

Für die Wiederaufnahme von Patienten aus Überwachungsstationen, Spitalabteilungen oder der Notfallstation gelten die gleichen Kriterien wie für den primären Intensivaufenthalt. Die Tatsache, dass der Patient bereits in der Intensivstation behandelt wurde, präjudiziert nicht, dass er a priori wiederaufgenommen werden muss.

Bei Patienten, bei denen bei Verlegung aus der Intensivstation auf die Spitalabteilung davon ausgegangen werden kann, dass sie von einer neuerlichen Intensivtherapie nicht mehr profitieren können (z.B. schwerste COPD, schwere, irreversible Organinsuffizienz, schwere Multimorbidität, schwere neurologische Beeinträchtigung, fortgeschrittene Demenz usw.), ist es angezeigt, die Wiederaufnahme auf der Intensivstation bereits bei Verlegung auszuschliessen. Bei Auftreten grundsätzlich neuer Aspekte soll dieser Entscheid überprüft und die Aufnahme des Patienten diskutiert werden.

### 9.3. Ressourcenknappheit und Triage

Wenn die Ressourcen nicht mehr zur Optimierung aller individuellen Chancen ausreichen, werden Rationierungsentscheide unumgänglich. Diese müssen nach ethischen Prinzipien erfolgen, die verwendeten Kriterien müssen begründet sein und transparent gemacht werden. Bei absoluter Ressourcenknappheit, wie sie bei einer Pandemie eintreten kann, haben jene Patienten höchste Priorität, deren Prognose mit Intensivbehandlung gut, ohne diese aber ungünstig ist.

Komplikationen und Mortalität einer Intensivstation sinken mit der Anzahl Patienten (Fallzahl) und steigen mit der durchschnittlichen Bettenauslastung. Wenn die durchschnittliche Bettenauslastung 80% der maximalen Kapazität übersteigt, ist die jederzeitige Aufnahme bzw. eine sichere Verlegung von Patienten nicht mehr ununterbrochen gewährleistet, was zu einer höheren Wiederaufnahmerate und einer höheren Mortalität führt.<sup>30</sup> Angesichts der meist höheren Auslastung auf vielen Intensivstationen müssen deshalb alle Möglichkeiten geprüft werden (Verschiebung von Wahleingriffen, Verlegung in eine andere Intensivstation oder frühzeitige Verlegung auf andere Spitalabteilung). Die frühzeitige Verlegung kann für den Patienten mit Komplikationen verbunden sein, wenn ausserhalb der Intensivstation die notwendigen Unterstützungsmassnahmen sowohl personell wie materiell nur ungenügend gewährleistet sind. Um solche Risiken für den Patienten zu vermeiden, sollte primär versucht werden, zusätzliches Personal aufzubieten, um zumindest alle vorhandenen Betten betreiben zu können. Zudem

30 Vgl. Bagust A, Place M, Posnet JW. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *BMJ*. 1999;319:155–8; vgl. Iapichino G, Gattinoni L, Radrizzani D, Simini B, Bertolini G, Ferla L et al. Volume of activity and occupancy rate in intensive care units. Association with mortality. *Intensive Care Med*. 2004;30:290–7.

sollte ein Bett auf anderen/auswärtigen Intensivstationen gesucht werden. Dabei sollten primär Patienten mit guten Erfolgsaussichten verlegt werden und gleichzeitig deren Rücknahme bei einem allfälligen protrahierten Verlauf angeboten werden. Wenn diese Massnahmen nicht erfolgreich sind und die Ressourcenknappheit sich verschärft, wird eine Rationierung lebenserhaltender Behandlungen unumgänglich. Dazu soll zuerst eine Ausdünnung der personellen und materiellen Ressourcen bis zum minimal akzeptablen Qualitätsstandard für alle Patienten angestrebt werden. Erst wenn auch dies nicht ausreicht, muss Intensivpflege im eigentlichen Sinne rationiert werden. Dafür ist eine gerechte Triage<sup>31</sup> erforderlich.

Wenn in einer Katastrophensituation, z.B. bei einer Pandemie, nicht mehr alle Patienten intensivmedizinisch betreut werden können, ist sicherzustellen, dass die Triage nach ethischen Grundsätzen durchgeführt wird.<sup>32</sup> Die verwendeten Kriterien müssen sachlich begründet und transparent sein. Sie sind ohne Diskriminierung (z.B. bezüglich Alter, Geschlecht, Wohnkanton, Nationalität, religiöser Zugehörigkeit, sozialem und Versicherungsstatus oder vorliegender chronischer Behinderung) in einem fairen Verfahren anzuwenden. Dieses muss unter der Leitung von vertrauenswürdigen und erfahrenen Personen stehen, die dafür rechenschaftspflichtig sind und die das Triageverfahren sich wandelnden Anforderungen anpassen.

In einer Katastrophensituation haben diejenigen Patienten die höchste Priorität, deren Prognose mit Intensivbehandlung gut, ohne diese aber ungünstig ist. Patienten, die unter normalen Bedingungen auf der Intensivstation überwacht werden, die aber ohne schwerwiegende Verschlechterung ihrer Prognose auch auf einer anderen Station betreut werden können, werden im Rationierungsfall nicht aufgenommen. Patienten mit ungünstiger Prognose, bei denen eine zeitlich befristete Intensivtherapie im Normalfall indiziert wäre, werden in Katastrophensituationen ausserhalb der Intensivstation betreut. Entscheidend für die Beurteilung der Prognose in diesem Kontext sind die Wahrscheinlichkeit für das kurzfristige Überleben der Intensivtherapie als solche und das allfällige Vorliegen einer Komorbidität mit kurzfristig infauster Prognose, dagegen nicht die mittel- oder längerfristige Lebenserwartung.

31 Triage bedeutet im Sprachgebrauch der modernen Notfallmedizin primär einfach die Zuweisung neuer Patienten zu denjenigen Behandlungspfaden, die gleichzeitig die bestmöglichen Therapiechancen für den Einzelnen und eine optimale Ausschöpfung der gesamthaft zur Verfügung stehenden Ressourcen ermöglichen. Wenn diese Ressourcen nicht mehr zur maximalen Optimierung aller individuellen Chancen ausreichen, dient die Triage zur Steuerung der Rationierung. Triageentscheide können dann, im ursprünglichen kriegsmedizinischen Sinn, direkt Leben und Tod betreffen.

32 Vgl. Frey B, Berger C, Kind C, Vaudaux B. Triageempfehlungen für Aufnahme und Verbleib von Kindern auf der Intensivstation bei Influenza-Pandemie. *Schweiz. Ärztezeitung*. 2010;91:18.