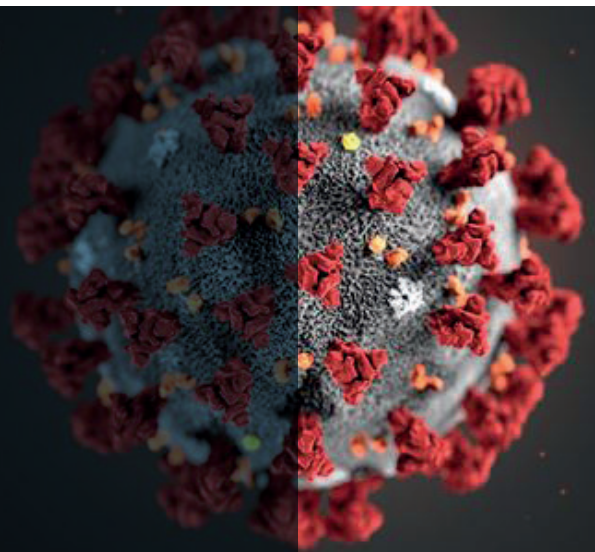




Klinisch-ethische Empfehlungen für den Einsatz und das Aussetzen intensivmedizinischer Behandlungen unter den außergewöhnlichen Umständen/Bedingungen eines Ungleichgewichts zwischen Bedürfnissen/Nachfrage und Ressourcen



SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER



Version

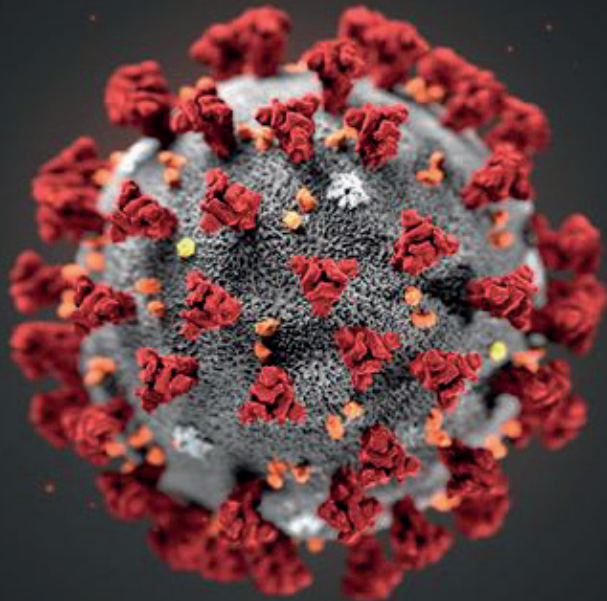
Klinisch-ethische Empfehlungen für den Einsatz und das Aussetzen intensivmedizinischer Behandlungen unter den außergewöhnlichen Umständen/Bedingungen eines Ungleichgewichts zwischen Bedürfnissen/Nachfrage und Ressourcen - version 01

Veröffentlicht am 2020.03.07



SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER



Klinisch-ethische Empfehlungen für den Einsatz und das Aussetzen intensivmedizinischer Behandlungen unter den außergewöhnlichen Umständen/ Bedingungen eines Ungleichgewichts zwischen Bedürfnissen/Nachfrage und Ressourcen

Arbeitsgruppe

Marco Vergano, Guido Bertolini, Alberto Giannini,
Giuseppe Gristina, Sergio Livigni,
Giovanni Mistraletti, Flavia Petrini

Übersetzung von

Univ.-Prof. Dr. med. Felix Herth

Chefarzt der Abteilung Pneumologie und Beatmungsmedizin
Thoraxklinik Heidelberg - Universitätsklinikum Heidelberg

Dr.ssa Maria Ada Presotto

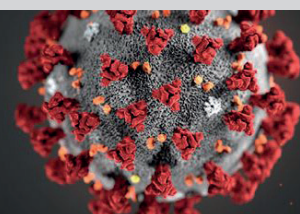
Assistenzärztin Abteilung Pneumologie und Beatmungsmedizin
Thoraxklinik Heidelberg - Universitätsklinikum Heidelberg



