

Klinisch-ethische Empfehlungen zur Entscheidungsfindung bei der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen und Interventionen im Rahmen einer Pandemie

-

Kriterien zur Behandlung von NICHT COVID-19 Patienten*

HINTERGRUND

Der Zustand einer sich ausbreitenden COVID-19-Pandemie bedeutet für alle klinischen Bereiche eine Ausnahmesituation. Mit der Zunahme an intensivpflichtigen Patienten sind Situationen denkbar, in denen die vorhandenen Ressourcen nicht ausreichen, um den Behandlungsbedarf abzudecken. Auch für Patienten, die nicht an COVID-19, sondern an anderen Pathologien erkrankt sind und einen operativen Eingriff benötigen, müssen im Rahmen der Allokation begründete Entscheidungen getroffen werden. Die Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, dass die Notlage jeden im klinischen Bereich Tätigen herausfordern wird. Umso wichtiger ist es für alle Beteiligten, möglichst klare und ethisch begründete Entscheidungskriterien im Vorfeld zu kommunizieren. Triage-Modelle zur Entscheidungshilfe bieten dem Behandlungsteam eine Orientierung in der Notsituation. Betroffene und deren Angehörige sollen transparent darüber informiert und aufgeklärt werden.

GRUNDSÄTZE DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Grundsätzlich orientiert sich das ärzteethos an vier biomedizinischen Prinzipien: Respekt vor der Autonomie der Patienten, Gerechtigkeit, Patientenwohl, Schadensvermeidung.

In der Ausnahmesituation einer Pandemie, in der die verfügbaren Ressourcen dem akuten medizinischen und insbesondere intensivmedizinischen Versorgungsbedarf nicht entsprechen, sind diese Prinzipien den besonderen Umständen gemäß anzuwenden.

Das bedeutet

- Respekt vor der Autonomie: den – erklärten oder mutmaßlichen – Willen von Patienten beachten und sie nicht zum bloßen Objekt von Zuteilungsentscheidungen werden lassen,
- Gerechtigkeit: bei zu knappen Ressourcen die gesundheitliche Versorgung aller Betroffenen so effizient wie möglich gestalten und die persönlichen Interessen der einzelnen Patienten so gut wie möglich berücksichtigen,
- Patientenwohl: den größtmöglichen Nutzen für die größtmögliche Zahl von Betroffenen anstreben und sich dabei um das gesundheitliche Wohl der einzelnen Patienten bemühen,
- Schadensvermeidung: die ohnehin knappen Ressourcen nicht zusätzlich gefährden und bei einzelnen Patienten auf Behandlungen verzichten, deren Nutzen fragwürdig ist.

*Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument nur die männliche, nicht-geschlechtsneutrale Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen aller Geschlechter.

VERFAHREN DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Für eine nachvollziehbare, faire, klinisch und ethisch begründete Priorisierungsentscheidung sind zu beachten:

- Klärung des Patientenwillens
- Mehraugen-Prinzip
- Bemühen um Konsens (bei Dissens: Option klinisch-ethischer Unterstützungsangebote)
- ggf. weitere Kontaktaufnahme, vor allem palliativmedizinisch
- Transparenz
- Dokumentation

Weiterführende Links zur Information

Empfehlungen:

Akademie für Ethik in der Medizin

<https://www.aem-online.de/>

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin ([DIVI](#))

[Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie](#)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)

[Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive](#)

Deutscher Ethikrat ([DER](#))

[Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise](#)

Operativer Prognose-Score - Erwartete Outcome-Verbesserung durch operative oder sonstige interventionelle Maßnahmen

Die folgende Darstellung zielt darauf ab eine Einschätzung der zu erwartenden Wirksamkeit eines Eingriffs oder einer Intervention auf die mittel- und langfristige Prognose eines Patienten zu ermöglichen. Diese Einschätzung ist exemplarisch für urologische Krankheitsbilder erarbeitet und die Anwendung des Scores erfordert von jedem Fach eine geeignete spezifische Zuordnung der Maßnahmen. Die gewählte Unterteilung in 5 Werte soll dabei einerseits eine schnelle Zuordnung zur Priorisierung möglich machen und andererseits spezifisch genug sein um diese Priorisierungen abzustufen.

