

Stellungnahme des Ambulanten Ethikkomitees der Bezirksärztekammer Rhein Hessen zu Altersbeschränkung in der Intensivmedizin im Rahmen der Covid-19-Epidemie

Karl-Bertram Brantzen, Heinold Gamm, Klaus Schniepp-Mendelssohn

In Rheinland-Pfalz sind gegenwärtig (07.04.) 3992 nachgewiesene Erkrankungen mit dem Coronavirus gemeldet. 34 Todesfälle in Folge der Erkrankung sind zu verzeichnen. Deutschlandweit soll das Durchschnittsalter der Erkrankten bei 48 Jahren liegen (Drosten, Charité Berlin). Zum Vergleich: Im schwer betroffenen Italien sind 80% der Erkrankten 70 Jahre und älter (mdr-wissen).

Mit den gegenwärtigen Fallzahlen kommt das Gesundheitssystem in Rheinland-Pfalz bei weitem nicht an seine Belastungsgrenze, aber noch ist ein Ende der Erkrankungswelle nicht abzusehen und insofern zumindest eine theoretische Vorbereitung auf den „worst case“ angezeigt.

Infolge der massiven Überlastung des Gesundheitssystems in Italien hat die SIAARTI, die italienische Gesellschaft für Anästhesie und Intensivtherapie, Prioritäts-Richtlinien herausgegeben, um einem Komplettversagen des Systems vorzubeugen. Unter den 15 Empfehlungen wird auch eine mögliche Altersbegrenzung bei der Zulassung zur Intensivtherapie angesprochen. Bei der Priorisierung wird der Begriff „Überlebenschancen“ dem Begriff „gewonnene Lebenszeit“ gegenübergestellt. Im Gegensatz zu Darstellungen in der Presse gilt das Alter in diesem Papier nicht primär als Ausschlusskriterium, aber es wird darauf hingewiesen, dass erstens eine Komorbidität die Überlebenschancen deutlich beeinträchtigt und dass zweitens diese Patienten länger intensivmedizinisch betreut werden müssen und damit Ressourcen binden, die dann für Patienten mit besseren Aussichten fehlen. In einer Stellungnahme zur „Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit“ betont die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMWS), dass Alter per se kein Auswahlkriterium sein darf, dass aber im Zusammenhang mit Covid-19 das Alter ein Risikofaktor sei und deshalb berücksichtigt werden müsse.

Im Extremfall kann diese Erkenntnis zu folgenden Szenarien führen:

- Alte und pflegebedürftige Patienten werden von der Klinik wegen Ressourcenmangel abgewiesen.
- Ein betagter Patient mit Komorbiditäten wird von der Intensivtherapie ausgeschlossen.
- Eine bereits eingeleitete und nicht kurzfristig erfolgreiche Therapie bei älteren Patienten wird nach Re-Evaluation abgebrochen.

Sowohl die SIAARTI in Italien als auch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und die Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften weisen deshalb darauf hin, dass es wichtig ist, den Patientenwillen bezüglich Notfall- und Intensivbehandlung früh abzuklären, insbesondere bei Menschen, die einer Risikogruppe angehören.

Das Ambulante Ethikkomitee der Bezirksärztekammer wendet sich deshalb an alle niedergelassenen Kollegen mit der Bitte, sich mit diesem Thema zu beschäftigen. Bei einem Massenansturm von betagten und eventuell polymorbiden Patienten könnte es sein, dass die palliative Betreuung der nicht oder nicht mehr klinisch Behandelten dem Hausarzt obliegt.

Insofern wäre es wichtig, dass mit gefährdeten Patienten und deren Angehörigen – insbesondere in Pflegeheimen - über eine Patientenverfügung gesprochen wird, auch hinsichtlich Reanimation und Intensivtherapie.

Die Deutsche Fachgesellschaft DIVI fordert sogar im Katastrophenfall bei Ressourcenknappheit eine ausdrückliche Einwilligung als Voraussetzung für die Intensivtherapie. Dieser Punkt wird von dem Mainzer Medizinethiker Professor Paul und seinen Mitautoren/innen zu Recht kritisiert mit dem Hinweis, in einer Notlage könne man nicht von einer autonomen Entscheidung des Patienten ausgehen. Bei vorab in einer Verfügung geäußelter Ablehnung muss diese allerdings berücksichtigt werden, unabhängig von Art und Schwere der Erkrankung.