

Corona in der Notaufnahme: Triage und Palliativversorgung



Dr. **Dietmar Weixler** MSc, Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin
AG Ethik in Palliative Care der OPG



ARGE Ethik Intensivmedizin
ARGE Palliativmedizin



9. Int. Symp. Palliativtage



Österreichische
PalliativGesellschaft

Triage

ganisation. 7. <o. Pl.> (Wirtsch.) Gruppe der drei wichtigsten Wirtschaftsregionen der Erde (Nordamerika, Europa, Japan)

Tri|a|ge [tri'a:ʒə], die; -, -n [frz. triage, zu: trier, ↑Trieur]: 1. (Kaufmannsspr.) Ausschuss [bei Kaffeebohnen]. 2. (Med.) Einteilung der Verletzten (bei einer Katastrophe) nach der Schwere der Verletzungen.

Tri|a|kis|do|de|ka|e|der, das; -s, - [zu griech. triá-kis dōdeka = drei mal zwölf u. hédra = Fläche] (Math.): Körper, der von 36 Flächen begrenzt





Pictures show scars of the Somme a century after battle | Daily Mail Online

Scars of the Somme: Breathtaking pictures show how - a century on - French fields still show signs of the battle which claimed 300,000 lives

The Battle of the Somme lasted from 1 July until 13 November 1916 and resulted in a million casualties

On the first day alone 19,240 British soldiers were killed and another 38,000 were wounded. The Somme was a British offensive, supported by Commonwealth troops, to take pressure off the French at Verdun.

After 141 days the allies had advanced just six miles across a 16-mile front, at the cost of 146,000 lives.

The Germans lost 164,000 men but they had succeeded in stopping the attempted breakthrough

British photographer **Mike Sheil** has spent years taking these stunning photographs of the battlefield.

Präklinische Katastrophenmedizin: Verfahren zur Priorisierung medizinischer Hilfeleistung bei unzureichenden Ressourcen, zum Beispiel aufgrund einer unerwartet hohen Anzahl an Patienten. Falls es unmöglich ist, allen, die Hilfe benötigen, sofort zu helfen, besteht ohne strukturierte Triage die Gefahr einer politisch oder ideologisch motivierten Selektion ⁽¹⁾ **Ziel: möglichst viele Überlebende (Gesamtnutzen)**

Kategorie	Patientenzustand	Konsequenz	Farbe
I	akute, vitale Bedrohung	Sofortbehandlung	rot
II *	schwer verletzt/erkrankt	aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit, Überwachung	gelb
III	leicht verletzt/erkrankt	spätere (ggf. ambulante) Behandlung	grün
IV	ohne Überlebenschance, sterbend	betreuende (abwartende) Behandlung, Sterbebegleitung	blau
Ex	tot	Kennzeichnung	schwarz
* Zusatzkennzeichnung: a = hohe Transportpriorität, b = niedrige Transportpriorität			

Notfallaufnahme: strukturiertes Verfahren der Ersteinschätzung zur effizienten und optimalen klinischen Versorgung **Ziel: optimale Versorgung (Individualnutzen)**

ICU-Triage: Richtlinie einheitlicher Aufnahmekriterien für die ICU-Therapie für den Fall, dass im Rahmen der Pandemie zur Ressourcenüberlastung kommt. **Ziel: optimale Versorgung der Erkrankten mit der besten Kurzzeitprognose** <https://smw.ch/article/doi/smw.2020.20229> vom 24.3.2020

(1) Blöß T, Katastrophenmedizin: Zwang zur Selektion, Deutsches Ärzteblatt 2004; 101 S. 33

COVID-19: decision making and palliative care

Borasio Gian Domenico^a, Gamondi Claudia^b, Obrist Monika^c, Jox Ralf^d for the COVID-19 task force of palliative ch



- ACP (v.a. in Pflegeheimen) – Entscheidungen basiert auf der medizinischen **Indikation**
- Eine Triage soll jenen die besten Möglichkeiten eröffnen, die am meisten davon **profitieren** können
- **Alle** Menschen sollen Zugang zu Palliative Care haben, v.a. hinsichtlich der Symptomlast (Atemnot, Angst)
- Komplexe Triagesituationen sollten eine/n SpezialistIn für PC einschließen, sie sollen **niemals einer Einzelperson** überantwortet werden
- Last der Triage: Gefühl des Imstichlassens (patient and his family) + moralischer distress der MitarbeiterInnen
→ (burnout)

The **Incidence** of Palliative Patients in the Emergency Department: a Retrospective Study

Markus Koestenberger, Stefan Neuwersch, Dietmar Weixler, Wolfgang Pipam, Michael Zink, Rudolf Likar

Wien Klin Wochenschr. 2019 Sep;131(17-18):404-409

Hat der/die PatientIn eine lebenszeitverkürzende Krankheit? (bitte alle betreffenden Krankheiten ankreuzen)	
☐ Fortgeschrittene Demenz oder Erkrankungen des ZNS (z.B. einen oder mehrere Schlaganfälle, ALS, Parkinson): Hilfe für die hygienischen und Mobilitätsmaßnahmen ist notwendig (z.B. Aufstehen und Gehen, Toiletten usw.) und/oder der/die PatientIn ist nicht in der Lage sich verbal adäquat auszudrücken.	
☐ Fortgeschrittener Krebs: Metastasen oder lokal fortschreitende Krankheiten	
☐ Endstadium Nierenkrankheiten: Dialysetherapie notwendig oder Creatinin > 6 mg/dl.	
☐ Fortgeschrittene COPD: durchgehenden Sauerstoffgebrauch (LTOT – Langzeit-Sauerstofftherapie) zu Hause oder chronische Dyspnoe in Ruhezustand.	
☐ Fortgeschrittene Herzinsuffizienz: Chronische Dyspnoe, Brustschmerzen oder Erschöpfung nach minimaler Bewegung oder in Ruhezustand.	
☐ Endstadium Leberkrankheit: wiederkehrender Aszites, GI-Blutung, oder hepatische Enzephalopathie.	
☐ Septischer Schock (z.B. Zeichen von Organversagen auf Grund einer Infektion): braucht ICU Aufnahme und hat eine signifikante vorher bestehende komorbide Erkrankung.	
☐ Einschätzung durch Arzt oder Betreuungsperson/en – hohe Chance auf beschleunigten Tod: Beispiele Hüftfrakturen > älter als 80; schwere Traumata bei älteren Personen (mehrfache Rippenbrüche, Gehirnblutungen, fortgeschrittenes AIDS, usw.	
Nichts angekreuzt? STOP! Screening ist fertig.	Einen oder mehrere Punkte angekreuzt? Weiter mit den Screening.



