

Triage-Richtlinien: Vergleich der Versionen 24. März 2020 und 4. November 2020

(Auf die Wiedergabe der Fussnoten sowie der Literaturangaben im Anhang 1 wird in diesem Auszug verzichtet.

Hervorhebungen durch **Fettschrift** im Text durch die Redaktion «Unser Recht»)

Links:

Version März:

file:///D:/Eigene%20Daten/Downloads/richtlinien_v2_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20200324.pdf

Version November:

file:///C:/Users/UEG/AppData/Local/Temp/richtlinien_v3_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20201104.pdf

Das Dokument wurde auf Französisch, Italienisch und Englisch übersetzt und ist in diesen Sprachen hier zugänglich: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>

I. Hintergrund

Version März:

«Aufgrund des Tempos, mit dem sich das Coronavirus (SARS-CoV-2) verbreitet, ist eine ausserordentliche Lage eingetreten, die zu einem Massenzustrom von Patientinnen und Patienten in die Akutspitäler führen wird. (...) Reichen die Ressourcen nicht aus, werden Rationierungsentscheidungen erforderlich. Dabei ist die Belastung für das medizinische Personal sehr hoch. Umso wichtiger ist es, dass gesamtschweizerisch vergleichbare Kriterien für die Aufnahme und den Verbleib auf der Intensivstation zur Anwendung kommen. Die vorliegenden Richtlinien schaffen diese Basis. (...)»

Version November:

«(...) Während dieser ersten COVID-19-Phase reichten die Beschränkung von Wahleingriffen, die Erhöhung der Betten auf den Intensivstationen (insbesondere von Behandlungsplätzen mit Beatmungsmöglichkeiten) und die vom Bund vorgeschriebenen Verhaltensmassnahmen der Bevölkerung aus, um eine schweizweite Ressourcenknappheit zu verhindern. Es war daher nicht notwendig, die SAMW-Richtlinien anzuwenden.

Die Entwicklung der Pandemie im Monat Oktober verlangt, dass die Richtlinien auf Grund der seit März gemachten Erfahrungen angepasst und aktualisiert werden. An der Wahrung des Leitprinzips, dass gesamtschweizerisch vergleichbare Kriterien für die Aufnahme und den Verbleib auf der Intensivstation zur Anwendung kommen, hat sich nichts geändert. Die vorliegenden Richtlinien schaffen diese Basis.

Nationale Koordination der Verlegung von Patienten

In Zusammenarbeit mit Stakeholdern des Gesundheitswesens hat der Koordinierte Sanitätsdienst des Bundes (KSD) ein Konzept zur schweizweiten Koordination der Intensivstationen erstellt. Mittels einer nationalen Koordination soll die optimale Auslastung aller schweizweit vorhandenen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sichergestellt werden.

Schwellenwert für Triage-Entscheidungen

Gemäss dem Dokument «Nationale Koordination bei massivem Zustrom von Patienten in Intensivstationen während der COVID-19-Pandemie» liegt die Verantwortung für die Triage von Patienten beim jeweiligen Spital und seiner Intensivstation. **Die SAMW und die SGI regen hiermit an, dass die nationale Koordination die Aufgabe übernimmt festzulegen, ab wann in der Schweiz eine Situation erreicht ist, dass Triageentscheidungen im Sinne der hier vorliegenden Kriterien unumgänglich werden. Dadurch wäre gewährleistet, dass die Ressourcen schweizweit bestmöglich ausgenutzt werden, bevor in einzelnen Spitälern Triageentscheidungen nötig sind. Auch die Entscheidung über den Schwellenwert, der die Anwendung dieser Richtlinien auf nationaler Ebene auslöst, sollte durch das Koordinationsorgan erfolgen.** Die Richtlinien werden, wenn es die Erfahrungen in der Praxis und neue wissenschaftliche Erkenntnisse erfordern, von den Herausgebern angepasst. Die jeweils aktuellste Fassung ist online verfügbar: samw.ch/de/coronavirus

II. Richtlinien

1. Geltungsbereich

Version März:

Die nachfolgenden Richtlinien gelten für den Zeitpunkt, in dem eine Ressourcenknappheit vorliegt und Rationierungsentscheidungen getroffen werden müssen. Sie finden Anwendung auf alle Patientenkategorien. Covid-19-Erkrankte und andere Patienten, die intensive Pflege benötigen, werden nach denselben Kriterien behandelt. Die Richtlinien ergänzen die SAMW-Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen» und betreffen somit nur einen kleinen Teil der am Coronavirus erkrankten Patienten, namentlich die Gruppe der schwerstkranken Patienten, die auf eine Intensivbehandlung angewiesen sind.

Version November:

Erster Satz ergänzt durch die kursiv gesetzte Stelle:

Die nachfolgenden Richtlinien *betreffen Triage-Kriterien auf Intensivstationen und* gelten für den Zeitpunkt, in dem eine Ressourcenknappheit vorliegt und Rationierungsentscheidungen getroffen werden müssen.

Im Übrigen unverändert.

2. Ethische Grundprinzipien

Version März:

Die vier weitgehend anerkannten medizin-ethischen Prinzipien (Gutes tun, Nichtschaden, Respekt vor der Autonomie und Gerechtigkeit) sind auch bei Ressourcenknappheit entscheidend. Es ist wichtig, dass der Patientenwille bezüglich Notfall- und Intensivbehandlung früh abgeklärt wird, insbesondere bei Menschen, die einer Risikogruppe angehören. Knappe Ressourcen dürfen nie für Behandlungen eingesetzt werden, die ein Patient nicht in Anspruch nehmen möchte.

Wenn die Ressourcen fehlen, um alle Patienten so zu behandeln, wie dies optimal erforderlich wäre, sind diese Grundprinzipien im Sinne der folgenden Vorzugsregeln anzuwenden:

Gerechtigkeit: Zur Verfügung stehende Ressourcen sind ohne Diskriminierung zu verteilen, also ohne nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung nach Alter, Geschlecht, Wohnort, Nationalität, religiöser Zugehörigkeit, sozialer Stellung, Versicherungsstatus oder chronischer Behinderung. Das Allokationsverfahren muss fair, sachlich begründet und transparent sein. Durch die Einhaltung von Fairness im Allokationsverfahren können insbesondere Willkürentscheidungen vermieden werden.

Möglichst viele Menschenleben erhalten: Unter Bedingungen der akuten Knappheit orientieren sich alle Massnahmen am Ziel der Minimierung von Todesfällen. Entscheidungen sollen so getroffen werden, dass möglichst wenig Menschen schwer erkranken oder sterben.

Schutz der involvierten Fachpersonen:

Diese sind einem besonderen Risiko ausgesetzt, sich mit dem Coronavirus zu infizieren. Wenn sie wegen einer Ansteckung ausfallen, sterben bei akuter Knappheit noch mehr Menschen. Darum sind sie vor Ansteckung, aber auch vor physischer und psychischer Überbelastung so weit wie möglich zu schützen. Fachpersonen, die im Falle einer Ansteckung mit dem Coronavirus ein erhöhtes gesundheitliches Risiko aufweisen, sind besonders zu schützen und sollen nicht in der Betreuung von Covid-19-Patienten eingesetzt werden.

Version November: Unverändert.

3. Kriterien für die Triage (Aufnahme und Verbleib) auf der Intensivstation und Intermediärstation bei Ressourcenknappheit

Version März

Solange genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, werden Patienten aufgenommen, die eine intensivmedizinische Behandlung benötigen und nach etablierten Kriterien behandelt. Besonders ressourcenintensive Interventionen sollten nur in Fällen eingesetzt werden, in denen ihr Nutzen eindeutig nachgewiesen ist. Auf den Einsatz von ECMO für Covid-19-Patienten sollte verzichtet werden. In begründeten Fällen und nach sorgfältiger Abwägung der erforderlichen personellen Ressourcen kann die ECMO weiterhineingesetzt werden.

Es ist wichtig, mit allen Patienten, die dazu in der Lage sind, antizipierend den Patientenwillen für allfällige Komplikationen zu klären (Reanimationsstatus und Umfang der

Intensivtherapie). Wenn auf den Einsatz von intensivmedizinischen Massnahmen verzichtet wird, muss eine umfassende Palliative Care gewährleistet sein.

Wenn infolge völliger Überlastung der Intensivkapazitäten Patienten, die eine Intensivbehandlung benötigen, abgewiesen werden müssen, ist für die Triage *die kurzfristige Prognose entscheidend*. Bei der Aufnahme auf die Intensivstation haben diejenigen Patienten die höchste Priorität, deren Prognose im Hinblick auf das Verlassen des Spitals mit Intensivbehandlung gut, ohne diese aber ungünstig ist; Patienten also, die am meisten von der Intensivbehandlung profitieren.

