

Schweizerische Interessensgemeinschaft Notfallpflege  
29. Oktober 2009 Triemlispital Zürich  
Settimio Monteverde, lic.theol. MAE, Anästhesiepfleger  
Seminar am Bethesda Basel ; Mail: ethik@bethesda.ch

# ETHIK UND TRIAGE

## Ziele

- Sie haben ein Verständnis für ethische Fragestellungen im Alltag der NFS, speziell im Zusammenhang mit der Triage.
- Sie kennen Begriffe und Fragestellungen der Ethik, die für die Klärung dieser Fragen herbeigezogen werden können.
- Sie entwickeln Visionen für die Implementierung ethischer Reflexion in Ihrem Berufsalltag.

## 1. Einführung

### Der Heiri vom Gärtnerplatz

Heiri B. ist ein stadtbekannter Lebenskünstler, der keinen festen Wohnsitz hat. An einem Herbstabend liegt er bewusstlos neben der Bank des Gärtnerplatzes, mit einer grossen Platzwunde an der Stirn. Die Sanität wird gerufen. Heiri B. wird auf die NFS gebracht. Unterwegs erlangt er wieder das Bewusstsein und fragt, was sie „mit ihm vorhätten“, er habe lediglich etwas zu viel getrunken und sei dann überfallen worden.

Auf der NFS lässt er es nicht zu, dass die Pflegende eine IV-Leitung legt, ebenso wenig, dass der Arzt die Wunde inspiziert und ihn neurologisch untersucht. Er weist ein zunehmend aggressives Verhalten auf und meint, man solle ihn endlich gehen lassen.



## Wo begegnet Ihnen Ethik im Alltag der NFS?

- „Pseudonotfälle“ versus „echte Notfälle“
- Patientenautonomie und Einwilligungsfähigkeit, informed consent
- Verständigungsbarrieren
- Forschung mit vulnerablen Patienten
- (hoch)betagte Patienten
- forensische Aspekte (Vertraulichkeit bei Gewaltopfern und -tätern, st.n. Suizidversuch)
- Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit und Rolle des Staates (Alkoholintoxikationen, Suchtpatienten, Adipositas, etc.)
- inter- und intraprofessionelle Kommunikation
- Burnout; Umgang mit lebensbedrohlichen Situationen sowie mit Sterben und Tod
- Verteilgerechtigkeit
- ....

## Ethische Aspekte der klinischen Notfallversorgung (1)

- 1. Zeitdruck und diagnostische Unklarheit:** Patienten, Angehörige, Bezugs- oder Fachpersonen nehmen eine ernsthafte Gefährdung der Gesundheit wahr, die innert nützlicher Frist ausgeschlossen oder behandelt werden muss. Entscheidungen müssen schnell und oft mit unvollständigen Daten gefällt werden
- 2. Notfallsituation:** keine freie Arztwahl, erschwerte Orientierung am Willen und an den Werten des Patienten; Vertrauen muss erst noch hergestellt werden; Handeln unter Unsicherheit
- 3. Bewusstseinsstörungen:** z.B. Alkohol, Drogen, Schädeltrauma; Schmerz; neurologische und psychiatrische Erkrankungen; Angst, etc. beeinflussen die Selbstbestimmungsfähigkeit.

American College of Emergency Physicians: Code of Ethics for Emergency Medicine.  
Ann Emerg Med 2004 (43) 686-94.

## Ethische Aspekte der klinischen Notfallversorgung (2)

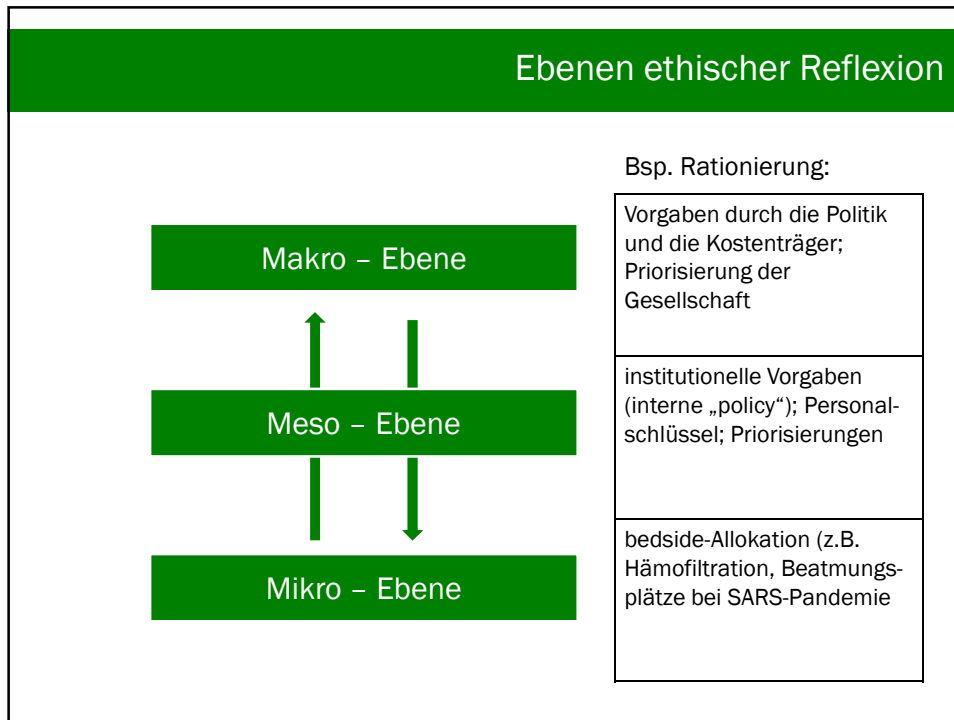
4. **Persönlichkeitsschutz:** Die NFS ist ein „öffentlicher Raum“, auf dem Fachpersonen, Angehörige, aber auch der Staat (Polizei) den Patienten umgeben und unterschiedliche Interessen haben können (Meldepflicht von Gewaltakten, Selbstgefährdung, infektiöse Erkrankungen, etc.)
5. **Interdisziplinarität:** Verschiedene Berufsgruppen vertreten unterschiedliche Perspektiven (Notfallmedizin, Notfallpflege, Staatsanwaltschaft, Institution, Patient und Angehörige)

