

Kriterien zur Klinik-Überstellung COVID-19-erkrankter Bewohner*innen von Pflege- und Betreuungseinrichtungen und Empfehlungen zur palliativen Symptomkontrolle

Ziel:

- Hilfestellung bei der Entscheidungsfindung, welche Bewohner*innen von Pflege- und Betreuungseinrichtungen im Falle einer Erkrankung an COVID-19 an eine Klinik zur (Intensiv-)Behandlung zu überstellen sind (Indikation, Prognose).
- Hilfestellung bei der Erfassung des Bewohner*innen-Willens.
- Empfehlungen zur palliativen Symptomkontrolle in der Pflege- und Betreuungseinrichtung.
- Hilfestellung zur Vorausplanung für den Notfall.

1. Einleitung:

Da auch in Niederösterreich aus strategischer Vorsicht mit einer größeren Anzahl an COVID-19-erkrankten Bewohner*innen aus den Pflege- und Betreuungseinrichtungen gerechnet werden muss, soll dieses Papier eine Hilfestellung bieten, welche Bewohner*innen im Bedarfsfall in eine Klinik zu überstellen sind und welche weiterhin vor Ort betreut werden können. Dabei ist darauf zu achten, dass die Bewohner*innen von Pflege- und Betreuungseinrichtungen keine homogene Gruppe darstellen, sondern ein unterschiedliches Alter sowie verschiedene Grunderkrankungen und Graduierungen der Pflegebedürftigkeit aufweisen. Zwar ist der Großteil der Bewohner*innen im höheren Alter, doch sind (z.B. in Einrichtungen mit psychosozialem Schwerpunkt) auch jüngere Erwachsene in Pflege und Betreuung. Sohin kann eine Entscheidung betreffend Überstellung in eine Klinik bei COVID-19-Erkrankung nur im Einzelfall und unter Berücksichtigung des konkreten Bewohner*innen-Zustandsbildes erfolgen. Die Entscheidungsfindung sollte gemeinschaftlich erfolgen, wobei zu betonen ist, dass medizinische Therapieentscheidungen in Bezug auf Indikation und Prognose in der ärztlichen Verantwortung liegen.

Die durch das Corona-Virus (SARS-CoV-2) ausgelöste Erkrankung bewirkt, dass insbesondere viele ältere, chronisch kranke oder fragile Menschen zum Teil schwere Lungenentzündungen erleiden. Nicht alle dieser Erkrankungen sind außerhalb einer Klinik beherrschbar und führen zum Tode, wenn sie nicht intensivmedizinisch behandelt werden. Mitunter kann aber auch eine Behandlung an einer Intensivstation einen tödlichen Verlauf nicht aufhalten. (4)

Aufgrund dessen gilt es kritisch darüber nachzudenken, welche Bewohner*innen von Pflege- und Betreuungseinrichtungen im Krankheitsfall von einer Überstellung in eine Klinik profitieren und ob bei gegebener Behandlungsindikation die Bewohner*innen überhaupt mit einer maximalen Intensivtherapie (mutmaßlich) einverstanden sind.

2. Grundsätze der Entscheidungsfindung

Jede Behandlung fußt auf zwei Fundamenten: Indikation + Bewohner*innen-Wille. Die Indikation einer medizinischen Behandlung ist eine fachliche Einschätzung durch Ärzt*innen. Dabei sind Vor- und Nachteile einer Behandlung in Bezug auf eine/n konkrete/n Bewohner*in abzuwägen und zu klären, ob ein Therapieziel (Heilung) überhaupt realistischer Weise erreicht werden kann. Ein Therapieziel kann aber auch die Symptomkontrolle im Rahmen der Palliative Care sein, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist (Therapiezieländerung).

Der Wille des/der Bewohner*in kann aktuell abgefragt werden. Zudem gibt es Möglichkeiten der Vorausverfügung (z.B. durch Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Vorsorgedialog), die bei aktuell nicht-entscheidungsfähigen Bewohner*innen von Bedeutung sind. Wurde nicht vorgesorgt, so ist ein mutmaßlicher Wille zu eruieren (primär von gesetzlichen Vertreter*innen). Gibt es keine Anhaltspunkte für einen mutmaßlichen Bewohner*innen-Willen, so ist im Zweifel eine medizinisch indizierte Behandlung durchzuführen (§ 253 Absatz 1 ABGB).

Wenn schon im Voraus zuverlässig erkennbar ist, dass das von der/vom Bewohner*in angestrebte Therapieziel durch eine Behandlungsmaßnahme nicht erreicht werden kann, so ist diese Maßnahme medizinisch nicht indiziert und darf der/dem Bewohner*in nicht angeboten werden. Bei Nicht-Indikation kann die (kurative) Behandlung unterbleiben. 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/die Bewohner*in über seine Chancen und Risiken aufzuklären und dadurch zu einer selbstbestimmten Entscheidung zu befähigen. (4)

Diese Grundsätze zur Entscheidungsfindung gelten unabhängig von der COVID-19-Pandemie. Sie haben auch weiterhin Gültigkeit. Durch Wahrnehmung der Verantwortung (realistische Klärung des Therapieziels, sorgsame Indikationsstellungen und frühzeitige Ergründung des ausdrücklichen oder mutmaßlichen Bewohner*innen-Willens) kann einer Dilemma-Entscheidung bei Verknappung intensivmedizinischer Ressourcen (Triage) vorgebeugt werden. (5) Behandlungen seriös im Voraus planen darf aber nicht mit Triage gleichgesetzt werden. Triage bedeutet vielmehr die Festlegung, wer eine Behandlung (prioritär) erhält, obwohl es gleichzeitig mehrere Personen gibt, die diese indizierter Weise bräuchten. (4)