Hat der/die PatientIn zwei oder mehrere unerfüllte Palliative Care Bedürfnisse? (Bitte alle betreffende Situationen ankreuzen)	
☐ häufige Arztbesuche: 2 oder mehrere Notfallaufnahmen oder Zuweisungen bzw. Aufnahmen im Krankenhaus innerhalb der letzten 6 Monate.	
☐ Unkontrollierte Symptome: Vorstellungen auf Grund von nicht beherrschten, unbehandelten Symptomen: z.B., Schmerz, Dyspnoe, Depressionen, Müdigkeit / Erschöpfung, usw.	
☐ Funktionelle Verschlechterung: z.B. Mobilitätsverlust, häufige Stürze, verminderte orale Nahrungsaufnahme, Hautläsionen, usw.	
☐ Unsicherheiten bezüglich der Pflegeziele und/oder Sorgen bei pflegenden Personen: Pflegenden Person kann langfristige Bedürfnisse nicht erfüllen; Unsicherheiten betreffend der Ziele der Pflege.	
☐ Überraschungsfrage: Sie wären nicht überrascht, wenn diese/r PatientIn innerhalb der nächsten 12 Monaten stirbt?	
Weniger als 2 angekreuzt? STOP! Dieses Screening ist negativ.	ZWEI oder mehr angekreuzt? Palliative Care Konsil empfohlen!

- retrospective, monocentric, observational study on 1096 adult patients at ED
- **13.2%** (145/1096) of patients in an ED show palliative-medical needs and need a goal-oriented therapy. Only 8 patients (5,5%) actually received a palliative care consultation

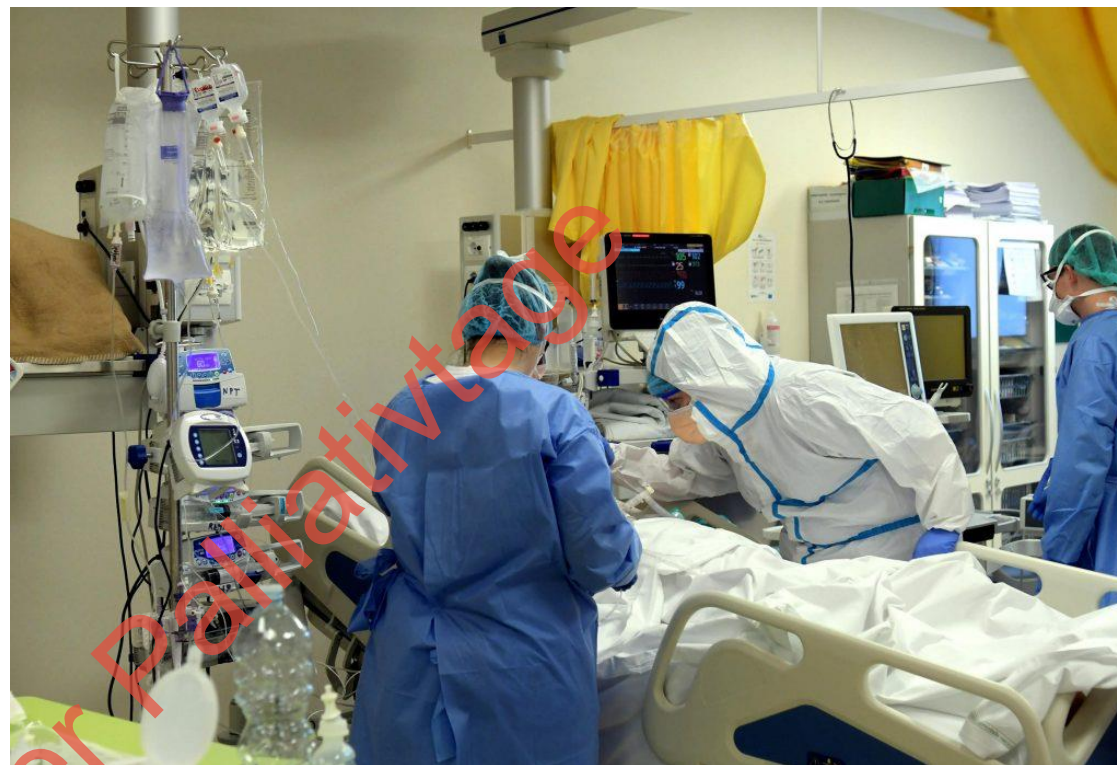
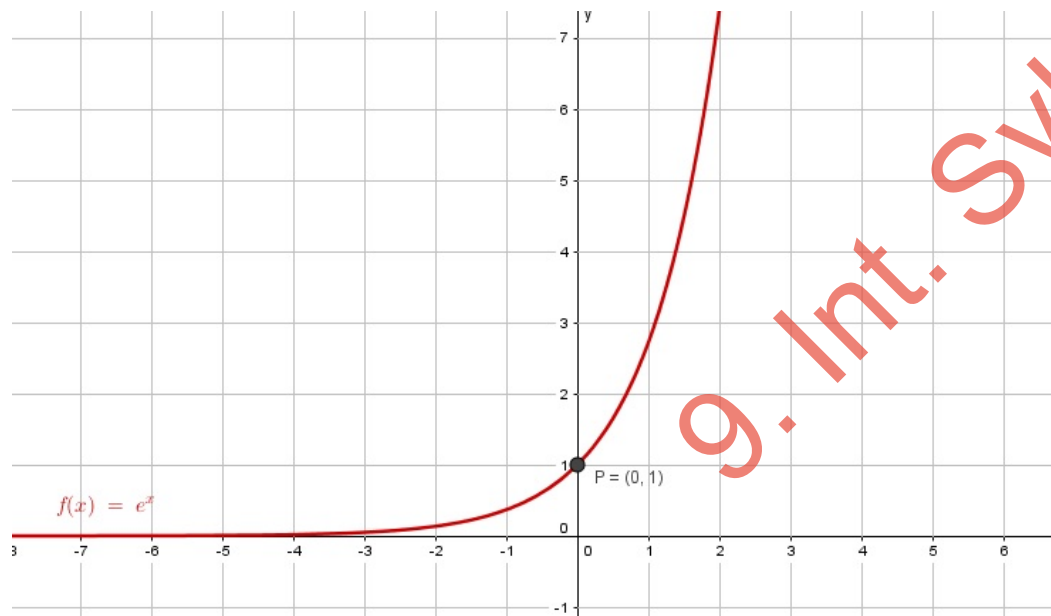
“The ED often serves as the key point for determining further treatment.” ???