American College of Emergency Physicians: Code of Ethics for Emergency Medicine. Ann Emerg Med 2004 (43) 686-94.

## Typologie der Konflikte

professional role conflict	<i>Rollenkonflikt</i>	Forschung; Triage; Gatekeeper-Funktionen, etc.
organisational conflict	<i>Konflikt mit der Institution</i>	Personalschlüssel; „Spitalpolitik“; Patientenpfade
interpersonal conflict	<i>Konflikt im Team</i>	Prioritätensetzung innerhalb des Teams, etc.
intrapersonal conflict	<i>Konflikt mit dem eigenen Gewissen</i>	Fehlmedikation; „Wahrheit am Krankenbett“, etc.

Riley, J.; Nursing Ethics Research Network 2004



- ### Drei Ziele der Ethik
- 1. Wahrnehmen:** den Blick für „das Ganze“ schärfen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit
  - 2. Reflektieren:** die Interessen und Werte der beteiligten Menschen erkennen, analysieren, berücksichtigen
  - 3. Handeln:** auch in schwierigen Situationen handlungsfähig bleiben

## Ethik und Moral

### **Moral**

*konkrete Überzeugungen, Regeln und Wertungen, die von einem Individuum, einer Gruppe oder Gesellschaft als verbindlich anerkannt und gegenseitig eingefordert werden*  
Bsp.: Anstandsregeln, Tischsitten, Hilfeleistungspflichten im Alltag

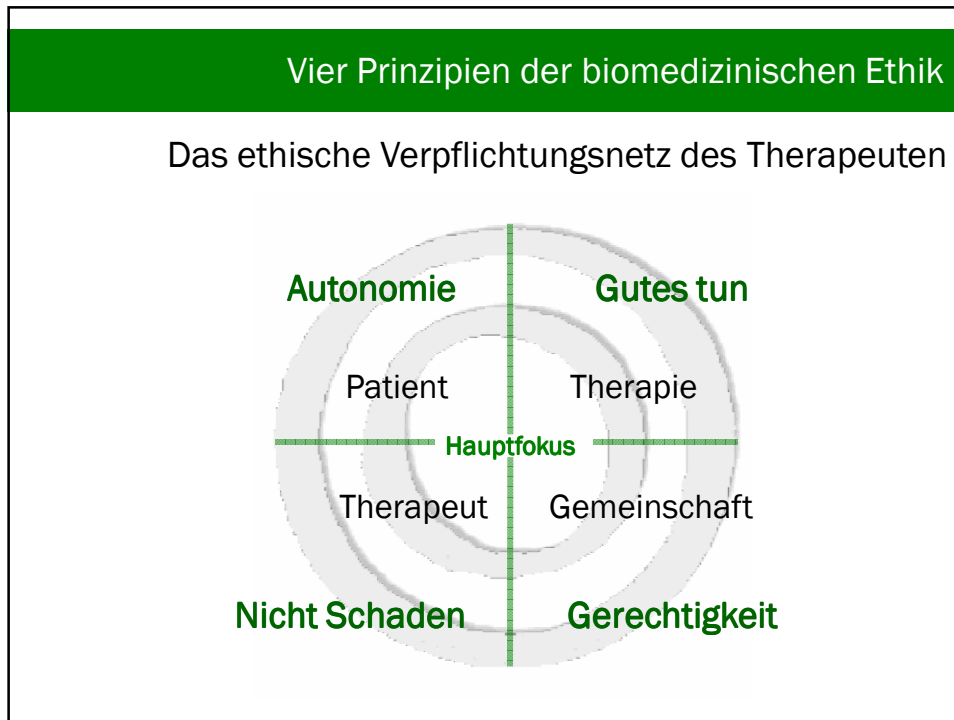
### **Ethik**

*Methodisch-kritische Auseinandersetzung mit Moral, Reflexion moralischer Urteile im Lichte ethischer Prinzipien und Konzepte*