Sollte eine Triage im Rahmen von COVID-19 in Österreich notwendig werden, so ist diese Entscheidung durch Ärzt*innen der jeweiligen intensivmedizinischen Abteilung der Klinik zu treffen und nicht durch die Ärzt*innen der Pflege- und Betreuungseinrichtungen alleine. (4, 6)

Ganz unabhängig von der Covid-19-Krise sollten Bewohner*innen nur dann mit dem Ziel einer lebenserhaltenden Therapie stationär eingewiesen werden, wenn eine stationäre oder ggf. auch intensivmedizinische Behandlung (a) medizinisch sinnvoll und (b) von der/vom Bewohner*in 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 von der/vom Bewohner*in 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 (Advance Care Planning / Vorsorgedialog). (4) In der Praxis haben sich Notfall-/Krisenblätter als hilfreich etabliert.

Sohin ist es von größter Bedeutung, die Präferenzen der Bewohner*innen bezüglich Überstellung in eine Klinik, intensivmedizinische Betreuung bis hin zur invasiven Beatmung zu ergründen und zu dokumentieren. Entscheidungsfähige Bewohner*innen sollten über das Risiko einer COVID-19-Infektion informiert und nach ihren Wünschen befragt werden (1).

Das Gespräch mit Bewohner*innen und Angehörigen und Vertrauenspersonen über die individuellen Wünsche und Ziele sowie die Dokumentation dieses Willens tragen wesentlich zur Entscheidungsfindung bei. In NÖ ist der Vorsorgedialog ein anerkannter und erprobter Kommunikationsprozess des Advance Care Planning. Kann ein/e Bewohner*in diese Entscheidung nicht mehr selbst treffen, stellt sich die Frage, ob vorgesorgt wurde (durch Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Vorsorgedialog) oder Angehörige/Vertrauenspersonen bzw. gesetzliche Vertreter*innen (z.B. Erwachsenenvertreter*in) konkrete Anhaltspunkte zum mutmaßlichen Bewohner*innen-Willen übermitteln können.

3. Unterschiedliche Szenarien bei COVID-19-erkrankten Bewohner*innen:

Auch in COVID-19-Zeiten gilt, dass jede Behandlung (und somit auch die Überstellung in eine Klinik) auf zwei Fundamenten fußt: Indikation + Bewohner*innen-Wille. Aus juristischer / ethischer Perspektive gilt dabei:

- Medizinisch indizierte Maßnahmen, zu denen die aufgeklärten und entscheidungsfähigen Bewohner*innen (bzw. ihr/e gesetzliche/r Vertreter*in) die Einwilligung erteilen, dürfen begonnen bzw. fortgesetzt werden.
- Auf medizinisch nicht indizierte Maßnahmen darf verzichtet werden bzw. dürfen sie beendet werden, selbst wenn die Bewohner*innen sie wünschen.
- Auf medizinisch kontraindizierte Maßnahmen muss verzichtet werden bzw. müssen diese beendet werden, selbst wenn die Bewohner*innen sie wünschen.
- Auf medizinisch indizierte Maßnahmen, die nicht (mehr) vom Willen des/der dazu entscheidungsfähige/n Bewohners*in getragen sind, muss verzichtet werden bzw. müssen diese beendet werden.

3.1. Indikation, Prognose

Zu Beginn jeder Entscheidungsfindung ist zu klären, welche Zielsetzung die Behandlung des/der Bewohner*in 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/der Bewohner*in – 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. (4)

Eine Krankenhauseinweisung mit dem Ziel der Lebenserhaltung ist allgemein dann medizinisch indiziert, wenn die Erkrankung des/der Bewohner*in so schwer ist, dass eine stationäre Behandlung bessere Überlebenschancen bietet als der Verbleib in der Pflege-

und Betreuungseinrichtung. Die ärztliche Empfehlung einer Überstellung in die Klinik berücksichtigt neben der Prognose stets auch das gesamte klinische Bild sowie das Umfeld (z.B. ärztliche Präsenz, Visitenintervalle, Einsatz qualifizierter Pflegepersonen). In allen Zweifelsfragen sollte eine Überstellung in eine Klinik – gegebenenfalls nach Rücksprache mit den Spitalsärzt*innen – empfohlen werden.

Bei schwer erkrankten Bewohner*innen ist – so weit möglich – bereits in der Pflege- und Betreuungseinrichtung zu prüfen, ob eine ggf. erforderliche Intensivtherapie eine ausreichende Erfolgsaussicht aufweisen würde. In Anlehnung an die DiV-BVP bieten die folgenden Kriterien eine Orientierung, wann eine Intensivbehandlung nicht mehr medizinisch indiziert (3.1.1.) oder mit einer (stark) eingeschränkten Erfolgsaussicht verbunden ist (3.1.2.):

3.1.1. 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/der Bewohner*in erheblich einschränken:
 - o Schwerst progrediente neurodegenerative Erkrankung (z.B. Demenzerkrankung)
 - o terminal fortgeschrittene COPD (Stadium IV)
 - o terminal fortgeschrittene Herzinsuffizienz (NYHA IV)
 - o weit fortgeschrittene, unheilbare Krebserkrankung

In diesen Fällen ist eine Indikation zur Überstellung in eine Klinik bei COVID-19-Erkrankung in der Regel nicht gegeben. Bei einer Therapiezieländerung sollten Maßnahmen im Rahmen der Palliative Care vorsorglich geplant und umgesetzt werden. Überstellungen in eine Klinik mit dem Ziel der palliativen Symptomkontrolle sollten hintangehalten werden, zumal diese in der Pflege- und Betreuungseinrichtung erfolgen sollte. Frühzeitig sind bei Bedarf mobile Palliativteams (sofern verfügbar) beizuziehen. Zudem kann im Notfall und Eskalation der Symptome in einer Palliative Care Situation auch ein/e Notärzt*in in die Pflege- und Betreuungseinrichtung beigezogen werden. Ein/e Notärzt*in kann auch ohne Transport eine Symptomkontrolle herstellen (Belassung).

3.1.2. 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
- 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. (8)

In dieser Fallkategorie kann eine Behandlungsmaßnahme eine (zumindest minimale) Aussicht auf Erfolg bieten; sie gilt somit als medizinisch indiziert (oder zumindest vertretbar). Sogar kann nur unter Einbezug des Bewohner*innen-Willens eine weitere Entscheidung getroffen werden. Ist zum ausdrücklichen oder mutmaßlichen Bewohner*innen-Willen nichts bekannt, so verpflichtet die positive Indikation zur Maßnahmeneinleitung.

3.2. Bewohner*innen-Wille

Die Ergründung des Bewohner*innen-Willens sollte frühzeitig erfolgen und auch dokumentiert werden. Beim Auftreten von Krankheiten sollte in einem Gespräch mit dem/der Bewohner*in auch die zukünftige Entwicklung samt ggf. notwendigen Behandlungen in der Zukunft besprochen werden. Diesbezüglich sollte die Einstellung auch betreffend Überstellung in eine Klinik, intensivmedizinische Behandlung, invasive Beatmung und kardiopulmonale Reanimation erfragt und verschriftlicht werden.

Besteht für eine bestimmte Maßnahme keine Indikation, so haben die Gesundheitsberufe sie dem/der Bewohner*in auch nicht anzubieten. Eröffnet eine Behandlungsmaßnahme hingegen eine (zumindest minimale) Aussicht auf Erfolg; so gilt sie als medizinisch indiziert (oder zumindest vertretbar) und ist der Bewohner*innen-Wille maßgeblich.

Szenario 1: Bewohner*in ist in aktueller Behandlungssituation entscheidungsfähig; er/sie kann also die Bedeutung und die Folgen seines/ihres Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, den Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten. Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet. Nach Aufklärung über die Situation und Behandlungsmöglichkeiten ist die Zustimmung zur Überstellung in die Klinik einzuholen. Der/Die Bewohner*in kann aber auch ablehnen. Bei entscheidungsfähigen Bewohner*innen ist eine Behandlung gegen deren Willen nicht zulässig.

Szenario 2: Aktuell nicht-entscheidungsfähige/r Bewohner*in hat die Behandlung (bzw. die Überstellung in eine Klinik) in einer verbindlichen Patientenverfügung abgelehnt. Der Inhalt der Verfügung bindet das Behandlungsteam. Für alle Behandlungsentscheidungen, die nicht von der verbindlichen Patientenverfügung erfasst sind, ist der mutmaßliche Wille maßgeblich.

Szenario 3: Aktuell nicht-entscheidungsfähige/r Bewohner*in hat keine verbindliche Patientenverfügung: Mutmaßlicher Bewohner*innen-Wille ist zu eruieren. Primär Kontaktaufnahme mit gesetzlichen Vertreter*innen (diese haben Willenserforschungspflicht); sonst An-/Zugehörige bzw. Vertrauenspersonen. Gespräch über Einstellungen zu Leben, schwerer Krankheit und Sterben aufgrund konkreter Anhaltspunkte (verbale/nonverbale Äußerungen oder Einstellungen): Wie würde die Person sich äußern, wenn wir sie heute befragen könnten (und woher wissen wir das)? Wurde bereits ein Vorsorgedialog erstellt, so ist dieser heranzuziehen und ggf. situationsabhängig zu evaluieren.

Szenario 4: Aktuell nicht-entscheidungsfähige/r Bewohner*in und keine Anhaltspunkte zum mutmaßlichen Bewohner*innen-Willen: Medizinische Indikation rückt in das Zentrum und ist einzige Entscheidungsmaxime. Es gilt: Im Zweifel ist eine medizinisch indizierte Behandlung durchzuführen (§ 253 Absatz 1 ABGB). Im Umkehrschluss ergibt sich somit aus dem Gesetz, dass bei Nicht-Indikation die (kurative) Behandlung zu unterbleiben hat. Für eine palliative Behandlung wird bei entsprechender Leidenssymptomatik stets eine Indikation zur Symptomkontrolle gegeben sein (Pflicht zur Abwehr von Leid durch effektive Symptomkontrolle).

3.3. Sonderfall: Triage

Bei Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung im Rahmen einer COVID-19-Erkrankung von Bewohner*innen ist bei (zumindest minimaler) Aussicht auf einen Behandlungserfolg eine Überstellung in eine Klinik vorzunehmen, sofern dies im Einklang mit dem Bewohner*innen-Willen steht.

