbeit von Interesse sind, übermittelt [62].

Das Zusammenstellen der Stichprobe (Auswahlkriterium für die interviewten Expert:innen) erfolgte unter der Voraussetzung, dass es sich um Ärzt:innen oder Pflegepersonen handeln sollte, die in der Zeit der Knappheit intensivmedizinischer Ressourcen während der COVID-19-Pandemie auf einer Intensivstation in Österreich tätig waren.

Wie bereits beschrieben, wird durch die qualitative Forschung die subjektive Wirklichkeit untersucht. Begriffe aus der quantitativen Forschung wie Verallgemeinerbarkeit und Repräsentativität spielen in der qualitativen Forschung keine Rolle. In der qualitativen Forschung wird bei der Auswahl der Interviewpartner:innen anhand der Nützlichkeit und der Angemessenheit entschieden. Die Teilnehmer:innen müssen so ausgewählt werden, dass sie die nötigen Informationen liefern können (Nützlichkeit) und die Informationen so umfangreich und detailliert wiedergeben, dass damit eine Erforschung möglich ist (Angemessenheit) [63].

4.2 Datenaufbereitung und Datenauswertung

Nachdem die sechs Befragungen abgeschlossen waren, wurden die erhobenen Daten aufgearbeitet. Die Audiodateien wurden transkribiert. Hierbei wurde die Technik der Übertragung in normales Schriftdeutsch verwendet, bei der der Dialekt bereinigt wird und Satzbaufehler behoben werden, ohne dabei einen Sinnverlust der Aussagen zu erzeugen. Diese Technik ermöglicht eine bessere Lesbarkeit und kann angewendet werden, da die inhaltlich-thematische Ebene für das weitere Vorgehen im Vordergrund steht [61].

Die Interviews wurden anonymisiert, in Interviewpartner:in 1 – 6 (IP1-IP6) umbenannt und die Aufzeichnungen gelöscht. Die Textdokumente wurden mit einer Zeilennummerierung versehen, auf welche in der Auswertung verwiesen wird. Bei der Datenauswertung wurde in Anlehnung an die strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring vorgegangen. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine Methode, bei der Texte systematisch analysiert und theoriegeleitet durch Categoriesysteme aufgearbeitet werden. Durch die Categoriesysteme werden Aspekte festgelegt, welche aus den Texten herausgefiltert werden sollen [61].

Im Falle der vorliegenden Interviews kristallisierten sich vor Sichtung des Textmaterials 6 Hauptkategorien heraus:

1. Rationierung der Ressourcen und deren Auswirkungen auf die Patient:innenversorgung während der COVID-19-Pandemie
2. Belastungen des medizinischen Personals während der COVID-19-Pandemie
3. Evaluation der Arbeitsrahmenbedingungen während der Pandemie
4. Benefit der ÖGARI-Handlungsempfehlungen in der praktischen Anwendung

5. Zufallsprinzip als Methode der Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen
6. Beendigung einer Intensivtherapie im Sinne einer Ex-Post-Triage

Das Textmaterial wurde vollständig gelesen und dabei Sinneinheiten gekennzeichnet. Die Hauptkategorien wurden induktiv ergänzt und in Subkategorien unterteilt. Im Anschluss wurden den Kategorien Textpassagen zugeordnet. Es folgt eine deskriptive Beschreibung der Kategorien, die mit Ankerbeispielen, welche für die behandelten Kategorien besonders markant waren, untermauert wurde.

5. Ergebnisse

Auf den folgenden Seiten wird das Datenmaterial aus den Expert:inneninterviews, welches durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurde, dargestellt. Zunächst soll eine detaillierte Stichprobenbeschreibung einen Überblick über die befragten Personen verschaffen, anschließend werden unter „Darstellung der Ergebnisse“ die ausgewerteten Daten dargestellt.

5.1 Stichprobenbeschreibung

Für die Stichprobenauswahl wurden Ärzt:innen und Pflegepersonen eingeschlossen, welche während der COVID-19-Pandemie auf einer Intensivstation in Österreich tätig waren. Im Rahmen der Befragung wurden einige biographische Daten abgefragt, welche in folgender Tabelle dargestellt werden.

	IP 1	IP 2	IP 3	IP 4	IP 5	IP 6
Pflegefachkraft				JA		
Fachärzt:in für Anästhesie und Intensivmedizin	JA	JA	JA		JA	
Assistenzärzt:in für Anästhesie und Intensivmedizin						JA
Mitarbeit bei der Ausarbeitung der Allokationsempfehlungen der ÖGARI zur COVID-19-Pandemie	JA	JA	JA	NEIN	JA	NEIN
Berufserfahrung Intensivmedizin	28 a	17 a	>30 a	2 a	15	3 a

Tabelle 5.1: Stichprobenbeschreibung

5.2 Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt in Hauptkategorien, von denen einige nochmals in Subkategorien unterteilt werden. Die darunter ausgearbeiteten Themen werden deskriptiv dargestellt und durch Ankerbeispiele gestützt.

5.2.1 Rationierung der Ressourcen und deren Auswirkungen auf die Patient:innenversorgung während der COVID-19-Pandemie

In dieser Kategorie werden Aussagen genannt, welche die Schaffung zusätzlicher intensivmedizinischer Ressourcen beschreiben bzw. die veränderten Entscheidungskaskaden während der COVID-19-Pandemie darlegen.

Schaffung intensivmedizinischer Ressourcen

In der Zeit der Pandemie, in der die intensivmedizinischen Ressourcen knapp waren, mussten die Verantwortlichen in den Kliniken Ressourcen schaffen. Fünf Befragte gaben an, dass dafür die Anzahl der durchgeführten elektiven Operationen reduziert wurde.

„...mussten die Operationen massiv reduziert werden.“ (IP 1, Zeile 51)

„...wir haben fünf OP-Säle geschlossen und vier hielten wir geöffnet.“ (IP 2, Zeile 25)

Die Kliniken haben zusätzlich versucht neue Intensivkapazitäten zu schaffen. Drei der sechs Befragten gaben an, dass dafür Intermediate Care Stationen oder Aufwachräume zu Intensivstationen aufgerüstet wurden. Intensivpatient:innen mussten zum Teil auf schlechter ausgerüsteten Stationen behandelt werden. Eine Interviewpartnerin beschreibt dieses Vorgehen wie folgt:

„Zum zweiten haben wir eben auch unseren Aufwachraum als „Intensivstation light“ hochgerüstet.“ (IP 2, Zeilen 27-28)

Eine befragte Person führte zudem aus, dass in ihrer Klinik der Stufenplan zur Schaffung zusätzlicher intensivmedizinischer Ressourcen nicht vollständig ausgereizt werden musste.

„Man glaubt gar nicht wie viele Ressourcen man schaffen kann (...) Wir hätten auch noch die OP`s (zur Intensivbehandlung, Anmerkung des Verfassers) ausgelastet. Da stehen Beatmungsmaschinen und das geht auch eine Zeit lang gut.“ (IP 3, Zeilen 85-87)

Eine befragte Person gab zudem an, dass intensivmedizinische Kapazitäten durch gut ausgerüstete Einheiten erweitert wurden, auf denen zum Teil weniger gut ausgebildetes Personal tätig war.

„... bei uns wurde unser Anästhesie-Pflegepersonal auf Intensivstationen gezogen und damit hat man natürlich keine so kompetente Pflege mehr gehabt, wie wenn man reine Intensivpflegekräfte hat. Und von ärztlicher Seite haben wir viele Assistenzärzt:innen im Dienst gehabt, die teilweise wenig, bis keine Erfahrung in der Intensivmedizin hatten.“ (IP 5, Zeilen 23-27)

Die Hälfte der Befragten beschrieb, dass die Ambulanztätigkeit in den Krankenhäusern eingeschränkt war.

„...dass die Patient:innen aufgrund der massiv eingeschränkten Ressourcen keine Termine bekommen haben.“ (IP 1, Zeilen 68-69)

Die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken sowohl in den Bundesländern als auch länderübergreifend wurde von zwei der Befragten angeführt. Es kam dadurch zu einer Zunahme an Patientenverlegungen.

„...Wenn in Freistadt eine Patient:in war und dort gab es kein Bett, dann haben wir die geholt und bei uns behandelt, (...), wenn bei uns ein Patient war und wir hatten keinen Platz, dann haben wir den (...) dorthin transportiert, wo ein Platz frei war.“ (IP 2, Zeilen 35-38)

Veränderte Entscheidungskaskaden in der Patient:innenversorgung

Zwei Drittel der Befragten führten aus, inwieweit der Zugang zu intensivmedizinischer Behandlung begrenzt wurde. Die Patient:innen wurden später und in einem schlechteren Zustand auf die Intensivstation verlegt.

„...spätere Transferierungen von Patient:innen mit respiratorischer Insuffizienz von Normalstation auf die Intensivstation. Oft auch erst nach erfolgter Intubation auf der Normalstation /IMC-Einheit durch das Herzalarm-Team.“ (IP 4, Zeilen 28-30)

Drei der befragten Personen gaben an, dass Therapiezieländerungen früher, strenger und häufiger gestellt wurden.

„Weil wir die Therapiezieländerungen im Rahmen der Corona-Pandemie tatsächlich strenger oder so gestellt haben, wie man es tun sollte. Man hat mehr hinterfragt, ob die Therapie noch sinnvoll ist, die man macht.“ (IP 5, Zeilen 35-37)

Eine befragte Person stellte fest, dass durch die knappen intensivmedizinischen Ressourcen Personen früher von der Intensivstation auf andere Stationen verlegt wurden.

„...mussten teilweise die Patient:innen etwas früher auf die Überwachungsstation oder Observationsstation verlegt werden. Bei erneuter Verschlechterung auf der Normalstation, musste in Folge eine Rückübernahme auf die Intensivstation erfolgen, ... (IP 6, Zeilen 29-32)

Eine befragte Person führte an, dass Behandlungen nicht allen angeboten wurden.

„Patient:innen, die eine gewisse Altersgrenze erreicht hatten oder von den Komorbiditäten eine sehr, sehr schlechte Prognose gehabt haben bei COVID-19, haben kein Intensivbett mehr bekommen.“ (IP 3, Zeilen 24-27)

5.2.2 Belastungen des medizinischen Personals während der COVID-19-Pandemie

In dieser Kategorie werden Aussagen angeführt, welche von den befragten medizinischen Fachkräften als belastend angegeben wurden.

Körperliche Belastung

Fünf der sechs befragten Personen gaben an, dass die Arbeitsbelastung sehr hoch war. Dabei wurden sehr viele Überstunden gemacht. Die Intensivbetten waren über Monate voll belegt.

„...haben bis zum Umfallen gearbeitet.“ (IP 1, Zeile 73)

„...keine Zeit zum Durchatmen. Kaum war die eine Patient:in verlegt, folgte bereits die Nächste. (IP 4, Zeilen 51-52)

Auch das Tragen der Persönlichen Schutzausrüstung (PSA) und die damit einhergehenden Einschränkungen wurde von zwei Dritteln der befragten Personen als belastend angegeben.

„An manchen Diensten fast 12 Stunden durchgehend in Vollausrüstung“ (IP 4, Zeile 53-54)

Eine befragte Person gab an, dass nach Rückgang der intensivpflichtigen COVID-19-Patient:innen die Operationen hochgefahren wurden, sodass die Belastung für das Personal

erhalten blieb und das Intensivpersonal (Ärzt:innen und Pflegepersonal) keine Erholungszeit hatte.

„...nachdem diese Pandemie abgeflaut ist und was das Personal wahnsinnig getroffen hat, ist, dass es keine Pause gab. Es sind die OP`s hochgefahren worden, die Belastung ist unvermindert weitergegangen mit voller Auslastung der Betten.“ (IP 3, Zeilen 49-53)

Psychische Belastungen

Zwei der sechs befragten Personen gaben eine Belastung durch die Vielzahl an schweren Krankheitsverläufen, vermehrten Not- und Zwischenfällen und der erhöhten Sterblichkeit der Patient:innen an.

„Belastung durch schwere/protrahierte Verläufe von Covid (...), Versterben von Patient:innen trotz jungen Alters/großer therapeutischer Anstrengungen: Im Vergleich zu anderen Pneumonien war der Verlauf bei COVID-19-Pneumonien teilweise sehr protrahiert mit vielen Rückschlägen,..." (IP 6, Zeilen 54-57)

Zwei Befragte gaben an, dass das Treffen von Therapieentscheidungen eine zusätzliche Belastung darstellte.

