

Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall

Ein Leitfaden aus Anlass der Covid-19-Pandemie

der Deutschen interprofessionellen Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DiV-BVP)
der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM)
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

Von den Fachgesellschaften verabschiedete Fassung vom 09.04.2020

INHALT

1	Zusammenfassung.....	2
2	Vorbemerkung.....	2
3	Therapiezielklärung.....	4
4	Prognose und Indikation.....	5
4.1	Krankenhauseinweisung mit dem Ziel der Lebenserhaltung.....	6
4.2	Intensivmedizinische Behandlung, invasive Beatmung und Reanimation.....	7
4.2.1	Infauste Prognose.....	7
4.2.2	Eingeschränkte Prognose.....	7
5	Patientenwille / (mutmaßlicher) Wille der nicht einwilligungsfähigen Person.....	8
5.1	Patient ist aktuell einwilligungsfähig.....	9
5.2	Patient ist aktuell nicht einwilligungsfähig.....	9
6	Exkurs: Ambulante Behandlungsentscheidungen bei Knappheit intensivmedizinischer Ressourcen.....	9
7	Literatur.....	10

1 Zusammenfassung

Die Covid-19-Pandemie lenkt die öffentliche Aufmerksamkeit auf die ambulante Entscheidungsfindung für den Notfall, die unter dem akut gegebenen Handlungsdruck bisher häufig nach akutmedizinischen Standards abläuft, ohne dass das Therapieziel, die medizinische Indikation und die Einwilligung der betroffenen Person in einem gründlichen Prozess der Vorausplanung (Advance Care Planning) geklärt wurden.

Dieser Leitfaden soll ambulant tätige Ärztinnen und Ärzten in der für diese Klärung erforderlichen qualifizierten Gesprächsführung sowie in der korrespondierenden, krisentauglichen Dokumentation unterstützen. Dazu werden nach einer Vorbemerkung (II.) Hinweise zur Therapiezielklärung (III.), zur Einschätzung der Prognose (IV.) und zur Ermittlung des Patientenwillens (V.) gegeben. Eine Priorisierung (Triage) wegen der Knappheit intensivmedizinischer Ressourcen ist Aufgabe der stationären Intensivmedizin und sollte im ambulanten Bereich vermieden werden (VI.).

2 Vorbemerkung

Die durch das Corona-Virus (SARS-CoV-2) ausgelöste Erkrankung bewirkt, dass insbesondere viele ältere, chronisch kranke oder fragile Menschen schwere Lungenentzündungen erleiden. Ungewohnt viele dieser Erkrankungen sind wiederum ambulant nicht beherrschbar und führen zum Tode, wenn sie nicht intensivmedizinisch behandelt werden – und nicht selten kann auch die Intensivmedizin den tödlichen Verlauf nicht aufhalten.

In dieser Situation wächst bei den durch die Erkrankung besonders bedrohten Risikogruppen sowie unter Angehörigen, Pflegenden und behandelnden Ärzten die Unsicherheit: Wer kann potentiell von einer Einweisung ins Krankenhaus oder intensivmedizinischen Behandlung profitieren – und wer nicht? Und wenn eine Einweisung ins Krankenhaus medizinisch sinnvoll oder zumindest vertretbar erscheint: Ist die betroffene Person ungeachtet der begleitenden Risiken und Belastungen mit einer maximalen Intensivtherapie (mutmaßlich) einverstanden?

Damit rückt im Zuge der Covid-19-Pandemie ein Missstand ins Bewusstsein von Öffentlichkeit und Ärzteschaft, der schon seit vielen Jahren besteht, aber bisher nicht zufriedenstellend gelöst worden ist: Wenn medizinische Notfälle eintreten, besteht häufig ein großer Handlungsdruck, der notfallmedizinisches Handeln mit dem Ziel der Lebenserhaltung gemäß den allorts etablierten Standards wie automatisch ablaufen lässt, ohne dass der Wille der betroffenen Person bekannt ist. Diese selbst ist dann häufig nicht einwilligungsfähig, das Thema nie besprochen worden, eine im Notfall belastbare Vorausplanung existiert nicht, und Angehörige bzw. gesetzliche Vertreter fühlen sich dementsprechend hilflos. Patientenverfügungen, so wie sie hierzulande bisher verstanden und praktiziert werden, erweisen sich in solchen Notfällen regelmäßig als ebenfalls nicht hilfreich.