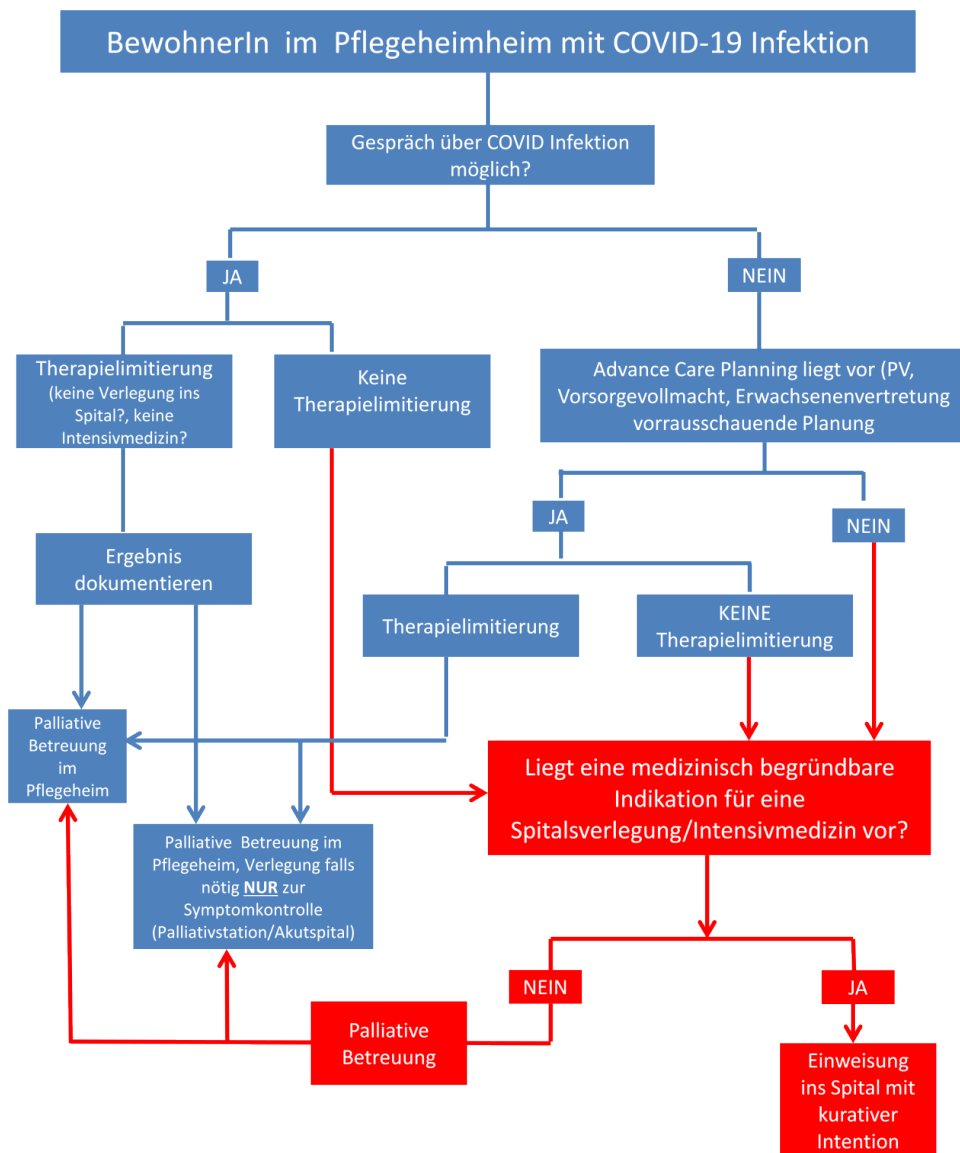
Im Rahmen einer Verknappung intensivmedizinischer Ressourcen zur Behandlung von COVID-19-Erkrankten ist eine Triage vorzunehmen. Die Entscheidung über die Nicht-Aufnahme von Patient*innen auf die Intensivstation aufgrund von Ressourcenknappheit sollte aber nicht in Pflege- und Betreuungseinrichtungen erfolgen, sondern durch die jeweiligen Intensivmediziner*innen der Klinik, an der die Intensivbehandlung erfolgen würde. Es ist davon auszugehen, dass bei Verknappung intensivmedizinischer Ressourcen einer Klinik die Klinikleitung die umliegenden Pflege- und Betreuungseinrichtungen informiert. Im Einzelfall hat somit ein/e verantwortliche/r Ärzt*in der Pflege- und Betreuungseinrichtung mit den Spitalsärzt*innen Kontakt aufzunehmen und die weitere Vorgehensweise im Hinblick auf Indikation und Prognose abzuklären. Bestehen jedoch in der Pflege- und Betreuungseinrichtung unzureichende diagnostische Möglichkeiten, so ist eine Überstellung in eine Klinik indiziert, sofern kein entgegenstehender Bewohner*innen-Wille vorliegt. Dort hat dann in weiterer Folge die Entscheidung bzgl. Übernahme auf die Intensivstation oder Belassung auf einer Normalstation bzw. Anordnung zum Rücktransfer in die Pflege- und Betreuungseinrichtung zu erfolgen. Sohin erscheint eine pauschale Nichteinweisung Hochbetagter ab einem bestimmten Lebensalter aus Knappheitsgründen weder medizinisch noch ethisch begründet.“(4)

Als ergänzende Information sei darauf hingewiesen, dass nach der ÖGARI die Beurteilung für den Beginn einer Intensivtherapie anhand folgender Faktoren erfolgt:

- Kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit
- Komorbiditäten (6)

Sohin wäre es im Rahmen einer Triage weder fachlich noch ethisch oder grundrechtlich zu legitimieren, den Beginn (aber auch die Beendigung) einer Intensivtherapie alleinig an Kriterien wie dem kalendarischen Alter oder einer, von außen attestierten, Lebensqualität zu knüpfen.