„...immer wieder sehr harte Entscheidungen treffen müssen, vielleicht in einem höheren Ausmaß als sonst auf einer postoperativen Intensivstation..." (IP 3, Zeilen 41-43)

Auch die Angst vor Ansteckung, um die eigene Gesundheit und die Gesundheit der Angehörigen wurde von zwei der sechs Befragten als Belastung angegeben.

„...Angst, sich selbst oder Angehörige zuhause anzustecken: Vor allem ältere Arbeitskolleg:innen mit Vorerkrankungen hatten vor Zulassung der Impfung Angst, sich selbst zu infizieren. Ich persönlich (aber auch Kolleg:innen) hatte Angst, Angehörige wie z.B. Eltern/Großeltern anzustecken. (IP 6, Zeilen 50-53)

Belastungen durch Konflikte

Zwei der sechs befragten Personen gaben an, dass Konflikte mit Patient:innen, welche die Covid-Maßnahmen ablehnten, belastend waren. Es kam zu Angriffen auf persönlicher Ebene, eine ständige Rechtfertigung über die Notwendigkeit medizinischer Handlungen wurde eingefordert und das medizinische Personal für die Umstände während der Pandemie verantwortlich gemacht.

„Salopp gesagt: Sterben wollte niemand. Auch wenn sie nicht an Covid glaubten. Aber (...) die Patient:in zur Mitarbeit zu bewegen, obwohl er/sie ja „nicht krank“ war, aber beinahe sterbend war, das war wirklich anstrengend.“ (IP 2, Zeilen 68-71)

Für eine befragte Person war das Unverständnis für die Situation der Intensivbetten-Knappheit von Seiten der Chirurg:innen sehr belastend.

„Was für mich schwierig war, waren diese Streitigkeiten. (...) auf der Non-Covid-Station mit unseren chirurgischen Partnern, die relativ wenig Verständnis dafür gehabt haben. Wenn wir gesagt haben: Ihr könnt die Patient:in nicht operieren, wenn wir kein Intensivbett haben.“ (IP 5, Zeilen 50-53)

5.2.3 Evaluation der Arbeitsrahmenbedingungen während der COVID-19-Pandemie

Positive Aspekte und negative Erfahrungen bezüglich der Arbeit während der Pandemie wurden von den Befragten wiedergegeben und werden in dieser Kategorie angeführt.

Zusammenarbeit

Alle sechs Befragten betonten den starken Zusammenhalt in den Teams, den es während der Pandemie gegeben hat. Der starke Teamgeist ermöglichte das Durchhalten der Mehrbelastung.

„Aber es war wahnsinnig viel Teamgeist da, dass das ganze Team durch Aufteilung der Mehrbelastung das Ganze durchhält.“ (IP 3, Zeilen 96-98)

Vier befragte Personen lobten zusätzlich die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Abteilungen und Kliniken.

„Und es gab schon auch im Bundesland diese Bestrebungen näher und besser zusammenzuarbeiten. Das hat mir gut gefallen. Dass jeder das zur Verfügung stellt, was er gerade hat (...) man hat einfach alles auf eine Karte gesetzt und zusammengearbeitet. (...) Das war gut.“ (IP 2, Zeilen 158-163)

Zwei Befragte sprachen über die gute Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Pflegepersonen.

„Die Zusammenarbeit zwischen den Ärzt:innen und den Pflegekräften war auch sehr gut.“ (IP 2, Zeilen 62-63)

Umgang mit dem Personal

Eine Befragte merkte an, dass die Wertschätzung und der Zuspruch von Seiten der Gesellschaft sehr groß waren. Allerdings währte diese Wertschätzung nicht lange und die versprochene Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Seiten der Arbeitgeber fand nicht statt, bemängelten zwei befragte Personen.

„Aufgrund (...) der nur kurz währenden Anerkennung der geleisteten Dienste, sowohl finanziell als auch in der Wahrnehmung durch die Bevölkerung, finde ich es verständlich, dass viele Pflegekräfte aus dem Beruf ausscheiden.“ (IP 6, 103-105)

Eine Befragte gab an, dass im Verlauf der Pandemie „die Mehrbelastung zur Selbstverständlichkeit wurde.“ (IP 6, Zeilen 128-129)

Nach Ende der Pandemie sind nun aufgrund eines Pflegemangels auf einigen Bettenstationen Betten gesperrt. Das Problem ist „vielschichtig“. (IP 2, Zeile 134) Die Probleme in der Pflege waren bereits vor der Pandemie vorhanden und dass es zu einem Pflegemangel kommen wird, war schon länger absehbar, geht aus den Antworten von zwei Befragten hervor. Als Gründe dafür wurden unter anderem die vielen Pensionierungen und ein neues Verständnis von Arbeit mit Fokus auf eine ausgewogene Work-Life-Balance genannt.

„Wir müssen uns an die geänderten Wertvorstellungen anpassen. (...) Es gibt keine brauchbaren Lösungsansätze. Eine große Gruppe des Personals hat bis zur Erschöpfung gearbeitet und weil es ja in der Pandemie funktioniert hat, kann es ja jetzt so weitergehen, glaubt zumindest die Politik.“ (IP 1, Zeilen 160-168)

Zwei der Befragten kritisierten zudem die Personalpolitik in den Kliniken und wünschten sich für die Zukunft Zwischenschulungen für das Personal und eine vorausschauende Personalpolitik samt ausreichender Personalreserve.

„Ich kann in der Pandemie keine Leute aus dem Hut zaubern. Das muss der Politik klar werden, dass wir die dann vorbereiten müssen, dann ausbilden müssen, wenn Zeit ist. Und man braucht eine gewisse Personalreserve.“ (IP 3, Zeilen 206-209)

Deckung des Ressourcendefizits

Drei der sechs Befragten hoben positiv hervor, dass man sich schnell gut organisiert hat, was die Ausstattung und die Räume betrifft. Durch die Erfahrungen in Norditalien hat man sich darauf vorbereitet, dass es zu einem Mangel an materiellen Ressourcen (Betten, Schutzausrüstung) kommen kann. Räume anders zu nutzen oder Betten zur Verfügung zu stellen, war im Gegensatz zur Beschaffung von ausgebildetem Personal kein Problem

„Viele Ausstattungsdefizite wurden mit einem Schlag gedeckt.“ (IP 1, Zeile 172)

Drei Befragte kritisierten den Mangel an Notfallplänen und die mangelnde Vorbereitung.

„Wie gehen wir es an? Wie tun wir, wenn wieder was zu isolieren ist? Wir haben immer nur reaktiv was gemacht, wir haben uns nie vorher einen Plan überlegt „Was tun wir, wenn?“, sondern wir haben reagiert, reagiert, reagiert.“ (IP 5, Zeilen 201-204)

Beachtung ethischer und psychosozialer Aspekte

Zwei der Befragten gaben an, dass eine ethische Beratung in die Entscheidungen auf Klinikenebene eingebunden wurde. Eine dieser zwei Befragten bedauerte, dass dies erst im Verlauf der Pandemie auf Drängen von Seiten der Ethikgruppe erfolgt sei.

„Wir haben eine Ethikgruppe hier im Haus (...) und wir haben uns dann hineingebracht in den Krisenstab, als siebte Säule – die gute Seele.“ (IP 3, Zeilen 161-162)

„Sie haben halt die gute Seele vergessen im ersten Krisenstab,...“ (IP 3 Zeilen 184-185)

Eine Befragte führte aus, dass aus ihrer Sicht das Besuchsverbot auf den Intensivstationen zu streng und die psychologische Betreuung nicht ausreichend vorhanden waren.

„Was uns am härtesten getroffen hat, sowohl in der Pflege als auch uns Ärzt:innen, war im Nachhinein betrachtet - das Besuchsverbot. (...) Wir haben dann als erstes die ärztliche - psychosoziale Indikation zum Besuch implementiert und haben geschaut, dass unsere schwerkranken Patient:innen regelmäßig Besuch bekommen.“ (IP 3, Zeilen 144-165)

Eine befragte Person erklärte, dass dem Personal Unterstützung angeboten wurde, um mit der Belastung zurechtzukommen.

„Auch das Kriseninterventionsteam war vor Ort für die Mitarbeiter:innen, weil am Anfang jeden Tag Patient:innen gestorben sind. Da gab es viel Hilfe vom Haus.“ (IP 5, Zeilen 159-161)

5.2.4 Benefit der ÖGARI-Handlungsempfehlungen in der praktischen Anwendung

In dieser Kategorie werden jene Aussagen angeführt, die schildern, wie die Handlungsempfehlungen (SOP, Allokationspapier) und die Checkliste der ÖGARI die Arbeit auf den Intensivstationen beeinflusst und die ärztliche Entscheidungsfindung verändert haben.

Alle Befragten gaben an, die Handlungsempfehlungen der ÖGARI anlässlich der COVID-19-Pandemie zu kennen. Die sechs Befragten sind sich einig, dass die Handlungsempfehlungen hilfreich waren.

„...das war auch für viele Kollegen eine Hilfe, die vorher mit dieser Thematik gar nicht befasst waren. Also für uns war sie durchaus hilfreich.“ (IP 2, Zeilen 101-103)

Entlastung in der klinischen Stresssituation

Für fünf der sechs Befragten waren die Handlungsempfehlungen eine Entlastung in der klinischen Stresssituation. Als Grund dafür wurde von drei befragten Personen angegeben, dass die Handlungsempfehlungen eine strukturierte Vorgehensweise ermöglichen und einen Handlungsstrang anbieten.

„Dass sie einen Handlungsstrang gehabt haben: Wie handle ich das ab, wenn die Ressourcen eng sind?“ (IP 5, Zeilen 90-92)

Diese Möglichkeit der strukturierten Vorgehensweise schaffte ein gutes Gefühl und ein Gefühl von Sicherheit fügten zwei Befragte hinzu.

„Und man hat immer das gute Gefühl, man hat im Hintergrund etwas, auf das ich zurückgreifen kann.“ (IP 3, Zeilen 104-105)

Hilfe beim Treffen schwieriger Entscheidungen

Zwei Drittel der Befragten fanden, dass die Handlungsempfehlungen Hilfe beim Treffen schwieriger Entscheidungen waren. Die Entscheidungen konnten anhand der Empfehlungen und der Checkliste besser begründet werden und waren nachvollziehbarer.

„...aber klar hat man es dann auch begründet. Die Begründung ist besser gelungen mit der Checkliste.“ (IP 5, Zeilen 104-105)

Daraus ergab sich für zwei Befragte, eine bessere Argumentations- und Diskussionsgrundlage besonders bei Uneinigkeit über das weitere Vorgehen.

„...besser argumentieren vor Kolleg:innen zum Beispiel. In Situationen, wo nicht alle einer Meinung waren, da war das dann hilfreich...“ (IP 2, Zeilen 110-112)

Transparenz bei der Dokumentation der Allokationsentscheidungen

Durch das Anwenden der Checkliste wurden Entscheidungen transparent und nachvollziehbar dokumentiert, erklärten drei Befragte.

„...man konnte es transparenter machen. (...) die Transparenz war es letztendlich die hilfreich war.“ (IP 2, Zeilen 110-113)

Darüber hinaus fügte eine befragte Person hinzu, dass das Arbeiten mit der Checkliste die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken vereinfachte.

„...das war für uns wirklich hilfreich auch in der Kommunikation mit den anderen Kliniken...“ (IP 5, Zeilen 81-82)

5.2.5 Zufallsprinzip als Methode der Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen

In dieser Kategorie werden die Aussagen zur Forderung des Zufallsprinzips bei der Zuteilung der intensivmedizinischen Ressourcen und die Auswirkungen auf das medizinische Personal angeführt.

Alle befragten Personen sehen eine Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen nach dem Zufallsprinzip kritisch. Während eine befragte Person ein solches Zuteilungsverfahren „nicht als sinnvoll“ (IP 6, Zeile 141) erachtete, stufte eine andere ein solches Verfahren als „katastrophal“ (IP 2, Zeile 199) ein. Bei der Anwendung des Zufallsprinzips fehle die Vergleichbarkeit der Patient:innen. Drei der sechs Befragten befürworteten eine Entscheidungsfindung, bei der anhand der Indikation und Dringlichkeit der Behandlung entschieden wird.

