

Handlungsempfehlung zur Therapiezielfindung in der Intensivmedizin





Foto: Wiener Gesundheitsverbund

Ausgangslage

Das Wiener Gesundheitssystem ist im Vergleich zu Metropolen ähnlicher Größe hervorragend entwickelt. Die besonderen Anforderungen im Rahmen der Covid-19-Pandemie haben jedoch den Bedarf an ergänzender Information zum Einsatz intensivmedizinischer Ressourcen gezeigt, weshalb folgende **Handlungsempfehlung zur Therapiezielfindung in der Intensivmedizin** entstanden sind. Ziel ist es standardisierte Grundlagen zu bieten, um eine individualisierte, patientInnenorientierte Zuteilung von Intensivbetten zu unterstützen.

Diese Handlungsempfehlung basiert auf dem FASIM Konsensus „Allokationsethische Orientierungshilfe für den Einsatz knapper intensivmedizinischer Ressourcen“¹ und kommt als einheitliche Entscheidungsgrundlage an allen Kliniken des Wiener Gesundheitsverbundes und am Universitätsklinikum AKH Wien zum Einsatz.

¹ https://www.anaesthesie.news/wp-content/uploads/Konsensus-FASIM_Allokation-Intensiv_Finale-Fassung_Text_11.11.2020_korr_neu_fin.pdf [15.11.2020].

Ziele

Insbesondere im Falle einer möglichen Ressourcenknappheit sollen mit dieser Empfehlung folgende Ziele erreicht werden:

- Best- und schnellstmögliche Entscheidungen über die Ver- oder Zuteilung von Intensivressourcen bei größtmöglicher Patient*innen-Orientierung
- Unterstützung und Entlastung der medizinischen Entscheider*innen und der beteiligten Gesundheitsberufe in der Umsetzung
- Gemeinsame Entscheidungsgrundlage an den Kliniken des Wiener Gesundheitsverbundes und des Universitätsklinikums AKH Wien und den kooperierenden Krankenanstalten Wiens

Entscheidungsgrundlagen

In der Gesundheitsversorgung sind verantwortliche Entscheidungen grundsätzlich individuell und patient*innenzentriert zu treffen. Die Krankenanstalt als Organisation und das die Entscheidungen treffende Personal sind verpflichtet, Patient*innen bei Vorhandensein von Indikation und deren Zustimmung, Therapien nach Maßgabe der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zukommen zu lassen und das Wohl der Kranken zu wahren.

Wenn bei mehreren Patient*Innen eine Indikation für eine Behandlung vorliegt, aber diese Behandlung nicht alle Patient*innen gleichzeitig erhalten können, ist die Entscheidung an der Überlebenswahrscheinlichkeit zu orientieren. Dabei ist zu beachten, dass es rechtlich keinen Unterschied macht, ob eine indizierte Behandlung beendet oder erst gar nicht begonnen wird.

Aus Gründen der Gleichbehandlung sind alle Patient*innen mit einem intensivmedizinischen Behandlungsbedarf in eine etwaige Priorisierung miteinzubeziehen, auch diejenigen, die nicht an COVID-19 erkrankt sind. Die Entscheidungskriterien haben sich an der Dringlichkeit und Erfolgsaussicht zu orientieren. Ein pauschaler Ausschluss bestimmter Personengruppen aufgrund des Alters, sozialer Faktoren, bestimmter Grunderkrankungen oder Behinderung unabhängig von der Einzelfallbetrachtung soll damit verhindert werden.²

²<https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/triage-in-der-covid-19-pandemie-was-ist-gerecht/viewdocument/5226>

Eine Intensivtherapie/Krankenhauseinweisung ist nicht mehr indiziert, wenn

- der Sterbeprozess unaufhaltsam begonnen hat,
- die Therapie als medizinisch aussichtslos eingeschätzt wird, weil keine Besserung oder Stabilisierung erwartet wird, oder
- ein Überleben an den dauerhaften Aufenthalt auf der Intensivstation gebunden ist,
- die/der Patient*in eine Intensivtherapie oder einen Krankenhausaufenthalt aktuell bzw. in einer Verfügung/Vertretung ausdrücklich ablehnt oder glaubhaft ein analoger Wille früher mündlich geäußert wurde.