Dabei kommt der ambulanten Entscheidungsfindung eine besondere Bedeutung zu, da Patienten – ganz unabhängig von der Covid-19-Krise – nur dann mit dem Ziel einer lebenserhaltenden Therapie stationär eingewiesen werden sollten, wenn eine stationäre oder ggf. auch intensivmedizinische Behandlung (a) medizinisch sinnvoll und (b) vom Patienten gewollt ist. Beide Fragen bedürfen eines qualifizierten Klärungsprozesses im Sinne gemeinsamer Entscheidungsfindung (Shared Decision Making), an deren Ende eine fundierte und wohlerwogene Entscheidung stehen soll. Ist die akute Notfallsituation mit ihrem immanenten Zeit- und Handlungsdruck bereits eingetreten, ist es für diesen Prozess meist zu spät; medizinisch fragwürdige und vom Patienten nicht gewollte Entscheidungen im Sinne einer Über-, aber auch Untertherapie können die Folge sein.

Daher gilt es, Entscheidungen über lebenserhaltende Maßnahmen im Vorfeld durch qualifizierte Gesprächsbegleitung transparent und verlässlich zu klären und unmissverständlich zu dokumentieren, so dass im Notfall guten Gewissens danach gehandelt werden kann. Dieser Prozess einer vorgezogenen Entscheidungsfindung wird international unter der Bezeichnung Advance Care Planning (ACP, deutsch: Behandlung im Voraus Planen und andere Synonyme) seit den 1990er Jahren intensiv entwickelt, beforscht und beworben. Das Konzept sieht vor, nicht-ärztliche ACP-Gesprächsbegleiter/innen zu qualifizieren und in Kooperation mit ihrerseits hierfür qualifizierten Ärzten und Ärztinnen ACP-Gesprächsprozesse zu führen (vgl. www.div-bvp.de).

In Deutschland besteht nach § 132g SGB V die Möglichkeit, solche zertifizierten ACP-Gesprächsbegleiter/innen in Einrichtungen der stationären Seniorenpflege und der Eingliederungshilfe über die Gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren; kooperierende Hausärzte und Hausärztinnen erhalten eine extrabudgetäre Pauschale. Diese Entwicklung steht hierzulande jedoch noch am Anfang und ist auf die im Gesetz benannten Einrichtungen der Seniorenpflege und der Eingliederungshilfe begrenzt. Die Covid-19-Krise erfordert dagegen ein rasches Handeln: Es sollte für ambulant behandelte, vulnerable Patientengruppen eine qualitative Beratung angeboten werden und bedarf somit übergangsweise eines verstärkten Advance-Care-Planning-Engagements der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte, damit in Notfallsituationen zur allseitigen Entlastung auf valide Vorausplanungen zurückgegriffen werden kann.¹

Der hier vorgelegte Leitfaden berücksichtigt die im Kontext von Advance Care Planning gewonnenen Erkenntnisse und kann dabei helfen, die medizinische Indikation und den Patientenwillen möglichst valide zu ermitteln, damit (nur) diejenigen Patienten und Patientinnen ins Krankenhaus eingewiesen werden, bei denen eine akutmedizinische Behandlung erfolgversprechend und vom Patienten gewünscht ist. Auch innerhalb der weiterversorgenden Krankenhäuser kann eine aussagekräftige Dokumentation der gewünschten Grenzen oder auch Zustimmung zu lebenserhaltenden Therapien Orientierung für die weitere Behandlung geben. Dieser Leitfaden richtet sich in erster Linie an ambulant tätige Ärzte, die als Hausärzte

