

Direktor:
Univ.-Prof. Dr. Norbert W. Paul, M.A.

Version 1.1, Mainz, 26. März 2020

**Dringend zu beachtende Handreichung
zur Umsetzung der DIVI-Leitlinie „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen
in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“
veröffentlicht am 25. März 2020**

Autoren: Dr. Gertrud Greif-Higer, Dr. Nikolai Münch, Univ.-Prof. Dr. Norbert W. Paul, M.A.

Warum diese Handreichung?

Am 25. März 2020 hat die Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften, darunter die AEM (Akademie für Ethik in der Medizin) die im Titel dieser Handreichung bezeichnete Leitlinie veröffentlicht.

Wir unterstützen mit Nachdruck diesen Ansatz, damit sich die Verteilung knapper Ressourcen im Rahmen der aktuellen COVID-19-Pandemie in Deutschland an einem einheitlichen Rahmen orientiert.

Bereits im Vorfeld der Veröffentlichung der Leitlinie durch die DIVI wurden jedoch im Abstimmungsprozess zum Teil erhebliche Unschärfen und Inkonsistenzen deutlich.

Diese Handreichung versteht sich daher als „Beipackzettel“ zu der von der DIVI veröffentlichten Handreichung, um unerwünschte aber wahrscheinliche Risiken und Nebenwirkungen einer schematischen Anwendung der Leitlinie zu benennen und Wege zur Vermeidung dieser Risiken und Nebenwirkungen aufzuzeigen.

1. Risiken und Nebenwirkungen der gewählten Systematik:

- a) Wie in der Notfall- und Intensivmedizin etabliert, werden in der Stellungnahme der DIVI absolute Kriterien der Inklusion oder Exklusion für eine Behandlung in einem Intensivbett zur Grundlage der Allokation gemacht. Dabei erfolgt die Zuweisung eines Intensivbettes unter der Maßgabe, dass eine Beatmung oder hämodynamischen Stabilisierung erforderlich ist.

Diese absoluten Kriterien stehen in der Gefahr, inelastisch hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Ressourcen zu werden. Dies ist insbesondere deshalb riskant, weil verschärfte Kriterien der Inklusion im Vergleich zu Kriterien der Exklusion eine offenbar höhere Wirksamkeit für die Ressourcenschonung haben. Verschärfte Inklusionskriterien (respiratorisches oder hämodynamisches Versagen) treffen damit vor allem PatientInnen, die auf eine Behandlung warten, die ihnen unter der Maßgabe der Ressourcenschonung derzeit aber trotz Indikation vorenthalten wird. Patientinnen und Patienten, die von einer intensivmedizinischen Versorgung profitieren würden, aber aufgrund verschärfter Inklusionskriterien in überproportionalem Maß die Opportunitätslast der Ressourcenschonung tragen, d.h. sie kommen nicht oder deutlich später in den Genuss einer in der Regelversorgung indizierten intensivmedizinischen Versorgung. Dies stellt Ärztinnen und Ärzte der Universitätsmedizin vor die Herausforderung, einen aktuellen Individualnutzen gegen einen prospektiven Gruppennutzen abzuwägen. Diese im Kern utilitaristische Abwägung ist – von wenigen Ausnahmen abgesehen – keine eingeübte klinische Praxis und in der Regel mit einer hohen moralischen Belastung (moral distress) verbunden.

Handlungsempfehlung 1: Angepasste Anwendung von Inklusionskriterien

Es ist von einer Anwendung absoluter Inklusionskriterien soweit wie möglich abzusehen und eine situativ angepasste Steuerung noch vor Bewertung von Prognose/ und Erfolgsaussicht (s.u.) zu implementieren, wie dies z.B. derzeit in der Universitätsmedizin Mainz schon im Bereich der OP-Planungen der chirurgischen Fächer praktiziert wird und im Bereich der konservativen Fächer im Aufbau befindlich ist.

- b) Bei der Konkretisierung von Exklusions- und Inklusionskriterien werden in der von der DIVI vorgelegten Leitlinie zum Teil in anderen Zusammenhängen etablierte Scores (z.B. SOFA, Clinical Frailty Scale, etc.) herangezogen. Obwohl die Gefahr besteht, dass somit in anderen Zusammenhängen und Umständen entwickelte Werkzeuge in nicht unproblematischer Weise extrapoliert werden (Blanch et al. 2016), kann ein solches Vorgehen durch Gewährleistung der Praktikabilität und Neutralität der angelegten Kriterien gerechtfertigt sein. *Es zieht jedoch eine besondere Sorgfaltspflicht nach sich.*

Handlungsempfehlung 2: Fortlaufende Evaluation der Triage

Getroffene Triageentscheidungen müssen engmaschig evaluiert werden. Es braucht ergänzende, fallbezogene Kriterien (Erreichbarkeit übergeordneter Therapieziele, Aussicht auf soziale Teilhabe), die eine Entscheidung über die Verlegung/Entlassung, eine Weiterführung der begonnen Behandlung oder eine Therapiezieländerung oder einen Behandlungsabbruch erlauben. Im Falle einer Therapiezieländerung ist eine angemessene palliative Versorgung bestmöglich zu gewährleisten.

2. Risiken und Nebenwirkungen der vorgeschlagenen Vorgehensweise

- a) Wir weisen *mit Nachdruck* darauf hin, dass *im Ablaufschema des Grundsatzpapiers der DIVI eine Priorisierung bereits in Schritt 2, also bei der Beurteilung der Erfolgsaussicht de facto erfolgt. Dies ist jedoch im Ablauf so nicht kenntlich gemacht.* Schon bei nur drohender Verknappung ist eine vorausschauende Priorisierung angezeigt, die eine möglichst geringen Posteriorisierung im Bereich der Normalversorgung von Patienten gegen eine angemessenen Ressourcenschonung im Sinne der Vorhaltung für steigende COVID-19-Fallzahlen bilanziert und balanciert.

Handlungsempfehlung 3: Priorisierung durch Erfolgsaussicht

Bei Orientierung am Ablaufschema des von der DIVI vorgelegten Dokuments ist die Priorisierung und Posteriorisierung, die durch die Beurteilung von Erfolgsaussicht bzw. Aussichtslosigkeit eines Falles bereits implizit angelegt ist, immer offen zu legen und zu dokumentieren.

- b) *Das Vorliegen einer Patienteneinwilligung in eine Intensivbehandlung als Kriterium zu ihrer Durchführung ist in der im Ablaufschema vorliegenden Form mehr als problematisch.* Zum einen bestehen bereits in der Regelversorgung erhebliche Probleme bei der Ermittlung des Patientenwillens, sowohl wenn dieser vorausverfügt ist (Patientenverfügung) oder gemutmaßt wird (mutmaßlicher Wille). Derzeit kann davon ausgegangen werden, dass die aktuelle Situation der COVID-19-Epidemie bislang kaum Gegenstand eines vorausverfügt Patientenwillen ist. Gerade bei isolierten Patienten – zumal aus entfernteren Regionen oder dem Ausland – ist zudem regelhaft davon auszugehen, dass der mutmaßliche Patientenwille nicht durch Kontakt zu Angehörigen, Betreuern oder Bevollmächtigten zu ermitteln ist. Für den erklärten Willen des Patienten gelten in einer sicherlich als bedrohlich empfundenen Situation Einschränkungen der Reichweite (emotionale Überlagerung der Willensbildung, sprachliche Barrieren, Einschränkungen der Grundeinsichtsfähigkeit etc.)

Handlungsempfehlung 4: Ablehnung intensivmedizinischer Maßnahmen

Ein direkter Ausschluss von intensivmedizinischen Interventionen kann *ausschließlich* durch den expliziten Ausschluss aller intensivmedizinischen Interventionen durch den Patienten, den Betreuer oder den Bevollmächtigten erfolgen. Bei eindeutiger Ablehnung intensivmedizinischer Maßnahmen sind diese unabhängig von Art und Schwere der Erkrankung (3. Änderungsgesetz zum Betreuungsrecht §1901a, Abs.3) zu unterlassen.

Handlungsempfehlung 5: Umgang mit dem Patientenwillen

Patienten, die noch grundeinsichtsfähig sind und augenscheinlich in der Lage sind, ihren Willen zu äußern, dürften angesichts ihrer Notlage (die bei bestehender Intensivpflichtigkeit vorausgesetzt werden darf) nicht im eigentlichen Sinne autonom (d.h. informiert, aus rationaler Erwägung und frei von Zwang) sein. Dennoch muss das Vorliegen einer Einwilligung oder einer Ablehnung der Behandlung bis hin zu natürlichen Willensäußerungen geprüft (ggfs. unterstützt durch ein psychiatrisches Konsil oder eine Beratung durch das Klinische Ethikkomitee) werden. *Für eine notfallmäßige Behandlung wird die Einwilligung stets als mutmaßlicher Wille*

vorausgesetzt (analog zur Rettungspflicht). Wo und wann immer möglich, muss der Wille des Patienten strukturiert ermittelt werden. Hierfür steht das Klinische Ethikkomitee unterstützend zur Verfügung.

3. Immanente Belastungen durch die aktuellen Situation

- a) In der aktuellen Situation ist neben der Tatsache, dass Entscheiden und Handeln vor dem Hintergrund großer Unsicherheit erfolgen muss auch eine besondere Kultur von Führung (Leadership) und Verantwortung (Accountability) gefragt. Durch Expertise und glaubwürdiges Verhalten haben wir als Universitätsmedizin Mainz in dieser Zeit der Unsicherheit einerseits das Vertrauen der Bevölkerung und der Institutionen erworben, andererseits sind mit diesem Vertrauen auch erhebliche Erwartungen verbunden, die gerade in einer Zeit maximaler medialer Aufmerksamkeit auch in Fokus der Öffentlichkeit verhandelt werden (vgl. Kommentare zu den Zahlen des Robert Koch-Instituts). Wie die von der DIVI vorgelegte Stellungnahme zeigt, muss die aktuelle Situation auch als Herausforderung gesehen werden, der man nicht immer vollumfänglich gerecht werden kann. Dies widerspricht unseren moralischen Intuitionen und professionellen Ansprüchen und wirkt daher belastend. In Anerkennung dieser Belastung, die insbesondere auf der Ebene der verantwortlichen Einrichtungsleitungen sowie auf Ebene der Oberärztinnen und Oberärzte angesiedelt ist, erweitert das Klinische Ethikkomitee sein Angebot. Sie finden nun Unterstützung durch das Klinische Ethikkomitee in den folgenden Bereichen:

Handlungsempfehlung 6: Nutzung von Unterstützungsangeboten

Nutzen Sie zu Ihrer eigenen Entlastung, zur Entscheidungsunterstützung oder zur Diskussion von Alternativen oder Dilemmata im Team die Expertise des Klinischen Ethikkomitees. Wir bieten Ihnen aktuell Unterstützung in den folgenden Bereichen an:

- **Peer-to-peer Coaching: Vier- oder Mehraugengespräche in schwierigen oder belastenden Entscheidungssituationen und insbesondere bei der Umsetzung der Empfehlungen der DIVI (Ansprechpartner sind die Autoren dieser Handreichung, erreichbar unter 17-9545 (tagsüber) oder über die Hotline 17-7997)**
- **Kurze persönliche Rückfragen insbesondere bei akuten moralischen Belastungen (moral distress), Dr. Münch oder Prof. Paul (17-9545), Dr. Greif-Higer (17-7997)**
- **Mitwirkung an Gremien im Bereich Entscheidungsfindung, Allokation, Triage nach Absprache (derzeit bereits im Bereich OP-Planung)**
- **Ermittlung des erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen, auch bei unklaren Situationen und/oder fehlenden Ansprechpartnern aus dem persönlichen Umfeld von Patienten (Hotline 17-7997)**
- **Reguläre Klinische Ethikberatung (17-7997 oder 17-9545)**

- b) Die derzeitige Situation führt dazu, dass drei ethische Pflichten in besonderer Weise in den Vordergrund rücken. *Die Pflicht zur vorausschauenden Planung, die Pflicht der Unterstützung und des Schutzes besonders vulnerabler Gruppen sowie die Pflicht, Orientierung in einer von Kontingenz und Unsicherheit geprägten Lage zu geben.*

Handlungsempfehlung 7: Vorausschauende Planung

Trotz unvollständiger Datenlage zu SARS-CoV-2 und COVID-19 ist in allen Bereichen und auf allen Ebenen eine *vorausschauende Planung* zu erwartbaren oder möglichen ethischen Herausforderungen der künftigen Entwicklung der Pandemie unerlässlich. Insbesondere die Bereitstellung von Werkzeugen und Richtlinien für plausibel erwartbare Herausforderungen (Triageentscheidungen, Therapiezieländerung, Verknappung von Personal und Material etc.) ist notwendig, um der ethischen Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit, den Patienten, aber auch dem eigenen Personal gegenüber gerecht zu werden (s. Abbildung). Klare kommunizierte Richtlinien – auch im lokalen Kontext der jeweiligen Einrichtung – können die Unsicherheit im Umgang mit den besonderen Herausforderungen der Pandemie mindern und so *moral distress* für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abfedern. Neben der Verantwortung dem eigenen Personal gegenüber muss das Ziel einer solchen vorausschauenden Planung sein, die Beeinträchtigungen der Rechte der individuellen Patienten durch die ggf. notwendige Berücksichtigung der Gesichtspunkte von öffentlicher Gesundheit so gering wie möglich zu halten. Dazu sind die vorhandenen Ressourcen (Personal, Material, Medizintechnik, Infrastruktur, Verzicht auf elektive Eingriffe, insbesondere ressourcenintensive, etc.) so auszuschöpfen und aufzustocken, dass die zukünftige Entwicklung möglichst wenig auf die patienten-zentrierte Versorgung aller (auch der Nicht-COVID-19) Patienten durchschlägt (vgl. SAMW 2020).

Handlungsempfehlung 8: Umgang mit vulnerablen und schützenswerten Gruppen

Menschen mit Vorerkrankungen, mit schon bereits eingeschränktem Zugang zum Gesundheitssystem, aber auch alle im medizinischen Bereich Tätigen sind einem erhöhten Risiko einer Infektion durch COVID-19 ausgesetzt. *Sie sind in dieser Situation vulnerable Gruppen und daher besonders zu schützen.* Dabei stellt der besondere Schutz des Personals nicht nur eine Verantwortung als Arbeitgeber dar, sondern muss auch in eigener Verantwortung für die Patienten und die öffentliche Gesundheit erfolgen. Fachpersonen, die wegen einer Infizierung ausfallen, verknappen eine ohnehin kritische Ressource weiter, so dass bei akuter Knappheit noch mehr Menschen unter dem Ressourcenmangel leiden, ggf. sterben. Daher sind Fachpersonen bestmöglich vor Infektionen zu schützen bzw. sind aufgefordert, alle Schutzmaßnahmen konsequent anzuwenden. In besonderer Weise gilt das für Personal, das im Falle einer Infektion erhöhte gesundheitliche Risiken aufweist. Diese Personen sollen nicht für die Betreuung von COVID-19-Patienten eingesetzt werden. Der Schutz des Personals gilt nicht nur einer möglichen Infektion, sondern auch – wieder in Verantwortung für die individuellen Person, aber auch für Patienten und Öffentlichkeit – für eine mögliche physische und psychische Überlastung (SAMW 2020). Auch hier gilt es Vorsorge zu treffen (s. psychosoziale Angebote, Seelsorge oder Klinische Ethik an der Universitätsmedizin Mainz).

Handlungsempfehlung 9: Rationaler Umgang mit der Krise

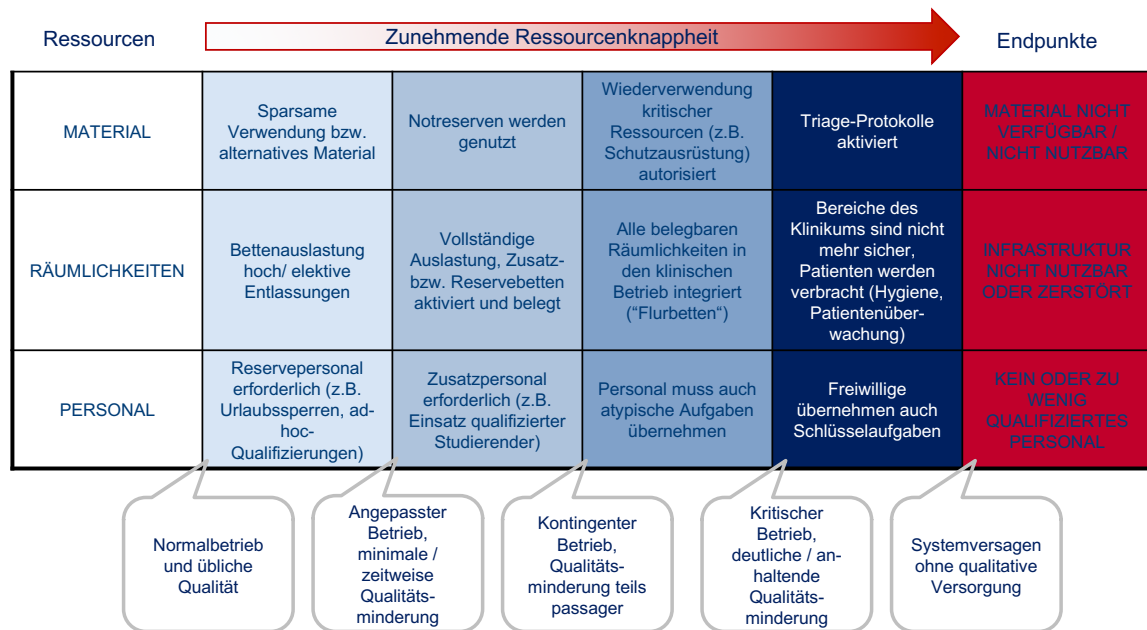
Die derzeitige Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass durch fehlendes Wissen oder mangelnde Evidenz Spekulationen und Legenden zu Fehleinschätzungen von Risiken und Verantwortungen führen. Es ist daher eine ethische Verpflichtung, vor allem von Personen, die im professionellen Umfeld anderen Personen anleiten, irrationale Einschätzungen ernst zu nehmen und wenn möglich zu korrigieren.

Handlungsempfehlung 10: Umgang mit Versorgungsstandards

Darüber hinaus bietet die aktuelle Situation innerhalb der Universitätsmedizin immanente Quellen der Kontingenz und Unsicherheit. Insbesondere die Unklarheit über bevorstehende Patientenaufkommen, über die Dauer der Pandemie, die Schwere, mit der die COVID-19-Pandemie sich auf die Universitätsmedizin Mainz, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Angehörige auswirken wird macht es erforderlich, mögliche Standards der Versorgung, Gründe für eine Beeinträchtigung der Versorgungsstandards und Strategien, zur Erhaltung der bestmöglichen Standards der Versorgung fortlaufend – wenn möglich evidenzbasiert – zu evaluieren und situativ – falls erforderlich – anzupassen. Solche Anpassungen (etwa bei einem massenhaften Auftreten schwerer COVID-19-Erkrankungen) sind zur Vermeidung von Belastungen des Personals zeitnah zu kommunizieren und zu begründen. Mögliche und wahrscheinliche Szenarien bei einem raschen Anstieg der Zahlen zu versorgender Patienten (etwa analog der Situation in Norditalien) finden sich in unten stehender Graphik, die auch Grundgerüst für eine vorausschauende Planung (s.o.) ist.

Triage im Rahmen der COVID-19-Pandemie: Eskalationsschema abnehmender Versorgungsqualität bei zunehmender Ressourcenknappheit

Paul (2020) nach Berlinger et al. (2020)



Literatur

Berlinger et al. (2020). Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19

Dawson, A (ed.) (2011) Public Health Ethics. Cambridge Univ Press.

Nacoti, M et al. (2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. NEJM Catalyst March 21, 2020. DOI: 10.1056/CAT.20.0080

ÖGARI [Österreichische Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation, und Intensivmedizin] 2020. Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen. (Stand: 17.03.2020)

SAMW [Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften] 2020. Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. (Stand: 20.03.2020)

Sprung et al. 2010

Vergano, M et al. (2020). CLINICAL ETHICS RECOMMENDATIONS FOR THE ALLOCATION OF INTENSIVE CARE TREATMENTS, IN EXCEPTIONAL, RESOURCE-LIMITED CIRCUMSTANCES <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>