Um alle intensivpflichtigen Patient*innen (Covid- und Non-Covid) transparent und objektivierbar bezüglich der klinischen Erfolgsaussicht zu einem bestimmten Zeitpunkt einschätzen und vergleichen zu können, sollen die Primärbehandler*innen für alle, aufgrund von COVID-19, aber auch aufgrund anderer Erkrankungen auf Normalstationen aufgenommenen Patient*innen antizipativ festlegen, ob eine Intensivstationsaufnahme hinsichtlich Komorbiditäten & Allgemeinzustand prinzipiell indiziert ist und vom Willen des/der Patient*in getragen ist. Diese Entscheidung soll in der Krankenakte mittels Therapiezielfindungsprotokoll nachvollziehbar dokumentiert werden.

Diese Evaluation soll im Mehraugenprinzip erfolgen, wobei insbesondere auch die nicht-ärztlichen Berufsgruppen, d.h. Pflegepersonen, PhysiotherapeutInnen, PsychologInnen,... die Entscheidung mittragen sollen. Die Entscheidung kann auch durch das Heranziehen div. Scores (ADL & CFS, POSPOM, SOFA, s. Beilage) gestützt werden.

In Bezug auf die COVID-19 Erkrankung ist rezent ein spezifisches Scoring-System zur Prognose der in-hospital-mortality publiziert worden. Der 4C Mortality Score kann auch elektronisch berechnet werden: <https://isaric4c.net/risk/>. Aufgrund der geringen Erfahrung kann diesbezüglich aber noch keine Empfehlung ausgesprochen werden.

Auch die klinische Ethikberatung bzw. das lokale Ethikboard können unterstützend in die Entscheidung miteinbezogen werden.

Die nachfolgenden Schemata (basierend auf dem oben erwähnten FASIM-Konsensus) können insbesondere bei der strukturierten Einschätzung komplexer Fälle hilfreich sein, dementsprechend kann das Ausmaß der Anwendung an den konkreten Einzelfall adaptiert werden.

Beginn einer Intensivtherapie

Schritt 1	Besteht eine intensivmedizinische Behandlungsnotwendigkeit?
	Ergebnis: <ul style="list-style-type: none"> • Ja ► Schritt 2 • Nein ► Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation)
Schritt 2	Wie sieht die klinische Erfolgsaussicht in Hinblick auf das Therapieziel „Überleben der Intensivtherapie“ aus?
a)	Die Beurteilung der Erfolgsaussicht erfolgt auf Basis von: <ul style="list-style-type: none"> • Informationen zum aktuellen klinischen Zustand • Anamnestischer und klinischer Erfassung von Komorbiditäten • Anamnestischer und klinischer Erfassung des Allgemeinzustands • Laborparametern • Prognostisch relevanten Scores (z.B. ADL & CFS, POSPOM, SOFA, s. Beilage)
b)	Folgende Kriterien deuten auf eine schlechte Erfolgsaussicht in Hinblick auf das Therapieziel „Überleben der Intensivtherapie“ hin: <ul style="list-style-type: none"> • Kriterien betreffend die aktuelle Erkrankung: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Ausgeprägter Schweregrad der primären Erkrankung ➢ Begleitendes akutes Organversagen ➢ Validierte prognostische Marker für die aktuelle Erkrankung • Kriterien betreffend die (prämorbid) Komorbiditäten: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Schwere Organ-Dysfunktion (z.B. Herzinsuffizienz, Lungenerkrankung, Leberschädigung, dialysepflichtige Niereninsuffizienz) ➢ Metastasierende Krebserkrankung ➢ Schwere und irreversible Immunschwäche ➢ Weit fortgeschrittene neurodegenerative Grunderkrankung • Kriterien betreffend den (prämorbid) Allgemeinzustand: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Hoher Grad an Frailty (Gebrechlichkeitssyndrom)
c)	Einzelne Erkrankungen und Zustände rechtfertigen per se keinen Ausschluss von einer Intensivtherapie. Nur in einer Gesamtschau aller erfassbaren Faktoren und ihrer Ausprägungen kann deren Einfluss auf die klinische Erfolgsaussicht beurteilt werden.
d)	Ergebnis: <ul style="list-style-type: none"> • Klinische Erfolgsaussicht fehlt ► keine Intensivtherapie, Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation) • Klinische Erfolgsaussicht besteht ► Schritt 3