Das Alter per se ist kein Kriterium, das zur Anwendung gelangen darf. Es misst älteren Menschen weniger Wert bei als jüngeren und verletzt in diesem Sinne das verfassungsrechtlich verankerte Diskriminierungsverbot. Das Alter wird jedoch indirekt im Rahmen des Hauptkriteriums «kurzfristige Prognose» berücksichtigt, denn ältere Menschen leiden häufiger unter Co-Morbiditäten. Im Zusammenhang mit Covid-19 ist das Alter ein Risikofaktor für die Sterblichkeit und muss daher berücksichtigt werden.

Beizug zusätzlicher Kriterien. In der Literatur werden zusätzliche Kriterien wie Losverfahren, «first come, first served», Priorisierung von Menschen, die einen hohen gesellschaftlichen Wert haben etc. diskutiert. Diese dürfen nicht zur Anwendung gelangen.

Version November:

Erster Abschnitt:

Einzig Änderung:

(...) Bei Covid-19-Patienten sollte ECMO nur in ganz bestimmten Situationen – wie in den Richtlinien der SGI festgehalten – und nach sorgfältiger Abschätzung der erforderlichen Personalressourcen erfolgen.

Zweiter Abschnitt: Keine Änderung.

Dritter Abschnitt: Keine Änderung.

Vierter Abschnitt: Die fett markierten Stellen sind neu oder geändert:

Das Alter, eine Behinderung oder Demenz per se sind keine Kriterien, die zur Anwendung gelangen dürfen. Sie messen älteren oder behinderten Menschen weniger Wert bei und verletzen **daher** das verfassungsrechtlich verankerte Diskriminierungsverbot. **Die genannten Kriterien werden** jedoch indirekt im Rahmen des Hauptkriteriums «kurzfristige Prognose» berücksichtigt, denn ältere Menschen leiden häufiger unter Co-Morbiditäten **und auch Demenzerkrankungen und gewisse Behinderungen können sich auf die kurzfristige Prognose negativ auswirken**. Im Zusammenhang mit Covid-19 **sind diese Kriterien** ein Risikofaktor für die Sterblichkeit **und müssen berücksichtigt werden wie alle anderen unabhängigen Risikofaktoren, die seit März 2020 identifiziert wurden**.

Neuer fünfter Abschnitt:

Gebrechlichkeit ist ein wichtiges Kriterium, das in einer Situation der Ressourcenknappheit zu berücksichtigen ist. Unter den verschiedenen Instrumenten, die zur Bewertung dieses Parameters vorgeschlagen wurden, ist die Klinische Fragilitätsskala (Gebrechlichkeits-Skala) die am besten validierte (vgl. Folgeseite, Clinical Frailty Scale).

Sechster (zuvor fünfter) Abschnitt: Unverändert.

Die **Clinical Frailty Scale** finden Sie hier auf Seite 5:

file:///C:/Users/UEG/AppData/Local/Temp/richtlinien_v3_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20201104.pdf

4. Triageentscheidungen

4.1. Phasen

Version März:

- *Bei der Patientenaufnahme:* Umfang und Dauer der Therapie, Bestimmung des Patientenpfads (z.B. Behandlung auf der Intensivstation, Intermediate Care, Palliative Care).
- *Nach 2 bis 3 Tagen:* Fortsetzung der Behandlung, Begrenzung der Intensität oder Dauer der Behandlung, Therapiezieländerung und Palliative Care.

Version November:

Erstes Lemma unverändert.

Zweites Lemma geändert:

- *Während des Aufenthalts auf der Intensivstation:* **Tägliche Evaluation** bezüglich Fortsetzung der Behandlung, Begrenzung der Intensität oder Dauer der Behandlung, Therapiezieländerung und Palliative Care.

4.2. Verschärfung der Parameter

Version März:

Wenn die Kapazitäten auf der Intensivstation und ausgelagerten Betten nicht mehr ausreichen, um alle Patienten, die eine Intensivtherapie benötigen, zu behandeln, besteht die erste Massnahme darin, *den Parameter der kurzfristigen Prognose zu verschärfen*. Ziel ist es dann, den Nutzen für den einzelnen Patienten und das Patientenkollektiv insgesamt zu maximieren, das heisst so zu entscheiden, dass die grösstmögliche Anzahl von Leben gerettet wird. Damit steht das Kriterium der guten kurzfristigen Prognose (noch) stärker im Vordergrund.