George N et al.; Content Validation of a Novel Screening Tool to Identify Emergency Department Patients With Significant Palliative Care Needs, Academic Emergency Medicine 2015; 22:823-837.

“Only 5% of palliative care consults done in the ED were initiated by ED providers and the consultation occurred days into the patient's hospital stay”

Grudzen CR, J Palliat Med 2012





d

Hyperinformations-Hyperkommunikations-Syndrom

vgl.: Wie viel Tod verträgt das Team?: Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Monika Müller, David Pfister. Vandenhoeck & Ruprecht 2014

Redseligkeit → *Schreibseligkeit*

Positionspapier der österreichischen Palliativgesellschaft 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, 2010 Feb;39(2):291-5.

doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.11.241.

Dietmar Weixler¹, Gudrun Kreye², Rudolf Likar³, Christine Marosi⁴, Elisabeth Medicus⁵,
Herbert Watzke⁴, Eva Katharina Masel⁴

Ethische Grundlagen:

- Schutz vor Schaden
- Gerechtigkeit
- Verhältnismäßigkeit
- Selbstverpflichtung der Palliative Care
- Wechselseitigkeit
- Vertrauen



Handlungsempfehlungen
zur Symptomkontrolle

von an SARS-COVID-
Sterbenden

www.palliativ.at

Welche Triage?

Tran D. Rapid De-Escalation and Triaging Patients in Community-Based Palliative Care. J Pain Symptom Manag 2020; July (60) US, Palo Alto, Ca –
Praxisempfehlungen (sehr defensiv)

- Risiko für direkte Kontakte ist zu hoch (Sozialarbeit, Seelsorge)
- Empfehlung für Videokonferenzen und Telekommunikation
- direkte Besuche nur durch 1 Mitarbeiter (Mangel an Schutzausrüstung) und nur **wenn der Nutzen** (physikalische Untersuchung unumgänglich, komplexe Kommunikationserfordernisse, Klärung: sterbender Patient?) einen **Schaden** durch Unterlassung überwiegt?)
- basiert nach Dringlichkeit (hohe Symptomlast)

keine Definition von „Triage“

Lopez S. “Palliative Pandemic Plan,” **Triage** and Symptoms Algorithm as a Strategy to Decrease Providers’ Exposure, While Trying to Increase Teams. Availability and Guidance for Goals of Care (GOC) and Symptoms Control. Am J Hospice & Palliat Med 2020; Vol. 37(11) 980-984

- Strategie zur Vorbereitung für eine exponentielle Zunahme von Palliativleistungen in NYC
- „nicht genug Palliativmediziner, um den Anforderungen zu genügen“
- Caregiver-burnout !
- 2 **beratende** Teams (5 + 2 Personen) → Entscheidungen betr. Therapiezielen und schwierigen Symptomen für die „**frontline**-provider“
- Therapiealgorithmus (Schmerz, Atemnot: ...)

„ **triage** patient needs“ – WAS? WIE?



Allokationsethische Orientierungshilfe für den Einsatz knapper intensivmedizinischer Ressourcen

Konsensuspapier der österreichischen intensivmedizinischen Fachgesellschaften (FASIM) aus Anlass der COVID-19-Pandemie

Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI),
Österreichische Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin (ÖGIAIN),
Arbeitsgemeinschaft für Neurointensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN),
Arbeitskreis Beatmung und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP),
Arbeitsgruppe für Kardiovaskuläre Intensivmedizin und Notfallmedizin der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG), Austrian Association of Emergency Medicine (AAEM)

"Bei uns werden alle Patienten, solche mit Demenz und multimorbide Patienten bei COVID-Infektionen gar nicht mehr stationär aufgenommen.

Sie müssen allein daheim zurecht kommen, denn wir schaffen es nicht mehr alle zu versorgen. Aber ich kann so nicht arbeiten, wenn ich sehe, dass ein Mensch, dement, im Bett liegt, mit hohem Fieber, nass bis zum Hals, die Windel schmutzig, der seit 4 Tagen nichts gegessen und getrunken hat und die Frau, die ebenfalls infiziert ist mit Fieber usw, es nicht schafft ihn zu pflegen. Und ich weiß genau, dass nach mir niemand mehr kommt und die beiden alten Leute auf sich allein gestellt sind."