Schritt 3	Ist die geplante Vorgehensweise vom Willen der Patient*in getragen?
a)	Die geplante Vorgehensweise benötigt die aufgeklärte Einwilligung der Patient*in hinsichtlich <ul style="list-style-type: none"> • des angestrebten Therapieziels, • der indizierten Behandlungsmaßnahmen.
b)	Der Wille der Patient*in kann sich ausdrücken in: <ul style="list-style-type: none"> • einer aktuellen Äußerung der Patient*in, • einer vorweggenommenen Äußerung der Patient*in (z.B. in einem präoperativen Aufklärungsgespräch, in einer Patientenverfügung), • einer vertretenen Übermittlung des Willens (z.B. durch eine*n gesetzliche*n Vertreter*in oder Angehörige). <p>Lässt sich der Wille der Patient*in nicht ergründen, ist im Zweifelsfall anzunehmen, dass sie mit dem Therapieziel „Überleben“ und den damit verbundenen indizierten Behandlungen einverstanden wäre, soweit für sie eine fachliche Erfolgsaussicht bestehen.</p>
c)	Ergebnis: <ul style="list-style-type: none"> • Einwilligung liegt vor oder ist im Zweifelsfall anzunehmen ► Schritt 4 • Patient*in lehnt Intensivtherapie ab ► keine Intensivtherapie, Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation), das ihrem Willen am ehesten entspricht
Schritt 4	Priorisierung im Hinblick auf den Beginn einer Intensivtherapie in einer Situation knapper Ressourcen
a)	Die Priorisierung betrifft alle Patient*innen, die aktuell <ul style="list-style-type: none"> • eine intensivmedizinische Behandlung grundsätzlich benötigen (Schritt 1), • eine klinische Erfolgsaussicht in Hinblick auf das Therapieziel „Überleben der Intensivtherapie“ aufweisen (Schritt 2) und • die Intensivtherapie nicht ablehnen (Schritt 3).
b)	Die Priorisierung erfolgt <ul style="list-style-type: none"> • unter Berücksichtigung der Lagebeurteilung, • nach individueller ärztlicher Einschätzung der klinischen Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für jede betroffene Patient*in, • im Vergleich zur Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für alle anderen betroffenen Patient*innen.
c)	Ergebnis: <ul style="list-style-type: none"> • Vorrangige Einstufung ► Beginn Intensivtherapie • Nachrangige Einstufung ► (Derzeit) keine Intensivtherapie, (vorläufige) Versorgung in einem anderen Setting (z.B. IMC, Normalstation) • Gleichrangige Einstufung ► In der Gruppe gleichrangig beurteilter Patient*innen ist die zufällige Allokation knapper intensivmedizinischer Ressourcen jene Vorgehensweise, die aus ethischer Perspektive am ehesten den Werten und Normen gleicher Chancen aller Menschen entspricht.