Stufe 1

Die Wahrscheinlichkeit für das Versterben des Patienten ohne Intervention innerhalb von wenigen Stunden ist sehr hoch (z.B. Blutung, Sepsis, Hohlorganperforation). **Durch die Intervention kann das Outcome des Patienten akut maximal verbessert werden.** (Blutstillung, Entlastung Infektherd (z.B. Nephrostomie, Coiling, operative Blutstillung)

Stufe 2

Die chirurgische Intervention hat akut **starken Einfluss auf die Prognose** des Patienten und sollte innerhalb von 48h erfolgen (z.B. Blasentamponade, blutender Nierentumor, Hodentumor)

Stufe 3

Die chirurgische Intervention hat akut nur **mittleren Einfluss auf die Prognose** des Patienten sollte aber innerhalb von 6-12 Wochen erfolgen. (z.B. Muskelinvasives Urothelkarzinom der Harnblase ohne Metastasen, V.a. muskelinvasiven Nierenbecken-/Uretertumor, high-risk PCA lokal fortgeschritten)

Stufe 4

Die chirurgische Intervention hat akut nur **geringen Einfluss auf die Prognose** des Patienten und sollte dafür innerhalb von 3-6 Monaten erfolgen. (z.B. intermediate-risk Prostatakarzinom, Nierentumor >4cm)

Stufe 5

Das Outcome des Patienten wird durch eine verzögerte Intervention >6 Monate **mutmaßlich nicht verschlechtert und der akute Einfluss auf die Prognose ist sehr gering.** Ggf. können konservative Maßnahmen den Zeitraum überbrücken (Dauerkatheter, Ureterschleife o.ä.) und eine grundsätzlich indizierte operative Therapie kann bei geregelten Kontrolluntersuchungen im Verlauf erfolgen. (z.B. Rekonstruktive Eingriffe)

Dokumentationshilfe zur operativen Priorisierung

Patientenetikett:

Teammitglieder (Name/Funktion):

-
-
-

Datum/Uhrzeit:

Klinische Ethik beteiligt? Ja Nein

Indikation zur operativen Therapie:

Evaluation klinischer Erfolgsaussichten einer operativen Therapie

<p>Ausgangslage</p> <p><input type="checkbox"/> ASA 1</p> <p><input type="checkbox"/> ASA 2</p> <p><input type="checkbox"/> ASA 3</p> <p><input type="checkbox"/> ASA 4</p>	<p>Postoperative Versorgung</p> <p><input type="checkbox"/> Normalstation 0</p> <p><input type="checkbox"/> Überwachungsstation 1</p> <p><input type="checkbox"/> Intensivstation 2</p>
<p>OP-Risiko</p> <p><input type="checkbox"/> Niedrig 1</p> <p><input type="checkbox"/> Mittel 2</p> <p><input type="checkbox"/> Hoch 3</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr hoch 4</p>	<p>Besondere Hygiene-Anforderungen an Unterbringung</p> <p><input type="checkbox"/> Nein 0</p> <p><input type="checkbox"/> Ja 1</p>
<p>Erwarteter akuter Einfluss auf Outcome durch OP</p> <p><input type="checkbox"/> Maximal 1</p> <p><input type="checkbox"/> Stark 2</p> <p><input type="checkbox"/> Mittel 3</p> <p><input type="checkbox"/> Gering 4</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr gering 5</p>	<p>Patient/Betreuer einverstanden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Aufklärung vorhanden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Patientenverfügung vorhanden?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Priorisierung/ OP-Reihenfolge festgelegt weil:

Re-Evaluation am:

Einschätzung des klinischen Verlaufs:

Fortsetzung Priorisierung weil: