

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

**Klinisch-ethische Empfehlungen zum Beginn
intensivmedizinischer Maßnahmen und zu ihrer
Beendigung, unter außerordentlichen Umständen
aufgrund von Ungleichgewicht zwischen
Notwendigkeit und verfügbarer Ressourcen**

Gruppo di lavoro

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

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 - versione 01
Pubblicato il 06.03.2020

Arbeitsübersetzung vom 07.03.2020:

Lukas Gasteiger

Die Vorhersagen zur aktuellen Coronavirus (Covid-19) - Epidemie in einigen italienischen Regionen sagen für die nächsten Wochen in vielen Zentren eine derartige Zunahme an Fällen akuter Ateminsuffizienz (mit einhergehender Aufnahme auf Intensivstationen) voraus, dass es zu einer massiven Diskrepanz zwischen den realen klinischen Notwendigkeiten und der effektiven Verfügbarkeit an intensivmedizinischen Ressourcen kommen wird.

Es zeichnet sich eine Situation ab, in der Kriterien zur Aufnahme (und zur Entlassung) an Intensivstationen nötig sein könnten, die sich nicht strikt nach der klinischen Angemessenheit oder die Verhältnismäßigkeit der Therapie richten, sondern auch möglichst Verteilungsgerechtigkeit und die zweckmäßige Zuweisung von medizinischen Ressourcen in Betracht ziehen.

Ein solches Szenario ist im Wesentlichen vergleichbar mit dem Bereich der Katastrophenmedizin, für welche die Ethik im Laufe der Zeit konkrete Empfehlungen für Ärzte und Pflegepersonal, die vor schwierigen Entscheidungen stehen, erarbeitet hat.

Wenn man das Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Behandlung auf den Kontext eines Mangels an medizinischen Ressourcen ausdehnt, muss man danach trachten, intensivmedizinische Behandlung für jene Patienten zu garantieren, die die größte Wahrscheinlichkeit für einen therapeutischen Erfolg haben: man bevorzugt die „höchste Überlebenschance“.

Die Indikation zur intensivmedizinischen Betreuung muss deshalb durch weitere Faktoren zur Beurteilung der klinischen „Eignung“ für eine Aufnahme an der Intensivstation erweitert werden: die Art und Schwere der Erkrankung, das Vorhandensein von Komorbiditäten, die Beeinträchtigung von anderen Organfunktionen und deren Reversibilität. Das führt dazu, dass nicht notwendigerweise Aufnahmekriterien nach dem „first come, first served“-Prinzip befolgt werden können.

Verständlicherweise sind die Behandelnden kulturell und aufgrund ihrer Ausbildung nicht gewohnt, nach Kriterien einer maximalen Triage zu arbeiten, da die aktuelle Situation einmalig ist. Das Vorhandensein von Ressourcen ist für den Einzelfall solange nicht Teil des Entscheidungsprozesses, bis der Mangel an Ressourcen so massiv wird, dass man nicht die Behandlung aller Patienten, die von einer Behandlung hypothetisch profitieren könnten, sicherstellen kann.

Es ist selbstverständlich, dass die Anwendung von Rationierungsmaßnahmen nur dann gerechtfertigt sein kann, wenn seitens aller involvierter Stellen (vor allem der „Krisenstäbe“ und der Krankenhaus-Führungsgremien) alle Anstrengungen unternommen wurden, um die Verfügbarkeit der medizinischen Behandlung zu steigern (im konkreten Sachverhalt, Intensivbetten), und nachdem jede Möglichkeit einer Verlegung von Patienten in Zentren mit mehr freier Kapazität beurteilt wurde.

Es ist wichtig, dass eine Änderung der Aufnahmekriterien so weit als möglich von den betroffenen Mitarbeitern mitgetragen werden. Den von der Handhabung der geänderten Kriterien betroffenen Patienten und ihren Angehörigen muss die Außerordentlichkeit der Maßnahmen aufgrund von Transparenzkriterien und um das Vertrauen in die öffentliche Gesundheitsversorgung zu gewähren mitgeteilt werden.

Grund für die Empfehlungen:

- (A) den Ärzten einen Teil der Last ihrer Entscheidungen abzunehmen, die in einzelnen Fällen emotional gravierend sein können;
- (B) die Kriterien zur Zuweisung von medizinischen Ressourcen klar zu machen.