Klinisch-ethische Empfehlungen für den Einsatz und das Aussetzen intensivmedizinischer Behandlungen unter den außergewöhnlichen Umständen/Bedingungen eines Ungleichgewichts zwischen Bedürfnissen/Nachfrage und Ressourcen

EMPFEHLUNGEN

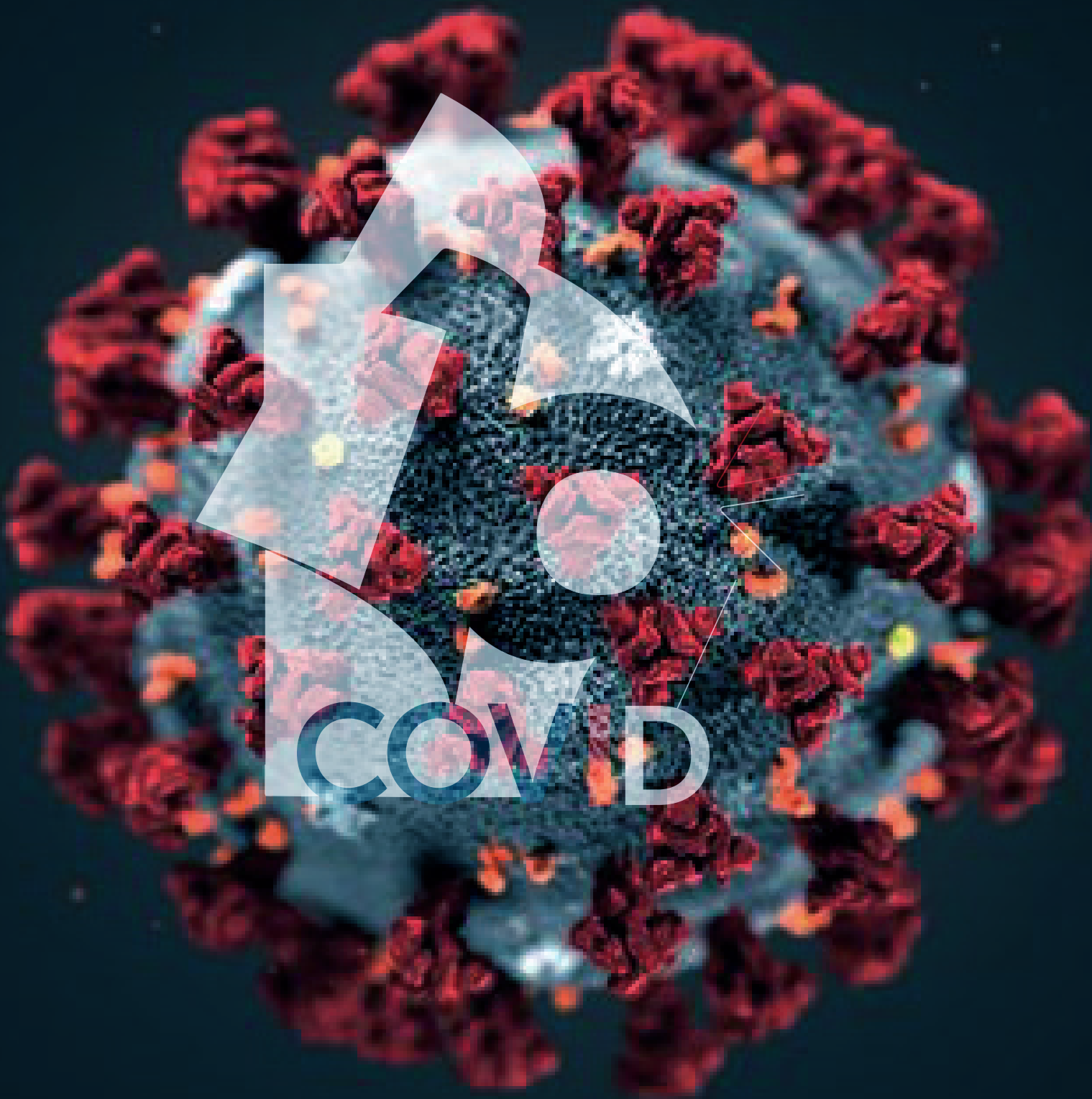
1. Die ungewöhnlichen Entscheidungskriterien für die Aufnahme/Entlassung auf die Intensivstationen sollten flexibel sein und müssen an die lokale Situation angepasst werden. Diese Regeln gelten für alle Intensivpatienten.
2. Die Zuweisung von Ressourcen auf der Intensivstation ist eine komplexe und heikle Aufgabe. Ein starker Anstieg der Intensivbetten, um eine schnell ansteigende Zahl kritisch kranker Patienten zu gewährleisten, könnte den angemessenen Versorgungsstandard des einzelnen Patienten gefährden. Darüber hinaus könnten Ressourcen, Zuwendung und Energie den anderen Patienten in intensivmedizinischer Behandlung damit vorenthalten werden. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass es auch bei Erkrankungen ohne direkten Zusammenhang mit der Epidemie voraussichtlich zu einer erhöhten Gesamtmortalität kommen wird; durch wegfallende elektive Eingriffe und Behandlungen sowie reduzierte intensivmedizinische Kapazitäten.
3. Es könnte notwendig werden, eine Altersgrenze für die Aufnahme auf Intensivstationen zu bestimmen. Dabei geht es darum, primär Ressourcen zu sparen für Patienten die erstens die höchsten Überlebenschancen haben und zweitens bei denen die meisten Lebensjahre gerettet werden können. Dies verfolgt das Ziel den Nutzen für eine möglichst große Anzahl an Patienten zu maximieren. Im Falle einer kompletten Überlastung des Systems würde auch nach dem Konzept „First come, First served“ die intensivmedizinische Versorgung eines Teils der Patienten nicht gewährleistet werden.