In der Situation eines Massenzustroms werden nur Patienten, die eine mechanische Beatmung (oder eine andere spezifische Intensivtherapie, wie z.B. hämodynamische Unterstützung mit Vasoaktiva oder eine kontinuierliche Nierenersatztherapie) benötigen, nach den unten definierten Kriterien auf die Intensivstation aufgenommen.

In dieser Situation ist eine Reanimation bei Kreislaufstillstand nicht zu empfehlen.

Je nach der Entwicklung der Überlastungssituation in den Versorgungsstrukturen und der Grösse des Patientenzustroms lassen sich bei den Kriterien für die Triage-Entscheidung zwei Stufen unterscheiden:

Stufe A: Betten für die Intensivpflege verfügbar, aber begrenzte Kapazitäten

- ➔ Aufnahme-Triage / Ressourcenmanagement durch Entscheidungen über Behandlungsabbruch

Stufe B: Keine verfügbaren Intensivpflegebetten

- ➔ Aufnahme-Triage/ Ressourcenmanagement durch Entscheidungen über Behandlungsabbruch

Auf Stufe B soll keine kardiopulmonale Reanimation durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind sehr kurze Reanimationsmassnahmen bei im Rahmen medizinischer Interventionen aufgetretenem Kreislaufstillstand (z. B. Asystolie bei Spinalanästhesie).

Version November:

Erster Abschnitt: Unverändert.

Zweiter Abschnitt:

Unverändert, aber ergänzt durch den Satz: Alle weniger intensiven Therapien sollten auf Intermediate Care Units oder normalen Bettenstationen durchgeführt werden.

Dritter Abschnitt neu:

Je nach der Entwicklung der Überlastungssituation in den Versorgungsstrukturen und der Intensität des Patientenzustroms muss über die zwei Stufen A und B bzgl. der Kriterien für die Triage-Entscheidung bestimmt werden. SAMW und SGI regen an, dass dies durch die nationale Koordination erfolgt (vgl. S. 2, Hintergrund)

Schlussabschnitt der März-Version (Auf Stufe B soll keine kardiopulmonale...) weggelassen.

4.3. Initiale Triage: Kriterien für die Aufnahme auf Intensivstationen

Schritt 1

Version März:

Verfügt der Patient über eines der folgenden Aufnahmekriterien?

- Notwendigkeit einer invasiven mechanischen Beatmung?
- Notwendigkeit hämodynamischer Unterstützung mit Vasoaktiva (NA-Äquivalentdosis > 0,1 µg/kg/min)?

Ist ein Aufnahmekriterium vorhanden → Schritt 2

Version November: Unverändert.

Schritt 2

Erfüllt der Patient eines der nachfolgenden Nicht-Aufnahmekriterien?

Stufe A (vgl. Box oben)

Version März:

- Patientenwillen (Patientenverfügung etc.)
- Unbeobachteter Kreislaufstillstand, wiederkehrender Kreislaufstillstand, Kreislaufstillstand ohne ROS
- onkologische Erkrankung mit einer Lebenserwartung von < 12 Monaten
- Neurodegenerative Erkrankung im Endstadium
- Schwere und irreversible zentral-neurologische Beeinträchtigung

- Chronische Krankheit:
 - Herzinsuffizienz Stadium NYHA IV
 - COPD GOLD 4 (D)
 - Leberzirrhose nach Child-Pugh > 8
 - schwere Demenz
- Schwere Kreislaufinsuffizienz, die trotz Erhöhung der Vasoaktiva therapieresistent ist (Hypotonie und/oder anhaltende Organminderperfusion).
- Geschätzte Überlebensdauer < 12 Monate

Version November:

- Patientenwillen (Patientenverfügung etc.)
- **Klinische Fragilitätsskala (Clinical Frailty Scale, CFS) ≥ 7 und Alter > 65**
- **CFS ≥ 6 und Alter > 85**
- Unbeobachteter Kreislaufstillstand, wiederkehrender Kreislaufstillstand, Kreislaufstillstand ohne ROSC
- **Metastasierende solide Tumoren mit einer Lebenserwartung von < 12 Monaten**
- **Schwere neurodegenerative Erkrankung, schwere Demenz oder irreversible neurologische Schädigung mit CFS ≥ 6**
- Chronische Krankheiten:
 - Herzinsuffizienz Stadium NYHA IV, trotz optimaler Therapie
 - COPD GOLD 4 (D) mit mehr als 2 Hospitalisationen deswegen in einem Jahr
 - Leberzirrhose nach Child-Pugh Kategorie C oder MELD Score >15
 - Charlson co-morbidity score ≥ 5
- Schwere Kreislaufinsuffizienz, die trotz Erhöhung der Vasoaktivtherapieresistent ist (Hypotonie und/oder anhaltende Organminderperfusion).
- Geschätzte Überlebensdauer < 12 Monate