Schritt 5	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Evaluation der Intensivtherapie
a)	<p>Eine begonnene Intensivtherapie ist regelmäßig daraufhin zu prüfen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • inwieweit ein angestrebtes Therapieziel weiterhin erreichbar ist, • inwieweit die Nachteile, die mit einer Behandlung für die Patient*in verbunden sind, in einem angemessenen Verhältnis zu den Vorteilen, die das angestrebte Therapieziel verspricht, stehen, • inwieweit diese Entwicklungen weiterhin vom Willen der Patient*in mitgetragen werden.
b)	<p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation positiv ► Fortsetzung der Intensivtherapie • Evaluation negativ ► Änderung bzw. Beendigung der Intensivtherapie, Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation)

Beendigung einer Intensivtherapie

Schritt 1	Individuelle, Patient*innen-zentrierte Prüfung
a)	Die Prüfung erfolgt im Rahmen der regelmäßigen Evaluation der begonnenen Intensivtherapie.
b)	<p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieziel auch bei Verlegung erreichbar ► Verlegung aus ICU • Evaluation negativ ► Änderung bzw. Beendigung der Intensivtherapie, Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation) • Evaluation positiv ► Fortsetzung der Intensivtherapie; in einer Situation von Knappheit unter Berücksichtigung von Schritt 2
	Priorisierung in Hinblick auf die Fortsetzung oder Beendigung einer Intensivtherapie in einer Situation knapper Ressourcen
a)	<p>Die Priorisierung betrifft alle Patient*innen, die aktuell (Schritt 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine intensivmedizinische Behandlung erhalten, • eine klinische Erfolgsaussicht in Hinblick auf das Therapieziel „Überleben der Intensivtherapie“ aufweisen und • die Intensivtherapie nicht ablehnen.
b)	<p>Die Priorisierung erfolgt</p> <ul style="list-style-type: none"> • unter Berücksichtigung der Lagebeurteilung, • nach individueller Einschätzung der klinischen Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für jede betroffene Patient*in, • im Vergleich zur Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für alle anderen betroffenen Patient*innen.
c)	Die nachrangige Einstufung einer konkreten Patient*in und damit die Beendigung einer Intensivtherapie mit dem Risiko des krankheitsbedingten Versterbens sollte aufgrund fraglicher Verhältnismäßigkeit im Kontext der Gesamtversorgungssituation in Betracht gezogen werden, wenn

	<ul style="list-style-type: none"> • nach Ausschöpfung aller möglichen Alternativen (z.B. Transfer auf eine ICU eines anderen KH), • die Patient*in zwar vital stabilisierbar ist, • aber nach bestmöglicher individueller Prognose auf unabsehbare Zeit von Intensivtherapie vital abhängig bleiben wird (d.h. hohe Wahrscheinlichkeit für den Übergang in einen chronisch-kritischen Krankheitszustand), während • eine andere Patient*in – gemessen an den zu plausibilisierenden Kriterien für den Beginn einer Intensivtherapie – eine bessere klinische Erfolgsaussicht zu erwarten hätte, • aber aufgrund knapper Ressourcen eine Intensivtherapie nicht rechtzeitig zur Abwendung der akuten Lebensgefahr erhalten könnte.
d)	<p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorrangige Einstufung der bereits auf ICU behandelten Patient*innen ► Fortsetzung der Intensivtherapie • Nachrangige Einstufung einer bereits auf ICU behandelten Patient*in ► Beendigung der Intensivtherapie, Versorgung in einem anderen Setting (z.B. IMC, Normalstation) • Gleichrangige Einstufung von bereits auf ICU behandelten und neu hinzukommenden Patient*innen ► Fortsetzung der Intensivtherapie bei den bereits behandelten Patient*innen; (vorläufige) Versorgung der neu hinzukommenden Patient*innen in einem anderen Setting (z.B. IMC, Normalstation)

Intensivbettenkoordinator*in

Die Intensivbettenkoordinator*innen bzw. deren Stellvertreter*innen sind rund um die Uhr im Einsatz. Sie unterstützen nicht nur bei der medizinischen Entscheidung über den Ressourceneinsatz sondern stehen auch in engem Austausch mit den Intensivbettenkoordinator*innen der anderen Spitäler des Wiener Gesundheitsverbundes und haben auf diese Weise einen guten Überblick über die wien-weite Gesamtsituation. Zudem agieren sie im klaren Auftrag der/des Ärztlichen Direktor*in ihres jeweiligen Hauses und des medizinischen Direktors des Wiener Gesundheitsverbundes, mit denen sämtliche Entscheidungen akkordiert sind. In ihrer Rolle haben sie das lokale Belegungsrecht aber auch das Recht, Aufnahmen abzulehnen. Im Fall einer notwendigen Zuteilung/Priorisierung ist der/die Intensivbettenkoordinator*in befugt, auf alle Intensivbetten des jeweiligen Spitals zuzugreifen.

Die MA01 stellt dem Wiener Gesundheitsverbund einen Dashboard-Zugang zur Verfügung, über das regelmäßig aktualisierte Informationen zum gesamten Bettenbelag (ICU, IMCU und Normalpflege) einsehbar sind. Dadurch ist eine zusätzliche Unterstützung für die Intensivbettenkoordinatoren gegeben, um eine weitestgehend ausgeglichene wien-weite Verteilung zu ermöglichen. Die Zugänge werden über die MA01 sichergestellt und stehen u.a. für alle Intensivbetten-kordinator*innen, KoFü-Mitglieder, Normalbetten-kordinatoren, etc. zur Verfügung.

Der/die Intensivbettenkoordinator*in kann in Zweifelsfällen auch in die Entscheidungsfindung hinsichtlich prinzipieller Indikation für die Intensivaufnahme (s.o.) eingebunden werden. Dabei kann eine antizipative Einschränkung der intensivmedizinischen Behandlungsoptionen (z.B. keine Intubation, keine Nierenersatztherapie, keine ECMO u.ä.) vorgenommen werden und/oder ggf. die Aufnahme ausschließlich auf eine Intermediate Care Station (IMC) festgelegt werden.

Die Letztentscheidung hinsichtlich einer Intensivaufnahme liegt bei der/dem Intensivbettenkoordinator*in des jeweiligen Hauses. Eine derartige Entscheidung ist entsprechend zu dokumentieren und der Patient*innengeschichte beizulegen.

Symptomlinderung, Palliative Behandlung, Sterbebegleitung

Alle Patient*innen werden nach Maßgabe der verfügbaren Ressourcen behandelt. Je nach Verfügbarkeit werden sie einer Normal-, Intensiv- oder Palliativstation zugewiesen. Sollten im Zuge einer Priorisierung keine intensivmedizinischen Ressourcen zur Verfügung stehen, gilt es alle belastenden Symptome im Spital weiter zu behandeln, im Sinne eines gelinderen Mittels und einer lindernden Therapie. Eine möglichst klare und transparente Kommunikation mit allen Beteiligten wie Patient*in, Angehörigen, Vertrauenspersonen und Teammitgliedern ist herzustellen. Die Empfehlungen der Palliativgesellschaft³ sind zu beachten.

Koordinator*in für Nicht-Intensivpatient*innen

Neben der Koordination der Intensivbetten kann auch eine hausweite Koordination für die bestmögliche Versorgung all jener etabliert werden, die keiner intensivmedizinischen Versorgung zugeteilt wurden (Koordinator*in für Nicht-Intensivpatient*innen /Palliativkoordinator*in).

Psychosoziale Unterstützung

Insbesondere die Entscheider*innen, aber auch betroffene Patient*innen und deren Angehörige bzw. Vertrauenspersonen brauchen bei Entscheidungen über knappe Ressourcen angemessene psychosoziale Unterstützung. Die Einbeziehung entsprechender Anlaufstellen wird empfohlen.

³ Vgl. hierzu die Empfehlungen der Österreichischen Palliativgesellschaft: <https://www.palliativ.at/newsletter/OPG.DokumentCOVID19.final.2020.03.20.pdf> [26.03.2020] und weiterführend die dt. Palliativgesellschaft: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200318_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_Update2.pdf [26.03.2020]