4. Der Allgemeinzustand, die Komorbiditäten und das Alter müssen berücksichtigt werden. Es ist zu vermuten, dass jüngere Patienten einen kürzeren Verlauf haben und somit weniger „Ressourcen verbrauchen“.
Diesbezüglich s. auch das Dokument über “End Stage Organversagen” (<https://bit.ly/2Ifkphd>), sowie das Dokument von SIAARTI über die Aufnahmekriterien auf die Intensivstationen (Minerva Anesthesiol 2003;69(3):101–118).
5. Auf eine eventuell vorhandene Patientenverfügung muss Rücksicht genommen werden. Dies gilt insbesondere für Patienten mit chronischen Erkrankungen, die bereits vorab zusammen mit den behandelnden Ärzten und den Angehörigen Therapieziele formuliert haben.
6. Sollte der behandelnde Arzt keine Indikation für eine intensivmedizinische Behandlung sehen, dann sollte diese Entscheidung begründet und klar kommuniziert werden. Die weitere supportive Therapie - auch ohne Ventilation - ist durchzuführen.
7. Nur die außergewöhnliche Situation von extremem Ungleichgewicht zwischen Bedarf und Angebot kann die Entscheidung, eine intensivmedizinische Behandlung vorzuenthalten, rechtfertigen.
8. Wenn im Entscheidungsprozess Situationen mit besonderen Schwierigkeiten und Unsicherheiten auftreten, kann es nützlich sein, eine Zweitmeinung (möglicherweise sogar telefonisch) bei Personen mit besonderen Erfahrungen einzuholen (z. B. über das regionale Koordinierungszentrum).
9. Wenn möglich, sollte man so früh wie möglich für jeden Patienten geprüft werden, ob die Kriterien zur intensivmedizinischen Behandlung erfüllt werden. Somit kann frühzeitig eine Liste von Patienten erstellt werden, die bei klinischer Verschlechterung auf die Intensivstation verlegt werden sollten. Eine eventuelle DNI-Anweisung („do not intubate“) sollte in der Akte des Patienten dokumentiert werden, sodass bei rascher klinischer Verschlechterung das Personal jederzeit darauf zurückgreifen kann.



