

Stellungnahme von Alzheimer Europe zur Zuweisung knapper medizinischer Ressourcen im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung während der COVID-19-Pandemie

Hintergrundinformationen

Angesichts der aktuellen COVID-19-Pandemie ergreifen die Regierungen in ganz Europa Maßnahmen zum Schutz von Gesundheit, Wohlbefinden und Leben von Millionen Bürgern bezogen auf aktuelle und zu erwartende Bedarfe. Diese Maßnahmen beruhen auf wissenschaftlicher Beratung, epidemiologischen Modellen, dem gegenseitigen Lernen von anderen Ländern sowie neuen medizinischen Entwicklungen. In den Medien werden Beispiele für Solidarität und verantwortungsbewusstes Verhalten vieler Einzelpersonen, Unternehmen und Regierungen verbreitet, während immer mehr Menschen mit dem Virus infiziert sind und daran sterben.

Es bleibt zu hoffen, dass die verschiedenen in Europa beschlossenen und geplanten Maßnahmen ausreichen werden. Irgendwann jedoch werden die medizinischen Ressourcen möglicherweise nicht mehr ausreichen. Dann würde es notwendig eine Triage einzuführen, anhand derer der Einsatz der begrenzten Ressourcen gesteuert und gegenüber dem Bedarf an medizinischer Versorgung abgewogen wird. Dieses Vorgehen hat in einigen Ländern bereits begonnen. Dies könnte es schwierig machen, sicherzustellen, dass alle – auch die schwächsten und am stärksten gefährdeten Mitglieder der Gesellschaft - die gleiche Gesundheitsversorgung, Behandlung und Unterstützung erhalten. Gleichzeitig sehen wir nicht nur die logistischen Probleme, mit denen Ärzte und medizinisches Fachpersonal konfrontiert werden, und die Notwendigkeit, ihre eigene Gesundheit zu schützen. Ebenso sind uns die psychologischen und emotionalen Auswirkungen bewusst sowie die ethischen Dilemmata, mit denen Fachkräfte konfrontiert sind, wenn die Ressourcen nicht mehr ausreichen und sie Entscheidungen über Leben und Tod treffen müssen. Sollte eine Triage erforderlich werden, muss diese zur Gewissensberuhigung für alle Beteiligten auf eine ethisch, sozial und rechtlich vertretbare Weise erfolgen.

Diskriminierung aufgrund persönlicher Merkmale (wie Alter, Geschlecht, geschlechtliche Identität, soziale oder ethnische Zugehörigkeit, Behinderung, sozioökonomischer Status oder Wohnort) sowie ein bewertender Vergleich von Leben auf der Grundlage von Werturteilen oder Annahmen über die Lebensqualität sind inakzeptabel und stehen im Widerspruch zu zahlreichen rechtlichen und ethischen Konventionen und Empfehlungen. Die Nichtbehandlung während einer Katastrophensituation wie der aktuellen Pandemie hat nicht notwendigerweise zur Folge, dass einer Person in Todesgefahr keine Hilfe geleistet wird. Unfaire Verfahren bei der Zuweisung unzureichender Ressourcen (zum Beispiel auf der Grundlage von Diskriminierung und Werturteilen) könnten jedoch eine Verletzung der Menschenrechte darstellen.

Ein gemeinsames Leitprinzip in Bezug auf die Triage in Katastrophenfällen oder speziell im Zusammenhang mit unzureichenden intensivmedizinischen Ressourcen ist das Prinzip des maximalen Nutzens im Gegensatz zum Prinzip „Wer zuerst kommt, wird zuerst behandelt“ (welches dazu führen könnte, dass diejenigen mit größerem Behandlungsbedarf sterben, während andere behandelt werden, die die Behandlung weniger benötigen oder sich einfach näher am Krankenhaus befinden). In der Erklärung des Weltärztebundes zur medizinischen Ethik im Katastrophenfall (Stockholm 1994, geändert Chicago 2017) wird dies durch die Festlegung von Behandlungsprioritäten ausgedrückt, um möglichst viele Leben zu retten und die Sterberate auf

ein Minimum zu beschränken. Wenn jedoch jüngere, ansonsten gesunde Menschen eine bessere Überlebenschance im Fall einer lebensrettenden Behandlung haben, besteht die Gefahr, dass Alter und allgemeiner Gesundheitszustand indirekt zu Standardkriterien für die Triage werden. Dieses Risiko wird noch gesteigert, wenn die geschätzte Zahl an Lebensjahren nach dem Überleben als wertvoller angesehen wird als die Anzahl der Jahre, die eine Person bereits zur Gesellschaft beigetragen hat, und Annahmen über die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen einbezogen werden, die jedoch sehr unterschiedlich sein kann. Einige Leitlinien verbinden eine reduzierte Überlebenschance von COVID-19 mit bestimmten Vorerkrankungen (einschließlich beispielsweise schwerer neurologischer Störungen und bestimmter Lungen- und Herzerkrankungen) und mit Multimorbidität, die wiederum häufiger bei älteren Menschen und Menschen mit Demenz auftritt.