Schematischer Handlungsablauf (Gehmacher)



4. Praktische Tipps zu ausgewählten Szenarien

Aus dem oben angeführten Flussdiagramm ergeben sich unterschiedliche mögliche Szenarien:

Szenario a: Es liegt ein klar **definierter Bewohner*in Wunsch** vor (Befragung zur COVID-19 Situation, Vorausschauende Planung dokumentiert)

Entscheidungsfähige Bewohner*in wünscht nach Aufklärung Verlegung in eine Klinik: Transfer

Szenario b: Es liegt ein klar **definierter Bewohner*in Wunsch** vor (Befragung zur COVID-19 Situation, Vorausschauende Planung dokumentiert)

Entscheidungsfähige Bewohner*in wünscht nach Aufklärung keine Verlegung in eine Klinik:
Symptomkontrolle vor Ort durch Heim-/Hausarzt*in, ev. Beiziehen vom Mobilien Palliativteam

Palliative Betreuung im Pflegeheim so lange wie möglich, Verlegung in eine Klinik nur zur palliativen Symptomkontrolle falls nötig: Ziel ist es Bewohner*in im Pflegeheim zu begleiten, bei komplexen Symptomen bzw. Ressourcenknappheit Verlegung in eine Klinik

Wünscht eine Bewohner*in im Heim bleiben zu können, muss dieses Ziel **höchste Priorität** haben.

Die Aufgabe der Heim- bzw. Hausarzt*in ist es, gemeinsam mit der Pflege einen **optimalen palliativen Behandlungsplan** zu erstellen, um eine gute Symptomkontrolle zu gewährleisten. Voraussetzung dafür ist das Vorhandensein von den wichtigsten palliativen Notfallmedikamenten in den Heimen (Vendal Ampullen, Temesta expidet, etc.). Gerade wenn mit einer größeren Zahl terminaler Bewohner*innen gleichzeitig zu rechnen ist, muss hier genügend „Vorrat“ an Notfallmedikamenten vor Ort sein, z.B. „**palliative Notfallboxen**“. Eine gute palliative Versorgung im Heim ermöglicht dem/r Bewohner*in im vertrauten Umfeld bleiben zu können, und entlastet gleichzeitig die Krankenhäuser.

Szenario c: Es liegt ein klar **definierter Bewohner*in Wunsch bei einem nicht entscheidungsfähigen Menschen mit verbindlicher Patientenverfügung vor:**

Nicht entscheidungsfähige/r Bewohner*in mit verbindlicher Patientenverfügung (die auf COVID-19 anwendbar ist) **lehnt in der PV Transfer ab:**
Keine Verlegung in die Klinik, Symptomkontrolle und palliativmedizinische Betreuung vor Ort durch Heim-/Hausarzt*in, ev. Beiziehen vom Mobilien Palliativteam

Szenario d: Es liegt **kein eindeutiger Bewohner*in Wunsch bei einem nicht entscheidungsfähigen Menschen** vor:

Erfassung des mutmaßlichen Willens (idealerweise schon im Vorfeld durch PV, Vorsorgegedialoge etc.) > Einbindung von gesetzlichen Vertreter*innen
Vorsorgebevollmächtigte*n, Angehörige und Vertrauenspersonen

- i. Mutmaßlicher Wille kann nicht erhoben werden > im Zweifel Transfer
- ii. Mutmaßlicher Wille ist Wunsch nach Transfer > Transfer
- iii. Mutmaßlicher Wille ist Ablehnung eines Transfers > Kein Transfer

Bewertung der medizinischen Indikation

Nicht entscheidungsfähige/r Bewohner*in ohne Patientenverfügung, VSD oder Vorsorgevollmacht
Erfassung mutmaßlicher Bewohner*innenwillen, Bewertung der medizinischen Indikation und Entscheidung dementsprechend für Einweisung in eine Klinik oder palliativmedizinische Betreuung vor Ort.

Bewertung der medizinischen Indikation:

Höhergradige Demenz, schwere Herzinsuffizienz (NYHA III-IV), COPD IV, schwere Niereninsuffizienz, Leberzirrhose Child Pugh Stadium II, III, fortgeschrittenen neurologische Erkrankungen (MB. Parkinson, Multiinfarktgeschehen etc.), ausgeprägte Gebrechlichkeit, fortgeschrittene maligne Erkrankung und ähnliche Krankheitsbilder gelten als klare Kontraindikation für eine intensivmedizinische Therapie (2)

Deutlich schwieriger gestaltet sich die Entscheidungsfindung an Hand **medizinischer Indikationen**, da es ja nicht nur um die Frage „Intensivmedizin“, sondern generell um die Frage einer „Verlegung ins Klinikum“ geht.