¹ Die Themen eines regulären Advance Care Planning-Gesprächs, wie es das Konzept der DiV-BVP vorsieht, gehen über die reine Notfallplanung hinaus und thematisieren auch andere Szenarien, die im Zuge der Covid-19-Krise weniger vordringlich sind und in diesem Leitfaden daher keine Berücksichtigung finden.

oder Spezialisten chronisch kranke bzw. fragile Patienten zu Hause oder in stationären Pflegeeinrichtungen betreuen und behandeln. Der Dokumentationsbogen, die von der DiV-BVP entwickelte Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo), ist auf der Basis eines qualifizierten Gesprächsprozesses auszufüllen und dann geeignet, die Handlungssicherheit für alle Beteiligten zu fördern (Anlage). Dies gilt insbesondere für das Personal stationärer Einrichtungen sowie für Notärzte und Rettungssanitäter, die im Notfall bei eingetretener Einwilligungsunfähigkeit des Patienten darauf angewiesen sind, auf die Belastbarkeit (Validität) einer aussagekräftigen Vorausplanung vertrauen zu können. **Die Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo) gehört in ärztliche Hand und sollte keinesfalls von Laien ohne qualifizierte Beratung ausgefüllt werden, da andernfalls Missverständnisse mit fatalen Folgen drohen.** Die DiV-BVP wird nach Ostern Online-Ressourcen aufbauen, welche damit noch nicht vertraute Ärzte dabei unterstützen, diese Dokumente bestimmungsgemäß zu verwenden (www.div-bvp.de).

Dass der Bedarf für eine belastbare Vorausplanung im Zuge der Covid-19-Krise so groß geworden ist, ist verständlich: Nicht wenige der von Covid-19 besonders bedrohten Menschen haben so schwere Vorerkrankungen, dass eine intensivmedizinische Behandlung ihnen nicht mehr nutzen könnte, oder würden ungeachtet der medizinischen Möglichkeiten ein palliativmedizinisch begleitetes Sterben der intensivmedizinischen Lebenserhaltung vorziehen, wenn sie Gelegenheit erhielten, sich dazu zu äußern. Doch ebenso gibt es viele Menschen, die ungeachtet prognostisch ungünstiger Umstände intensivmedizinische Maßnahmen mit dem Ziel der Lebenserhaltung in Anspruch nehmen wollen, und Vorausplanung darf kein Mittel sein, um Menschen mit durch Krankheit oder auch nur hohes Alter begrenzter Prognose ihnen zustehende intensivmedizinische Ressourcen vorzuenthalten.

Ärztinnen und Ärzte sind daher aufgerufen, Vorausplanungsgespräche so zu führen, dass auch betagte und fragile Menschen den Raum erhalten, sich für maximale Maßnahmen mit dem Ziel der Lebenserhaltung zu entscheiden, sofern und solange dies medizinisch noch irgend vertretbar erscheint und ihrem Willen entspricht. Die in einem Exkurs (Abschnitt 5) angesprochene Triage ist Aufgabe der Teams, die in Krankenhäusern tätig sind, und darf keinesfalls auf intransparente Weise und durch suggestive Gesprächsführung dem Patienten in den Mund gelegt werden.

3 Therapiezielklärung

Zu Beginn jeder Entscheidungsfindung ist zu klären, welche Zielsetzung die Behandlung des Patienten verfolgen soll. Dabei steht zu Beginn die grundsätzliche Frage, ob „Heilung / Lebenserhaltung“ oder aber „(ausschließliche) Leidenslinderung“ angestrebt werden. Beim Therapieziel der Lebenserhaltung ist im Rahmen der Notfallplanung zudem zu klären, ob – wegen fehlender medizinischer Wirksamkeitserwartung oder auf Wunsch des Patienten – einzelne Maßnahmen ausgeschlossen werden sollen, insbesondere eine Reanimation, eine invasive Beatmung, eine Behandlung auf der Intensivstation oder sogar jegliche stationäre

Behandlung. Beim Therapieziel der Leidenslinderung ist zu prüfen, welche Form der Palliativversorgung benötigt wird (vgl. die aktuelle S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung² und bei Covid-19, die Empfehlung der DGP für die palliativmedizinische Betreuung von an Covid-19 erkrankten Patienten³).

Um das grundsätzliche Therapieziel und die eventuelle Eingrenzung der Behandlungsmaßnahmen im Notfall festzulegen, müssen die medizinischen Erfolgsaussichten abgeklärt (Prognose und Indikation, vgl. Abschnitt 4) und der Patientenwille ermittelt werden (vgl. Abschnitt 5).

4 Prognose und Indikation

Erste Voraussetzung für die Durchführung einer Behandlungsmaßnahme ist die **medizinische Indikation** in Abhängigkeit von der gegebenen Prognose, die der behandelnde Arzt auf Grundlage einer Einschätzung der aktuellen Situation unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen stellt. Wenn schon im Voraus zuverlässig erkennbar ist, dass das vom Patienten angestrebte Therapieziel durch eine Behandlungsmaßnahme nicht erreicht werden kann, so ist diese Maßnahme medizinisch nicht indiziert und darf dem Patienten nicht angeboten werden. Bietet eine Behandlungsmaßnahme eine (zumindest minimale) Aussicht auf Erfolg, so ist sie medizinisch indiziert (oder zumindest vertretbar); die gemeinsame Erörterung der Prognose ist dann erforderlich, um den Patienten über seine Chancen und Risiken aufzuklären und dadurch zu einer selbstbestimmten Entscheidung zu befähigen (vgl. Abschnitt 5).

Diese patienten-zentrierte prognostische Einschätzung, für die im Folgenden eine Hilfestellung gegeben wird, ist unabhängig von der Covid-Pandemie eine originäre ärztliche Aufgabe und ausdrücklich von Triage oder Priorisierung zu unterscheiden:

- Die prognostische Einschätzung beruht allein auf Parametern, die den individuellen Patienten betreffen, orientiert sich allein an dessen möglichem Nutzen und Schaden und ist Voraussetzung für jede verantwortliche ärztliche Therapieempfehlung und einen fundierten Prozess gemeinsamer Entscheidungsfindung.
- Priorisierung / Triage bedeutet im Unterschied dazu, die Prognose unterschiedlicher Patienten miteinander zu vergleichen. Zur Frage der Priorisierung im ambulanten Setting siehe Abschnitt 6.

² <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/s3-leitlinie.html>

³ <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/empfehlungen-der-dgp.html>

4.1 Krankenhauseinweisung mit dem Ziel der Lebenserhaltung⁴

Eine Krankenhauseinweisung mit dem Ziel der Lebenserhaltung ist allgemein dann medizinisch indiziert, wenn die Erkrankung des Patienten so schwer ist, dass eine stationäre Behandlung bessere Überlebenschancen bietet als der Verbleib im ambulanten Setting. Die ärztliche Empfehlung einer stationären Einweisung berücksichtigt neben der Prognose, die anhand der nachstehend beschriebenen Scores grob eingeschätzt werden kann, stets auch das gesamte klinische Bild sowie das Umfeld, also z.B. ob eine engmaschige Kontrolle, idealerweise durch qualifiziertes Pflegepersonal, gewährleistet ist. Im Zweifel sollte eine Einweisung empfohlen werden.

Zur Einschätzung des Morbiditätsrisikos ist der im stationären Bereich bewährte, auf wenigen, leicht erhebbaren klinischen Parametern aufgebaute **qSOFA-Score** auch im ambulanten Bereich als Entscheidungshilfe für die Frage zu empfehlen, ob ein schwerer Verlauf durch ein zunehmendes Organversagen eintritt und damit das Sterblichkeitsrisiko erhöht und eine Krankenhauseinweisung daher (sofern Prognose nicht infaust) medizinisch indiziert ist.

qSOFA-Score		
Verwirrtheit, Bewusstseinstörung	Vorhanden	1 Punkt
Atemfrequenz	≥ 22/min	1 Punkt
Systolischer Blutdruck	< 100mmHg	1 Punkt
Verglichen mit einem qSOFA-Score von 0-1 Punkten ist die Mortalität bei 2 Punkten um das 3-fache und bei 3 Punkten um das 14-fache erhöht ⁵ .		

Zudem empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie speziell im Kontext von Covid-19-Erkrankungen vor dem Hintergrund der bisherigen Erkenntnisse die Mitberücksichtigung der peripheren Sauerstoffsättigung zur Erhöhung der Sensitivität des qSOFA-Index. Demnach sollte ein **akuter Abfall der Sauerstoffsättigung auf < 92%** (bei Lungengesunden und Raumluft) bzw. auf <90% (bei pulmonaler Komorbidität und Raumluft) als ergänzender vierter prognostischer Parameter Berücksichtigung finden.

Eine Krankenhauseinweisung bei ambulant erworbener Pneumonie bzw. Sepsisverdacht sollte ab einem qSOFA-Score von 1 oder (jedenfalls bei covid-erkrankten Patienten) bei einem Abfall der peripheren Sauerstoffsättigung erwogen werden. Sind 3 dieser insgesamt 4

⁴ Krankenhausbehandlungen mit palliativer Zielsetzung, etwa zur Versorgung einer offenen Fraktur oder zur Symptomlinderung bei einer ambulant nicht beherrschbaren palliativen Krise, sind nicht Gegenstand dieses Leitfadens.

⁵ S3-Leitlinie Sepsis: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/079-001.html>. Der in der formal noch gültigen S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie ambulant erworbener Pneumonien empfohlene CRB-65-Score wird von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie für diesen Leitfaden nicht empfohlen, da er die prognostische Bedeutung des Alters aus heutiger Sicht überschätzt und daher auch in der Aktualisierung der Leitlinie, die kurz vor dem Abschluss steht, durch den qSOFA-Score ersetzt werden soll. Relevanter als das chronologische Alter sind Faktoren wie Gebrechlichkeit oder auch die häusliche Versorgung, die neben dem Score das klinische Gesamturteil zur Empfehlung einer stationären Einweisung mitbestimmen.

Parameter (qSOFA + sO₂) positiv, ist mit einem intensivmedizinischen Behandlungsbedarf zu rechnen.

4.2 Intensivmedizinische Behandlung, invasive Beatmung und Reanimation

Bei schwer erkrankten Patienten ist – so weit möglich – bereits im ambulanten Bereich zu prüfen, ob eine ggf. erforderliche Intensivtherapie eine ausreichende Erfolgsaussicht aufweisen würde. Dies kann in Zusammenschau mit dem Patientenwillen in einem Notfall entscheidungsleitend sein, sofern bereits zum Zeitpunkt der Übergabe an den Rettungsdienst ein intensivmedizinischer Behandlungsbedarf (oder eine Intubationspflichtigkeit) erkennbar werden. Die folgenden Kriterien bieten eine Orientierung, wann eine Intensivbehandlung nicht mehr medizinisch indiziert (4.2.1.) oder mit einer stark eingeschränkten Erfolgsaussicht verbunden ist (4.2.2.).⁶

4.2.1 Infauste Prognose

Sofern eines der folgenden Kriterien erfüllt ist, gelten intensivmedizinische Maßnahmen wegen fehlender Erfolgsaussicht in der Regel als **nicht medizinisch indiziert**:

- Führende Erkrankung mit hoher Letalität (z.B. schwerste Ausprägung einer respiratorischen Insuffizienz, Polytrauma)
- Schwerste Begleiterkrankungen, die die Prognose des Patienten erheblich einschränken:⁷
 - Schwerst progrediente neurodegenerative Erkrankung (z.B. Demenzerkrankung)
 - terminal fortgeschrittene COPD (Stadium IV)
 - terminal fortgeschrittene Herzinsuffizienz (NYHA IV)
 - Weit fortgeschrittene, unheilbare Krebserkrankung

4.2.2 Eingeschränkte Prognose

Die folgenden Kriterien sind in der Regel mit einer **geringen Erfolgsaussicht** intensivmedizinischer Maßnahmen im Sinne eines Überlebens der Intensivtherapie verbunden:

- Hoher Schweregrad der aktuell führenden Erkrankung (z.B. der respiratorischen Insuffizienz)
- Chronisches Organversagen, z.B. fortgeschrittene Herzinsuffizienz NYHA III-IV, dialysepflichtige Niereninsuffizienz
- Fortgeschrittene Lungenerkrankungen, z.B. weit fortgeschrittene COPD
- Fortgeschrittenes Leberversagen
- Weit fortgeschrittene Krebserkrankung
- Schwere und irreversible Immunschwäche

⁶ Vgl. hierzu auch die Empfehlungen der Fachgesellschaften zur Ressourcenallokation im Kontext der Covid-19-Pandemie (www.divi.de)

⁷ Vgl. White & Lo 2020, eSupplement, table 2

- Gebrechlichkeit (z.B. erhebbar mit der Clinical Frailty Scale)
- Ggf. spezifische prognostische Marker für COVID-19-Patienten (sobald verfügbar und entsprechend validiert)

Diese Kriterien sind auch für die Einschätzung der Erfolgsaussicht einer Beatmung und kardiopulmonalen Reanimation (CPR) anzuwenden, wobei die Erfolgsaussichten hier in der Regel noch deutlich geringer sein dürften als bei einer Intensivtherapie ohne Beatmung / CPR.

Ist die Indikation für (bestimmte) lebenserhaltende Maßnahmen nicht mehr oder nur noch fraglich gegeben, ist dies mit dem Patienten bzw. seinem rechtlichen Vertreter in einer angemessenen Form zu besprechen.

5 Patientenwille / (mutmaßlicher) Wille der nicht einwilligungsfähigen Person

Besteht eine Indikation für bestimmte Maßnahmen mit dem Ziel der Lebenserhaltung, so muss anschließend nach entsprechender Aufklärung eruiert werden, ob diese vom Patienten auch gewollt sind. Die gegebenenfalls vorzunehmende Therapieanpassung sollte möglichst frühzeitig mit dem Patienten, dem rechtlichen Vertreter und den Angehörigen – soweit möglich – besprochen, festgelegt und aussagekräftig dokumentiert werden. Bestehende Patientenverfügungen sollten in diesem Zusammenhang überprüft werden, ob sie 1. auf die aktuelle Situation zutreffen und 2. ob die gemachten Festlegungen dem aktuellen Willen entsprechen. Ist ein Patient dauerhaft nicht einwilligungsfähig (z.B. wegen fortgeschrittener Demenz), so zählt es zu den Aufgaben des Vertreters, das Vorgehen im Fall möglicher künftiger Notfälle im Voraus im Sinne der vertretenen Person zu bedenken und festzulegen.

Bevor konkrete Behandlungsoptionen besprochen werden, sollte grundsätzlich das individuelle Therapieziel geklärt werden. Hierfür haben sich einige Fragen bewährt, anhand derer der Patient sich darüber klarwerden und mitteilen kann, wie sehr er am Leben festhalten will bzw. das Leben loszulassen bereit ist (vgl. „Einstellungen zu Leben, Krankheit und Sterben“).