Bei Unsicherheiten kann zusätzlich der 4C Mortality Score angewendet werden. Er darf aber nicht das allein entscheidende Kriterium sein. Ein Wert von > 15 beim 4C MS bedeutet eine hohe Mortalität.

Stufe B (vgl. Box oben)

Hier werden folgenden zusätzlichen Kriterien angewendet:

Version März:

- Schweres Trauma
- Ausgedehnte Verbrennungen (> 40% BSA) mit Inhalation
- Schwere zerebrale Defizite nach Stroke
- Chronische Krankheit:
 - Herzinsuffizienz Stadium NYHA III oder IV
 - COPD GOLD 4 (D) oder COPD A-D mit entweder: FEV1 < 25% oder Cor pulmonale oder Heimsauerstofftherapie (LOT)
 - Leberzirrhose mit behandlungsrefraktärem Aszites oder Enzephalopathie > Stadium I
 - Chronisches Nierenversagen Stadium V(KDIGO)
 - Mittelschwere nachgewiesene Demenz
- Alter > 85 Jahre
- Alter > 75 Jahre und mindestens ein Kriterium:

- Leberzirrhose
- Chronisches Nierenversagen Stadium III (KDIGO)
- Herzinsuffizienz Stadium NYHA > I
- Geschätzte Überlebensdauer < 24Monat

Wenn eines der Kriterien für die Nichtaufnahme vorliegt, wird der Patient nicht auf die Intensivstation eingewiesen.

Version November:

- **CFS \geq 6 und Alter > 65**
- Schweres Trauma
- Ausgedehnte Verbrennungen (> 40% BSA) mit Inhalation
- Persistierende schwere zerebrale Defizite nach adäquater Akuttherapie für Stroke (NIHSS > 14)
- Chronische Krankheiten:
 - Herzinsuffizienz Stadium NYHA III oder IV, trotz optimaler Therapie
 - COPD GOLD 4 (D) oder COPD A-D mit entweder: FEV1 < 25% oder Cor pulmonale oder Heimsauerstofftherapie (long-term oxygen therapy)
 - Leberzirrhose mit behandlungsrefraktärem Aszites oder Enzephalopathie > Stadium I
 - Charlson co-morbidity score \geq 4
- Alter > 75 und mindestens ein Kriterium:
 - Leberzirrhose Child-Pugh B oder C
 - Chronisches Nierenversagen CKD Stadium IV (KDIGO) (eGFR < 30 ml/min/1.73 m²)
 - Herzinsuffizienz Stadium NYHA > II
 - **Klinische Fragilitätsskala CFS \geq 5**
- Geschätzte Überlebensdauer < 24Monate

Wenn eines der Kriterien für die Nichtaufnahme vorliegt, wird der Patient nicht auf die Intensivstation eingewiesen. **Bei Unsicherheiten kann zusätzlich der 4C Mortality Score angewendet werden. Er darf aber nicht das allein entscheidende Kriterium sein. Ein Wert von > 15 beim 4C MS bedeutet eine hohe Mortalität.**

Auf Stufe B soll keine kardiopulmonale Reanimation durchgeführt werden.

4.4. Triage während des Intensivpflegeaufenthalts

Nachfolgende Kriterien sind relevant für die Fortsetzung der Behandlung auf der Intensivstation:

Version März:

Die Beurteilung von Patienten auf der Intensivstation muss regelmässig (mindestens alle 48 Stunden) und interprofessionell vorgenommen. Verbessert sich der Gesundheitszustand nicht oder tritt eine Verschlechterung ein, muss entschieden werden, ob die Behandlung fortgesetzt oder eine Therapiezieländerung erfolgt und der Patient palliativ betreut wird. Dies gilt auch für alle anderen Patienten (Non-Covid-19-Patienten), die bei voll ausgeschöpften Ressourcen auf der Intensivstation liegen. Die nachfolgenden Kriterien werden umso restriktiver

angewendet, je knapper die Ressourcen sind.