In der Regel kennen die Heim-/Hausärzte*innen ihre Bewohner*innen über Monate bis Jahre und wissen über deren Diagnosen und „Performance Status“ Bescheid. **Eine Bewertung der Gesamtsituation mit klarer Stellungnahme durch den/die Ärzt*in vor Ort** erleichtern den Nachbehandlern mögliche schwierige Entscheidungen. Wünschenswert wäre hier auch ein klarer Auftrag ans Klinikum: z.B. Infusionstherapie erbeten, Bewohner*in qualifiziert auf Grund seiner Komorbiditäten nicht für eine intensivmedizinische Behandlung.

Entscheidungskommission:

Ist die Entscheidung vor Ort schwierig, ob eine Bewohner*in in die Klinik verlegt wird oder nicht, soll ähnlich den Empfehlungen der intensivmedizinischen Triage nach dem **Mehraugenprinzip** vorgegangen werden: die Entscheidung wird nicht nur von der **betreuenden Hausärzt*in** alleine gefällt, sondern **gemeinsam mit der Pflege**, ev. auch unter **Zuhilfenahme einer weiteren Kolleg*in** (ev. auch mobiles Palliativteam). Diese **Teamentcheidung** entlastet den einzelnen und hat den weiteren Vorteil, dass unterschiedliche Professionen ein umfassenderes Gesamtbild der Situation entstehen lassen.

Bei Bewohner*innen wird sich oft die Frage stellen: ist ein rein **palliativer Ansatz** zu wählen („Symptomkontrolle“, keine lebensverlängernden Therapiemaßnahmen), oder soll doch ein **kausaler Therapieansatz** („Antibiotika Gabe“, „intravenöses Flüssigkeitsmanagement“ etc.) eingeschlagen werden.

Diese schon im Normalfall nicht immer einfach zu beantwortende Frage, wird noch erschwert durch die Tatsache, dass bei einem deutlich erhöhten Patientenaufkommen auch mit erschöpften und nur eingeschränkt zur Verfügung stehenden Pflegeressourcen zu rechnen ist, was die in der Regel multimorbiden, pflegeaufwändigen Heimbewohner*innen im Besonderen trifft. Dem möglichen Benefit einer Spitalsbehandlung stehen somit die Belastungen eines Ortswechsels und der „Stress“ einer überfüllten Abteilung bzw. eines Notfalllazarets gegenüber.

5. Empfohlene symptomatische Therapie bei sterbenden Menschen, die an COVID19-erkrankt sind

Die österreichische Palliativgesellschaft hat ein [Positionspapier](#) zur Betreuung sterbender COVID-19 Patienten*innen herausgegeben. (3)

Nachdem COVID-19-Infektionen vor allem mit respiratorischen Symptomen mit im Vordergrund stehender Atemnot einhergehen, ist eine Linderung der Dyspnoe vorrangig.

An erster Stelle stehen dabei die Opiate, für die es eine gute Evidenz gibt. Die Sorge, dass es bei einer/m Bewohner*in mit Atemnot zu einer Atemdepression durch Opiode kommt, ist unberechtigt. Die Opiatgabe ist bei den Symptomen „Schmerz“ und „Atemnot“ gerechtfertigt; ein Einsatz als reines Sedativum wird nicht empfohlen.

Die Verabreichung eines Opioids (sei es als Saft, Buccaltablette oder Spritze) muss begründet sein. Die Intervalle der Medikation richten sich nach der entsprechenden Symptomatik. Ein reflexartiges Verordnen von „Morphium Spritzen“ (z.B. ½ Amp. alle 6 Stunden) wird nicht empfohlen und kann zu gefährlichen Überdosierungen führen.

Da Atemnot sehr häufig mit Angst, Panik, Unruhe bis hin zur „Erstickungsangst“ verbunden ist, macht der Einsatz von Benzodiazepinen (Temesta, Xanor etc.) Sinn.

Bei extrem belastenden Situationen können Opiode und Benzodiazepine auch über eine PCA Pumpe verabreicht werden. Hierfür kann das Mobile Palliativteam angefordert werden.

Von rechtlicher Seite wurde mit der Ärztegesetz-Novelle 2019 eine neue Berufspflicht für Ärzte eingeführt; nämlich eine Beistandspflicht für Sterbende. Sie ist im § 49a Ärztegesetz geregelt und schafft somit auch im Pandemiefall eine sichere Basis für das ärztliche Handeln, sollte eine Anwendung nötig werden. Die Regelung besteht seit März 2019.

Demnach sollen Sterbende, das heißt Kranke oder Verletzte mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so unterstützt werden, dass sie menschenwürdig sterben können. Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und in Beistand und Sorge für die Basisbetreuung.

Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden. Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen

unterlassen oder beendet werden. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf (Regierungsvorlage zur Ärztegesetz-Novelle 2019).

Diesbezüglich wurde im §49a Ärztegesetz eine Klarstellung dahingehend getroffen, dass es im Sinne der Beistandspflicht bei Sterbenden insbesondere auch zulässig ist, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt. Auf den Punkt gebracht bedeutet dies, dass Medikamente im Rahmen der Palliative Care so zu dosieren sind, dass damit eine Symptomkontrolle hergestellt werden kann. Dabei sollte man sich symptomorientiert hochtitrieren. Wenn jedoch zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen solche Dosen nötig sind, die den Verlust vitaler Lebensfunktionen (so auch den Todeseintritt) beschleunigen, so ist dies juristisch zulässig. Ultima ratio ist auch eine palliative Sedierung zu erwägen (siehe dazu *Weixler et al.*, Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie, 2016).

Mit dem in §49a Ärztegesetz verwendeten Begriff „Qualen“ sind Leiden oder Angstzustände gemeint, die wegen ihrer beträchtlichen Intensität oder weil sie einen gewissen Zeitraum andauern oder sich wiederholen, mit einer erheblichen Beeinträchtigung des psychischen und physischen Wohlbefindens des Betroffenen verbunden sind (OGH 12 Os 40/16y).

Durch die Worte „Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen“ soll klargestellt sein, dass keinesfalls eine Rechtsgrundlage für Euthanasie bzw. Sterbehilfe geschaffen wird, es sich vielmehr um eine indizierte ärztliche Maßnahme bei einem laufenden Sterbeprozess handelt (Regierungsvorlage zur Ärztegesetz-Novelle 2019). Dabei ist die Wichtigkeit der nachvollziehbaren Dokumentation bei palliativen Behandlungsentscheidungen zu betonen. (7)

Die Verabreichung von Medikamenten ist zwar grundsätzlich eine ärztliche Tätigkeit; unter bestimmten Voraussetzungen ist aber auch eine Verabreichung durch Gesundheits- und Krankenpflegepersonen im Rahmen der Delegation nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz möglich. Hierfür bedarf es einer genauen ärztlichen Anordnung. Dabei ist je nach Qualifikationsstufe, Unterschiedliches für dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (DGKP), Pflegefachassistent*innen (PFA) und Pflegeassistent*innen (PA) erlaubt.

Im Anschluss wird eine Tabelle, mit den am häufigsten vorkommenden Symptomen bei COVID-19-erkrankten Personen samt entsprechenden palliativen Behandlungsmöglichkeiten abgebildet. Bei den angeführten s.c.-Gaben handelt es sich meist um „off label“ Empfehlungen, die aber gängiger palliativmedizinischer Praxis entsprechen.

Symptom	Medikament	Dosis	Verabreichungs- weg	Max. Tages dosis
Dyspnoe/Husten	Vendal s.c.	2,5-5mg	s.c	offen
Dyspnoe/Husten/ Schmerz	Vendal s.c.	2,5–5 mg	s.c.	offen
Todesangst/Angst/ therapierefraktäre Dyspnoe	Temesta expidet Temesta Temesta	1-2,5 mg 1-2 mg s.o	Oral/expidet s.l. s.c. s.o.	8 mg 8mg offen

	Dormicum 5 mg/1 ml	2,5 – 5 mg 5 mg	s.c./ nasal	offen
	Nozinan (Levomepromazin)	12,5 – 25 mg	s.c.	50 mg
Delir/Unruhe Verwirrtheit im Vordergrund	Haldol gtt Haldol Amp. (5 mg/1ml)	5-10-15 gtt 2,5 -5 mg	Po s.c.	offen
Angst im Vordergrund	Xanor	0, 5 – 1 mg	p.o.	8 mg
	Temesta	1-2,5 mg	po, s.l., s.c.	
Delir, selbstgefährdendes Verhalten	Zyprexa velotab	5 -10 mg	s.l.	20 mg
Übelkeit	Ceolat Saft 1mg/ml	10 mg = 10ml 10 mg	p.o	30 mg
	Paspertin 10mg/1ml	10-30 mg	s.c., i.v.	30 mg
	Zofran (zydis)	4-8 mg		32 mg
	Levomepromazin (Nozinan)	12,5 -25 mg	p.o./zydis s.l. s.c.	50 mg
Rasselatmung	Buscopan oder Robinul bzw. Generika (Glycopyrroniumbromid Lösung od.Amp.)	10 mg 0,1-0,2 mg	s.c. s.c.	100 mg offen
Fieber/Schmerz	Novalgin/ Metagelan	4x 40 gtt 1-4 Gramm	p.o. i.v.	4 g 4 g
	Mexalen	1000 mg	p.o., rectal	offen
Starke Schmerzen	Vendal Saft 5 mg/1 ml	5 – 10 mg	p.o. (alle 4-6 h)	offen
	Vendal 10 mg/ml	2,5 – 5 – 10mg	s.c. (alle 6 h)	offen
	Hydal 1,3 mg Amp. 2 mg/ml	1,3 – 2,6 1-2 mg	p.o. (alle 4-6h) s.c. (alle 6 h)	offen offen
	Effentora	100 – 200µg	buccal (alle 4-6 h)	offen

In Anlehnung an die Empfehlungen der OPG (österr. Palliativgesellschaft) (3)

Nicht-medikamentöse Maßnahmen als Ergänzung zur Grundpflege

- Aromaanwendungen nach den Leitlinien des Hauses

Atemnot:

- Ruhe ausstrahlen, Sicherheit geben, DA-sein
- Kontaktatmung: eigene Hände auf Brustkorb legen und ruhig mitatmen
- Einreibungen und Streichungen Brustkorb, Rücken, Fußsohlen
- Atemunterstützende Lagerungen: OK-Hochlagerung, Seitenlage mit erhöhtem Oberkörper, Mikrolagerungen
- Lagerungsmethoden zur Sekretmobilisation und -ablauf, z.B. VATI-Lagerung
- Zimmer kühlen, befeuchten, Fenster öffnen, Ventilator

Schmerzen:

- Wahrnehmung und kontinuierliche Einschätzung des Schmerzverlaufes
- Lagerungen
- Ruhe ausstrahlen, Sicherheit geben, DA-sein
- therapeutische Berührungen

Unruhe:

- ruhige Kommunikation und Kontinuität in der Betreuung
- ruhige und orientierungsfördernde Umgebung
- therapeutische Berührungen

Rasselatmung:

- Angehörige und Team möglichst im Vorfeld informieren
- Seitenlage mit leicht erhöhtem Oberkörper, absaugen möglichst vermeiden

Mundtrockenheit:

- Mundschleimhaut häufig und regelmäßig mit Flüssigkeit nach Wunsch befeuchten mittels Tupfer, Stieltupfer, Sprühfläschchen
- Pflege mit Butter, Schlagobers oder versch. Ölen (je nach Geschmack des/der Bewohner*in)
- Ananas, Zitrone, Orangen in verschiedener Form (gefrorene Scheiben, Saft..) fördert Speichelbildung
- Cremiges Eis und Zitronensorbet im Mund zergehen lassen
- Borkenbildung mit Honig oder Mandelöl entgegenwirken
- Lippenpflege

Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Weitere Empfehlungen:

[OPG-Empfehlung von pflegerischen Maßnahmen](#)

6. Vorausplanung für den Notfall

Wenn medizinische Notfälle eintreten, besteht häufig ein großer Handlungsdruck. Dabei laufen notfallmedizinische Behandlungen mit dem Ziel der Lebenserhaltung anhand etablierter Standards oftmals wie automatisch ab. Der Wille der betroffenen Person ist dabei oftmals nicht bekannt.

Um derartige Automatismen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen einschränken zu können, sind Vorausplanungen für den Notfall von zentraler Bedeutung. Als Ergebnis eines Vorsorgedialoges sind auch ärztliche Anordnungen für den Notfall aufzuzeichnen, die ihr Fundament auf der Indikation und dem Bewohner*innen-Willen haben. Solche Notfall-/Krisenblätter sollten für Notfallteams rasch erfassbar sein und ausreichende Klarheit bringen. Zentrale Fragen in der Praxis sind dabei:

- Indikation / Einstellung zu Herz-Lungen-Wiederbelebung
- Indikation / Einstellung zu invasiver Beatmung
- Indikation / Einstellung zu Behandlungen auf einer Intensivstation
- Indikation / Einstellung zu Überstellung in eine Klinik

- Klarstellung eines palliativen Therapieziels (Linderung, nicht Lebenserhaltung) samt konkreter Vorgabe für anzuwendende Einzelfallmedikamente zur Symptomkontrolle

Literatur

Grundlage dieser Empfehlung: OA Dr. O. Gehmacher (Palliativstation Hohenems); **„Triage Konzept“ und „palliativer Behandlungsplan“ für Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen mit COVID-19 Infektionen** (3. April 2020)

- 1.) Gian Domenico Borasio, Claudia Gamondi, Monika Obrist und Ralf Jox für die Covid-19 Task Force von palliative.ch; **COVID-19: Therapieentscheidungen und Palliative Care** (24.3.2020)
<https://www.palliative.ch/de/fachbereich/task-forces/fokus-corona/>
- 2.) Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin; **Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie Klinisch-ethische Empfehlungen** (25.03.2020)
<https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>
- 3.) Österreichische Palliativgesellschaft; **Posotionspapier zu COVID-19** in Anlehnung an die Publikation „Palliating a pandemic:„all patients must be cared for“James Downar, Dori Seccareccia Journal of Pain and Symptom Management (23.3.2020)
https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownloads&p=17&u=0&q=0&t=1591992258&hash=596830bb104589e3aa529296fd43f6091a4971f0&file=/fileadmin/redakt eur/images/news/OPG.DokumentCOVID19.final.2020.03.20.pdf
- 4.) Deutsche Interprofessionelle Vereinigung - Behandlung im Voraus planen (DiV-BVP), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DGAM), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI); **Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall - Ein Leitfaden** aus Anlass der Covid-19-Pandemie (27.04.2020)
https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_fuer_den_Notfall_LEITFADEN_20200409_final.pdf
- 5.) Bioethikkommission / Bundeskanzleramt; **Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie** (31.3.2020)
- 6.) Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI); **Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie** (17.3.2020)
- 7.) Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN); **Rechtliches zur Beistandspflicht bei sterbenden COVID-19-Patient*innen** (8.4.2020)

Dieses Dokument wurde durch die Mitwirkung und Expertise folgender Personen erstellt und hat seine Gültigkeit ausschließlich für die Pandemie im Jahr 2020.

Kludia **Atzmüller**; Vorsitzende LV, PBM i.R

Dr.ⁱⁿ Elisabeth **Doenicke-Wakonig**; Palliativmedizinerin, LV

Dr. Michael **Halmich** LL.M.; Forum Gesundheitsrecht

Christiane **Krainz**; Geschäftsführung LV Hospiz NÖ

Dr.ⁱⁿ Christiane **Maresch-Zencica**; Heimgärtin und Ärztekammervvertretung

Sonja **Thalinger** MSc; Geschäftsführung LV Hospiz NÖ

Diskussion der Inhalte und Weiterentwicklung sind ausdrücklich erwünscht!!!