Als nächstes sollte im Gespräch geklärt werden, ob der Patient für den Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung, in der er selbst aktuell nicht (mehr) einwilligungsfähig ist, eine der folgenden Behandlungsoptionen ausschließen möchte: **Krankenhauseinweisung, intensivmedizinische Behandlung, invasive Beatmung und kardiopulmonale Reanimation (CPR)**. Hierbei ist zunächst zu klären, ob diese Maßnahmen erforderlich sind (→ 4.1 und 4.2), und, wenn dies der Fall ist, ob sie dem Patientenwillen entsprechen.

Hinsichtlich der Ermittlung des Patientenwillens ist zu unterscheiden, ob der Patient zum aktuellen Zeitpunkt einwilligungsfähig ist oder nicht.

5.1 Patient ist aktuell einwilligungsfähig

→ *Gespräch mit dem Patienten*: Die „Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben“ und die damit verbundene Therapiezielklärung bilden die Grundlage, um dann die konkreten Präferenzen bezüglich Krankenhaus-Einweisung, intensivmedizinischer Behandlung, invasiver Beatmung und CPR zu klären. Wenn möglich sollte der rechtliche oder designierte rechtliche Vertreter so einbezogen werden, dass er im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit den Willen des Vertretenen wiedergeben kann.

5.2 Patient ist aktuell nicht einwilligungsfähig

→ *Gespräch mit dem rechtlichen Vertreter* (Vorsorgebevollmächtigter/Betreuer) zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Behandlungswillens der vertretenen Person anhand ihrer „Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben“. Dabei sind Hinweise aus einer früheren Patientenverfügung oder aus früheren oder aktuellen Äußerungen hinsichtlich des Willens des Patienten für die aktuelle Situation zu eruieren. Die vertretene Person ist so weit wie möglich und zumutbar einzubeziehen. Darauf aufbauend ist das Therapieziel in der Ärztlichen Anordnung für den Notfall („ÄNo“) abzuleiten. Sofern der rechtliche Vertreter im Notfall nicht selbst verfügbar ist, sind die medizinisch indizierten Maßnahmen entsprechend dem in den „Einstellungen“ und der „ÄNo“ dokumentierten (mutmaßlichen) Willen der vertretenen Person durchzuführen bzw. zu unterlassen.

Es folgt die **Dokumentation** der „Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben“ und des medizinisch realistischen und vom Patienten gewünschten Therapieziels sowie der damit korrespondierenden Behandlungsmaßnahmen in der „Ärztlichen Anordnung für den Notfall (ÄNo)“. Eine bundesweit einheitliche Dokumentation ist aus Gründen der Akzeptanz gerade in der Notfallmedizin dringend wünschenswert. Es wird empfohlen, hierfür die Formulare der DiV-BVP zu nutzen.

Die Formulare zur Dokumentation sowie weitere Informationen und Fortbildungsangebote für Ärzte zur qualifizierten Gesprächsführung finden sich auf der Homepage der DiV-BVP:

www.div-bvp.de.

6 Exkurs: Ambulante Behandlungsentscheidungen bei Knappheit intensivmedizinischer Ressourcen

Trotz aller Bemühungen zur maximalen Mobilisierung intensivmedizinischer Ressourcen erscheint es auch in Deutschland möglich, dass die Intensivkapazitäten nicht ausreichen werden, alle beatmungs- und damit intensivpflichtigen Patienten mit Covid-19 und anderen Erkrankungen zu behandeln. In dieser Situation werden dann Entscheidungen darüber unausweichlich, welcher intensivpflichtige Patient vorrangig auf die Intensivstation aufgenommen

werden soll. Für diese Priorisierungs-Entscheidungen haben sieben medizinische Fachgesellschaften vor kurzem klinisch-ethische Empfehlungen entwickelt.⁸ Dabei wird zunächst *patientenzentriert* geprüft, ob eine Intensivtherapie (noch) im Interesse des betroffenen Patienten ist: Besteht eine realistische Erfolgsaussicht einer Intensivtherapie? Entspricht die Intensivtherapie dem Patientenwillen? Erst danach erfolgt eine Priorisierung der Patienten auf Grundlage der Erfolgsaussicht der Intensivtherapie.

Für die ambulante Entscheidungsfindung ergeben sich folgende Implikationen:

- (1) Die in der vorliegenden Empfehlung beschriebene **patientenzentrierte Entscheidungsfindung** kann dazu beitragen, dass nur diejenigen Patienten ins Krankenhaus eingewiesen werden, bei denen die Intensivtherapie eine realistische Erfolgsaussicht hat und vom Betroffenen ausdrücklich gewünscht ist.
- (2) Mögliche Entscheidungen über die Nicht-Aufnahme eines Patienten auf die Intensivstation aufgrund von Ressourcenknappheit (**sog. Triage-Entscheidungen**) sollten nicht im ambulanten Bereich, sondern durch das jeweilige Einweisungs-Krankenhaus erfolgen, unter Berücksichtigung regionaler und überregionaler Versorgungskapazitäten.
- (3) Eine pauschale Nichteinweisung Hochbetagter ab einem bestimmten Lebensalter aus Knappheitsgründen erscheint weder medizinisch noch ethisch begründet.

7 Literatur

Cheung WK, Myburgh J, Seppelt IM, et al. A multicentre evaluation of two intensive care unit triage protocols for use in an influenza pandemic. *Med J Aust* 2012; 197:178-181

Coors R, Jox R, in der Schmitt J (Hrsg.): *Advance Care Planning*. Kohlhammer, Stuttgart 2015

Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene zur stationären Aufnahme von Covid-19-erkrankten Patienten: abrufbar unter: www.krankenhaushygiene.de/informationen/742

Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen der DIVI, DGINA, DGAI, DGIIN, DGP, DGP, AEM vom 25.3.2020, abrufbar unter www.divi.de

Handlungsempfehlung zur stationären Therapie von Patient*innen mit Covid-19 aus palliativmedizinischer Perspektive 2.0 abrufbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200401_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_2.0.pdf

Kluge S, Janssens U, Welte T, et al. Empfehlung zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19. *Med Klein Intensivmed Notfmed* 2020; 115:175-177

⁸ Online verfügbar u.a. auf den Seiten der DIVI: www.divi.de

Leitplanken für Notärztinnen und Notärzte bei der Zuteilung von Behandlungsressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Abrufbar unter www.band-online.de

Petri S, Zwißler B, in der Schmitten J, Feddersen B: Behandlung im Voraus Planen – Weiterentwicklung der Patientenverfügung. Anaesthesist 2020, 69: 78–88

Vincent JL, Moreno J, Takala J, et al.. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med 1996; 22:707-710

White DB, Lo B. A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic. JAMA 2020, DOI: 10.1001/jama.2020.5046 & eSupplement: Allocation of scarce critical care resources during a public health emergency

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen. Deutsches Ärzteblatt 2018; 115, A2434-2441

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Stellungnahme zu „Advance Care Planning (ACP)“. Dtsch Arztebl 2019; 116: A-2372 / B-1948 / C-1888
Abrufbar unter: <https://www.zentrale-ethikkommission.de/ACP2019>

S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, abrufbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/s3-leitlinie.html>

Hinweise zur Erstellung dieses Leitfadens

Autorinnen und Autoren: Berend Feddersen, Georg Marckmann, Sabine Petri, Jürgen in der Schmitten

Kommentierende Expertinnen und Experten: Torsten Bauer, Erika Baum, Claudia Bausewein, Sandra Blumenthal, Hans Jürgen Heppner, Ingmar Hornke, Hanna Kaduszkiewicz, Michael M. Kochen, Friedemann Nauck, Wiebke Nehls, Lukas Radbruch, Rolf Rossaint, Ralf Stoecker, Ulrich Wedding, Eva Winkler, Bernhard Zwißler