Bsp.: Reflexion bei konkurrierenden Pflichten (Hilfeleistung vs. Selbstschutz); Begründung; Universalisierbarkeit (z.B. ethische Prinzipien der Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit)

## Health care ethics: heute

- wachsendes **Verfügungswissen**
- **systemische Betrachtung** von Gesundheit und Krankheit
- „**Oekonomisierung**“ der Medizin
- **partnerschaftliches Rollenverständnis** (shared decision making)
  - bei **Urteilsfähigkeit**: informed consent
  - bei **Urteilsunfähigkeit**: surrogate decision making, („ersatzweise Entscheidungsfindung“)



- ### 1. Autonomie
- grosse Bedeutung seit Immanuel Kant, in der Medizinethik vor allem als „informed consent“ (Nürnberger Codex, Bioethik-Konvention) auch rechtlich verankert
  - die Fähigkeit des Menschen, seine Ziele frei zu bestimmen (Selbstbestimmung) und entsprechend zu handeln, resp. solches Handeln zu veranlassen
  - **liberty** (Freisein von externer Beeinflussung) und **agency** (Handlungsvermögen) sind Grundvoraussetzungen für autonomes Handeln (Beauchamp & Childress 2008)

## Autonomie (SBK 2003)

beinhaltet das Recht,

- eine eigene Meinung zu haben und diese zu äussern
- unabhängig vom physischen oder geistigen Zustand respektiert und geachtet zu werden,
- über Diagnose, Therapie und Prognose informiert zu werden, um bewusst eine Entscheidung treffen zu können (*informed consent*)
- Gefühle und Wertvorstellungen äussern und mit einbringen zu können können
- *so weit wie möglich an der eigenen Pflege beteiligt zu sein, in pflegerische Massnahmen einwilligen oder diese ablehnen zu können.*

## Urteilsfähigkeit

„Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist ein jeder, dem nicht wegen seines Kindesalters oder infolge von Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunkenheit oder ähnlichen Zuständen die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.“ (ZGB Art. 16)

- Urteilsfähigkeit
  - umfasst alle Fähigkeiten, die erforderlich sind, um autonom handeln zu können (*liberty* und *agency*). Ist diese nicht gegeben, kommen stellvertretende Entscheidungen oder ein im voraus formulierter Wille zum Tragen.
  - ist immer situationsbezogen.
  - ist Bedingung dafür, dass der Patientenwille verpflichtend ist (Bsp. DNAR-Entscheid, Patientenverfügung)

## Exkurs: Informed consent

### Entstehungsgeschichtlicher Kontext: Ethik der Forschung am Menschen

- grausame und menschenverachtende Versuche während des NS-Regime US-Richter der Nürnberger Prozesse (1946-47) stellen den **Nürnberger Codex**“ als ethischen Standard auf: informed consent ist *conditio sine qua non* für die Forschung
- Tuskegee Syphilis-Studie: 400 Schwarze, die an Syphilis erkrankt sind, bekommen statt Penicillin ein Placebo
- Helsinki-Codex des Weltärztebundes 1964 (letzte Revision: 2008)

### Heute: Informed consent als ethischer und juristischer Standard

- **Jede Intervention** am Menschen bedarf der medizinischen Indikation und der informierten Einwilligung des **urteilsfähigen** Patienten. (Bioethik-konvention Europarat / CH: SBV, ZGB, OR; SAMW; SBK)

## Stellvertretende Entscheidungsfindung (SAMW 2005)

Bei nicht (mehr) gegebener Urteilsfähigkeit / Unmündigkeit kann das shared decision making nur **stellvertretend** (engl. **surrogate decision making**) stattfinden (Beauchamp and Childress, 6. A. 2008, S. 135 ff. ). Es bestehen grundsätzlich drei Möglichkeiten:

- **pure autonomy standard:** exakt so entscheiden, wie der Patient es im Voraus für sich bestimmt hat (wenn sein hinreichend bekannt ist)
- **substituted judgement standard:** so entscheiden, wie sich der Patient vermutlich entscheiden würde (wir wissen es aber nicht 100%)
- **best interest standard:** so entscheiden, wie ein vernünftiger Mensch für sich entscheiden könnte (wir wissen gar nichts von den Wünschen des Patienten)

## 2. Gutes tun

- Prinzip aus der hippokratischen Tradition
- drückt die Verpflichtung aus, dem anderen das zu gewähren, was ihm „gut tut“, was ihm nützt, resp. Schaden von ihm abzuwenden (Risikoabwägung)
- beinhaltet das Recht des Menschen
  - auf die zum Schutz seiner Gesundheit erforderliche Hilfe
  - die Pflege und die Behandlung, die sein Zustand erfordert,
  - die Berücksichtigung seiner Symptome
- kann in der Notfallsituation zu einem Abweichen vom Patientenwillen führen, wenn damit seine langfristigen Interessen geschützt werden (**Paternalismus**).

## 3. Gerechtigkeit

- klassisches Prinzip von Aristoteles
- bezieht sich auf die Anerkennung und die Achtung der Bedürfnisse, Rechte, Interessen und Verdienste einer Person
- „Gerechtigkeit“ regelt menschliches Zusammenleben: Sie beschreibt, was in Recht, Staat, Politik etc. als *gerecht* gelten soll.

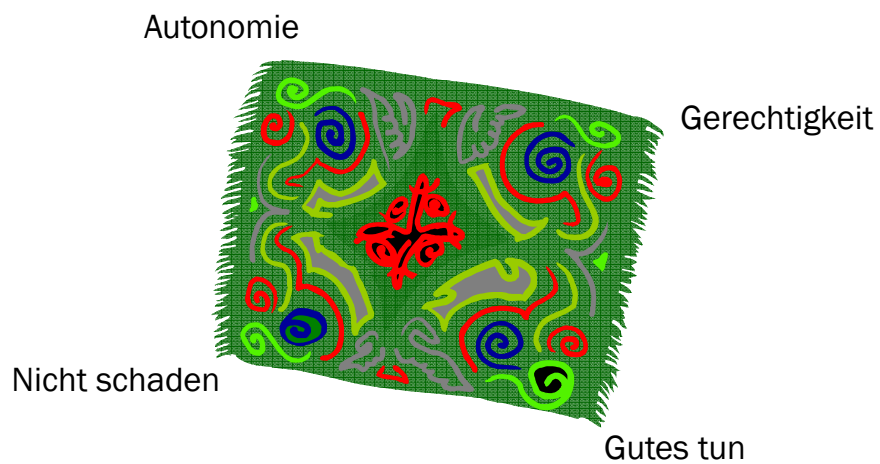
Das Gerechtigkeitsprinzip in der **Pflege** beinhaltet

- die Pflicht, die Ressourcen gerecht zu verteilen und jeden gemäss seinen Bedürfnissen angemessen zu behandeln (Kriterien der *Rationierung*; Verteilung knapper Güter)

## 4. Nicht schaden

- Prinzip aus der hippokratischen Tradition, welches fordert, Risiken zu erkennen, zu mindern oder zu vermeiden
- Es beinhaltet das Recht des Menschen,
  - in einer so weit wie möglich sicheren Umgebung zu leben,
  - keinem physischen oder moralischem Zwang ausgesetzt zu sein,
  - keinen physischen, psychischen oder moralischen Schaden zu erleiden,
  - nicht getötet zu werden

## Die Decke ist zu klein!



## Güterabwägung

### Was sind Güter?

- Eigentum, Rechte, Pflichten, Interessen, Werte, Einstellungen, etc.
- Güter können durch das Recht explizit geschützt sein
  - z.B. Recht auf Leben, Recht auf Eigentum) oder moralisch gefordert sein (z.B. Recht auf Arbeit, Bildung, Gesundheit, eigene Meinung)
- Eine **Güterabwägung** brauchen wir immer, wenn verschiedene Güter miteinander kollidieren.
  - Bsp. Sicherheit versus Bewegungsdrang bei verwirrten Patienten

## Die Notwendigkeit der Güterabwägung

- In der Medizin zwingt die Kollision ethischer Prinzipien zur Güterabwägung
  - z.B. Autonomie – Fürsorge / Gerechtigkeit- Nicht schaden
- Ziel ist eine rationale Abwägung zwischen „Gütern“ und „Übeln“, die verantwortbares Handeln ermöglicht
- Der **Triageprozess** auf der NFS stellt der Versuch einer **standardisierten Güterabwägung** im Bezug auf die **Behandlungspriorität** dar in Situationen
  - hohen Zeitdrucks
  - unklaren Ausgangs
  - limitierter Ressourcen mittels standardisierter Krieteriologie.

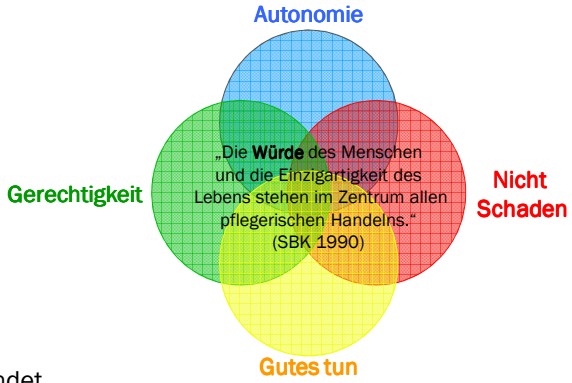

## Güterabwägung: Drei Schritte

1. Vor- und Nachteile einer Möglichkeit werden gesammelt:  
**Was spricht dafür, was dagegen?**
2. Die Güter werden ermittelt:  
**Was steht auf dem Spiel?**
3. Die Güter werden abgewogen:  
**Welche Option ist praktikabel?**

## Exemplarische Güterabwägungen

<i>zugunsten von:</i>	<i>bei:</i>
<b>Autonomie</b>	klare Patientenverfügung (DNAR); Verzicht auf lebensverlängernde Therapie, Transfusion, freiwilliger Spitalaustritt ....
<b>Gerechtigkeit</b>	Notfalltriage; Zuteilung von IPS-Betten, Dialyseplätzen, Spenderorganen, ....
<b>Gutes tun / Fürsorge</b>	Notfallsituationen, Unmündigkeit und Urteilsunfähigkeit ohne Kenntnis des Willens (berechtigter Paternalismus)
<b>Nicht schaden</b>	Forschung an Menschen, Selbstgefährdung, Demenz (berechtigter Paternalismus)

## Ethik und Pflege (SBK 2003)



Der Prozess der ethischen Entscheidungsfindung verbindet...

- **KOPF** Welche Werte und ethischen Prinzipien kommen zum Tragen?
- **HERZ** Welche ethische Grundhaltung möchten wir realisieren?  
Was ist uns wichtig? Worauf können wir nicht verzichten?
- **HAND** Wie lässt sich das Erkannte umsetzen? Wer trägt die Verantwortung?

## 2. Ethik und Triage

## Triage

- Die Festlegung von Behandlungsprioritäten auf der NFS mittels Triage kann dazu führen, dass indizierte oder gar lebensnotwendige medizinische Massnahmen dem einen Menschen gewährt, dem anderen hingegen vorenthalten werden können.
- Bezeichnend ist das Vorliegen rechtfertigender Umstände:

- 1. Routine-Limitierungen im Alltag** (hohes Patientenaufkommen)  
kein Behandlungsausschluss
- 2. aussergewöhnliche Umstände** (Krieg) oder Katastrophen  
ungeahnten Ausmasses (Erdbeben, Tsunami, Terroranschläge)  
Behandlungsausschluss möglich

- Merke: Die Übergänge zwischen 1 und 2 können fließend sein (z.B. Zugunfälle).

## SBV: Rechtsgleichheit und Diskriminierungsverbot

### Art. 8 Rechtsgleichheit

<sup>1</sup> Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.

<sup>2</sup> Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung.

## Triage

- **Ethisches Ziel:** Der Triage-Prozess versucht, durch das Festlegen von Behandlungsprioritäten die auf den individuellen Patienten bezogene Entscheidung zu objektivieren und von Willkür abzugrenzen.
- **Ethisches Risiko:** Triage stellt eine Abstraktion vom individuellen Patienten und eine Reduktion auf wenige vergleichbare Grössen dar (z.B. physiologische Parameter, Vitalzeichen).

## Hohe Anforderungen an Triage-Systeme

1. müssen kritisch Kranke schnell identifizieren können (Sensitivität) und weder zu Über- noch zu Untertriage führen
2. müssen standardisiert und mit geringem Zeitaufwand verbunden sein
3. müssen eine dynamische Komponente aufweisen, um Verschlechterungen möglichst schnell zu erfassen (Reevaluation)
4. regelmässiges Audit (Qualität der Ersteinschätzung)
5. hohe Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit)

Somasundaram R. et al (2009) 351

## Dilemma klinischer Triage-Systeme

- **Effektivität:** Auswirkungen auf den Gesundheits- und Zufriedenheitszustand eines Patienten
- **Validität:** Was sind Parameter, um diese zu bestimmen?

„Auch wenn die Zuverlässigkeit und Validität der Triage-Systeme zum Teil gute Ergebnisse suggerieren, ist eine zusammenfassende ... Bewertung nicht möglich. Was aber nahezu alle Studien eint, ist die Erkenntnis, dass eine wesentliche Voraussetzung ... **gut geschultes Personal** ist. Zudem muss es ... **aufgeschlossen** sein, um auch **Situationen zu erkennen, die eben nicht in ein Diagramm passen.**“

Somasundaram R. et al (2009) 353

## Fazit

1. Triage-Systeme dienen primär **medizinischen Zielen** im Blick auf eine adäquate Behandlung von Patienten durch die Festlegung von Behandlungsprioritäten.
2. Triage-Systeme können zu einer Standardisierung und **Rationalisierung** von Versorgungspfaden führen, die kostensenkende Effekte hat.
3. Triage-Systeme setzen voraus, dass alle Patienten letztendlich behandelt werden. Sie als Instrumente der **Rationierung** zu gebrauchen mit dem Ziel, Patienten nötige Ressourcen vorzuenthalten, würde gegen das Diskriminierungsverbot verstossen.

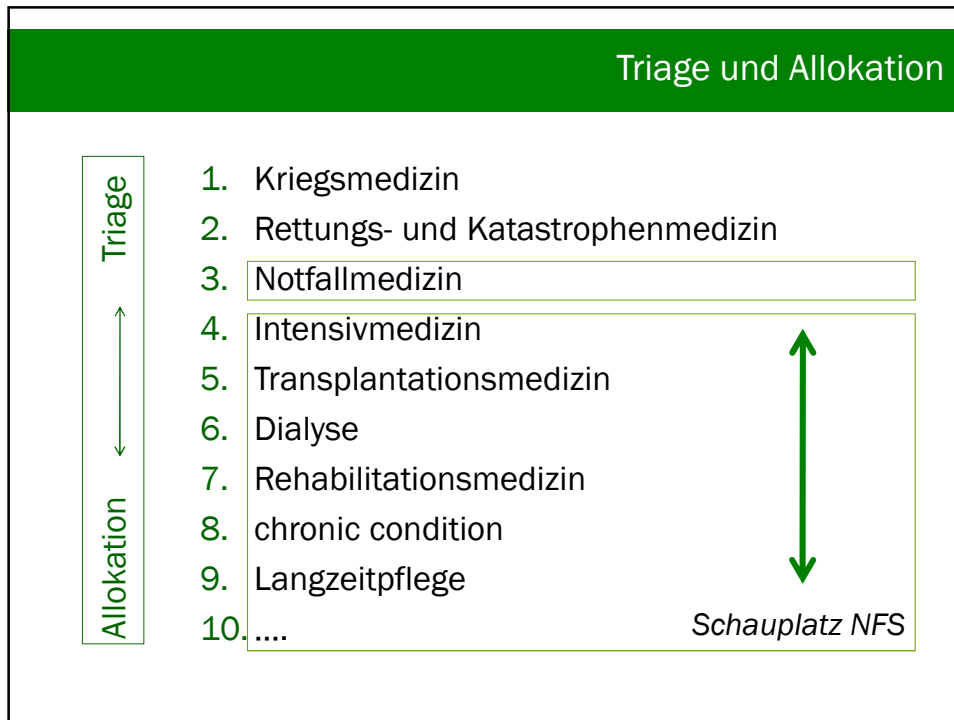
## Rationierung in der Schweiz

- ist im Gesundheitswesen eine anerkannte Realität, die die medizinische (Grund-) Versorgungsqualität bisher noch nicht wesentlich tangiert (?)
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Rationierung ist eine Realität, sie betrifft vor allem Bereiche wie Psychiatrie, Rehabilitation, chronic condition und Personalmangel im Pflegebereich. Es braucht eine offene Debatte über das „Wünschbare“ und das „Machbare“.

## Folgen für die NFS

- formale Funktion: **medizinisch** Modus: „Triage“
  - Triage-Instrumente ermöglichen auch in Zeiten hohen Patientenaufkommens eine sichere Festlegung von Behandlungsprioritäten
- informale Funktion: **gesellschaftlich** Modus: „Allokation“\*
  - Gatekeeper-Funktion: Verhinderung oder Ermöglichung der Allokation knapper Güter im Gesundheitswesen
  - Schauplatz der „Medikalisierung“ sozialer Probleme und des Einflusses von ökonomischem Status auf Morbidität und Mortalität („Pseudo-Notfälle“)

bewusste Zuteilung \*



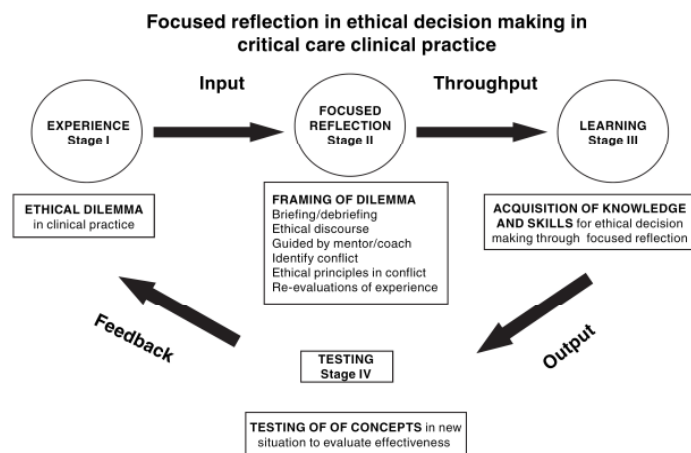
### Ethische Prinzipien und Haltungen bei Triage und Allokation auf der NFS

- **Prinzipien** (ethisches Verpflichtungsnetz):
  - Gerechtigkeit (fair equality of opportunity)\*
  - Gutes tun
  - Nicht Schaden
  
- **Haltungen** (Tugenden):
  - Wahrhaftigkeit (veracity)
  - Treue (fidelity) im Sinne einer continuity of care, Patientenwohl
  - personale Verantwortung (answerability): Bereitschaft, dem Patienten / Angehörigen Rechenschaft abzugeben
    - kein „Verstecken“ hinter der Mesoebene
    - Achtung der Menschenwürde trotz „patient labelling“

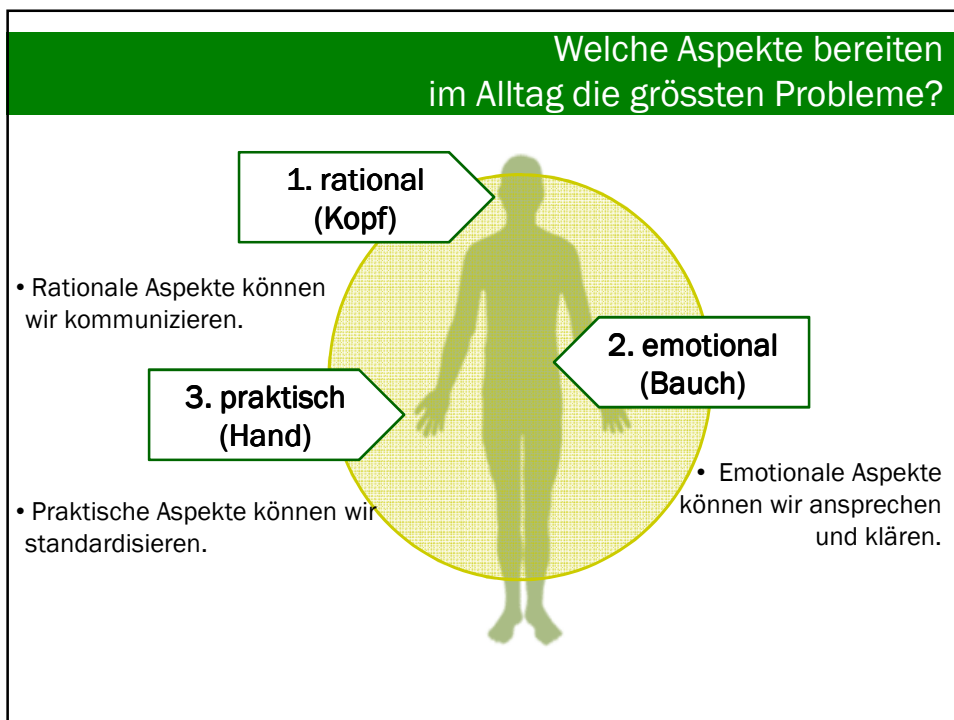
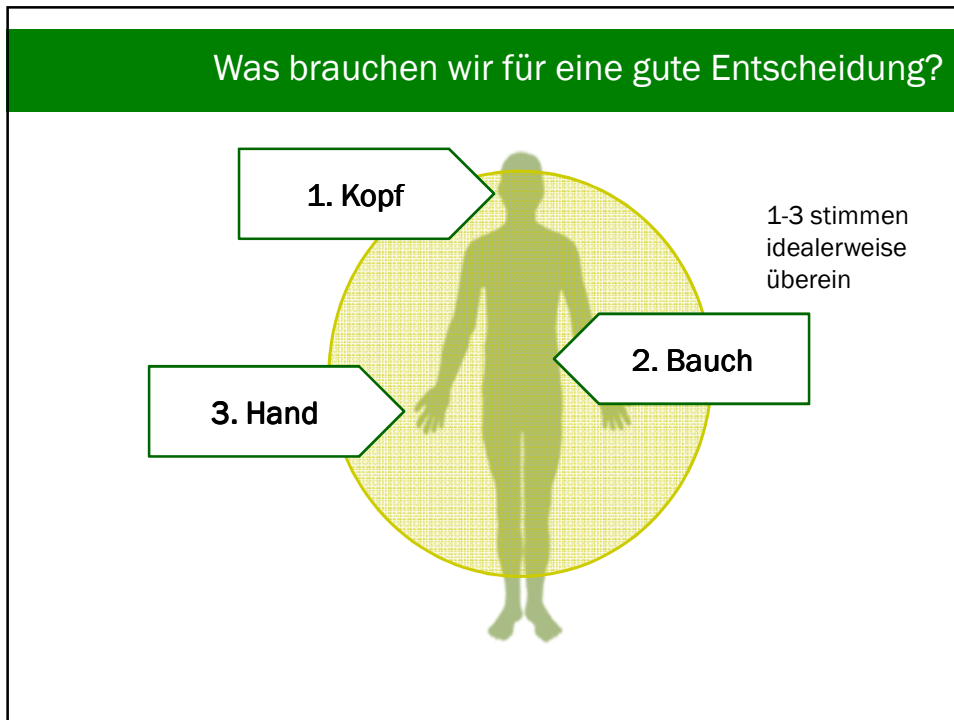
\* Daniels 2001, 3

### 3. Ethiktransfer auf der NFS

#### Focused Model of Ethical Decision Making



Hough (2008)



## Dilemma: rationaler Stress

- **ethisches Dilemma („rationaler Stress“):**
  - 2 ethische Prinzipien widersprechen sich. Wir müssen handeln, wissen aber nicht wie. Es gibt nur suboptimale Lösungen. **Die moralische Bewertung ist unklar.**
  - **Bsp.:**
    - Die Patientin wünscht eine medizinisch nicht indizierte Chemotherapie.
    - Die Ehefrau ist psychisch sehr angeschlagen. Sie wird über die schlechte Prognose des Ehemannes nur unvollständig informiert.
    - Freiheit beschränkende Massnahmen bei deliranten Patienten
- **Merke: Ein echtes Dilemma löst sich nicht auf!**

## Ethische Orientierung: Dilemma oder Konflikt?

- **Dilemma („rationaler Stress“):**
  - Lässt sich klären, indem die „Pattsituation“ ethischer Prinzipien erkannt und erörtert wird (z.B. unerträgliches Leiden versus früher geäussertes Patientenwille). Bei einem echten Dilemma gibt keine richtige und falsche Lösung.  
**Informationsdefizit beheben , sich für eine Option entscheiden, evaluieren**
- **Konflikt („emotionaler Stress“):**
  - Lässt sich nur mit Offenheit und Authentizität klären.  
**Vertrauensdefizit klären, vertrauensbildende Massnahmen (ggf. Dienstweg)**

## Konflikt: emotionaler Stress

### • ethischer Konflikt („emotionaler Stress“):

- Wir sehen etwas, das unseren elementaren moralischen Gefühlen widerstrebt, können aber nicht handeln (z.B. wegen Hierarchie, Autorität). **Die moralische Bewertung ist eigentlich klar** („Das tut man nicht!“).
- Bsp.:
  - invasive Abklärungen bei Sterbenden
  - Annahme von Bestechungsgeldern durch Vorgesetzte, prognostische Lügen, Whistleblowing
  - ungleiche Triagekriterien bei Patienten, die privatversichert sind
  - nicht nachvollziehbare Verordnungen und Abklärungen
- Ein Konflikt ist emotional sehr belastend, da er zu Verhalten führt, das im Widerspruch zum eigenen Gewissen steht.

## Die ethische Reflexion

1. Handelt es sich bei der moralischen Irritation um ein moralisches *Dilemma* oder um einen *Konflikt*?
2. Habe ich alle relevanten Informationen, um diese Frage klären zu können?
3. falls *Dilemma*: intra- und interdisziplinäre Kommunikation, Abklären von Zuständigkeiten (z.B. Fragen der Triage und Allokation)
4. falls *Konflikt*: vertrauensbildende Massnahmen mit allen am Entscheid beteiligten, ggf. Dienstweg (Gefahr des sog. *moral residue*)

## Literatur

- BAKER, R.: American Independence and the Right to Emergency Care. JAMA 1999; 282 (9) 859-60
- BONK, A. ET AL.: Triage-Systeme in der Zentralen Notfallaufnahme. Unfallchirurg 2009; 112 (4) 445-54
- COOK, D. ET AL.: Randomized Trials in Vulnerable Populations. Clin Trials 2008; 5; 61-9
- DANIELS, N.: Justice, Health, and Healthcare. Am J Bioethics 2001; 1 (2) 2-16
- HOUGH, M. C.: Learning, Decisions and Transformation in Critical Care Nursing Practice. Nurs Ethics 2008; 15 (3) 322-31
- PYM DE BIJL, N.: Legal implications of Task Rearrangement for Nurses in the Netherlands. Nurs Ethics 2005; 12 (5) 431-39
- SANDMAN L. ET AL.: Ethical Conflicts in Prehospital Emergency Care. Nurs Ethics 2006; 13 (6) 592-607
- SOMASUNDARAM, R. ET AL.: Triage in zentralen Notaufnahmen: Mode oder Notwendigkeit? Notfall Rettungsmed 2009 (12) 250-5
- TZENG, H.-M. ET AL.: Nurses' Fears and Professional Obligations Concerning Possible Human-to-Human Avian Flu. Nurs Ethics 2006; 13 (6) 455-470
- WHITE, D. ET AL.: Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? . Ann Int Med 2009 ; 150 (2) 132-9
- WOLF Z.R. ET AL.: „Never Again“ Stories of Nurses: Dilemmas in Nursing Practice. Qualit Health Res 2006; 16 (9) 1191-1206

## Weitere Informationen

- [www.pflegeethik.ch](http://www.pflegeethik.ch)
- Mail: [ethik@bethesda.ch](mailto:ethik@bethesda.ch)

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!