„Wer braucht die Ressource am dringlichsten? Wir versuchen sie zu ordnen nach Dringlichkeit. Was natürlich auch manchmal schwierig ist.“ (IP 5, Zeilen 211-212)

Drei der sechs befragten Personen befürchteten, dass eine Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen durch das Zufallsprinzip mangelnde Akzeptanz unter den medizinischen Fachkräften zur Folge hat und die Mitarbeiter:innen sehr belasten würde.

„Ich glaube es wäre für die Station sehr schwierig, das Zufallsprinzip in allen Konsequenzen zu akzeptieren.“ (IP 3, Zeilen 224-225)

„Fälle, welche bereits am Anfang aussichtslos sind, sind demotivierend, kräfteraubend. (IP 4, 150-151)

Zwei Befragte sprachen allerdings eine Situation an, in denen die Zuteilung durch das Zufallsprinzip möglicherweise Anwendung finden könnte: Eine Situation, in der zwei oder mehrere Personen die vollkommen gleiche Ausgangssituation haben, die Behandlungsressource aber nicht allen zur Verfügung gestellt werden kann.

„Wenn ich zwei Patient:innen hätte, beide gleich alt, gleich schwer krank, bräuchten dieselbe Ressource, die ich nur einmal habe. (...) das ist ein echtes dramatisches Dilemma, für das höchstwahrscheinlich nur das Zufallsprinzip tatsächlich Gerechtigkeit bringt. Trotzdem würde ich mich lieber auf eine gute Indikationsstellung verlassen. (IP 3, Zeilen 226-235)

5.2.6 Beendigung einer Intensivtherapie im Sinne einer Ex-Post-Triage

In dieser Kategorie werden die Aussagen angeführt, in welchen zur Beendigung einer Intensivtherapie Stellung genommen wird.

Stellungnehmend zum Verbot der Ex-Post-Triage in Deutschland verwiesen fünf der sechs Befragten auf die Möglichkeit und die Pflicht einer ständigen Reevaluation der Indikation für die Intensivbehandlung. Eine solche Reevaluation soll regelmäßig bei allen Intensivpatienten durchgeführt werden und unabhängig, ob Ressourcenmangel vorherrscht, muss eine nicht indizierte Therapie im Rahmen einer Therapiezieländerung beendet werden.

„...die Reevaluation der Therapieindikation ist nicht nur nicht verboten, sondern ethisch geboten. Und bei fehlender Therapieindikation ist eine Therapiezieländerung durchzuführen.“ (IP 1, 208-210)

„...Wenn jemand auf der Intensivstation liegt und der wird so schlecht, dass Intensivmedizin keinen Sinn mehr macht, dann beendet man das auch. Das war auch vor der Pandemie schon

durchaus notwendig und machen wir auch im klinischen Alltag. Und quasi wenn einer einmal das Bett belegt, gehört es ihm, finde ich aus meiner Sicht nicht sinnvoll.“ (IP 2, Zeilen 209-213)

Zwei befragte Personen erwähnten, dass die Rechtslage in Österreich Unsicherheit bei Ärzt:innen auslöst.

„Judikatur gibt es keine dazu, man kann sich natürlich immer darauf beziehen, dass man als Arzt nicht gewusst hat, was man tut und dann wird einem wahrscheinlich nichts passieren, wenn man eine Ex-Post-Triage machen würde. (IP 5, Zeilen 168-171)

„Außerdem gab es hier auch eine rechtliche Unsicherheit für die Ärzt:innen.“ (IP 6, Zeile 151)

Zwei der sechs Befragten befürworteten die Ex-Post-Triage in Notfällen oder falls Therapiezieländerungen, obwohl nötig, nicht rechtzeitig durchgeführt wurden.

„Was mache ich, wenn ich zu feige war die Entscheidung früher zu treffen? Ich hatte letztens Intensivdienst und wir hatten neun Patient:innen, von denen sieben das Krankenhaus nicht verlassen werden. Da hat nur noch niemand die Entscheidung getroffen und gesagt: Das hat bei dem sowieso keinen Sinn und wir quälen eher den Patienten, als dass wir ihm was Gutes tun. Und wenn ich dann solche Patient:innen auf einem Bett liegen habe, wo man noch keine Therapiezieländerung gemacht hat und dann: klassische Fruchtwasserembolie, junge Frau mit Kind braucht eine ECMO und ich habe aber keine. In dieser Situation fände ich trotz allem sinnvoll eine Ex-Post-Triage zu machen, anstatt die Mama mit dem Kind sterben zu lassen... (IP 5, Zeilen 225-234)

Diskussion

Das Thema Triage war in der Medizin im Wesentlichen auf die Notfallversorgung bei Großschäden und Katastrophen beschränkt. Durch die Vielzahl der Erkrankten während der COVID-19-Pandemie kam es in Europa zu überlasteten Gesundheitssystemen und dadurch konnte nicht jeder Mensch so behandelt werden, wie es vorher üblich und in der Pandemie erforderlich gewesen wäre. Triage aufgrund eines überlasteten Gesundheitssystems, hervorgerufen durch eine Viruserkrankung, war etwas komplett Neues. Im Rahmen der bis dahin nicht gekannten Ressourcenknappheit kam es auch in den reichen Gesundheitssystemen Westeuropas zur Rationierung medizinischer Güter und damit zu erheblichen Personalengpässen mit einer bei uns nie dagewesenen Überlastung der medical professionals. Harte Triage konnte jedoch in Österreich weitestgehend verhindert werden, während „Triage light“ durchaus regelhaft stattgefunden hat. Die Ergebnisse der vorliegenden

Arbeit zeigen inwieweit die Handlungsempfehlungen (SOP, Allokationsempfehlungen) der ARGE Ethik der ÖGARI die Arbeit auf den Intensivstationen in Österreich in der Zeit der COVID-19-Pandemie beeinflusst haben. Darüber hinaus gehen aus den Ergebnissen subjektive Erfahrungen der befragten medical professionals aus der Zeit der COVID-19-Pandemie hervor. Außerdem werden die Einschätzungen der befragten Personen zum Losverfahren als Allokationsmethode und zur Ex-Post-Triage angeführt. Das Wissen, das aus diesen Interviews hervorging, soll nun im Kontext der aktuellen Forschung eingeordnet werden.

Die COVID-19-Pandemie hat Österreich an den Rand der Kapazitäten seines Gesundheitssystems gebracht. Die intensivmedizinischen Kapazitäten, welche im Normalbetrieb die Behandlung aller Patient:innen ermöglichen, reichten nicht aus, um die große Anzahl an Erkrankten während der COVID-19-Pandemie zu versorgen. Das Schaffen von zusätzlichen intensivmedizinischen Kapazitäten war notwendig und wurde laut Angaben der Befragten durch Reduzierung der elektiven Operationen, Aufrüstung untergeordneter Stationen zu Intensivstationen und Rekrutierung von weniger gut ausgebildeten Personal ermöglicht. Darüber hinaus kam es zu veränderten Entscheidungskaskaden, wodurch der Zugang zu intensivmedizinischen Ressourcen eingeschränkt wurde. Dabei kam es auch in Österreich zu Triage-Entscheidungen aufgrund von hohem Alter. Die Allokationsrichtlinien der ÖGARI verweisen dabei auf das in der Verfassung verankerte Diskriminierungsverbot und dessen Unvereinbarkeit mit einer medizinischen Entscheidungsfindung allein anhand des Alters. Da hohes Alter mit einer Zunahme an Komorbiditäten einhergeht, kann vor allem in Zusammenhang mit vorhandenen Komorbiditäten – eine schlechtere Überlebenschance angenommen werden. Im Falle eines Massenansturms an schwerkranken Patient:innen mit hohem Triage-Druck, kann unter Zeitdruck und im Informationsmangel das Alter daher im Notfall als Parameter für Triage-Entscheidungen gerechtfertigt sein [33]. Bei einer COVID-19-Erkrankung wurde das Alter über 85 Jahre als Indikator für eine schlechte Prognose nachgewiesen [38].

Aus den Antworten einer Befragten geht zudem hervor, dass Therapiezieländerungen in der Zeit der Pandemie strenger gestellt wurden – mit der Bemerkung „... vor allem so, wie man es tun sollte“. Aus dieser Aussage kann man schließen, dass sich zumindest an der Klinik, an der die befragte Person tätig ist – aber wahrscheinlich nicht nur dort - das konsequente Durchführen von Therapiezieländerungen unter normalen Arbeitsbedingungen noch nicht ausreichend im klinischen Alltag etabliert hat und Therapieentscheidungen oft nicht oder zu spät getroffen werden. Dies ist eine der Hauptursachen für Übertherapie und deren Folgen für Patient:innen (Schaden größer als Nutzen, Leiden verlängern, Sterben hinauszögern), deren Angehörige (posttraumatisches Stresssyndrom) und für medical professionals (Burnout) und

fügt dem Gesundheitssystem großen Schaden zu. Futility, die Sinnlosigkeit einer technisch möglichen, medizinischen Handlung, verursacht enorme Kosten, die dann anderswo für sinnvolle medizinische Handlungen nicht zur Verfügung stehen [54]. Der Paradigmenwechsel, weg von der „jeder Tod ist eine medizinische Niederlage“-Mentalität, welcher bereits 2013 von der ARGE Ethik der ÖGARI erkannt und vorangebracht wurde, scheint im normalen klinischen Alltag noch nicht vollständig vollzogen zu sein [4]. Es wird noch viel Überzeugungs- und Aufklärungsarbeit nötig sein, damit künftig Therapiezieländerungen zeitgerecht immer dann durchgeführt werden, wenn diese sinnvoll und notwendig sind, um Übertherapie zu vermeiden und ein Sterben in Würde möglich zu machen.

Die Interviewteilnehmer:innen wurden zu den Belastungen während der COVID-19-Pandemie befragt. Dabei gaben die Befragten an, dass sowohl das körperlich sehr anstrengende Arbeiten in der persönlichen Schutzausrüstung als auch die schweren Krankheitsverläufe mit den vielen toten Patient:innen und die Vielzahl an harten Entscheidungen, die zu treffen waren, psychisch sehr belastend waren. Auch die Angst davor sich selbst oder auch eventuell gefährdete Familienmitglieder anzustecken war für die medical professionals in ihrer Arbeitssituation prägend und ein zusätzlicher Stressfaktor. Darüber hinaus wurden Konflikte mit Patient:innen angegeben, welche die COVID-19-Maßnahmen ablehnten und daher auch dem medizinischem Personal feindlich und aggressiv entgegentraten. Oftmals lehnten diese Patient:innen die lebensnotwendige Intensivtherapie ab und mussten „überredet“ werden, diese doch anzunehmen. Bei einem Teil der COVID-19 Patient:innen wurde eine sogenannte „happy hypoxia“ beobachtet. Patient:innen mit einer „happy hypoxia“ verspüren trotz niedriger Sauerstoffsättigung keine Atemnot. In Kombination mit einer generell negativen und ablehnenden Grundeinstellung zur COVID-19-Pandemie führte dies zur Ablehnung von lebenswichtiger Intensivbehandlung und war Grund für inkompliantes Verhalten trotz vital bedrohlicher Hypoxie im Rahmen einer schweren COVID-19-Pneumonie [64,65]. Es braucht von ärztlicher und pflegerischer Seite viel Einfühlungsvermögen, Geduld und gute Nerven, um durch eine vertrauensvolle Bindung solche Patient:innen dann doch zur Mitarbeit zu bewegen. Mehr Gesundheitskompetenz und weniger Wissenschaftsfeindlichkeit durch vermehrte Breitenbildung würde das Leben der medical professionals gerade in diesen schwierigen Situationen vereinfachen.

Die gute Zusammenarbeit und der Teamgeist wurden von allen Befragten positiv hervorgehoben und als Grund für das Durchhalten unter der Mehrbelastung durch die Pandemie angegeben. Vor allem bei schwierigen Therapieentscheidungen ist das Arbeiten und Entscheiden im Team von großer Bedeutung. Die Erfahrungen der COVID-19-Pandemie, so ein Teil der Befragten, haben gezeigt, dass ein verstärktes Einbinden von Ethikkomitees im

Rahmen schwieriger Therapieentscheidungen und das Beachten psychosozialer Faktoren bei übergeordneten organisatorischen Entscheidungen auf Klinikenebene und in der Gesundheitspolitik wichtig und für ähnliche Situationen in der Zukunft unerlässlich sind.

In der Zeit der COVID-19-Pandemie zeigten sowohl die Politik als auch die Gesellschaft große Wertschätzung gegenüber der Arbeit der medical professionals. Die Arbeitgeber im Gesundheitsbereich stellten bessere Arbeitsbedingungen und eine Aufwertung der Arbeit der Pflegeberufe in Aussicht. Im Verlauf der Pandemie flachte die Unterstützung ab und die versprochene Verbesserung der Arbeitsbedingungen blieb aus - auch eine angepasste Bezahlung im versprochenen Ausmaß lässt immer noch auf sich warten. Nach Ende der Pandemie wurde ein massiver Pflegekräftemangel beobachtet, welcher zu einem Qualitätsverlust der Pflegearbeit, zu Betten- und Stationsschließungen, zum Schließen von Operationssälen und ganzen operativen Abteilungen (z.B. Tagesklinik an der Universitätsklinik Innsbruck) in den Krankenhäusern führte, wodurch elektive Operationen auch nach der Pandemie verschoben oder teilweise / ganz ausgesetzt werden müssen. Laut der Gewerkschaft öffentlicher Dienst (GÖD) fehlen in Österreichs Spitälern 2125 Pflegekräfte und 698 Ärzt:innen weshalb 2775 Betten gesperrt sind (Stand 12. Mai 2023) [66].

Dieser Personalmangel kann nicht ausschließlich durch die zusätzliche Belastung während der COVID-19-Pandemie begründet werden. Bereits 2019 wurde in der Bedarfsprognose für Pflegepersonal in Österreich bis 2030 ein Ersatzbedarf von 42.000 Pflegepersonen aufgrund von Pensionierungen angegeben. Zusätzlich wird bis 2030 aufgrund der demographischen Entwicklung und des geplanten Ausbaus der mobilen Dienste ein Zusatzbedarf von 34.000 Pflegepersonen benötigt [67].

Es gab allgemeine Übereinstimmung, dass die Politik und die Leitungen der Gesundheitseinrichtungen aktiv dem Pflegepersonalmangel durch eine Attraktivierung der Arbeitsbedingungen und eine Verbesserung der Bezahlung entgegenwirken müssen. Die personelle Ausstattung auf pflegerischer und ärztlicher Seite muss so angepasst werden, dass stressfreies und qualitatives Arbeiten wieder möglich wird und dadurch Burnout besser vermieden werden kann.

Die Allokationsempfehlungen und die SOP/Checkliste der ÖGARI wurden von allen befragten Personen als hilfreich empfunden. Die Empfehlungen waren eine Entlastung in der klinischen Stresssituation und eine Hilfe bei schwierigen Therapieentscheidungen. Zusätzlich machte die Checkliste die Dokumentation der Allokationsentscheidungen transparenter. Es bestätigte sich, dass Score-basierte (ADL-Score, Frailty-Score nach Dalhousie, SOFA-Score, POS-POM [29-32]), ärztliche Allokationsentscheidungen, welche die aktuelle Mortalitätswahrscheinlichkeit aufgrund der Komorbiditäten der Patient:innen in die ärztliche Entscheidungsfindung miteinbeziehen, gegenüber einer reinen, auf dem Alter basierenden

Entscheidung – sofern dies möglich ist - die bessere Wahl für die Entscheidungsfindung unter Ressourcenknappheit sind. Abgesehen vom positiven Feedback der befragten Ärzt:innen und Pflegekräfte im Rahmen der vorliegenden Arbeit haben Bartenschlager et al. festgestellt, dass Score-basierte Allokationsentscheidungen durch eine geringere Gesamtmortalität der Patient:innen anderen Methoden der Allokation (First Come, First Serve; Zufallsprinzip-Entscheidungen) überlegen sind [44].

Die Richtung, die die ÖGARI aber auch die DIVI mit ihren Allokationsempfehlungen während der COVID-19-Pandemie vorgegeben haben, war daher hilfreich und richtungsweisend für einen zukünftigen Massenansturm von schwer erkrankten Menschen (erneute Pandemie, Hitzewelle, Unwetterkatastrophen etc.). Die Handlungsempfehlungen sollten regelmäßig evaluiert und aktualisiert werden.

In Reaktion auf die praktizierten Allokationsentscheidungen in der Zeit der COVID-19-Pandemie kamen Forderungen nach anderen Arten der Ressourcenallokation auf. Unter anderem forderte eine deutsche Juristin, Nancy Poser, mit einer Klage vor dem Bundesverfassungsgerichtshof die Zuteilung nach dem Zufallsprinzip, um eine Benachteiligung behinderter Menschen im Rahmen von Allokationsentscheidungen zu vermeiden [40]. Die Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN) untersagen Diskriminierung aufgrund von Hautfarbe, Sexualität, Religion und Behinderung [47].

Umgekehrt muss festgestellt werden, dass behinderte Menschen auch nicht bevorzugt behandelt werden dürfen, denn das wäre eine Benachteiligung aller anderen Menschen. Bartenschlager konnte in einem Simulationsmodell zeigen, dass Allokationsentscheidungen, die auf dem Zufallsprinzip beruhen, die Gesamtmortalität in einer Triage-Situation erhöhen und somit Nachteile für alle betroffenen Patient:innen mit sich bringen. Die Forderung Allokationsentscheidungen im Rahmen von Triage nach dem Zufallsprinzip zu treffen, führt paradoxerweise somit gerade für die Gruppe der behinderten Menschen, aber auch für alle anderen Menschen, zu einem Nachteil [44].

Auch alle Befragten im Rahmen dieser Studie sehen eine Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen durch das Zufallsprinzip kritisch und befürchten neben der ethischen Fragwürdigkeit, mangelnde Akzeptanz und zusätzliche emotionale Belastung für die Mitarbeitenden auf den Intensivstationen, da dann Menschen mit guter/besserer Prognose vor den Toren der Intensivstation versterben würden.

Auch die Einschätzung des Verbots der Ex-Post-Triage war Gegenstand der Befragung. Im Rahmen einer Gesetzesänderung des Infektionsschutzgesetzes wurde 2022 die Ex-Post-Triage in Deutschland verboten. Die Sinnhaftigkeit und die Begründbarkeit des Verbots der Ex-Post-Triage muss nach Zusammenschau der ethischen Grundlagen angezweifelt werden.

Der Nicht-Beginn bzw. das Beenden einer medizinisch nicht-indizierten Maßnahme sind aus ethischer und juristischer Sicht zulässig und ethisch gesehen gleichwertig. Das frühere Eintreffen im Krankenhaus oder auf einer Intensivstation oder die frühere Inanspruchnahme intensivmedizinischer Ressourcen rechtfertigt allein keinen höheren Anspruch auf die knappe Ressource. Im Rahmen einer Triage-Situation ist das Ziel medizinischer Entscheidungsfindung nicht mehr das Wohl der einzelnen, individuellen Person – es zählt vielmehr das Wohl der Mehrheit – möglichst viele Menschen sollen die Situation mit möglichst gutem Outcome überleben. Das Verbot der Ex-Post-Triage auf den Intensivstationen verschiebt die Triage-Entscheidungen vor die Türen der Intensivstationen – z.B. auf die Normalstationen und Notaufnahmen. Dies bedeutet, dass die Entscheidung für eine Übernahme auf die ICU dort extrem streng gestellt werden würde, wodurch bei wesentlich weniger Menschen eine Intensivbehandlung begonnen würde, wenn sie eine grenzwertig schlechte Prognose haben, da diese Menschen bei langem Krankheitsverlauf die Intensivbetten dauerhaft belegen würden. Dadurch würden dann Menschen mit wesentlich besserer Prognose und vorhersehbar kürzerer Aufenthaltsdauer auf den Intensivstationen vor den Türen der Intensivstation sterben, obwohl sie eine gute (oder jedenfalls relativ bessere) Überlebenschance als die gerade in Behandlung befindlichen Patient:innen hätten, was eine große emotionale Belastung für die medical professionals auf den Intensivstationen wäre und sicher keine Akzeptanz finden würde. Ethisch gesehen ist das Verbot der Ex-Post-Triage eine nicht angemessene und unverhältnismäßige Entscheidung, die angesichts großen Triage-Drucks Patient:innen mit schlechterer Prognose bevorteilt, die Chancen auf Überleben für alle anderen verschlechtert und somit schlussendlich auch behinderte Menschen benachteiligen würde. Die Befragten medical professionals in dieser Studie sehen es – ähnlich wie auch die deutschen Mediziner:innen und Medizinethiker:innen, die massiv gegen das Verbot der Ex-Post-Triage protestiert haben [50,53] - pragmatisch und verweisen auf die Möglichkeit und die Pflicht, medizinische Maßnahmen regelmäßig zu reevaluieren und nicht-indizierte Therapien im Rahmen einer Therapiezieländerung zu beenden [4] - unabhängig davon, ob Ressourcenmangel herrscht oder nicht. Eine Therapiezieländerung ist bei strenger Indikationsstellung immer eine erlaubte und ethisch begründbare, gebotene ärztliche Entscheidung. Ärzt:innen müssen bei schwerwiegendem Ressourcenmangel angesichts des Verbotes der Ex-Post-Triage in Deutschland die Indikationen zur Intensivtherapie sehr streng stellen. Die Entscheidungen im Rahmen einer Therapiezieländerung sind auch in Deutschland von der Gesetzgebung rund um die Ex-Post-Triage ausgenommen [41].

Abschließend darf zusammengefasst werden, dass die Handlungsempfehlungen zur Allokation knapper Ressourcen bei einer durch die COVID-19-Pandemie drohenden Überlastung des Gesundheitssystems (Allokationspapier der ARGE Ethik der ÖGARI und

FASIM, sowie die kurzgefasste SOP, Checkliste der ARGE Ethik der ÖGARI [27,33,34]), für die ärztliche Entscheidungsfindung als nützlich, hilfreich und entlastend empfunden wurden. Um den durch Überlastung sowie schlechte Bezahlung bedingten Pflegemangel und den durch zunehmendes Burnout und schlechte Arbeitsbedingungen verursachten Ärztemangel aufzufangen, müssen sich Politik und Entscheidungsträger:innen von Gesundheitseinrichtungen für verbesserte Arbeitsbedingungen einsetzen, damit der medizinische Versorgungsauftrag des Staates gegenüber der Bevölkerung auch in Zukunft gewährleistet werden kann. Sowohl die Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen nach dem Zufallsprinzip als auch das Verbot der Ex-Post-Triage durch die deutsche Gesetzgebung werden vom Autor dieses Papiers als negative und ethisch nicht vertretbare, unangemessene Maßnahmen im Rahmen von Triage-Entscheidungen bewertet. Die Score-basierte Ressourcenzuteilung, die eine Allokationsentscheidung auf Basis der höchsten Überlebenschancen favorisiert und – falls aufgrund des Ressourcenmangels notwendig - auch eine wohlüberlegte Ex-Post-Triage zulässt, sind nach dem ethischen Verständnis des Verfassers dieser Diplomarbeit notwendige, ethisch begründbare und angemessene Maßnahmen, um eine gerechte Zuteilung knapper Ressourcen angesichts großer Ressourcenknappheit gewährleisten zu können.

Literaturverzeichnis

- (1) Rechtsinformationssystem des Bundes. Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998): BGBl. I Nr. 169/1998 [Internet]. 1998 [zuletzt aufgerufen am 07.01.2024]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>.
- (2) Cohen S, Sprung C, Sjøkvist P, Lippert A, Ricou A, Baras M, et al. Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med.* 2005; 31(9):1215-21.
- (3) Körtner U, Kopetzki C, Kletečka-Pulker M, Kaelin L, Dinges S, Leitner K, et al. Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) [Online document]. 2014 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: https://iERM.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/iERM/Projekte/Endbericht-Studie_Patientenverfuegung_PatVG_II_15.12.2014.pdf.
- (4) Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, et al. Therapiezieländerung auf der Intensivstation – Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2013; 48(4):216-23.
- (5) Rechtsinformationssystem des Bundes. 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG [Online document]. 2017 [zuletzt aufgerufen am 07.01.2024]. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_59/BGBLA_2017_I_59.pdfsig.
- (6) Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6. Auflage. New York: Oxford University Press. 2009.
- (7) Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012; 27(10):1361-7.
- (8) Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, Lenhart-Orator A, Weixler D, Dier H, et al. Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. *Anästhesie Nachr.* 2023; 5:134–7.
- (9) Hippokratische Gesellschaft Schweiz. Der hippokratische Eid [Internet]. Ohne Jahr [zuletzt aufgerufen 25.11.2023]. Verfügbar unter: <https://hippocrates.ch/wichtige-texte/eid-des-hippocrates/>.
- (10) Eigler FW. Der hippokratische Eid Ein zeitgemäßes Gelöbnis? *Dtsch Arztebl.* 2003; 100(34-35):2203-4.
- (11) Rechtsinformationssystem des Bundes. Sterbeverfügungsgesetz: BGBl. I 2021/242 [Internet]. 2021 [zuletzt aufgerufen am 07.01.2024]. Verfügbar unter:

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/RegV/REGV_6CEA1FB1_31C7_4FA7_A4C8_BD_C24230733/REGV_6CEA1FB1_31C7_4FA7_A4C8_BDCF24230733.pdf.

- (12) Rechtsinformationssystem des Bundes. Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB): BGBl. Nr. 60/1974 [Internet]. 1974 [Zuletzt aufgerufen am 07.01.2024]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296>.
- (13) Dudenredaktion. Triage [Internet]. Ohne Jahr [zuletzt aufgerufen 16.11.2023]. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Triage>.
- (14) Koehler U, Conradt R. Der Erfinder der „Triage“ – Dominique-Jean Larrey (1766–1842), Napoleons oberster Militärchirurg. *Pneumologie*. 2022; 76(5):365-9.
- (15) Mohr J, Schubert C. *Ethik der Gesundheitsökonomie*. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. 1992.
- (16) ZEITonline. "Treffen wir diese Entscheidungen nicht, sind alle tot" [Internet]. 26.11.2021 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/politik/ausland/2021-11/triage-corona-intensivmedizinerin-barbara-friesenecker>.
- (17) Stuttgarter Zeitung. „Wir haben schon jetzt eine Triage light“ [Internet]. 26.11.2021 [zuletzt aufgerufen am: 16.11.2023]. Verfügbar unter: <https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.coronasituation-in-oesterreich-wir-haben-schon-jetzt-eine-triage-light.4c604242-1c66-4625-a8fe-b4263a13debb.html>.
- (18) Kurier.at. Kritische Auslastung der Salzburger Intensivstationen: "Es geht sehr rasch" [Internet]. 16.11.2021 [zuletzt aufgerufen am 26.11.2023]. Verfügbar unter: <https://kurier.at/wissen/gesundheit/kritische-auslastung-der-salzburger-intensivstationen-es-geht-sehr-rasch/401808394>.
- (19) Gattringer T, Fandler-Höfler S, Kneihsl M, Hofer E, Köle W, Schmidt R, et al. Hospital admissions of acute cerebrovascular diseases during and after the first wave of the COVID-19 pandemic: a state-wide experience from Austria. *J Neurol*. 2021; 268(10):3584-8.
- (20) Kiblboeck D, Kellermair J, Siostrzonek P, Steinwender C. Regional differences in hospital admissions for ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarctions during the Coronavirus disease-19 (COVID-19) pandemic in Austria. *Wien Klin Wochenschr*. 2020; 132(13-14):362-4.
- (21) Peters S. Triage in der Katastrophenmedizin. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2010; 104(5):411-3.
- (22) Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V., Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. S3 – Leitlinie Polytrauma / Schwerverletzten-Behandlung, Version

- 4.1 [Online document]. 12/2022 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/187-023l_S3_Polytrauma-Schwerverletzten-Behandlung_2023-06.pdf.
- (23) Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Gesamtprotokoll der 8. Sichtungskonsensus-Konferenz [Internet]. 10/2019 [zuletzt aufgerufen am 18.07.2023]. Verfügbar unter: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Gesundheit/Sichtung/protokoll-8sikokon-download.pdf?__blob=publicationFile&v=5.
- (24) Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Ersteinschätzung in der Notaufnahme Das Manchester - Triage – System. 4. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. 2018.
- (25) World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). [Internet]. 30. Januar 2020 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
- (26) Riccioni L, Bertolini G, Giannini A, Vergano M, Gristina G, Livigni S et al. Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili - Versione 01 [Online document]. 06.03.2020 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2675063.pdf>.
- (27) Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI). Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie [Online document]. 17.03.2020 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf.
- (28) Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie [Online document]. 25.03.2020 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200325-covid-19-ethik-empfehlung-v1.pdf>.
- (29) Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA. 1963. 185:914-9.

- (30) Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005; 173(5):489-95.
- (31) Le Manach Y, Collins G, Rodseth R, Le Bihan-Benjamin C, Biccard B, Riou B, et al. Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality (POSPOM): Derivation and Validation. *Anesthesiology*. 2016; 124(3):570-9.
- (32) Ferreira FL, Bota DP, Bross A, Mélot C, Vincent J. Serial Evaluation of the SOFA Score to Predict Outcome in Critically Ill Patients. *JAMA*. 2001; 286(14):1754–8.
- (33) Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI). ICU-Triage im Falle von Ressourcen-Mangel: Empfehlungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie [Online document]. 26.03.2020 [zuletzt aufgerufen am 04.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/gari_sop_triage_covid-19_arge_ethik_final_26.3.2020.pdf.
- (34) Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie. Checkliste: ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie [Online document]. 26.03.2020 zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/gari_checkliste_triage_icu_final_26.3.2020.pdf.
- (35) Theou O, Squires E, Mallery K, Lee JS, Fay S, Goldstein J, et al. What do we know about frailty in the acute care setting? A scoping review. *BMC Geriatr*. 2018; 18(1):139. doi: 10.5770/cgj.20.240 [Epub 31.03.2017].
- (36) Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2017; 43(8):1105-22.
- (37) Shears M, Takaoka A, Rochweg B, Bagshaw SM, Johnstone J, Holding A., Assessing frailty in the intensive care unit: A reliability and validity study. *J Crit Care*. 2018; 45:197-203.
- (38) Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020; 395(10229):1054-62.
- (39) Bundesverfassungsgericht. Beschluss des Ersten Senats vom 16. Dezember 2021 1–1 BvR 1541/20 -, Rn. 1-131. 2021 [zuletzt aufgerufen am 25.11.2023]. Verfügbar unter: http://www.bverfg.de/e/rs20211216_1bvr154120.html.
- (40) Poser N. Triage: Plädoyer für den Zufall [Internet]. 14. Mai 2022 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/gesellschaft/2022-05/triage->

behinderung-randomisierung-chancengleichheit?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F.

- (41) Bundesministerium für Gesundheit. Gesetzesentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes [Online Document]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 08.12.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/II/Kabinettdfassung_GE_IfSG_BVerfG_Triage_bf.pdf.
- (42) Deutscher Caritasverband e. V.. Stellungnahme zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung zu einem Zweiten Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes [Online document]. 10/2022 zuletzt aufgerufen am 16.11.2023. Verfügbar unter https://www.bundestag.de/resource/blob/916884/545950e69b7537acf03d7b0589c2e3d3/20_14_0060-35-Deutscher-Caritasverband-e-V-Stellungnahme-zur-oeffentlichen-Anhoerung_nicht-barrierefrei-data.pdf.
- (43) Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben. Stellungnahme der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. - ISL [Online document]. 10/2022 [zuletzt aufgerufen 18.08.2023]. Verfügbar unter: https://www.isl-ev.de/attachments/article/2639/220720_ISL_Stellungnahme%20Triage.pdf.
- (44) Bartenschlager CC, Brunner JO, Heller AR. Evaluation von scorebasierten Ansätzen für die Ex-post-Triage auf Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie: eine simulationsbasierte Analyse. Notfall Rettungsmed. 2022; 25(4):221–3.
- (45) Forum behinderter Juristinnen und Juristen. Stellungnahme des Forums behinderter Juristinnen und Juristen - FbJJ Zur Novellierung des Impfschutzgesetzes (IfSG) zur Zuteilung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten unter den Bedingungen der Pandemie [Online document]. 10/2022 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/916684/56de2b88fd90816ce738968d4438aed/20_14_0060-18-Forum-behinderter-Juristinnen-und-Juristen_Stellungnahme-zur-oeffentlichen-Anhoerung_nicht-barrierefrei-data.pdf.
- (46) Bundesverfassungsgericht. Urteil des Ersten Senats vom 15. Februar 2006- 1 BvR 357/05 -, Rn. 1-156 [Internet]. 2006 [zuletzt aufgerufen am 25.11.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2006/02/rs_20060215_1bvr035705.html.
- (47) United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities [Internet], 2006 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023], Verfügbar unter: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>.

- (48) Shana Alexander. They Decide Who Lives Who Dies: Medical Miracle Puts a Moral Burden on a Small Committee. *Life*. 1962; 53(19):102-25.
- (49) Stühlinger V, Werner-Felmayer G. Klinische Ethikberatung – eine spezielle Form der Begutachtung. *OeZG*. 2021; 31(3):144-56.
- (50) Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.. Stellungnahme der AWMF Taskforce COVID-19 Leitlinien zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes des Bundesministeriums für Gesundheit übermittelt am 14. Juni 2022 [Online document]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/dateien/stellungnahmen/2022/20220722-awmf-taskforce-covid-19-leitlinien.pdf.
- (51) Rozani S, Evangelou K, Schuffert L, Hahn E, Tsagkaris C, Matis G et al. Burnout und Abhängigkeit bei ärztlichem Personal zeitlos und während der COVID-19-Pandemie am Beispiel der Chirurgie und Anästhesie. *Chirurgie*. 2022; 93:1063–71.
- (52) Lee MCC, Thampi S, Chan HP, Khoo D, Chin BZB, Foo DPX. Psychological distress during the COVID-19 pandemic amongst anaesthesiologists and nurses. *Br J Anaesth*. 2020; 125(4):e384–e6.
- (53) Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin. Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes vom 14. Juni 2022 [Online document]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundestag.de/resource/blob/916518/901815641991c8c2d059f3aebc6881b0/20_14_0060-9-Deutsche-Gesellschaft-fuer-Anaesthesiologie-Intensivmedizin_Stellungnahme-zur-oeffentlichen-Anhoerung_nicht-barrierefrei-data.pdf.
- (54) Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*. 2016; 28(4):456-69.
- (55) Hartog CS, Hoffmann F, Mikolajetz A, Schröder S, Michalsen A, Dey K, et al. SepNet Critical Care Trials Group – Ethicus II Studiengruppe. Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der „end-of-life care“: Ergebnisse einer Mitarbeiterumfrage auf der Intensivstation. *Anaesthesist*. 2018; 67(11):850-8.
- (56) Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. 2017; 7(1):71. doi: 10.1186/s13613-017-0293-2. [Epub 21.06.2017].

- (57) Murphy DJ, Santilli S. Elderly patients' preferences for long-term life support. Arch Fam Med. 1998; 7(5):484-8.
- (58) Tagesspiegel.de. Deutsche Katastrophenärzte verfassen Alarmbericht über Strassburg [Internet]. 03/2020 [zuletzt aufgerufen 16.11.2023]. Verfügbar unter: [https://www.tagesspiegel.de/wissen/deutsche-katastrophenarzte-verfassen-
alarmbericht-uber-strassburg-7441702.html](https://www.tagesspiegel.de/wissen/deutsche-katastrophenarzte-verfassen-alarmbericht-uber-strassburg-7441702.html).
- (59) watson.de. Nicht alle Nachbarländer entscheiden nach denselben Kriterien [Internet]. 12/2021 [zuletzt aufgerufen am 16.11.2023]. Verfügbar unter: [https://www.watson.ch/international/schweiz/235920128-triage-nicht-alle-
nachbarlaender-entscheiden-nach-denselben-kriterien](https://www.watson.ch/international/schweiz/235920128-triage-nicht-alle-nachbarlaender-entscheiden-nach-denselben-kriterien).
- (60) Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, Leaver S, Watson X, Boulanger C, et al. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. Intensive Care Med. 2020; 46(1):57-69.
- (61) Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. 6. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. 2016.
- (62) Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien GmbH. 2010.
- (63) Mayer H. Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. 6. Auflage. Wien: facultas.wuv. 2014.
- (64) Bepouka B, Odio O, Mayasi N, Longokolo M, Mangala D, Mandina M, et al. Prevalence and Outcomes of COVID -19 Patients with Happy Hypoxia: A Systematic Review. Infect Drug Resist. 2022; 15:5619-28.
- (65) Akoumianaki E, Vaporidi K, Bolaki M, Georgopoulos D. Happy or Silent Hypoxia in COVID-19-A Misnomer Born in the Pandemic Era. Front Physiol. 2021; 12:745634. doi: 10.3389/fphys.2021.745634. [eCollection 2021].
- (66) Gewerkschaft Öffentlicher Dienst. In unseren Betrieben brennt der Hut! [Online document]. 2023 [zuletzt aufgerufen am 21.11.23]. Verfügbar unter: https://gesundheitsgewerkschaft.goed.at/fileadmin/BV09/Magazin_2-23.pdf.
- (67) Rappold E, Juraszovich B. Pflegepersonal- Bedarfsprognose für Österreich [Online document]. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Wien; 2019 [zuletzt aufgerufen am 21.11.2023]. Verfügbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=722>.

Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of Daily Living
ÄrzteG	Ärztegesetz
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
CFS	Clinical Frailty Score
COVID	Coronavirus Disease
CTC	Comfort Terminal Care
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DNE	Do Not Escalate
DNR	Do Not Resuscitate
FCFS	First Come First Serve
GG	Grundgesetz
ICU	Intensivstation, Intensive Care Unit
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IMC	Intermediate Care
IP	Interviewpartner:in
MANV	Massenanfall von Verletzten
ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
OP	Operation
POS-POM	Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
RID	Reevaluate Indication and Deescalate
Sars-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
SIAARTI	Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva
SOFA	Sequential Organ Failure Assessment
SOP	Standard Operating Procedure
TZÄ	Therapiezieländerung

Anhang

David Schönegger – Diplomarbeit zur Triage anlässlich der COVID-19-Pandemie

Fragebogen für Ärzt:innen und Pflegepersonal

1. Sind sie Ärzt:in oder Pflegeperson?
2. Welche Ausbildung haben sie absolviert?
3. Wie lange sind Sie schon in der Intensivmedizin tätig und welche Funktion hatten sie während der COVID-19 Pandemie inne?
4. Auch das österreichische Gesundheitssystem hat während der COVID-19-Pandemie immer wieder die Grenzen der Belastbarkeit erreicht: Eine „harte“ Triage-Situation gab es zwar nicht. In einigen Krankenhäusern mussten medizinische Ressourcen trotzdem rationiert werden („triage light“) und die übliche Entscheidungskaskade verändert werden. (z.B. Operationen werden aufgeschoben; Pat. früher als normal abtriiert in weniger gut ausgerüstete/ausgebildete Einheiten; Pat. schlechtere Transportbedingungen als üblich, Pat. wird früher als üblich keine Intensivbehandlung angeboten und auf Normalstation palliativ behandelt etc...). Würden Sie bitte Beispiele nennen, ob und wie Sie das selbst mitbekommen/erfahren/entschieden haben.
5. Es kam auch vor, dass Patienten nicht in die Klinik kamen aus Angst vor Ansteckung. Wie haben sie diese Situation erlebt?
6. Welche und wie haben Sie die Belastungen in dieser Situation bei sich und in ihrem Arbeitsumfeld (Mitarbeiter:innen, andere Abteilungen -z.B. Chirurg:innen) wahrgenommen?
7. Mussten Sie vor der Covid19-Pandemie schon mal Triage-Entscheidungen treffen z. B. als Notärzt:in präklinisch bei Massenanfällen von Verletzten?
 - a. Wenn ja – was war der Unterschied zur Entscheidungsfindung unter Stress, Zeitmangel, Ressourcenmangel (Betten, ECMO, Intensivbetten) im Rahmen von COVID-19?
8. Waren Sie bei der Ausarbeitung der klinisch-ethischen Empfehlungen zur Allokation intensivmedizinischer Ressourcen während der COVID-19 Pandemie der ÖGARI/FASIM beteiligt?
9. Kennen sie das ausführliche Allokationspapier (ÖGARI/FASIM) und/oder die SOP/Checkliste für Triage im Falle von Ressourcenmangel der ÖGARI?
 - a. Falls ja - Wie haben diese Ihre Arbeit während der Pandemie beeinflusst? Konnten Sie die Checkliste praktisch anwenden?
 - b. War das eine Entlastung in der klinischen Stress-Situation?
 - c. War das eine Hilfe beim Treffen schwieriger Entscheidungen?
 - d. Wurde durch das Anwenden der SOP/Checkliste der ÖGARI die Dokumentation der Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen vereinfacht?

10. Wie beeinflussten die Dokumente der ÖGARI, Ihrer Meinung nach, den Prozess der ärztlichen Entscheidungsfindung im Falle von Ressourcenmangel angesichts der COVID-19-Pandemie?
11. Haben Sie aus ihrer eigenen Erfahrung Wünsche /Anregungen für die von der ÖGARI/ARGE Ethik erstellte SOP/Checkliste zur Triage?
12. Wie empfinden sie die stattfindende „Flucht“ der Pflegepersonen bzw. den evidenten Pflegemangel jetzt nach Ende der Pandemie (während der Pandemie haben die meisten durchgehalten, um niemanden „im Stich zu lassen“ (das eigene Team, die Patient:innen)?
13. Wie geht es Ihnen als Ärzt:in? Kam Ihnen auch der Gedanke „weglaufen“ zu wollen?
14. Was ist Ihrer Meinung nach in dieser Zeit am meisten falsch gelaufen?
15. Was ist Ihrer Meinung nach gut gelaufen?
16. Was hätten Sie sich erwartet / was wurde gut gemacht?
 - a. Vom Gesetzgeber
 - b. Vom Arbeitgeber
 - c. Vom Chef
 - d. Von den Kolleg:innen?
17. Was würden sie sich für ähnliche Situationen in der Zukunft wünschen?
18. Wie finden Sie die Forderung einer Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen durch das Zufallsprinzip? Welche Auswirkungen würde dies auf die Mitarbeiter:innen der Intensivstationen haben?
19. In Deutschland wurde durch die Änderung des Infektionsschutzgesetzes 2022 die Ex-Post-Triage verboten. Dadurch werden bereits zugeteilte intensivmedizinische Ressourcen von Triage-Entscheidungen ausgenommen. Wie stehen Sie zu dieser Änderung?
20. Gibt es etwas über das wir nicht gesprochen haben und Sie noch sagen möchten?



Checkliste: ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel

aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie

<p>PatientInnen-Identifikations-Daten</p> <p>Alter der PatientIn: Jahre</p> <p>Datum & Uhrzeit des Assessments:</p> <p>Station des Assessments:</p>	<p>PatientInnen - Etikette</p>
<p>Begleiterkrankungen, die mit einer verkürzten Lebenserwartung einhergehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schwere Herzinsuffizienz ○ Dialysepflichtigkeit / Schwere Niereninsuffizienz ○ Schwere Leberschaden (Meld Score ...) ○ Schwere Lungenerkrankung ○ ZNS: fortgeschrittene Demenz, neurodegenerative Erkrankung ○ Aktive maligne Grunderkrankung ○ Immunsuppression ○ Sonstige Grunderkrankung mit stark eingeschränkter Lebenserwartung ○ Andere: ○ Keine Möglichkeit / Zeit zur Erhebung 	
<p>ADL-Score (Pflege/ÄrztIn):</p> <p>FRAILITY-Score (CFS; ÄrztIn):</p> <p>SOFA-Score (ÄrztIn):</p> <p>POS-POM-Score (ÄrztIn):</p>	<p>Intensivaufnahme indiziert:</p> <p>○ Ja ○ Nein</p>
<p>Kommentar:</p>	<p>PatientInnenwille:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ PatientInnenverfügung ○ Vorsorgevollmacht ○ mündlich
<p>ICU - Kapazität frei:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ja ○ Nein ○ Transfer auf andere ICU/Station möglich ○ Transfer auf andere ICU/Station <u>NICHT</u> möglich 	<p>Palliativ-Konsiliardienst verständigt?</p> <p>○ Ja ○ Nein</p>
<p>UntersucherIn:</p> <p>Gesprächs-TeilnehmerInnen:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Verlegung nach:</p>

erstellt am 26.3.2020



ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel

Empfehlungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie

In Krisensituationen führt **Ressourcenknappheit/-mangel** (Personal, Material: Intensivbetten, Geräte, Medikamente, Masken, Handschuhe etc...) zu **Rationierung**. ÄrztInnen sind gezwungen forciert Entscheidungen unter Zeitdruck, zu treffen. Ethisch/rechtliche Grundlagen müssen dabei, gleich wie unter „normalen“ Bedingungen, Basis ärztlicher Indikationsstellung bleiben*.

Im Rahmen einer Triage ist nur für diejenigen PatientInnen eine **maximale Therapie** (z.B. ICU, ECMO) indiziert, die im Rahmen einer **Schaden/Nutzen-Abwägung** durch eine technisch machbare medizinische Behandlung prognostisch eine hohe **Überlebenswahrscheinlichkeit** haben. Gleichwertig zum Ziel der **Lebenserhaltung** muss die Frage nach der **künftigen Lebensperspektive** und der **Vermeidung einer ‚Chronisch Kritischen Erkrankung‘** die Indikationsstellung begründen. Intensivtherapie darf in der Triage-Situation nur nach Ausschöpfung aller möglichen **Alternativen** (z.B. Transfer auf eine andere ICU) vorenthalten oder beendet werden.

Zur besseren Abschätzung der **Prognose** und des **Mortalitätsrisikos** und falls eine laufende Intensivtherapie aufgrund der besseren Outcome-Prognose (=Überlebenswahrscheinlichkeit) einer anderen PatientIn beendet werden muss, empfehlen wir folgende Vorgehensweise:

1. **Normalstation (& ICU): ADL – Score** (Activity of Daily Life) & **Clinical Frailty Scale** (CFS Dalhousie; Gebrechlichkeit) zur Abschätzung von **Rehabilitationpotential** und Risiko der Entwicklung einer **‚Chronisch Kritischen Erkrankung‘** (kritisch bei ADL < 10/18 & CFS > 4/9).
2. Bei **chirurgischen PatientInnen** sollte zusätzlich **präoperativ** der **POS-POM-Score (Präoperativer Score)** zur Vorhersage **postoperativer Mortalität** erhoben werden, der **Co-Morbidität** und **Invasivität** des geplanten chirurgischen Eingriffs mit **Outcome** korreliert.
3. **ICU:** Zusätzlich zum ADL/Frailty-Score den **SOFA- Score** zur Beurteilung der **Überlebenschance** erheben. SOFA-Score korreliert mit **ICU-Mortalitätswahrscheinlichkeit** ($\geq 15/24 \rightarrow 80\%$ Mortalität) Alle 4 Scores sind **einfach** und **schnell** erhebbar. ADL/CFS/Co-Morbiditäten müssen, falls möglich, bei Aufnahme auf Normalstationen durchgeführt werden, um den Triagedruck zu mindern.

ECMO muss bei SARS-CoV-2 PatientInnen im hypoxischen Lungenversagen streng indiziert werden**.

Falls möglich sollte der **PatientInnenwille** so früh wie möglich (bei Aufnahme) eruiert werden.

Alter wird immer wieder als alleiniges Triage-Kriterium unter katastrophenmedizinischen Bedingungen berichtet. Alter alleine zur Prognoseeinschätzung zu verwenden verletzt das verfassungsrechtlich verankerte Diskriminierungsverbot, weil ältere Menschen dann **‚weniger wert‘** wären als junge Menschen. Das Gerechtigkeitsprinzip bemüht sich aber präsumiert werden, dass steigendes Alter einschränkend auf die Überlebenswahrscheinlichkeit wirkt, weil ältere Menschen häufiger gebrechlich sind und/oder an Co-Morbiditäten leiden. Bei einem Massenansturm schwerst Erkrankter muss Alter daher im Falle großen Triagedrucks im Rahmen kurzfristiger Prognosestellung als Risikofaktor für Sterblichkeit berücksichtigt werden (z.B. Alter > 85a bei SARS-CoV-2) ***.

PatientInnen/Angehörige müssen, wenn eine kurative ICU-Therapie nicht (mehr) gerechtfertigt ist, im Sterbeprozess **palliativmedizinisch** betreut werden (ärztlich, pflegerisch, falls möglich auch durch Psychologie, Seelsorge, Sozialarbeit). Ziel ist **beste Symptomkontrolle** (u.U. Indikation zur **‚palliativen Siedierung‘******). Das Team auf den Normalstationen ist mit Hilfe des **Palliativteams** anzuleiten*****.



Anhang - Erläuterungen:

*ad **Ethische Prinzipien als Basis ärztlicher Entscheidungsfindung** – auch in der Triage-Situation:

1. **Gerechtigkeit**, verstanden als Pflicht, knappe Ressourcen so effizient wie möglich einzusetzen und bei Allokationsentscheidungen fair vorzugehen und dabei zugleich der individuell betroffenen PatientIn gerecht zu werden.
1. **Nichtschaden**, verstanden als primäre Pflicht, durch Allokationsentscheidungen zu knappen Ressourcen das Versorgungssystem nicht zu gefährden und dabei zugleich keine Behandlungen durchzuführen, welche für individuell betroffene PatientIn mehr Schaden als Nutzen bringen.
2. **Wohltun**, verstanden als Pflicht, mit den knappen Ressourcen den größtmöglichen Nutzen für die größtmögliche Zahl an Betroffenen zu erzielen und dabei zugleich jene Maßnahmen zu setzen, welche dem Wohl der individuell betroffene PatientIn am meisten entsprechen.
3. **Autonomie (Respekt gegenüber der anvertrauten Person)**, verstanden als Pflicht, die individuell Betroffenen auch in Ausnahmesituationen nicht zum bloßen Objekt von Allokationsentscheidungen zu degradieren und dabei zugleich die Grenzen individueller Freiheit bei Fremdgefährdung im Blick zu behalten.

Quelle: Statement der Arbeitsgruppe Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ARGE Ethik, ÖGARI) vom 17.03.2020 zu ‚Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie – Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen‘.

*ad **Rechtliche Grundlage als Basis ärztlicher Entscheidungsfindung** – auch in der Triage-Situation:

Lt. dem **Ärztegesetz** ist ÄrztIn verpflichtet nach Maßgabe der *ärztlichen Wissenschaft* und *Erfahrung* das *Wohl der Kranken* und den *Schutz der Gesunden* zu wahren. Es ist bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen (Symptomlinderung) im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt.

Quelle: § 49a ÄrzteG: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40211904/NOR40211904.html>,
§ 49 ÄrzteG: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40190742/NOR40190742.html>

ÄrztIn ist demnach nicht verpflichtet ALLES technisch Machbare zu tun, wenn dies nicht zum Nutzen/Wohle von PatientIn ist. „Zum Wohle der Kranken“ heißt auch ärztlich und pflegerisch „gut begleiten“ und „Sterben in Würde“ zulassen.

** ad **ECMO**: Interventionen, die unter Umständen überproportional Ressourcen in Anspruch nehmen, müssen streng indiziert werden, z.B. eine ECMO-Therapie bei SARS-CoV-2 PatientInnen im Rahmen von Lungenversagen.

MacLaren G, Fisher D, Brodie D. Preparing for the Most Critically Ill Patients With COVID-19. The Potential Role of Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Jama*, published on Feb 19, 2020.

ECMO kann sinnvoll sein bei COVID-19-PatientInnen, die eine therapierefraktäre Hypoxämie haben.
Goligher EC, Tomlinson G, Hajage D, et al. Extracorporeal membrane oxygenation for severe acute respiratory distress syndrome and posterior probability of mortality benefit in a post hoc bayesian analysis of a randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;320(21):2251-2259.
<https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>



*** ad **Alter**: Medienbericht zur **Altersgrenze** als Triage Maßnahme, der zeigt, dass Alter als ultima ratio unter katastrophenmedizinischen Bedingungen als alleiniges Triage-Kriterium verwendet wird, auch wenn dies das verfassungsrechtlich verankerte Diskriminierungsverbot verletzt.

<https://www.abc.net.au/news/2020-03-18/ethics-of-medical-care-ventilator-in-the-coronavirus-pandemic/12063536>

Medizinisch ist Alter nur in Zusammenhang mit Comorbiditäten und Frailty ein Prognose relevanter Faktor. *Ethisch/rechtlich* ist Alter nicht als unabhängiges Kriterium für Triage-Entscheidungen zu rechtfertigen. Bei sonst gleichen Voraussetzungen (d.h. auch in Situationen, in denen man auf Grund des Zeitdrucks nichts vom Gesundheitszustand der PatientIn weiß) wäre ethisch/rechtlich eine Zufallszuteilung besser begründet.

Eine Subanalyse der VIP-2 Studie zeigt, dass erst ab 90 Jahren das chronologische Alter per se ein unabhängiger Risikofaktor für Sterblichkeit wird (Co-Autor M. Joannidis; zur Publikation eingereicht).

Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, Leaver S, Watson X, Boulanger C, Szczeklik W, Artigas A, Morandi A, Andersen F, Zafeiridis T, Jung C, Moreno R, Walther S, Oeyen S, Schefold JC, Cecconi M, Marsh B, Joannidis M, Nalapko Y, Elhadi M, Fjølner J, Flaatten H. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Medicine* 2020 Jan;46(1):57-69.

Aktuellen Daten zufolge ist bei SARS-CoV-2 Alter (> 85a) ein Indikator für schlechte Prognose.

Zhou F. et. al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; Mar 11. pii: S0140-6736(20)30566-3. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.

<https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>

**** ad **Palliative Sedierung**: „...Die Palliative Sedierungstherapie ist eine wichtige und ethisch akzeptierte Therapie in der Versorgung von ausgewählten, sterbenden Menschen, welche aufgrund therapierefraktärer Symptome für sie unerträgliches Leiden erleben... . Die therapeutische (oder palliative) Sedierung wird im palliativmedizinischen Kontext als der überwachte Einsatz von Medikamenten verstanden, mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für PatientInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren. ...“

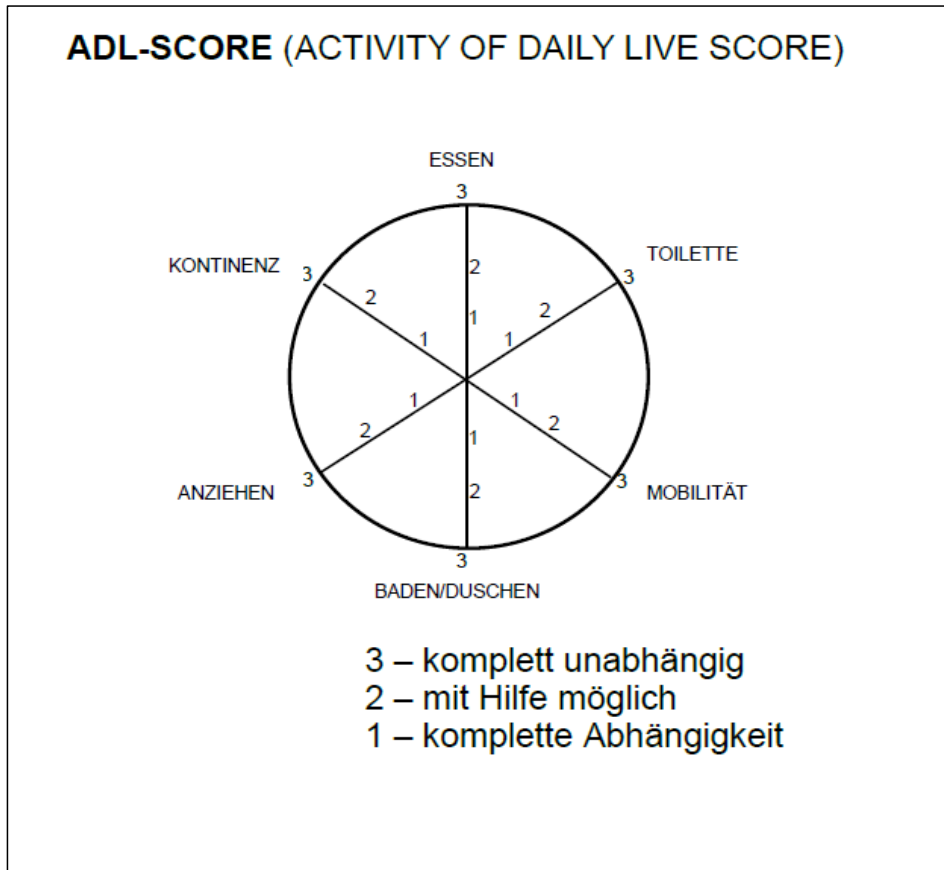
Quelle: Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie. Ergebnisse eines Delphiprozesses der Österreichischen Palliativgesellschaft; OPG). Dietmar Weixler, Sophie Roeder-Schur, Rudolf Likar, Claudia Bozzaro, Thomas Daniczek, Angelika Feichtner, Christoph Gabl, Bernhard Hammerl-Ferrari, Maria Kletecka-Pulker, Ulrich H. J. Körtner, Hilde Kössler, Johannes G. Meran, Aurelia Mikovsky, Bettina Pusswald, Thomas Wienerroither, Herbert Watzke. *Wien Med Wochenschr* (2017) 167:31–48

***** ad **Palliativmedizin**: Vergleiche dazu die Handlungsempfehlung zur Therapie von PatientInnen mit COVID-19 aus **palliativmedizinischer Perspektive**. Für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Delis S, Nehls W, Maier BO, Bausewein C; Stand 18.03.2020

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200318_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_Update2.pdf



ADL-Score (Activity of Daily Life) – kann von Pflege und ÄrztInnen erhoben werden



ADL-Score dient der Beurteilung der **Leistungsfähigkeit** und **Lebensqualität** einer PatientIn
ADL-Score hilft **Lebenssituation** zu **objektivieren** und **postop. Outcome** (Rehabilitations-Potential)
besser einzuschätzen

Score - Ergebnis:

Max = 18 Punkte → komplett unabhängig

Min = 6 Punkte → komplett abhängig

ADL ≤ 10

**Outcome-Verschlechterung
zunehmend schlechtes REHA-Potential**

Quelle: Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. S. Katz, AB Ford, RW Moskowitz, BA Jackson, MW Jaffe. Jama (1963), Sept21.



FRAILITY (Gebrechlichkeit) – sollte von ÄrztInnen erhoben werden

Frailty ist ein Syndrom von **gestörter physiologischer Reserve** und **erniedrigter Widerstandskraft** gegen Stressfaktoren.

Dalhousie ‚Clinical Frailty Scale‘ (CFS)

Clinical Frailty Scale*

1 Very Fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.

2 Well – People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are **very active occasionally**, e.g. seasonally.

3 Managing Well – People whose **medical problems** are well controlled, but are **not regularly active** beyond routine walking.

4 Vulnerable – While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.

5 Mildly Frail – These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

6 Moderately Frail – People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need help with **bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

7 Severely Frail – **Completely dependent for personal care**, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).

8 Very Severely Frail – **Completely dependent**, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.

9 Terminally Ill - Approaching the end of life. This category applies to people with a **life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**.

Scoring frailty in people with dementia
The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in **mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal. In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Fig. 1. Clinical frailty scale. ©2007–2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy the Clinical Frailty Scale for research and educational purposes only.