*(Originalzitat, Hauskrankenpflege, Südtirol)
via Angelika Feichtner MSc, Innsbruck, April 2020)*

Workload ↑↑↑

„stockpiling“

stationäre Aufnahmekriterien

einfache Perfusorrezepte zur Symptomkontrolle sterbender COVID-Patienten

Krisenstab Gruppe VII: „Die gute Seele“ – Teamerweiterung extern

Sicherheit der MitarbeiterInnen

Kontinuierliche Kontakte modifizieren

Anforderung von 3 tablets für die Kommunikation extern-intern (Trauer, Abschiede)

Netzwerkkommunikation (HKP, Hospize, LPZ, mobile Palliativteams, Hospizteams, Palliativstationen)

Advance care planning (ACP), antizipierende und Vertretungsinstrumente ↑↑↑

UNTERBRINGUNG - ANFRAGEN

Informationen einholen (SAMW, DGP, DIVI, ...) **SCHÖNE APPELLE**

Positive Effekte

Teamspirit der (noch) anwesenden Teammitglieder ↑

Lernkurve ↑ (*Lernen unter Stress?*)

rasche regionale Lockerung der Zugangsbeschränkungen („palliativ“)

Autonomie im Gestalten – Kreativität – Flexibilität

Free articles!

9. Int. Syllabus Palliativtage

Negative Effekte in lockdown 1

physical distancing (Teammitglieder, Familien, Wegfall der meetings, Wegfall der Supervisionen, Klinische Ethikberatung...)

Verunsicherung (welche Schutzkleidung, Kontakte: Sicherheit vs. notwendiges Handeln, täglich neue „Maßnahmen“)

Wegfall der Normalität (sämtliche Prozesse)

Noncompliance von MitarbeiterInnen

hoher Entscheidungsdruck (→ FEHLER)

Wegfall von Institutionen (HKP, Palliativstationen, PH)

Lieferprobleme bei notwendigen Medikamenten

Zögerliche Lockerung der Restriktionen

COVIDOSE (Themendominanz) – Corona-fatigue – Widerstand - Unverständnis

(z.B. einige Chirurgische Fächer)



ORIGINAL ARTICLE

27.3.2020

DOI: 10.1056/NEJMoa2005412

Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington

Temet M. McMichael, Ph.D., Dustin W. Currie, Ph.D., Shauna Clark, R.N.,

RESULTS

As of March 18, a total of 167 confirmed cases of Covid-19 affecting 101 residents, 50 health care personnel, and 16 visitors were found to be epidemiologically linked to the facility. Most cases among residents included respiratory illness consistent with Covid-19; however, in 7 residents no symptoms were documented. Hospitalization rates for facility residents, visitors, and staff were 54.5%, 50.0%, and 6.0%, respectively. The case fatality rate for residents was 33.7% (34 of 101). As of March 18, a total of 30 long-term care facilities with at least one confirmed case of Covid-19 had been identified in King County.

CONCLUSIONS

In the context of rapidly escalating Covid-19 outbreaks, proactive steps by long-term care facilities to identify and exclude potentially infected staff and visitors, actively monitor for potentially infected patients, and implement appropriate infection prevention and control measures are needed to prevent the introduction of Covid-19.



Bajwah S, Wilcock A, Towers R, *et al.* Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. *Eur Respir J* 2020; in press (<https://doi.org/10.1183/13993003.00815-2020>).

Cara L. Wallace *et al.* Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J pain symptom manag* Vol. 60 No. 1 July 2020

Simon N. Etkind, The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic *J pain symptom manag* Vol. 60 No. 1 July 2020

Husebo B. Palliative treatment and care for dying nursing home patients with COVID-19 *The Journal of the Norwegian Medical Association* 2020

Sebastiano Mercadante, Palliative Care in the Time of COVID-19 *J pain symptom manag* Vol. 60 No. 2 aug 2020

Joni Gilissen International COVID-19 Palliative Care Guidance for Nursing Homes Leaves Key Themes Unaddressed *J pain symptom manag* Vol. 60 No. 2 aug 2020

Radbruch L. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *The Lancet* <https://doi.org/10.1016/>

Natasha Lovell, Characteristics, Symptom Management, and Outcomes of 101 Patients With COVID-19 Referred for Hospital Palliative Care *J pain symptom manag* Vol. 60 No. 2 aug 2020

Jennifer Turner, A Dual-Center Observational Review of Hospital-Based Palliative Care in Patients Dying With COVID-19 *J pain symptom manag* Vol. 60 No. 2 aug 2020

Lucy Hetherington COVID-19 and Hospital Palliative Care – A service evaluation exploring the symptoms and outcomes of 186 patients and the impact of the pandemic on specialist Hospital Palliative Care. *Palliative Medicine* 2020; Vol. 34(9) 1256– 1262

observational studies

Mercadante S. Palermo, Italy

“Face masks, for example, were unavailable for many weeks and have fueled a disreputable black market.

Indeed, some hospices stopped their activities

requests of home care assistance doubled compared to the same period of the previous year

It is sad to say that patients who are admitted to hospice will not say good-bye before dying”

Box 1 Signs indicating that the patient is dying (11–14)

Husebo B, Bergen, Norway

The patient has:

- significant weakening and is increasingly bedridden
- need for a lot of sleep and may have a varying level of consciousness
- lack of intake of food and drink, or can take only small sips of fluid
- irregular respiration or Cheyne-Stokes respiration
- reduced circulation with cold, bluish extremities, sometimes a cold nose
- reduced urine production
- agitation/delirium
- nausea/vomiting
- secretions in the upper respiratory tract
- a characteristic facial expression, pallor around the nose and mouth

Wallace, USA

„.... Viewing maps of global spreads, individuals can anticipate the virus coming closer, increasing distress.

Experiences of death become more personal as COVID-19 affects communities broadly.

Anticipatory grief results from uncertainty as well as trying to make sense of what is coming.

„... social consequences of isolation of social distancing may impact the potential of complicated grief (CG)....

Turner, West Sussex, GB

Alter median 81 (48-96), 75% von zuhause

Mediane Zeit von Symptombeginn bis Tod: 9 Tage (2-30)

Sterbephase: median 38 Stunden

hohe Symptomlast → früh syringe driver!



parenterale Morphin TD/24: 16mg

Midazolam 13mg

Hetherington, Glasgow, UK

Alter: 76*

häufigste Symptome: Atemnot, Agitation („Unruhe“) und Delir, Husten, Angst

Diagnose bis Tod: 6 Tage

Palliativbegleitung: 2 Tage (2 Visiten)

Syringe driver in 78% effektiv: Morphin: 10mg (6-90), Midazolam 10mg (2,5-60)

Mortalität: **80%**

early assessment and initiation of symptom control measures is key!

(alle Zahlen sind Medianwerte)

Das Pflegeheim - Dilemma



ACP bei SDAT 16.12.2020

Besuchsregelung Beispiel OÖ und NÖ

Die Hälfte der Mitarbeiter sind positiv, die Reinigung muss helfen

Bewohner sterben

Wir sind ein riesiges Lazarett

Das Schiff droht zu kentern und die restliche Mannschaft rudert bis zur völligen Erschöpfung
Keine Hilfe oder ein Zeichen von außen

Alleine gelassen!!!

Der Großteil der Bevölkerung bekommt davon nichts mit.

Mir wäre danach nach draußen zu gehen und laut zu Schreien.

H. N. 54a, Pflegeassistentz,
Demenzstation, Land Salzburg, 6.12.2020

Riva L, Caraceni A et al. COVID-19 emergency and palliative medicine: an intervention model BMJ Supportive & Palliative Care 2020;**0**:1–4

- retrospektive Beobachtungsstudie, monozentrisch, Lecco, Lombardei/It
- Beobachtungszeitraum 11. März – 18. April 2020
- 146 Patienten, die der Palliativeinheit zugewiesen wurden (700 stationäre Aufnahmen)
- 120 verstorben (82%), 15 überlebten und wurden entlassen (10,2%)
- 93 wurden so eingeschätzt, dass ICU-Therapie als nicht indiziert qualifiziert wurde
- „palliative und lebensverlängernde Therapien wurden nicht als einander entgegenstehend, sondern als integrationswürdig angesehen:
 - a) Frühes Erkennen von Patienten mit schlechten Prognosekriterien (WIE? WER: 1 ED-Arzt)
 - b) Behandlung von belastenden Symptomen
 - c) Aufrechterhalten des Familienkontakts

Table 1 Characteristics of 141 patients referred for palliative assessment for whom all data were available, according to prognostic group

	Total N=141 (100%)	Group A (more severe prognosis) N=93 (66%)	Group B (less severe prognosis) N=48 (34%)	P value B versus C
Sex, N (%)				
Male	93 (66)	60 (64.5)	33 (68.8)	0.7526
Female	48 (34)	33 (35.5)	15 (31.2)	
Age (year)				
Median (IQR)	79.0 (11)	81 (10)	76 (9.5)	<0.001
Days from hospitalisation to PC referral**				
Mean (SD)	4.1 (4.6)	4.4 (5.2)	3.7 (2.9)	0.3186
Median (IQR)	3.0 (5.0)	3.0 (5.0)	4.0 (5.0)	0.9341
Duration of palliative care (PC) intervention (days)				
Mean (SD)	4.7 (4.7)	2.7 (2.6)	8.6 (5.3)	<0.001
Median (IQR)	3.0 (4.0)	2.0 (2.0)	7.0 (7.5)	<0.001
No of assessments for each patient				
Mean (SD)	4.3 (4.6)	2.4 (2.6)	8.1 (5.4)	<0.001
Median (IQR)	3.0 (4.0)	2.0 (7.0)	7.0 (7.3)	<0.001
Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)/ oxygen				
CPAP	45 (68.1)	22 (23.7)	23 (47.9)	<0.01
Oxygen only	96 (31.9)	71 (76.3)	25 (52.1)	
Opioids **				
Yes	111 (80.4)	76 (82.6)	35 (76.1)	0.3714
No	27 (19.6)	16 (17.4)	11 (23.9)	
Outcome, N (%)				
Deceased	116 (82.3)	86 (92.5)	30 (62.5)	<0.001
Recovered	15 (10.6)	2 (2.15)	13 (27.1)	
Continuing PC support	10 (7.1)	5 (5.38)	5 (10.4)	

* Five missing

** Three missing

Riva L, Caraceni A et al.
COVID-19 emergency
and palliative
medicine: an
intervention model BMJ
Supportive & Palliative
Care 2020;**0**:1–4

Riva L, Caraceni A et al. COVID-19 emergency and palliative medicine: an intervention model BMJ Supportive & Palliative Care 2020;**0**:1–4

Erkenntnisse:

1. Palliative medicine specialists can make a fundamental contribution precisely because of their ability and experience to work in an organised multiprofessional context and in clinical care environments where difficult choices and limited resources are on the daily teamwork agenda
2. It was not appropriate to leave the burden and responsibility of the choices to a single category of professionals involved in the management of critical patients ...



Dr. Roland Steiner, Univ. Klinikum Klagenfurt, Leiter der Notfallaufnahme, Referent für Notfallmedizin der ÄK Kärnten

- Es wurde **keine Triage** durchgeführt, es herrschte kein großer Druck durch COVID. **Individualmedizinische** Entscheidungen im Schockraum (COVID-Schockraum)
- Nicht kritisch erkrankte wurden von der Pulmologie versorgt
- Kritisch Erkrankte wurden multidisziplinär an der ICU behandelt (Sozialanamnese, Angehörigengespräche, 3x/Woche Klinische Ethikberatung, ausreichend Zeit für individuelle Entscheidungen, die multidisziplinär getroffen wurden)
- *Permissive Besucherregelung (Prof. Rudolf Likar)*
- Kaum Berufenen in Pflegeheime (störend!) – Triagen „nach außen verlegt?“ 50% der Todesfälle in Pflegeheimen



Dr. Sebastian Schnaubelt, AKH Wien – Med Uni Wien
/Notfallaufnahme

Krankenhaus der Maximal- und Spitzenversorgung / aus der COVID-Versorgung ausgenommen

- es musste definitiv nicht speziell oder "strenger" triagiert werden (wir triagieren wie sonst auch immer nach den ESI Kriterien).
- Ich war aber in dieser Zeit an die pulmologische Intensivstation des XY- Spitals entsandt und konnte dort an vorderster Front erleben, wie COVID-19 auch nach Wien kam - hier waren zwar spezielle **Triageentscheidungen nicht nötig** (wenn Station voll, wurden andere ICUs belegt), aber natürlich trotzdem immer wieder bei sich verschlechternden PatientInnen von den Normalstationen vorgenommen (aber eher die Frage, ob eine Intensivtherapie sinnvoll ja/nein und nicht betr. Notaufnahme).
- einige Spitäler in Wien hatten "Corona-Dienst", wurden dann von der Rettung primär mit Verdachtsfällen angefahren. Hier kam es zu teils schwierigen Situationen, weil an manchen Tagen die **Mannschaftsstärke überfordert** war oder **bauliche Maßnahmen** für die Mengen nicht vorhanden waren. Spezielle **schwierige Triageentscheidungen wurden aber auch hier nicht nötig**



Prof. Phillip Eisenburger, Floridsdorf

- Triage: wir hatten in der ersten Welle eine vorgeschaltete Einheit des Ärztefunkdienstes, die sich **Triage genannt** hat und die die stabilen Covid-Verdachtspatienten rausgefischt und direkt auf die Covid-Verdachtsstation gelenkt hat (Selbstkommer und Rettungen)
- Es gab und gibt seit dem Herbst nur die Covid-Stationen für die bestätigt positiven Patienten. Das wiederum betrifft nur Patienten, die wegen und nicht mit Covid aufgenommen sind, also erstens viel ansteckender sind und zweitens O₂ Bedarf haben. Die anderen, zB gebrochener Fuß oder Cholezystis mit Zufalls-Covid liegen jeweils fachspezifisch.
- Wenn seit Herbst Rettungen mit bekannt positiven Patienten angekündigt werden, schauen wir die **in der Rettung** an und schicken sie – sofern sie aufnahmepflichtig sind – direkt auf die Station. Falls IMC/ICU pflichtig kommt der Anästhesiedienst dazu.
- Algorithmus / Rezept: nein. Sauerstoffpflicht 2-10l/min = Normalstation, > 10l (IMC Diskussion. Instabil: manchmal direkt ICU, manchmal Schockraum (den wir bespielen), je nachdem ob sicher ist, dass der Patient nichts anderes hat als Covid.



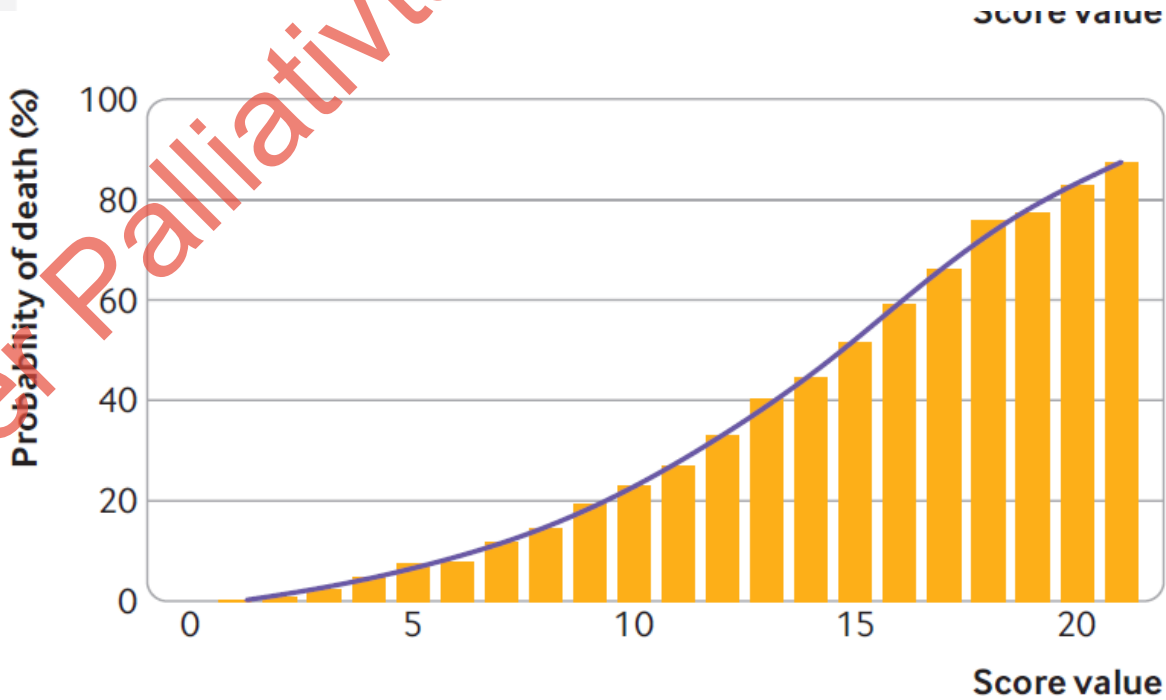
PD Dr. Martin Dünser, Keplerklinikum Linz

- Strukturelle Voraussetzung: Notfallaufnahme und ICU „in einer Hand“
- neu IMCU an der Notfallaufnahme (Wartezone / Testergebnis)
- gemeinsame multiprofessionelle Entscheidungen (Pulmologie + Intensivmedizin) – Struktur: 08h00 tgl. Besprechung
- Therapiezieldiskussion begründet und transparent / min. 2 Professionen
- **Einzelentscheidungen** – Mehraugenkonzept – Profit von Interdisziplinarität
- Nie offiziell triagiert
- Johannesburg-Konzept: (5R): reason + rational + responsible + reconsideration + reevaluation
- Erkenntnisgewinn: „palliative resuscitation concept“

Table 2 Final 4C Mortality Score for in-hospital mortality in patients with covid-19. Prognostic index derived from penalised logistic regression (LASSO) model	
Variable	4C Mortality Score
Age (years)	
<50	—
50-59	+2
60-69	+4
70-79	+6
≥80	+7
Sex at birth	
Female	—
Male	+1
No of comorbidities*	
0	—
1	+1
≥2	+2
Respiratory rate (breaths/min)	
<20	—
20-29	+1
≥30	+2
Peripheral oxygen saturation on room air (%)	
≥92	—
<92	+2
Glasgow coma scale score	
15	—
<15	+2
Urea (mmol/L)	
≤7	—
7-14	+1
>14	+3
C reactive protein (mg/dL)	
<50	—
50-99	+1
≥100	+2

Covid-19=coronavirus disease 2019.
 *Comorbidities were defined by using Charlson comorbidity index, with the addition of clinician defined obesity.

Knight SR et al.
 4C Mortality Score
 BMJ2020;370:m3339



35.463 Patienten
 260 Spitäler



- „Meines Erachtens sind alle Scoring-Systeme in einer systemischen Sicht auf die Entscheidungsfindung **immer nur ein Baustein unter mehreren**:
- Wenn die Scores empirisch validiert und pragmatisch gut anwendbar sind, bieten sie einen wichtigen **Aspekt für Gespräche** – z.B. über den Verlauf
- Sie **können für sich alleine nie eine Entscheidung normativ begründen** – wahrscheinlich nicht einmal dann, wenn der Score besonders („eindeutig“) schlecht ist. Weil wir keinen normativen Konsens über den Cut-off-Wert haben.
- Zugleich sind die Scores der bestmögliche Versuch, eine „Faktengrundlage“ zu haben, die für alle Betroffenen nachvollziehbar ist und nicht alleine im subjektiven Blick des jeweiligen Betrachters liegt – der immer das **Risiko der Willkür** mit sich bringt.“

Süddeutsche Zeitung 25.2.2021

"Und wenn er kein Covid hat, dann wird's eng,, – Interview Christina Kunkel + Andreas Bayer

„Knappe Ressourcen in der hochspezialisierten Versorgung gab es auch schon vor Jahren. Wir hatten aber in den vergangenen Monaten eine unangenehme Häufigkeit solcher regionale Behandlungsengpässe....“

Also kennen Sie solche Situationen?

Auch vor COVID waren Intensivbetten knapp. Nur durch Umverteilung von Pflegekräften, beispielsweise aus dem OP-Betrieb, konnten die in der Pandemie dringend benötigten Intensiv-Kapazitäten geschaffen werden. Dazu mussten aber Operationen verschoben werden, vor allem die planbaren, nach denen ein Patient normalerweise auf der Intensivstation betreut werden muss. Hier musste also priorisiert werden.“