Version November:

Nachfolgende Kriterien sind relevant für die Fortsetzung der Behandlung auf der Intensivstation: Die Beurteilung von Patienten auf der Intensivstation erfolgt **täglich** und interprofessionell. **Der Nutzen oder die Aussichtslosigkeit der Intensivbehandlung muss dabei in Abhängigkeit vom klinischen Verlauf bewertet werden, um über einen möglichen therapeutischen Rückzug und eine palliative Behandlung zu entscheiden.** Dies gilt für alle Patienten, sowohl Covid-als auch Nicht-Covid-Patienten, die bei voll ausgeschöpften Ressourcen auf der Intensivstation liegen. Die nachfolgenden Kriterien werden umso restriktiver angewendet, je knapper die Ressourcen sind

Schritt 1

Vorhandensein eines Kriteriums für die Entlassung aus der Intensivstation:

Version März:

- Patient extubiert oder unter Spontanatmung (oder teilweiser Beatmungsunterstützung) durch Tracheotomie → Patient verlässt die Intensivstation

Version November:

- Patient extubiert oder unter Spontanatmung (oder teilweiser Beatmungsunterstützung) durch Tracheotomie → Patient verlässt **so bald als möglich** die Intensivstation

Schritt 2

Version März:

Vorhandensein der beiden nachfolgenden Kriterien:

- Stabilisierung oder Verbesserung der Oxygenation und Ventilation, oder der zugrunde-liegenden Organdysfunktion
- Stabilisierung oder Verbesserung der Haemodynamik

Beide Kriterien sind notwendig, um die Intensivtherapie fortzusetzen.

Version November:

Nach einer der Pathologie entsprechenden Stabilisierungsphase:

Vorhandensein der drei nachfolgenden Kriterien:

- Stabilisierung oder Verbesserung der Oxygenation und Ventilation
- Stabilisierung oder Verbesserung der Haemodynamik
- Stabilisierung oder Verbesserung der zugrundeliegenden Organdysfunktion

Alle drei Kriterien sind notwendig, um die Intensivtherapie fortzusetzen

Schritt 3

Version März:

Vorhandensein eines der nachfolgenden Kriterien für die Aussichtslosigkeit einer Intensivbehandlung:

Version November:

Trotz der drei Kriterien von Schritt 2 sollte das Vorliegen eines der folgenden Kriterien zum Rückzug aus der Intensivpflege führen:

Stufe A (vgl. Box oben)

Version März:

- Auftreten eines Kreislaufstillstands während des Aufenthalts, es sei denn, die Reanimation durch Defibrillation ist erfolgreich;
- Persistenz oder Entwicklung eines signifikanten Dreiorganversagens

Version November:

- Wiederkehrender Herzstillstand während des Aufenthalts auf der Intensivstation trotz anfänglich erfolgreicher Wiederbelebung
- Auftreten eines signifikanten neuen Organversagens während des Aufenthalts auf der Intensivstation

Stufe B (vgl. Box oben)

Version März:

- Keine Verbesserung der respiratorischen oder hämodynamischen Bedingungen oder der zugrundeliegenden Organdysfunktion
- Auftreten eines Herzstillstands während des Aufenthalts
- Persistenz oder Entwicklung eines signifikanten Zweiorganversagens

Das Vorhandensein eines Kriteriums hat zur Folge, dass ein Fortführen der intensivmedizinischen Therapie nicht mehr angezeigt ist und der Patient palliativ betreut wird.

Version November:

- Keine Verbesserung der respiratorischen oder hämodynamischen Bedingungen (**Stabilisierung reicht nicht aus**)
- Auftreten eines Herzstillstands während des Aufenthalts: **In Stufe B soll keine CPR versucht werden**
- **Vorliegen eines anhaltenden oder fortschreitenden Versagens von zwei Organen zusätzlich zu den Lungen.**

Das Vorhandensein eines dieser Kriterien **hat zur Folge, dass die intensivmedizinische Therapie nicht mehr fortgeführt wird** und der Patient palliativ betreut wird.

5. Entscheidungsverfahren

Version März:

Bei Triage-Entscheiden muss das Vertrauen unter schwierigsten Umständen erhalten bleiben. Aus diesem Grund muss die Anwendung fairer Rationierungskriterien und fairer Prozesse jederzeit transparent sein. Klare Gründe für die Gewährung oder Nichtgewährung von Prioritäten müssen dokumentiert und im Laufe der Situation aktualisiert werden. Gleiches gilt für die Prozesse, durch die solche Entscheidungen getroffen werden. Einzelne Entscheidungen müssen überprüfbar sein: Sie müssen schriftlich dokumentiert werden, eine Begründung und den Namen der

Entscheidungsträger enthalten. Jede Abweichung von den festgelegten Kriterien muss in ähnlicher Weise dokumentiert werden. Zudem sollten Mechanismen zur nachträglichen Aufarbeitung von Konflikten vorgesehen werden.

Version November: Unverändert.

Der Entscheidungsprozess muss unter der Leitung von erfahrenen Personen stehen. Entscheidungen müssen wenn immer möglich im interprofessionellen Team getroffen werden. Am Schluss ist jedoch die ranghöchste Person vor Ort namentlich dafür verantwortlich. Gremien (z. B. Ethikunterstützung, multiprofessionelles Team), die die Behandlungsteams unterstützen, können hilfreich sein. Die Intensivstation muss allerdings jederzeit rasch und eigenständig darüber entscheiden können, wer auf die Intensivstation aufgenommen und wer verlegt wird. Die gesetzlichen Vorgaben bezüglich der regelmässigen Meldepflicht betreffend Gesamtzahl und Auslastung Spitalbetten der Intensivpflege sind zu beachten.

Version November: Materiell unverändert. Dritter Satz redaktionell geändert: Am Schluss ist jedoch die ranghöchste Intensivmedizinerin, der ranghöchste Intensivmediziner vor Ort namentlich dafür verantwortlich.

Version November: **Neuer dritter Abschnitt:**

Wird die Intensivpflege aufgrund einer Triage-Situation nicht angeboten oder nicht mehr fortgeführt, so muss darüber transparent kommuniziert werden. Es ist unzulässig, gegenüber dem Patienten den Behandlungsentscheid mit fehlender Indikation zu begründen, wenn bei genügenden Ressourcen anders entschieden worden wäre. Der urteilsfähige Patient oder die vertretungsberechtigten Angehörigen des urteilsunfähigen Patienten (Art. 378 ZGB) sind über den Entscheidungsprozess offen zu informieren und wenn möglich sollte ein Angebot an weiteren Gesprächen (Spitalseelsorge o.ä.) erfolgen.

Anhang 2:

Hinweise zur Ausarbeitung dieser Richtlinien

Autorinnen und Autoren

Version März:

Prof. Daniel Scheidegger, Präsident SAMW (Leitung)

Prof. Thierry Fumeaux, Präsident SGI

Prof. Samia Hurst, Université de Genève

lic. iur. Michelle Salathé, SAMW

Version November:

Prof. Daniel Scheidegger, Vize-Präsident SAMW, Arlesheim (Leitung)

Prof. Thierry Fumeaux, Past-Präsident SGI, Nyon

Bianca Schaffert, MSN, Vizepräsidentin Zentrale Ethikkommission der SAMW, Schlieren

Prof. Samia Hurst, Université de Genève, Genève

Prof. Arnaud Perrier, Directeur médical HUG, Genève

lic. iur. Michelle Salathé, SAMW, Bern(bis Sept. 2020)

Dr. Thomas Gruberski, SAMW, Bern

Beigezogene Expertinnen und Experten

Version März:

Die SAMW und die SGI danken den zahlreichen Expertinnen und Experten, die innert kürzester Zeit zu diesen Richtlinien Stellung genommen und wichtige Inputs geleistet haben.

Version November:

Die SAMW und die SGI danken den zahlreichen Expertinnen und Experten, die zu diesen Richtlinien Stellung genommen und wichtige Inputs geleistet haben.

Genehmigung

Version März:

Die Richtlinien sind von der Zentralen Ethikkommission (ZEK), dem Vorstand der SAMW und dem Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) genehmigt und per 20. März 2020 in Kraft gesetzt worden.

Version November:

Die Richtlinien sind von der Zentralen Ethikkommission (ZEK), dem Vorstand der SAMW und dem Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) genehmigt und per 20. März 2020 in Kraft gesetzt worden. Die revidierte Version 3 wurde von der ZEK und vom Vorstand der SAMW am 2. November 2020 und vom Vorstand der SGI am 3. November 2020 genehmigt.