Aus den zur Zeit verfügbaren Informationen, benötigt ein maßgeblicher Anteil der mit Covid-19 infizierten Patienten Beatmungsunterstützung aufgrund einer interstitiellen Pneumonie, die durch eine schwere Hypoxie charakterisiert wird. Die Interstitiopathie ist potentiell reversibel, aber die Akutphase kann viele Tage andauern.

Im Gegensatz zu herkömmlichen ARDS-Präsentationen, haben Covid-19 Pneumonien bei ähnlicher Hypoxie eine leicht verbesserte Compliance und scheinen besser auf Recruitment-Manöver, moderat bis hohe PEEP-Werte, Bauchlagerung und inhalatives NO anzusprechen. Wie beim üblichen ARDS benötigen diese Patienten eine Lungen-protective Beatmung mit einer niedrigen „driving pressure“.

Das alles führt dazu, dass die Behandlungsintensität und der Einsatz an personellen Ressourcen sehr hoch sein können. Den Daten der ersten 2 Epidemiewochen in Italien zufolge, benötigen circa 10% der infizierten Patienten eine intensivmedizinische Behandlung mit invasiver- oder nicht-invasiver Beatmung.

EMPFEHLUNGEN

1. Die außerordentlichen Aufnahme- und Entlassungskriterien sind flexibel und sollen lokal an die konkreten Ressourcen, an die Möglichkeit Patienten zu verlegen, an die Anzahl an aktuellen und vorhergesagten Neuinfektionen angepasst werden. Die Kriterien betreffen alle Intensivpatienten, nicht nur mit Covid-19 infizierte Patienten.
2. Die Verteilung ist eine komplexe und sehr schwierige Entscheidung, da auch eine akute Anhebung der Gesamt-Intensivbettenanzahl nicht eine adäquate Therapie des einzelnen Patienten gewährleisten würde, wohl aber für die aufgenommenen Patienten Ressourcen, Aufmerksamkeit und Energie reduzieren würde. Zu berücksichtigen ist auch, aufgrund der Verringerung der selektiven chirurgischen und ambulanten Tätigkeit und der Knappheit der intensiven Ressourcen, der absehbare Anstieg der Mortalität aufgrund klinischer Erkrankungen, die nicht mit der aktuellen Epidemie in Zusammenhang stehen,.
3. Es kann notwendig werden, ein Alterslimit zur Aufnahme an einer ICU einzuführen. Es handelt sich dabei nicht um eine reine Werteentscheidung, sondern darum Ressourcen, die höchstgradig eingeschränkt sein könnten, jenen, die die höchste Überlebenschance haben, und in einem zweiten Schritt, jenen denen am meisten potentielle Lebenszeit gerettet werden kann, anzubieten, und zwar im Hinblick auf die Maximierung des Nutzens für eine möglichst große Zahl von Menschen. In einem völligen Überlastungsszenario der Intensivmedizin Kriterien nach den „first come, first served“ aufrecht zu erhalten, würde bedeuten, nachfolgende Patienten nicht zu behandeln und sie von einer intensivmedizinischen Behandlung auszuschließen.
4. Komorbiditäten, der Allgemeinzustand und das Alter müssen aufmerksam beurteilt werden. Es ist möglich, dass die gleiche Infektion bei gesunden Patienten zu einem relativ kurzen Verlauf führt, bei alten, fragilen und mit Komorbiditäten behafteten Patienten zu einem langen und für das Gesundheitssystem deshalb sehr ressourcenaufwendigen Verlauf führt. Die spezifischen und allgemeinen klinischen Kriterien, die im SIAARTI Dokument 2013 über multiples Organversagen im Endstadium (<https://bit.ly/2Ifkphd>) enthalten sind, können für diesen Zweck besonders nützlich sein. Es sollte auch auf das SIAARTI-Dokument bezüglich der Kriterien für die Aufnahme auf die Intensivstation verwiesen werden (Minerva Anestesiol 2003;69(3):101-118).

5. Der vermeintliche oder hinterlassene Wille des Patienten (z.B. durch eine Patientenverfügung) muss berücksichtigt werden, insbesondere bei jenen Personen, die bereits eine Zeit der chronischen Krankheit durchlaufen und bei denen (gemeinsam mit den Betreuern) eine von allen geteilte Vorausplanung der Behandlung definiert wurde.
6. Bei Patienten, die als “not appropriate” für einen Beginn von intensivmedizinischer Behandlung beurteilt werden, muss die Entscheidung, eine Therapielimitation zu setzen, begründet, dokumentiert und kommuniziert werden. Eine Therapielimitation, die zu einem Nicht-Beginn von Beatmungsmaßnahmen führt, darf die Intensität von „weniger invasiven“ Therapien nicht verhindern.
7. Eine eventuelle Entscheidung, dass der Beginn von intensivmedizinischen Maßnahmen nicht gerechtfertigt ist, die einzig auf Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit fußt (extremes Ungleichgewicht zwischen Bedarf und Verfügbarkeit), wird durch die Außerordentlichkeit der Situation gerechtfertigt.
8. Im Fall von außerordentlich schwierigen Entscheidungen oder Unsicherheiten soll eine „second opinion“ (eventuell auch telefonisch) durch sehr erfahrene Gesprächspartner (z.B. Centro Regionale di Coordinamento) eingeholt werden.
9. Die Intensiv-Aufnahmekriterien sollten bei jedem Patienten so früh wie möglich diskutiert und definiert werden, dadurch soll im Idealfall eine Liste jener Patienten erstellt werden, die im Falle einer klinischen Verschlechterung intensivwürdig wären, gegeben, dass zu dem Zeitpunkt Verfügbarkeit herrscht. Eine eventuelle „do not intubate“-Anordnung sollte in der Patientenkurve vermerkt sein, um im Falle einer rapiden klinischen Verschlechterung die Entscheidung zu leiten, auch wenn Kollegen, welche in die Planung des Patienten nicht eingeweiht sind oder ihn nicht kennen, im Dienst sind.
10. Eine palliative Sedierung bei hypoxischen Patienten und deletärem Verlauf ist notwendig und entspricht „good clinical practice“. Sie soll bestehende Empfehlungen befolgen. Wenn absehbar ist, dass der Sterbeprozess nicht kurz sein wird, soll eine Verlegung in ein weniger intensives Umfeld vorgesehen werden.
11. Alle auf Intensivstation aufgenommene Patienten sollen als „ICU-trial“ eingeschätzt und vermerkt werden und müssen deshalb täglich bezüglich der Angemessenheit, des Therapieziels und der Verhältnismäßigkeit der

- Therapie evaluiert werden. Sollte ein Patient, welcher etwa mit Borderline-Kriterien aufgenommen wurde, nicht auf die Behandlungen ansprechen oder sich stark verschlechtern, darf in einer Situation eines massiven Auftretens von Patienten ein Therapierückzug, bzw. eine Umstellung von einem intensiven auf ein palliatives Behandlungsziel nicht verzögert werden.
12. Eine Therapielimitation muss so weit als möglich mit dem Behandlungsteam besprochen und gemeinsam getragen werden und (wenn möglich) gemeinsam mit dem Patienten und/oder den Angehörigen besprochen werden. Sie muss in jedem Fall zeitgerecht erfolgen. Es ist absehbar, dass die Notwendigkeit, solche Entscheidungen wiederholt machen zu müssen, dazu führt, dass der Entscheidungsprozess in den einzelnen Intensivstationen fundierter und besser an die Verfügbarkeit von Ressourcen angepasst werden wird.
 13. Eine ECMO Unterstützung benötigt im Vergleich zu einer konventionellen intensivmedizinischen Behandlung ungleich mehr Ressourcen und sollte im Falle eines massiven Patientenaufkommens nur für extrem ausgewählte Patienten mit einem vermeintlich raschen „weaning“ vorbehalten werden. Sie sollte im Idealfall auch nur in spezialisierten Zentren mit hohen ECMO-Fallzahlen durchgeführt werden, da sie dort verhältnismäßig weniger Ressourcen bindet als in Zentren mit weniger Erfahrung.
 14. Es ist wichtig, Netzwerke zur Zusammenarbeit und zum Austausch zwischen Zentren und den einzelnen Mitarbeitern aufzubauen. Sobald es die Umstände wieder erlauben, nach Beendigung des Notstandes, wird es wichtig sein, Zeit und Energie für Nachbesprechungen und Burnout- und „moral distress“-Monitoring für die involvierten Berufsgruppen aufzuwenden.
 15. Auch die Auswirkungen auf Familienangehörige von intensivtherapierten Covid-19 Patienten müssen berücksichtigt werden, vor allem wenn Patienten im Rahmen einer kompletten Besuchsbeschränkung versterben.