Frailty ist ein guter Prädiktor für schlechtes **Outcome** (1)

Frailty korreliert gut mit **Mortalität** (2)

Frailty ist ein **altersunabhängiger** Parameter - Gebrechlichkeit hat auch bei jungen PatientInnen eine hohe Mortalität (3)

Clinical Frailty Scale (CFS) kann für Entscheidung zur **Aufnahme auf eine ICU** verwendet werden (4,5)

Das Ausmaß von Frailty korrespondiert mit dem Ausmaß von **Demenz** (6)

Frailty ≥ 5
sinkende Überlebenswahrscheinlichkeit
steigende Wahrscheinlichkeit Pflegefall zu werden (7)

1. Olga Theou, Emma Squires, Kayla Mallery, Jacques S. Lee, Sherri Fay, Judah Goldstein, Joshua J. Armstrong, Kenneth Rockwood: **What do we know about frailty in the acute care setting? A scoping review.** BMC Geriatr. 2018; 18: 139.
2. Muscedere J(1)(2), Waters B(3), Varambally A(4), Bagshaw SM(5), Boyd JG(6), Maslove D(6), Sibley S(6), Rockwood K(7). **The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis.** Intensive Care Med. 2017 Aug;43(8):1105-1122.
3. Smart R(1), Carter B, McGovern J, Luckman S, Connelly A, Hewitt J, Quasim T, Moug S. **Frailty Exists in Younger Adults Admitted as Surgical Emergency Leading to Adverse Outcomes. Frailty and Young and general surgery.** J Frailty Aging. 2017;6(4):219-223.
4. Shears M(1), Takaoka A(1), Rochweg B(2), Bagshaw SM(3), Johnstone J(4), Holding A(5), Tharmalingam S(6), Millen T(1), Clarke F(1), Rockwood K(7), Li G(8), Thabane L(8), Muscedere J(9), Stelfox HT(10), Cook DJ(11); Canadian Critical Care Trials Group. **Assessing frailty in the intensive care unit: A reliability and validity study.** J Crit Care. 2018 Jun;45:197-203.
5. Muscedere J(1)(2), Waters B(3), Varambally A(4), Bagshaw SM(5), Boyd JG(6), Maslove D(6), Sibley S(6), Rockwood K(7). **The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis.** Intensive Care Med. 2017 Aug;43(8):1105-1122
6. Diego Costa, Martín Aladio, Camilo A. Girado, Ricardo Pérez de la Hoz, C. Sara Berensztein. **Frailty is independently associated with 1-year mortality after hospitalization for acute heart failure.** Int J Cardiol Heart Vasc. 2018 Dec; 21: 103–106.
7. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski. **A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people.** CMAJ. 2005 Aug 30;173(5):489-95. Division of Geriatric Medicine, Dalhousie University, Halifax, NS.



POS-POM (Präoperativer Score zur Vorhersage postoperativer Mortalität)

Validierter, einfacher **Risiko-Score** zur Vorhersage der **in-Hospital Mortalität** bei **chirurgischen PatientInnen**. Der Einfluss von Komorbidität und Größe des chirurgischen Eingriffs wird in Bezug zum postoperativen Outcome gesetzt (1)

Komorbidität ist definiert als die totale Krankheitslast, die unabhängig von der aktuellen Diagnose ist. Komorbidität trägt sowohl zum **klinischen Outcome** (z.B. Mortalität, OP-Ergebnisse, Komplikationsraten, Aufenthaltsdauer) als auch zum **ökonomischen Outcome** (Ressourcenverbrauch, Entlassungsziel, Behandlungsintensität) bei (2,3,4)

Mortalitätsraten sind bei älteren ICU-Pat. höher als bei jüngeren. Trotzdem ist es nicht das Alter per se, als vielmehr assoziierte Faktoren wie Schwere der Erkrankung und präorbider funktioneller Status, die für schlechtere Prognose verantwortlich sind! Die Präferenzen unserer Pat. bzgl. lebenserhaltender Maßnahmen sind stark von der Wahrscheinlichkeit eines guten Outcomes beeinflusst! (5)

Berechnung des Scores im Internet über: <http://perioperativerisk.com/mortality/>

1. Le Manach Y(1), Collins G, Rodseth R, Le Bihan-Benjamin C, Biccard B, Riou B, Devereaux PJ, Landais P. **Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality (POSPOM): Derivation and Validation.** *Anesthesiology.* 2016 Mar;124(3):570-9
2. Kaplan MH, Feinstein AR. **The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus.** *J Chronic Dis.* 1974;27:387-404.
3. Greenfield S, Aronow HU, Elashoff RM, Watanabe D. **Flaws in mortality data. The hazards of ignoring comorbid disease.** *JAMA.* 1988;260:2253-2255.
4. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. **A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.** *J Chronic Dis.* 1987;40:373-383.
5. Sophia E de Rooij, Ameen Abu-Hanna, Marcel Levi, Evert de Jonge. **Factors that predict outcome of intensive care treatment in very elderly patients: a review.** *Crit Care.* 2005; 9(4): R307-R314.



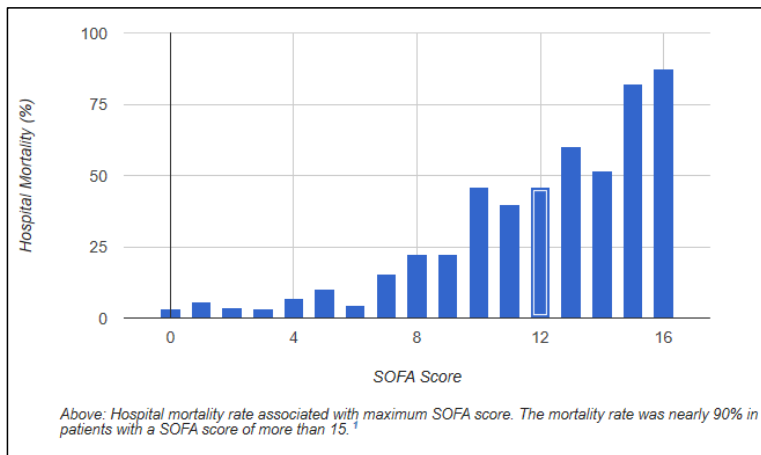
SOFA – Score (Sequential Organ Failure Assessment) beurteilt PatientInnen auf Intensivstationen auf Basis ihrer **Organdysfunktion** und bemisst dadurch das **Mortalitätsrisiko**. An 6 Organsysteme (Atmung, ZNS, Herzkreislauf, Leber, Blutgerinnung, Nieren) wird mit Hilfe organspezifischer Parameter eine Beurteilung der Funktion in Punkten von 0 (normal) bis 4 (stärkst eingeschränkte Funktion) durchgeführt.

... „The potential risk factors of older age, high SOFA score, and d-dimer greater than 1 µg/mL could help clinicians to identify patients with poor prognosis at an early stage ...“.

- Quelle: Fei Zhou*, Ting Yu*, Ronghui Du*, Guohui Fan*, Ying Liu*, Zhibo Liu*, Jie Xiang*, Yeming Wang, Bin Song, Xiaoying Gu, Lulu Guan, Yuan Wei, Hui Li, Xudong Wu, Jiuyang Xu, Shengjin Tu, Yi Zhang, Hua Chen, Bin Cao. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet, März 2020

Unlike other ICU mortality systems, SOFA was not designed to accurately predict mortality, and was originally developed examining ICU mortality (not hospital mortality). While there is no direct conversion of SOFA score to mortality, a rough estimate of mortality risk may be made based on two prospective papers that have been published. ^{1,2} Note that this estimation is based on the maximum (highest) SOFA score during a patient's ICU stay.

Maximum SOFA Score	Mortality
0 to 6	< 10%
7 to 9	15 - 20%
10 to 12	40 - 50%
13 to 14	50 - 60%
15	> 80%
15 to 24	> 90%



- Vincent JL, de Mendonça A, Cantraine F, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. *Crit Care Med*. 1998;26(11):1793-800. PMID 9824069.
- Ferreira FL, Bota DP, Bross A, et al. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*. 2001;286(14):1754-8.



Ergänzende Literatur – ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected—interim guidance. Published January 28, 2020. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

The Hastings Center Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. March 16, 2020. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>

Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus infections—more than just the common cold. *JAMA*. 2020. Published online January 23, 2020.

Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. Published online February 7, 2020.

Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. Published online January 30, 2020.

Bouadma L, Lescure F, Lucet J. et al. Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Med* (2020).

Cheung W K, Myburgh J. et al. A multicentre evaluation of two intensive care unit triage protocols for use in an influenza pandemic. *Med J Aust*. 2012;197(3):178–81.

Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ* 2006;175: 1377–81.

Liao X, Wang B, Kang Y. Novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: preparing intensive care units—the experience in Sichuan Province, China. *Intensive Care Med* 46, 357–360 (2020).

MacLaren G, Fisher D, Brodie D. Preparing for the Most Critically Ill Patients With COVID-19. The Potential Role of Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Jama*, published on Feb 19, 2020.

Murthy S, Gomersall C D, Fowler R A. Care for Critically Ill Patients With COVID-19. *Jama* published online, March 11, 2020.

Ñamendys-Silva S A. Respiratory support for patients with COVID-19 infection. *The Lancet*, published online March 5, 2020.

Persad G, Wertheimer A, Emanuel E J. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet* 2009;373(9661):423–31.

Yang X et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med* 2020, published on February 24, 2020.

Wu et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2763184>

Zhou F. et. al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020



Unterzeichnet von folgenden Mitgliedern der ARGE Ethik der ÖGARI:

in alphabetischer Reihenfolge

1. **OÄ Dr. Helga Dier**, Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum St. Pölten
2. **Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Barbara Friesenecker**, Universitätsklinik für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin, Medizinische Universität, Innsbruck
3. **Ao. Univ.-Prof. Dr. Sonja Fruhwald**, Univ. Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Graz
4. **Prim. Univ.-Prof. Dr. Walter Hasibeder**, Abteilung für Anästhesie und Perioperative Intensivmedizin, St. Vinzenz Krankenhaus Betriebs GmbH, Zams
5. **Prim. Univ.-Prof. Dr. Christoph Hörmann**, Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum St. Pölten
6. **OÄ Dr. med. Maria Luise Hoffmann**, Allgemeine Intensivstation, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Landeskrankenhaus Baden-Mödling, Standort Baden
7. **Ao. Univ.-Prof. Dr. Claus Krenn**, Klinische Abteilung für Allgemeine Anästhesie und Intensivmedizin, AKH Medizinische Universität Wien
8. **OÄ Dr. Andrea Lenhart-Orator**, Abt. f. Anästhesie, Intensiv-, und Schmerzmedizin, Wilhelminenspital, Wien
9. **Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc**, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
10. **Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller**, Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemein Intensivmedizin und Schmerztherapie, AKH, Medizinische Universität Wien
11. **Univ. Lektor OA Dr. Michael Peintinger**, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Krankenhaus „Göttlicher Heiland“, Wien, Lehrbeauftragter für Medizinethik an der Medizinischen Universität Wien, Wirtschaftsuniversität Wien, Donau-Universität Krems, Medizinische Privatuniversität Salzburg, FH Krems, FH Campus Wien
12. **Prim. Univ.-Doz. Dr. Thomas Pernerstorfer**, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Konventhospital Linz der Barmherzigen Brüder
13. **Univ.-Doz. Dr. Bettina Pfausler**, Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Innsbruck
14. **OA Dr. Christian Roden**, Anästhesie und Intensivmedizin, Leiter der Palliativstation, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried
15. **OÄ Dr. Julia Sieber**, Anästhesie und Intensivmedizin am Salzkammergut-Klinikum
16. **OÄ Dr. Astrid Steinwendtner**, Klinik für Anästhesiologie, perioperative Medizin und allgemeine Intensivmedizin, Landeskrankenhaus Salzburg und Paracelsus Medizinische Privatuniversität
17. **OA Dr. Rainer Thell**, Arzt für Allgemeinmedizin, Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Wien, Lehrbeauftragter für Ethik in der Medizin an der Karl Landsteiner Privatuniversität Krems
18. **Prim. Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin**, Abteilung für Innere Medizin, Kardinal Schwarzenberg Klinikum, Schwarzach im Pongau
19. **Prim. Univ.-Doz. Dr. Günther Weber**, Institut für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerzambulanz, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Graz



20. **OA Dr. Dietmar Weixler, Msc**, Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notarztdienst, Palliativkonsiliardienst und mobiles Palliativteam, Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig
21. **Prim. Priv.-Doz. Dr. Michael Zink, D.E.A.A.**, Abteilung f. Anästhesiologie und Intensivmedizin, A. ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und A. ö. Krankenhaus der Elisabethinen GmbH, St Veit/Glan, Klagenfurt

am 26.3.2020 erstellt durch die **ARGE Ethik der ÖGARI** in Zusammenarbeit mit dem Klinischen Ethikkomitee der *tiroloer Kliniken*/Universitätsklinik Innsbruck (**KEKO**). Besonderer Dank gilt Univ.-Prof. Dr. Michael Joannidis für seinen wertvollen Review und Input.