Triage: ärztliche Entscheidung nur mit Anwalt?

Urteil des Verfassungsgerichts: Gesetzgeber muss behinderte Menschen bei Corona-Triage schützen

Der Gesetzgeber muss „unverzüglich“ Vorkehrungen zum Schutz von Menschen mit Behinderung im Fall einer Corona-Triage treffen, urteilt das Bundesverfassungsgericht. Andernfalls bestehe das Risiko einer Benachteiligung. Die „Letztverantwortung“ liege aber bei den Ärzten.

Der Gesetzgeber soll umgehend Vorkehrungen zum Schutz von Menschen mit Behinderung für den Fall einer pandemiebedingt auftretenden Triage treffen. Das hat das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe in einem am 28.12.2021 veröffentlichten Beschluss (Bundesverfassungsgericht, Az.: 1 BvR 1541/20) gefordert. Andernfalls bestehe das Risiko, dass Menschen in einer Triage-Situation bei der Zuteilung intensivmedizinischer Behandlungsressourcen wegen einer Behinderung benachteiligt werden, so die Richter.

Auch die Ärzte bräuchten eine Unterstützung, wenn sie die dann anstehenden schweren Entscheidungen zu treffen haben. Nach dem Karlsruher Beschluss darf der Gesetzgeber hierfür Vorgaben machen, muss dies aber nicht. Die „Letztverantwortung“ liege bei den Ärzten.

Aus Sorge vor Benachteiligungen hatten die neun schwer und teils schwerst behinderten Beschwerdeführer verlangt, dass der Gesetzgeber konkrete Vorgaben für den Fall macht, dass in den Krankenhäusern die Intensivplätze knapp werden sollten.

Grund sind die bislang als maßgeblich geltenden „Empfehlungen“, die die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)¹ in Berlin zusammen mit weiteren Fachverbänden erarbeitet hat. Im Fall einer Triage verweisen diese maßgeblich auf

Die Kriterien für geringe klinische Erfolgsaussichten

Als Indikatoren für geringe Erfolgsaussichten einer Behandlung geben die Fachgesellschaften folgende Kriterien an:

- Beurteilung der aktuellen Erkrankung: höherer Schweregrad, etwa akutes Lungenversagen (ARDS, Acute Respiratory Distress Syndrome), begleitende akute Organversagen
- Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes, erhöhte Gebrechlichkeit
- Prüfen von Begleiterkrankungen, die die Prognose verschlechtern können (etwa fortgeschrittene Krebserkrankung, fortgeschrittene neurologische Erkrankung oder Immunschwäche)

Diabetologe 2022 · 18:219–221

<https://doi.org/10.1007/s11428-022-00862-z>

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

BDE | Berufsverband
Deutscher Endokrinologen

Korrespondenzadresse

Berufsverband Deutscher Endokrinologen
c/o Dr. med. Thomas Eversmann
Residenzstr. 3
80333 München
Telefon: 089 / 41 30 08-0
Telefax: 089 / 41 30 08-20

Redaktion

Heide Wahl, München (v.i.S.d.P.)

Je nach Beurteilung wird eine intensivmedizinische Therapie – sofern vom Patienten nicht ausdrücklich anders gewünscht – oder nicht-intensivmedizinische Behandlung beziehungsweise palliativmedizinische Versorgung angeordnet.

„Regelung einer Triage nicht allein der Politik überlassen“

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zur Regelung der Triage sorgt in den Reihen der deutschen Anästhesisten für Diskussionen: „Grundsätzlich begrüßen wir den Richterspruch“, heißt es vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI). „Wir sehen es jedoch sehr kritisch, dass ärztliche Therapie gesetzlich geregelt werden soll.“

Die Verbände fordern Mitspracherecht: „Gesetzliche Präzisierungen der ärztlichen Behandlung sollten gemeinsam mit uns gestaltet werden.“ Wenn der Bundestag den Ablauf einer Triage generell regelt, würde dies die Anästhesiologie besonders betreffen. Denn diese Fachrichtung stelle auf den Intensivstationen den größten Teil des ärztlichen und pflegerischen Personals stellt. „Wir können die Diskussion und die Regelung einer Triage nicht allein der Politik überlassen“, betont Geldner. Er setzt sich für eine breite Erörterung der Fragen mit Politikern, Medizinern, Juristen, aber auch insbesondere mit Bürgerinnen und Bürgern ein: „Nur so werden neue Regeln am Ende verstanden und eine breite Akzeptanz finden.“

Noch wichtiger sei es jedoch, für ausreichend Behandlungskapazitäten und Personal zu sorgen, so dass solche Diskussionen erst gar nicht in den Vordergrund rückten. „Die gegenwärtige Diskussion beruht letztlich auf einem eklatanten Personalmangel. Daher ist es unverzichtbar, schnellstmöglich Bedingungen zu schaffen, dass ausreichend Behandlungskapazitäten und Personal für alle Patienten zur Verfügung stehen. Nur so lassen sich eine Triage sowie auch die Priorisierung und Verschiebung von Operationen verlässlich vermeiden.“

DIVI: Empfehlungen sind „solide Grundlage“ [1]

Auch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) nimmt zu dem Urteil Stellung. „Grundsätzlich begrüßt die DIVI, dass das Bundesverfassungsgericht den Gesetzgeber mit seiner heutigen Entscheidung auffordert, zum Umgang mit einer möglichen pandemiebedingten Triage-Situation Stellung zu beziehen – auch mit Blick auf die von der DIVI immer wieder geforderte Rechtssicherheit für die handelnden Akteure in kritischen Entscheidungssituationen“, betonen die Hauptautoren der entsprechenden DIVI-Leitlinie.

Eine Priorisierung sei aufgrund des Gleichheitsgebots nicht vertretbar nur innerhalb der Gruppe der Covid-19-Erkrankten und nicht zulässig aufgrund des kalendarischen Alters, sozialer Merkmale oder bestimmter Grunderkrankungen oder Behinderungen und auch nicht aufgrund des SARS-CoV-2-Impfstatus.

Die DIVI werde die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts sorgfältig dahingehend überprüfen, inwieweit weitere Präzisierungen ihrer Empfehlungen notwendig seien. Generell ist die Fachgesellschaft der Meinung, dass ihre Empfehlungen „eine solide Grundlage für die zukünftigen rechtlichen Vorgaben durch den Gesetzgeber bieten“.

Kriterien für die Priorisierungsentscheidung sind

Der aktuelle klinische Zustand des Patienten, der Patientenwille, Komorbiditäten, Gebrechlichkeit, Laborparameter und prognostisch relevante Scores.

Die Leitlinie gibt das Verfahren der Priorisierung in insgesamt vier Schritten vor. Die Erfolgsaussichten einer laufenden Intensivtherapie werden fortlaufend anhand der Organfunktionen, dem Verlauf der Grunderkrankung sowie dem Ansprechen auf die bisherige Therapie beurteilt, und zwar im Vergleich zu anderen Patienten mit intensivmedizinischem Bedarf.

Überblick über verschiedene Triage-Instrumente [2]

Die alleinige Erfassung von Vitalparametern ist nicht geeignet, um kritisch kranke Patienten zu identifizieren. International werden deshalb verschiedene Triage-Systeme zur Ersteinschätzung verwendet. Fünfstufige Instrumente korrelieren signifikant mit der Ressourcennutzung, den stationären Aufnahmezeiten, der Dauer der Notfallbehandlung und der Verlegungshäufigkeit auf Intensivstation beziehungsweise mit der Sterblichkeit. Ein Vergleich der Methoden ergab, dass die Reliabilität von 3-Stufen-Triage-Systemen unzureichend ist. Im Folgenden wird deshalb eine Übersicht über etablierte 5-Stufen-Triage-Systeme gegeben.

Die wichtigsten fünfstufigen Triage-Instrumente

- Australasian Triage Scale (ATS)
In Australien wird seit 1994 die „Australasian Triage Scale“ (ATS) in allen australischen Notaufnahmen eingesetzt. Die Behandlungsdringlichkeit wird aufgrund der individuellen Vorstellungscharakteristika mit Verwendung von Vitalparametern in fünf Stufen festgelegt. Jede Stufe der Behandlungsdring-

lichkeit ist mit einem zeitlichen Ziel hinterlegt, in der die ärztliche Evaluation beginnen soll. Die Ergebnisse über Validität und Reliabilität dieses Instruments liegen vor, wobei bisher keine prospektive Überprüfung der Reliabilität stattgefunden hat.

- Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)
Die Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) wurde in den 1990er Jahren von Notfallmedizinern entwickelt und basiert auf der ATS. Kenngrößen der CTAS werden seit 1997 obligatorisch vom Canadian Institute of Health Information dokumentiert. In der CTAS wird eine ausführliche Liste klinischer Beschwerden beziehungsweise Symptome genutzt, um die jeweilige Triage-Stufe festzulegen. Dazu gehören anamnestische Angaben, die mit einem hohen Risiko verbunden sind, zum Beispiel Intoxikation, sowie klinische Zeichen, Vitalparameter und Symptome wie Atemnot oder Bauchschmerzen. Nach einer definierten Wartezeit beziehungsweise bei Veränderung der Beschwerdesymptomatik muss eine erneute Triage stattfinden. Die Validität und Reliabilität des Instruments ist belegt. Die Deskriptoren und Modifikatoren der CTAS sind in einer Softwareanwendung hinterlegt (www.caep.ca).
- Manchester Triage System (MTS)
Das Manchester Triage System (MTS) wird in Notaufnahmen in Großbritannien und in einer modifizierten Übersetzung auch in deutschen Notaufnahmen eingesetzt. Das MTS verfolgt einen eigenen Ansatz: Die Hauptbeschwerden des Patienten werden 52 Präsentationsdiagrammen bei der Vorstellung zugeordnet, zum Beispiel Kopfverletzung oder Bauchschmerzen. Für jedes dieser Präsentationsdiagramme sind Schlüsseldiskriminatoren festgelegt, wie Lebensbedrohung, Schmerz oder Bewusstseinsstatus. Das Pflegepersonal ordnet bei der Vorstellung des Notfallpatienten die geschilderten Beschwerden einem definierten Algorithmus zu und legt dann die Behandlungsdringlichkeit mit Hilfe festgelegter Regeln fest, die auch Vitalparameter umfasst. Nur wenige Studien wurden durchgeführt und deuten auf eine befriedigende Reliabilität des Instruments hin.
- Emergency Severity Index (ESI)
Beim Emergency Severity Index (ESI) handelt es sich um einen 5-Stufen-Triage-Algorithmus, der Ende der 1990er Jahre in den USA entwickelt wurde. Die Behandlungsdringlichkeit wird beim ESI anhand der Erkrankungsschwere und des voraussichtlichen Ressourcenbedarfs festgelegt: Der Triage-Algorithmus besteht aus vier Entscheidungspunkten, die von der triagierenden Fachperson abgearbeitet werden. Zunächst werden Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen (ESI-Stufen 1 und 2) identifiziert. Instabile Patienten werden typischerweise der Triage-Stufe ESI 1 zugeordnet, zum Beispiel bei hämodynamischer oder respiratorischer Instabilität. Patienten mit (potenziell) lebensbedrohlichen Symptomen, zum Beispiel Thoraxschmerz bei akutem Koronarsyndrom, Störungen des Bewusstseins, aber auch bei starken Schmerzen, psychiatrischen Krankheitsbildern oder Intoxikationen werden der Triage-Stufe 2 zugeordnet. Die weiteren Stufen (ESI 3 bis 5) werden nach Anzahl der voraussichtlich benötigten Ressourcen und der Vitalparameter festgelegt. Klinische Studien be-

legen, dass dieses Instrument auch bei speziellen Patientenkollektiven wie älteren Patienten und Kindern sehr valide und zuverlässig ist. Eine validierte Übersetzung dieses Instruments in die deutsche Sprache erfolgte an der Notfallstation des Universitätsspitals Basel, Schweiz.

– **4C Mortality Score for COVID-19 [3]**

Aus wenigen Laborwerten (Harnstoff, CRP und Sättigung) in Kombination mit differenziert erhobenen klinischen Parametern lässt sich die Mortalitätsprognose in Prozentangaben errechnen.

Zusammenfassung

Die Einführung einer strukturierten Triage durch ausgebildete Pflegende in der Notaufnahme unterstützt die Identifizierung lebensbedrohlich erkrankte Patienten insbesondere bei Überlastung der Behandlungskapazitäten. Fünfstufige Triage-Systeme werden deshalb von nationalen und internationalen notfallmedizinischen Fachgesellschaften empfohlen. Bei der Einführung eines Triage-Systems sollten nur Instrumente verwendet werden, deren Validität und Reliabilität – idealerweise in der verwendeten Sprache – nachgewiesen wurden. Neben der korrekten Identifizierung von Patienten, die eine dringliche medizinische Betreuung benötigen, ermöglichen die Instrumente eine Abschätzung und Planung notwendiger Ressourcen. Fünfstufige Triage-Instrumente gelten in der klinischen Notfallmedizin weltweit als Goldstandard. Am besten erforscht und am weitesten verbreitet sind ATS, CTAS, MTS und der ESI. Die genannten Instrumente weisen eine befriedigende bis sehr gute Validität und Reliabilität aus. Für das MTS und den ESI liegen deutsche Übersetzungen vor. Während das deutschsprachige MTS bisher nicht validiert wurde, wurden Daten zur Validität und Reliabilität des ESI in deutscher Sprache analysiert und bereits publiziert.

Es gibt also einige gut untersuchte methodische Instrumente, die als Grundlage für ärztliche Triage-Entscheidungen verwendet werden. Der Gesetzgeber sollte diese Verfahren rechtlich für Ärzte und Patienten absichern, aber wie vom Verfassungsgericht beschrieben, die Entscheidung letztlich bei den Ärzten belassen.

Dt. Thomas Eversmann (BDE)

Literatur

1. COVID-19_Ethik_Empfehlung_Version_3_Vorabfassung_online 19_Ethik_Empfehlung_Version_3_Vorabfassung_online <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/211214-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-3-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen.pdf>. Zugriffen: 21. Jan. 2022
2. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E (2010) Moderne, evidenzbasierte Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit. Modern Triage in the Emergency Department. Dtsch Arztebl Int 107(50):892–898. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892>
3. MDCalc 4C Mortality Score for COVID-19. <https://www.mdcalc.com/4c-mortality-score-covid-19>. Zugriffen: 13. Dez. 2021