Verfahren und Richtlinien zum Umgang mit unzureichenden Ressourcen in Krisensituationen wie der aktuellen COVID-19-Pandemie mögen im Prinzip einen ethischen Ansatz widerspiegeln. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass ein versehentlicher und systematischer Ausschluss von Menschen mit Demenz vermieden wird und damit das Versäumnis, die Rechte und das Leben einiger der schwächeren und schutzbedürftigeren Mitglieder der Gesellschaft zu schützen. Verschiedene Organisationen und Ethiker haben ihre Position und ihre Ansichten bezüglich des Managements von intensivmedizinischer Versorgung bei begrenzten Ressourcen zum Ausdruck gebracht und sich auch zu umfassenderen Fragen positioniert, die das Wohlbefinden und Leben von Menschen in bestimmten Situationen und mit bestimmten Merkmalen oder Bedürfnissen betreffen, die Gefahr laufen, unverhältnismäßig nachteilig betroffen zu sein oder diskriminiert zu werden.

Stellungnahme von Alzheimer Europe

Die Position von Alzheimer Europe zum Thema Triage von Patienten im Zusammenhang mit dem Zugang zu intensivmedizinischer Versorgung während der COVID-19-Pandemie lautet wie folgt.

Alzheimer Europe betont sein Engagement für einen auf den Menschenrechten basierenden Ansatz zu Demenz und seine feste Überzeugung, dass Menschen mit einer Demenz nach der Diagnose noch viele Jahre ein erfülltes Leben mit hoher Lebensqualität führen können. Die Diagnose einer Demenz alleine darf daher niemals ein Grund sein, Menschen den Zugang zu Behandlung, Pflege und Unterstützung zu verwehren.

Regierungen und Gesundheitssysteme sollten alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen, um sicherzustellen, dass die benötigte Infrastruktur (zusätzlich zu ausreichenden Humanressourcen) vorhanden ist, um die Notwendigkeit von Triage-Entscheidungen zu vermeiden.

Jeder, unabhängig davon ob er intensivmedizinische Versorgung erhält oder nicht, sollte mit Mitgefühl und Respekt für seine Würde, seine kulturellen Bräuche, spirituellen Überzeugungen und seine Religion behandelt werden und, wenn es angezeigt ist, Schmerzlinderung, Beruhigungsmittel und / oder palliativmedizinische Versorgung erhalten.

Entscheidungen in Bezug auf den Zugang zu oder den Entzug von intensivmedizinischer Versorgung (einschließlich, aber nicht beschränkt auf lebensrettende oder -erhaltende Behandlung) während der COVID-19-Pandemie:

- sollten auf einer Bewertung der individuellen Prognose eines Patienten beruhen, nicht darauf, ob er oder sie eine bestimmte Diagnose hat, oder auf allgemeinen Annahmen / Stereotypen über die Auswirkungen einer bestimmten Diagnose (z. B. Demenz) auf die allgemeine Gesundheit, die Lebenserwartung oder die Überlebenschancen,

- sollten nicht auf nichtmedizinischen Kriterien / Merkmalen (z. B. Alter, Wohnort, Geschlecht, Geschlechtsidentität, ethnische Zugehörigkeit oder Familienstand) oder Werturteilen (z. B. über die wahrscheinliche Lebenserwartung, die angenommene Lebensqualität, den potenziellen zukünftigen Beitrag für die Gesellschaft usw.) beruhen,
- sollten nicht darauf beruhen, ob ein Patient COVID-19 hat oder nicht,
- sollten die aktuellen Wünsche einer Person berücksichtigen und, falls dies nicht möglich ist, ihre zuvor geäußerten oder bekannten Wünsche (z.B. in einer Patientenverfügung ausgedrückt oder von Verwandten oder Lebenspartnern mitgeteilt), jedoch nicht ihre vermuteten oder vorausgesetzten Wünsche,
- sollten die Grundsätze und Leitlinien der Palliativmedizin berücksichtigen,
- sollten auf der Grundlage klarer Genehmigungsprozesse erfolgen, an denen nach Möglichkeit mindestens zwei qualifizierte Ärzte mit Erfahrung in der intensivmedizinischen Versorgung sowie ein weiterer Angehöriger einschlägiger Gesundheitsberufe (z. B. eine Krankenschwester oder eine professionelle Pflegekraft mit Erfahrung in der Palliativversorgung) beteiligt sein sollten,
- sollten regelmäßig in Bezug auf Änderungen der Prognose des Patienten, der Verfügbarkeit weiterer und neuer Behandlungsalternativen und der Verfügbarkeit von Ressourcen überprüft werden,
- sollten sorgfältig dokumentiert werden (z.B. einschließlich der Gründe für eine Entscheidung und durch wen sie getroffen wurde), datiert und unterschrieben werden.

Der Prozess für das Management der intensivmedizinischen Versorgung und den Zugang dazu während der COVID-19-Pandemie sollte transparent und für die breite Öffentlichkeit zugänglich sein.

Diese Stellungnahme wurde am 3. April 2020 von Alzheimer Europe verabschiedet.