

## **SIAARTI**

### **Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva**

# **RACCOMANDAZIONI DI ETICA CLINICA PER L'AMMISSIONE A TRATTAMENTI INTENSIVI E PER LA LORO SOSPENSIONE, IN CONDIZIONI ECCEZIONALI DI SQUILIBRIO TRA NECESSITÀ E RISORSE DISPONIBILI**

(Bemerkung: Der hier vorliegende Text wurde von Carmelo Di Stefano, Leiter Kommunikation und Marketing der Stiftung Dialog Ethik, aus dem Italienischen ins Deutsche übersetzt.)

## **EMPFEHLUNGEN ZUR KLINISCHEN ETHIK FÜR DIE ZULASSUNG ZUR INTENSIVBEHANDLUNG UND DEREN AUSSETZUNG, UNTER AUSSERGEWÖHNLICHEN BEDINGUNGEN DES UNGLEICHGEWICHTS ZWISCHEN NOTWENDIGKEIT UND VERFÜGBARE RESSOURCEN**

Version

Klinische Ethik-Empfehlungen für die Aufnahme und Aussetzung von Intensivbehandlungen unter aussergewöhnlichen Bedingungen eines Ungleichgewichts zwischen Bedürfnissen und verfügbaren Ressourcen - Version 01  
Veröffentlicht am 06.03.2020

Die Arbeitsgruppe

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

Klinische Ethik-Empfehlungen für die Aufnahme und Aussetzung von Intensivbehandlungen unter aussergewöhnlichen Bedingungen des Ungleichgewichts zwischen Notwendigkeit und verfügbaren Ressourcen

Prognosen der derzeit in einigen italienischen Regionen stattfindenden Coronavirus (Covid-19)-Epidemie gehen davon aus, dass die Fälle akuter Atemwegsinsuffizienz (die einen Krankenhausaufenthalt auf der Intensivstation erfordern) in den kommenden Wochen in vielen Zentren zunehmen werden, und zwar in einem solchen Ausmass, dass ein enormes Ungleichgewicht zwischen den tatsächlichen klinischen Bedürfnissen der Bevölkerung und der tatsächlichen Verfügbarkeit von Intensivmitteln festgestellt wird.

Dies ist ein Szenario, in dem Kriterien für den Zugang zur Intensivpflege (und die Entlassung) nicht nur streng nach der klinischen Angemessenheit und der

Verhältnismässigkeit der Versorgung erforderlich sein könnten, sondern auch von einem gemeinsamen Kriterium der Verteilungsgerechtigkeit und der angemessenen Zuweisung begrenzter Gesundheitsressourcen inspiriert sein könnten.

Ein solches Szenario ähnelt im Wesentlichen dem Bereich der "Katastrophenmedizin", für den die ethische Reflexion im Laufe der Zeit viele konkrete Anhaltspunkte für Ärzte und Krankenschwestern entwickelt hat, die schwierige Entscheidungen treffen müssen.

Als Erweiterung des Prinzips der Verhältnismässigkeit der Versorgung muss die Zuteilung im Rahmen einer schwerwiegenden Knappheit (shortage) der Gesundheitsressourcen darauf abzielen, den Patienten eine intensive Behandlung mit den grössten Chancen auf therapeutischen Erfolg zu garantieren: Es geht also darum, eine höhere Hoffnung auf Überleben (oder höhere Lebenschancen) zu begünstigen.

Die Notwendigkeit der Intensivpflege muss daher mit anderen Elementen der "klinischen Eignung" für die Intensivpflege integriert werden, darunter: Art und Schwere der Erkrankung, das Vorhandensein von Komorbidität, die Beeinträchtigung anderer Organe und Apparate und deren Reversibilität. Das bedeutet, dass es nicht notwendig ist, ein "first come, first served"-Kriterium für den Zugang zur Intensivpflege zu befolgen.

Es ist verständlich, dass die Betreuer in Bezug auf Kultur und Ausbildung nicht daran gewöhnt sind, mit den Kriterien der maximalen Notfall-Triage zu argumentieren, da die derzeitige Situation eine Ausnahmesituation darstellt.

Die Verfügbarkeit von Ressourcen fliesst in der Regel erst dann in den Entscheidungsprozess und die Entscheidungen des Einzelfalls ein, wenn die Ressourcen so knapp werden, dass es nicht möglich ist, alle Patienten zu behandeln, die hypothetisch von einer bestimmten klinischen Behandlung profitieren könnten.

Es ist implizit, dass die Anwendung von Rationierungskriterien erst dann gerechtfertigt ist, wenn alle beteiligten Subjekte (insbesondere die "Crisis Units" und die Direktionsorgane der Krankenhäuser) alle möglichen Anstrengungen unternommen haben, um die Verfügbarkeit der verfügbaren Ressourcen (in diesem Fall die Anzahl der Intensivtherapie-Betten) zu erhöhen, und nachdem jede Möglichkeit der Verlegung von Patienten in Zentren mit grösserer Ressourcenverfügbarkeit geprüft wurde.

Es ist wichtig, dass eine Änderung der Zugangskriterien so weit wie möglich von den beteiligten Betreibern geteilt werden kann.

Die Patienten und ihre Familien, die von der Anwendung der Kriterien betroffen sind, müssen über den ausserordentlichen Charakter der getroffenen Massnahmen informiert werden, da dies zur Transparenz und zur Aufrechterhaltung des Vertrauens in den öffentlichen Gesundheitsdienst verpflichtet dient.

### **Das ist auch der Zweck der Empfehlungen:**

(A) den Klinikern einen Teil der Verantwortung für die Entscheidungen abzunehmen, die bei Einzelfällen emotional sein können;

(B) die Kriterien für die Zuteilung von Gesundheitsressourcen in einem Zustand ausserordentlicher Knappheit explizit zu machen.

Nach den bisher vorliegenden Informationen benötigt ein erheblicher Anteil der Personen, bei denen eine Covid-19-Infektion diagnostiziert wurde, aufgrund einer schweren Hypoxämie, die durch eine interstitielle Pneumonie gekennzeichnet ist, eine Beatmungsunterstützung. Die Interstitiopathie ist potenziell reversibel, aber die akute Phase kann viele Tage dauern.

Im Gegensatz zu den bekannteren ARDS-Rahmenbedingungen scheint die Covid-19-Pneumonitis bei gleicher Hypoxämie eine etwas bessere Lungencompliance zu haben und besser auf die Rekrutierung, den mittelhohen PEEP, die Pronationszyklen und das inhalatorische Stickstoffmonoxid zu reagieren. Wie bei dem bekannteren ARDS benötigen diese Patienten eine protektive Beatmung mit niedrigem Antriebsdruck.

All dies impliziert, dass die Intensität der Betreuung hoch sein kann, ebenso wie der Einsatz von Humanressourcen.

Aus den Daten, die sich auf die ersten zwei Wochen in Italien beziehen, geht hervor, dass etwa ein Zehntel der infizierten Patienten eine intensive Behandlung mit assistierter, invasiver oder nicht-invasiver Beatmung benötigen.

## **Empfehlungen**

1. Die speziellen Aufnahme- und Entlassungskriterien sind flexibel und können vor Ort an die Verfügbarkeit von Ressourcen, die konkrete Möglichkeit der Verlegung von Patienten, die Anzahl der laufenden oder geplanten Zugänge angepasst werden. Die Kriterien decken alle Intensivpatienten ab, nicht nur Patienten, die mit einer Covid-19-Infektion infiziert sind.

2. Die Zuweisung ist eine komplexe und sehr heikle Entscheidung, auch aufgrund der Tatsache, dass eine übermässige ausserordentliche Erhöhung der Anzahl der Intensivtherapie-Betten keine adäquate Versorgung der einzelnen Patienten gewährleisten und Ressourcen, Aufmerksamkeit und Energie auf die verbleibenden Patienten auf der Intensivstation wegnehmen würde. Zu berücksichtigen ist auch der absehbare Anstieg der Mortalität aufgrund klinischer Erkrankungen, die nicht mit der aktuellen Epidemie in Zusammenhang stehen, aufgrund der Verringerung der elektiven chirurgischen und ambulanten Tätigkeit und der Knappheit intensiver Ressourcen.

3. Möglicherweise ist es notwendig, eine Altersgrenze für den Eintritt in die Intensivstation festzulegen. Es geht nicht darum, rein wertvolle Entscheidungen zu treffen, sondern darum, Ressourcen zu reservieren, die für diejenigen, die mit grösserer Wahrscheinlichkeit überleben werden, und die für diejenigen, denen man möglicherweise mehr Lebensjahre retten kann, sehr knapp sein könnten, um den Nutzen für eine möglichst grosse Zahl von Menschen zu maximieren. In einem Szenario der völligen Sättigung der Intensivpflege-Ressourcen wäre die Entscheidung, ein "first come, first served"-Kriterium beizubehalten, immer noch gleichbedeutend mit der Entscheidung, eventuell keine weiteren nachfolgenden Patienten zu behandeln, die somit von der Intensivpflege ausgeschlossen würden.

4. Neben dem Alter muss auch das Vorhandensein von Komorbidität und funktionellem Status sorgfältig geprüft werden. Es ist denkbar, dass ein relativ kurzer Verlauf bei gesunden Menschen potenziell länger und damit "resource consuming" für das Gesundheitswesen wird, wenn es sich um ältere, gebrechliche oder stark komorbide Patienten handelt.

Die spezifischen und allgemeinen klinischen Kriterien im SIAARTI-Mehrfirmen-Dokument 2013 über grosses Organversagen im Endstadium (<https://bit.ly/2lfpkphd>) können für diesen Zweck besonders nützlich sein.

Es sollte auch auf das SIAARTI-Dokument über die Kriterien für die Aufnahme auf die Intensivstation verwiesen werden (Minerva Anesthesiol 2003;69(3):101-118).

5. Das mögliche Vorhandensein von allfälliger Bereitschaft, die zuvor von den Patienten durch ein DAT (disposizioni anticipate di trattamento = Patientenverfügung) ausgedrückt wurde, und insbesondere das, was bei Menschen, die bereits die Zeit der chronischen Krankheit durch eine gemeinsame Behandlungsplanung durchlaufen, (und zusammen mit den Betreuern) definiert wurde, muss sorgfältig berücksichtigt werden.

6. Bei Patienten, für die der Zugang zur Intensivpflege als "unangemessen" beurteilt wird, sollte die Entscheidung für eine Obergrenze der Versorgung ("ceiling of care") begründet, kommuniziert und dokumentiert werden. Das "ceiling of care" vor der mechanischen Beatmung sollte die geringere Intensität von minderwertigeren Pflegemassnahmen nicht ausschliessen.

7. Jedes Urteil über die Unangemessenheit des Zugangs zur Intensivmedizin, das ausschliesslich auf Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit (extremes Ungleichgewicht zwischen Nachfrage und Verfügbarkeit) beruht, ist durch den aussergewöhnlichen Charakter der Situation gerechtfertigt.

8. Bei der Entscheidungsfindung kann es in besonders schwierigen und unsicheren Situationen nützlich sein, eine "second opinion" (möglicherweise sogar nur telefonisch) von besonders erfahrenen Gesprächspartnern einzuholen (z.B. über das Regionale Koordinierungszentrum).

9. Die Kriterien für den Zugang zur Intensivstation sollten für jeden Patienten so früh wie möglich diskutiert und definiert werden, wobei idealerweise rechtzeitig eine Liste der Patienten erstellt wird, die zum Zeitpunkt der klinischen Verschlechterung als der Intensivstation würdig erachtet werden, solange es die Verfügbarkeit zu diesem Zeitpunkt erlaubt.

Eine mögliche "do not intubate"-Anweisung sollte in der Krankenakte vorhanden sein, die als Leitfaden dienen kann, wenn die klinische Verschlechterung überstürzt und in Anwesenheit von Pflegepersonal erfolgt, das nicht an der Planung beteiligt war und den Patienten nicht kennt.

10. Die palliative Sedierung bei hypoxischen Patienten mit Krankheitsprogression sollte als Ausdruck guter klinischer Praxis als notwendig erachtet werden und den bestehenden Empfehlungen folgen. Wenn eine nicht kurze agonistische Periode (Agonie) erwartet wird, sollte eine Verlegung in ein nicht-intensives Umfeld in Betracht gezogen werden.

11. Jeder Zugang zur Intensivpflege muss in jedem Fall als "ICU trial" betrachtet und kommuniziert werden, und es müssen daher täglich die Angemessenheit, die Behandlungsziele und die Verhältnismässigkeit der Versorgung neu bewertet werden. Für den Fall, dass ein Patient, der vielleicht mit grenzwertigen Kriterien als hospitalisiert gilt, auf eine längere Erstbehandlung nicht anspricht oder diese sich schwerwiegend erschwert, sollte eine Entscheidung der Art "therapeutischer Rückzug" und Remodulation der Pflege von der Intensiv- zur Palliativversorgung - in einem Szenario von aussergewöhnlich hoher Zustrom von Patienten - nicht aufgeschoben werden.

12. Die Entscheidung, die Intensivpflege einzuschränken, sollte vom Behandlungsteam so kollegial wie möglich und - soweit möglich - im Dialog mit dem Patienten (und den Familienmitgliedern) diskutiert und geteilt werden, aber sie sollte rechtzeitig erfolgen. Es ist zu erwarten, dass die Notwendigkeit, wiederholt solche Entscheidungen zu treffen, den Entscheidungsprozess in jeder Intensivstation robuster und besser an die Verfügbarkeit von Ressourcen angepasst macht.

13. Die Unterstützung durch die ECMO, die im Vergleich zu einem gewöhnlichen Krankenhausaufenthalt auf der Intensivstation unter den Bedingungen eines ausserordentlichen Zustroms "resource consuming" ist, sollte für extrem ausgewählte Fälle mit einer relativ schnellen Entwöhnungsprognose reserviert werden. Es sollte idealerweise für Zentren mit hohem Volumen reserviert werden, für die der Patient in der ECMO proportional weniger Ressourcen aufwendet als in einem Zentrum mit weniger Fachwissen.

14. Es ist wichtig, durch die Aggregation und den Austausch von Informationen zwischen den Zentren und einzelnen Fachleuten "vernetzt" zu sein. Wenn die Arbeitsbedingungen es erlauben, wird es am Ende des Notfalls wichtig sein, Zeit und Ressourcen für die Nachbesprechung und die Überwachung des professionellen "burnout" und des "moral distress" des Behandlungspersonals zu verwenden.

(Bei diesem Satz fehlt vermutlich im italienischen Text eine Präposition und ist deshalb etwas unklar. Meines Erachtens ist er so gemeint: )

15. Die Auswirkungen auf die Familienmitglieder der in den Intensivstationen eingewiesenen Covid-19-Patienten sollten ebenfalls berücksichtigt werden, insbesondere in Fällen, in denen der Patient am Ende einer Periode der totalen Einschränkung der Besuche von Familienmitgliedern stirbt.