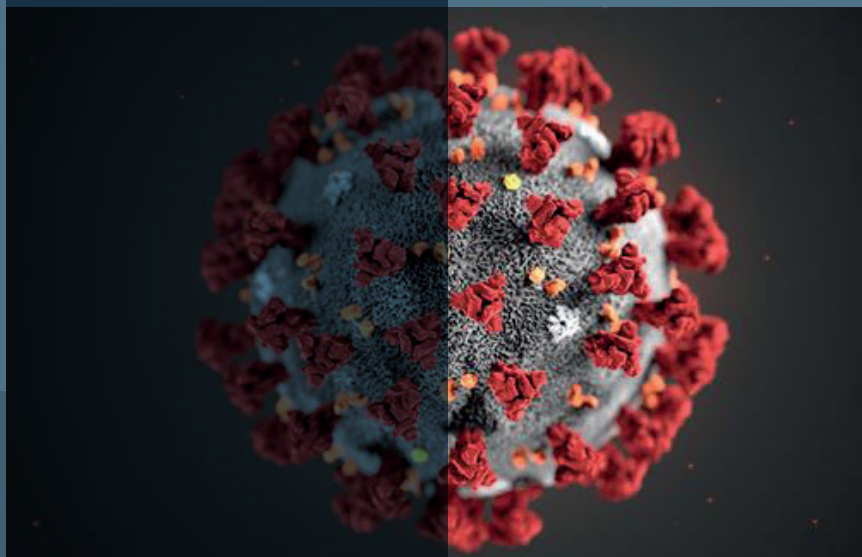


10. Die palliative Sedierung bei hypoxischen Patienten mit Progression der Erkrankung sollte evaluiert werden und im Sinne der „good clinical practice“ sowie gemäß der aktuellen Empfehlungen erfolgen. Sollte eine präfinale Phase absehbar sein, so ist die Verlegung auf Normalstation frühzeitig zu planen.
11. Jede Aufnahme auf Intensivstation muss als „ICU-Trial“ betrachtet werden und bedarf daher der täglichen Neubewertung der Behandlungsziele und der Verhältnismäßigkeit einzelner Maßnahmen. Wenn ein Patient, möglicherweise mit grenzwertiger Indikation zur intensivmedizinischen Behandlung, nicht auf extensive Behandlungsmaßnahmen anspricht bzw. schwerwiegende Komplikationen entwickelt, so sollte die Entscheidung Umstellung auf eine palliative Therapie nicht aufgeschoben werden.
12. Die Entscheidung, intensivmedizinische Maßnahmen einzuschränken sollte stets innerhalb des Behandlungsteams und zwischen Kollegen diskutiert werden und, wenn möglich, im Dialog mit dem Patienten und den Familienmitgliedern erfolgen. Die Entscheidung sollte aber rechtzeitig getroffen werden. Es ist absehbar, dass die Notwendigkeit wiederholt Entscheidungen dieser Art zu treffen den Entscheidungsprozess auf Intensivstationen sicherer und anpassungsfähiger an verfügbare Ressourcen macht.
13. Bei einem hohen Patientenaufkommen sollte die ECMO, welche verhältnismäßig „resource consuming“ ist, nur in ausgewählten Fällen eingesetzt werden, bei denen mit einer raschen Entwöhnung zu rechnen ist. Idealerweise sollte eine ECMO nur in großen Zentren mit hohem Durchsatz durchgeführt werden, da





COVID



SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER