

Lässt sich Altersdiskriminierung bei der Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen vermeiden?

Einschätzung zu den revidierten SAMW-Triagerichtlinien

von DARIO PICECCHI*

Gefahr der Altersdiskriminierung bei der Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen

Wegen der Corona-Pandemie könnte auch in der Schweiz die Anzahl der zu behandelnden Patienten [die vorhandenen intensivmedizinischen Kapazitäten übersteigen](#). In einem solchen Szenario muss entschieden werden, wer lebensrettende Güter und Dienstleistungen erhält und wer nicht. Als Hilfestellung für Fachpersonen, die solche Entscheidungen treffen müssen, hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) bereits im Frühjahr Triagerichtlinien veröffentlicht.

Grundsätzlich sind bei der Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen [verschiedene rechtliche und \(medizin\)ethische Grundsätze](#) zu beachten. Die Ressourcen sollten insbesondere diskriminierungsfrei zugeteilt werden. Mit Blick auf den Grundsatz der Nicht-Diskriminierung gab es einige Kritik an den [SAMW-Richtlinien vom 24. März 2020](#): Einerseits sprachen die Richtlinien zwar davon, dass das «Alter per se» für die Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen kein Kriterium sei. Andererseits wurden Altersgrenzen – 85 Jahre und 75 Jahre mit weiteren Vorerkrankungen – als absolute Nichtaufnahmekriterien aufgeführt. Starre Altersgrenzen sind jedoch kein zulässiges Zuteilungskriterium, da sie an ein verpöntes Merkmal (Art. 8 Abs. 2 BV) anknüpfen und weder dem Einzelfall noch dem angestrebten Nutzenziel ausreichend Rechnung tragen.

Nach der geäußerten Kritik und mit Blick auf die hohen Fallzahlen in der Schweiz hat die SAMW ihre Triagerichtlinien revidiert. Im Folgenden geht es darum, zu beurteilen, inwiefern die revidierten Richtlinien das Problem der Altersdiskriminierung entschärfen.

Gebrechlichkeit als Zuteilungskriterium

Gemäss den revidierten [SAMW-Triagerichtlinien vom 4. November 2020](#) führt nicht mehr das Erreichen einer starren Altersgrenze zur Nichtaufnahme von Patientinnen, sondern primär die Gebrechlichkeit (in Engl.: frailty) einer Person. Die Gebrechlichkeit wird jeweils mittels klinischer Gebrechlichkeitsskala ([Clinical Frailty Scale \[CFS\]](#)) bestimmt. Konkret nennen die SAMW-Richtlinien für die erste Triagestufe, wenn schweizweit noch Betten für die Intensivpflege verfügbar sind, jedoch die Gefahr besteht, dass dies in den nächsten Tagen nicht mehr der Fall sein wird, folgende Nichtaufnahmekriterien:

- eine Gebrechlichkeit nach «CFS \geq 7 und Alter > 65»;
- eine Gebrechlichkeit nach «CFS \geq 6 und Alter > 85»;

- «[...] schwere Demenz [...] mit CFS ≥ 6 »







Für die zweite Triagestufe, wenn es schweizweit keine verfügbaren Intensivpflegebetten mehr gibt, gelten folgende Nichtaufnahmekriterien:

- eine Gebrechlichkeit nach «CFS ≥ 6 und Alter > 65 »;
- ein Alter von « > 75 » mit mindestens einer zusätzlichen Erkrankung darunter auch eine Gebrechlichkeit nach «CFS ≥ 5 »

Beim Zuteilungskriterium der Gebrechlichkeit handelt es sich um [ein geriatrisches Syndrom](#), das den altersbedingten Verlust an Widerstandskraft umschreibt. Im Zuge des lebenslangen Alterungsprozesses kommt es zu Zellschäden, welche die verschiedenen physiologischen Systeme (zum Beispiel Herz-Kreislauf-, Organ-, Immun- oder Nervensystem) schwächen, was sich unter anderem auch im Allgemeinzustand einer Person widerspiegelt. Als Folge der Gebrechlichkeit haben Patienten weniger Widerstandskraft und können sich von Stressoren (medizinischen Eingriffen, Unfällen, Krankheiten etc.) schlechter erholen. Dies führt [bei schweren Erkrankungen](#) oder auch [bei COVID-19-Erkrankungen](#) zu einer höheren Mortalität.

Beurteilung der Gebrechlichkeit

Zur Beurteilung der Gebrechlichkeit gibt es [grundsätzlich verschiedene Methoden](#), die mehr oder weniger komplex sind. Mit der von der SAMW empfohlenen Skala kann die Gebrechlichkeit einer Person mittels einer klinischen Bestandsaufnahme beurteilt werden, wobei verschiedene Kriterien zu berücksichtigen sind (siehe Abbildung unten). Je höher der erreichte Wert einer Person auf der Skala, desto gebrechlicher ist sie.

CLINICAL FRAILTY SCALE		
	1	VERY FIT People who are robust, active, energetic and motivated. They tend to exercise regularly and are among the fittest for their age.
	2	FIT 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 , even if occasionally symptomatic, but often are not regularly active beyond routine walking.
	4	LIVING WITH VERY MILD FRAILTY Previously "vulnerable," this category marks early transition from complete independence. 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	LIVING WITH MILD FRAILTY People who often have more evident slowing , and need help with high order instrumental activities of daily living (finances, transportation, heavy housework). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation, medications and begins to restrict light housework.
	6	LIVING WITH MODERATE FRAILTY People who 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	LIVING WITH SEVERE FRAILTY 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	LIVING WITH VERY SEVERE FRAILTY Completely dependent for personal care and approaching 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 living with severe frailty . (Many terminally ill people can still exercise until very close to death.)

SCORING FRAILTY IN PEOPLE WITH DEMENTIA	
<p>The degree of frailty generally 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.</p>	<p>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. In very severe dementia they are often bedfast. Many are virtually mute.</p>

 DALHOUSIE UNIVERSITY	<p>Clinical Frailty Scale ©2005–2020 Rockwood. Version 2.0 (EN). All rights reserved. For permission: www.geriatricmedicineresearch.ca Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489–495.</p>
---	---

Als Folge des Alterungsprozesses kann Gebrechlichkeit [nur in Zusammenhang mit einem bestimmten Alter](#) ein Zuteilungskriterium darstellen. Deshalb nennen die SAMW-Triagerichtlinien richtigerweise – zusätzlich zum Gebrechlichkeitsgrad – eine bestimmte Altersgrenze. Sodann ist zur Bestimmung des konkreten Gebrechlichkeitsgrades der klinische Allgemeinzustand der Patientin entscheidend, da sich die verminderte Widerstandskraft dort manifestiert. Bei der Beurteilung des Allgemeinzustandes gilt es primär zwei Dinge zu beachten: Erstens muss der Allgemeinzustand bewertet werden, bevor sich dieser krankheitsbedingt verschlechtert. Man orientiert sich dabei am Zeitpunkt von etwa [zwei Wochen vor der Erkrankung](#). Zweitens dürfen angeborene oder erworbene Behinderungen nicht berücksichtigt werden, da es bei der Gebrechlichkeit um den alterungsbedingten Verlust der Widerstandskraft geht.

Wenn in der Gebrechlichkeitsskala von «Fitness», «eingeschränkten Aktivitäten» oder «Eigenständigkeit» gesprochen wird, darf dies keinesfalls so missverstanden werden, als ob die Lebensqualität für die Zuteilung knapper Ressourcen relevant sei. Die Berücksichtigung des Allgemeinzustandes einer Patientin dient nur zur Bestimmung ihrer Gebrechlichkeit. Um das angestrebte Ziel der Nutzenmaximierung zu erreichen, ist nicht die Lebensqualität, sondern die Überlebenschance massgebend. Andernfalls käme es zu einer heiklen Wertung menschlichen Lebens und einer potenziellen Diskriminierung verschiedenster Personengruppen; zum Beispiel Personen mit Vorerkrankungen oder älteren Personen generell.

Vorteile und Risiken des Kriteriums «Gebrechlichkeit»

Das neue Zuteilungskriterium der Gebrechlichkeit bietet verschiedene Vorteile: Primär kann bei korrekter Anwendung Altersdiskriminierung vermieden werden. Statt die Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen von einer bestimmten Altersgrenze abhängig zu machen, ist nun die individuelle Nutzenprognose massgebend. Die Auswirkungen des Alters auf die Widerstandsfähigkeit sind nicht bei jeder Person gleich gross. So gibt es beispielsweise 85-Jährige, die einen besseren Allgemeinzustand aufweisen als 70-Jährige. Diesen individuellen Unterschieden trägt das Kriterium der Gebrechlichkeit Rechnung. Des Weiteren vereinfacht die Gebrechlichkeitsskala die Beurteilung der individuellen Überlebenschancen, da auf ein einfach handhabbares und bewährtes Konzept zurückgegriffen wird. Schliesslich hält die Gebrechlichkeitsskala klare Beurteilungskriterien fest, womit Zuteilungsentscheide nachvollziehbarer werden.

Trotz dieser Vorteile gilt es verschiedene Risiken zu beachten: Wichtig ist, dass die klinische Gebrechlichkeitsskala korrekt angewandt wird – insbesondere hinsichtlich des erforderlichen Mindestalters, des Beurteilungszeitpunktes und der Nichtberücksichtigung von Behinderungen. Zudem besteht die Gefahr, dass die Zielsetzung des Zuteilungskriteriums nicht richtig verstanden wird. So sind namentlich die Überlebenschancen einer Person zu beurteilen und nicht etwa ihre Lebensqualität. Schliesslich verwendet die Gebrechlichkeitsskala gewisse Schematisierungen, die ggf. nicht jedem Einzelfall gerecht werden. Um solchen Risiken entgegenzuwirken, muss das Fachpersonal das Kriterium der Gebrechlichkeit mit all seinen Vor- und Nachteilen kennen und wissen, wie es korrekt beurteilt wird.

Fazit

Es gilt festzuhalten, dass gemäss revidierten SAMW-Triagerichtlinien das Alter an sich für die Zuteilung knapper medizinischer Ressourcen kein Kriterium mehr darstellt. Stattdessen ist die Gebrechlichkeit einer älteren Person massgebend. Mit diesem neuen Kriterium werden die konkreten Überlebenschancen einer Person beurteilt. Die Gefahr der Altersdiskriminierung wird dadurch gemindert. Nun erscheint es wichtig, dass das Fachpersonal, das Zuteilungsentscheide treffen muss, sich mit den neuen Richtlinien vertraut macht.

Ob sich die Triagerichtlinien in der Praxis bewähren – und überhaupt angewandt werden müssen –, wird sich zeigen. Auf jeden Fall sollten die Richtlinien bei Bedarf wieder angepasst werden. Neben der Einhaltung allgemeiner rechtlicher und (medizin)ethischer Grundsätze müssen Zuteilungsrichtlinien sich nämlich – aufgrund berechtigter Kritik oder neuer Erkenntnisse – stetig weiterentwickeln. Die SAMW hat mit der Revision ihrer Triagerichtlinien gezeigt, dass dies möglich ist.

**Dario Piccchi, MLaw, ist als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl von Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche an der Universität Luzern tätig. Er verfasst eine Dissertation zum Wirtschaftsgebot im Krankenversicherungsrecht.*