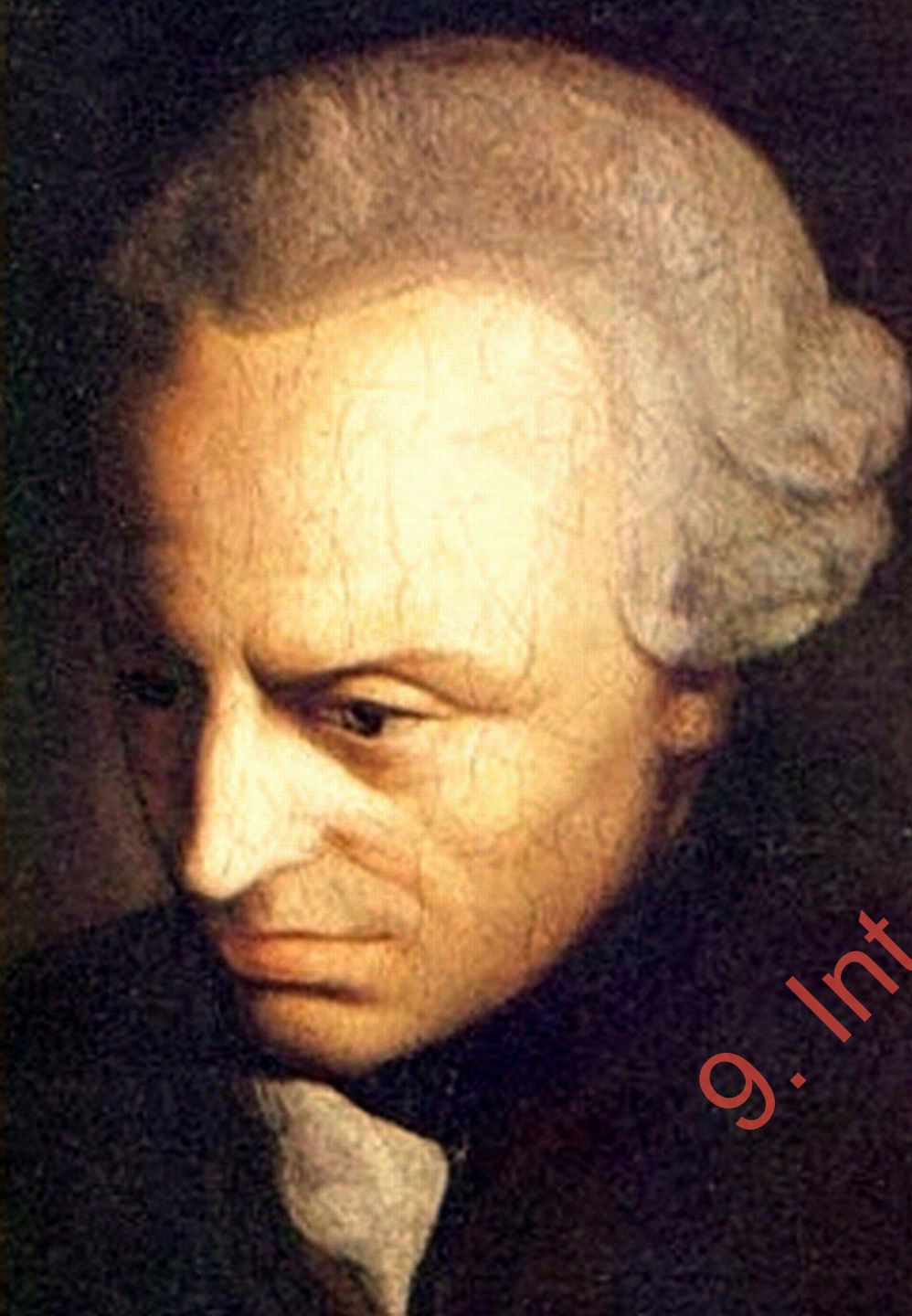
Süddeutsche Zeitung 25.2.2021

"Und wenn er kein Covid hat, dann wird's eng,, – Interview Christina Kunkel + Dr. Andreas Bayer

Aber es heißt doch immer: Noch läuft alles gut, unser Gesundheitssystem ist noch nicht an der Belastungsgrenze.

Wo ist die Grenze? Wenn wir sagen, Medizin in einem universitären Krankenhaus definieren wir so, wie sie im Regelbetrieb im Sommer 2019 war, dann haben wir uns zeitweise schon weit davon entfernen müssen. Für den absoluten Krisenfall gab es immer noch Reserven, aber auch nur, weil Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte und viele andere Mitarbeiter in den Kliniken bis an ihre Grenzen gehen. Oder zeitweise darüber hinaus.

„Es wurden lediglich Ressourcen umverteilt. Das System ist nicht gewachsen. Niemand hat neue Krankenhäuser gebaut. Und niemand hat vor allem Pflegekräfte geklont.“



Selbstzwecklichkeit (Immanuel Kant)

„Handle so, daß du die Menschheit
sowohl in deiner Person, als in der Person
eines jeden andern jederzeit zugleich
als **Zweck**, **niemals** bloß
als **Mittel** brauchest“

Das Gesundheitssystem
als **ökonomische** Einrichtung
pervertiert den Menschen zu
einer ökonomischen Größe

Article

Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem

M CARDONA-MORRELL¹, JCH KIM², RM TURNER³, M ANSTEY⁴,
IA MITCHELL⁵, and K HILLMAN^{1,6}

33–38%

Results of data synthesis: Evidence from 38 studies indicates that on average 33–38% of patients near the EOL received NBTs. Mean prevalence of resuscitation attempts for advanced stage patients was 28% (range 11–90%). Mean death in intensive care unit (ICU) was 42% (range 11–90%); and mean death rate in a hospital ward was 44.5% (range 29–60%). Mean prevalence of active measures including dialysis, radiotherapy, transfusions and life support treatment to terminal patient was 7–77% (mean 30%). Non-beneficial administration of antibiotics, cardiovascular, digestive and endocrine treatments to dying patients occurred in 11–75% (mean 38%). Non-beneficial tests were performed on 33–50% of patients with do-not-resuscitate orders. From meta-analyses, the pooled prevalence of non-beneficial ICU admission was 10% (95% CI 0–33%); for chemotherapy in the last six weeks of life was 33% (95% CI 24–41%).



Status quo (COVID): **Kulmination**

Medizinische Machbarkeit – Ignoranz des Individualtodes

Entgrenzung: Ökonomie – soziale und medizinische Machbarkeiten

Kollusion* zwischen den agierenden MedizinerInnen und PatientInnen/Angehörigen

Bakitas Marie et al. ENABLE III JCO 2015: Effektivität der PC betr. QOL ist gegeben, wenn die Begleitung **mindestens 12 Wochen** beträgt **EARLY INTEGRATION** vs. **ENTSORGUNG**

***Kollusion:** wenig reflektiertes, oft unbewusstes, meist von den dabei zusammenwirkenden Akteuren selbst weitgehend uneingestandenes „**Arrangement**“ (Rollenverteilung, Interaktionsmuster, „Einvernehmen“) zweier oder mehrerer Beteiligter.

(Jürg Willi 1975 Die Zweierbeziehung)

Conclusio

1. Die Palliativversorgung als Ausdruck einer Sorgeskultur wird in Österreich seit 2002 politisch als Liebhaberei qualifiziert
2. Daher spielt der Ansatz auch in einer Krise keine Rolle – wenn, dann als Entsorgungsmaschine für den ökonomistisch geführten Medizinbetrieb
3. Folgerichtig werden dem Staat „Selbstentsorgungs-Optionen“ angeboten (vgl. Entscheid des VfGH vom 11.12.2020 – § 78 StGB)

→ wenn es schon einen Rechtsanspruch auf assistierten Suizid geben soll, MUSS es auch einen Rechtsanspruch auf Palliativversorgung geben!

Corona in der Notaufnahme: Triage und Palliativversorgung



Dr. **Dietmar Weixler** MSc, Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin
AG Ethik in Palliative Care der OPG



ARGE Ethik Intensivmedizin
ARGE Palliativmedizin

Eine konkrete Behandlung ist nicht (mehr) indiziert, wenn

der Sterbeprozess **unaufhaltsam** eingetreten ist und durch weitere medizinische Interventionen nur in die Länge gezogen würde,
sie (auch in nicht terminalen Fällen) aus medizinischer Sicht **aussichtslos** oder nicht erfolgsversprechend ist oder
mit ihr eine **Belastung** des Patienten verbunden wäre, die den aus der Behandlung zu erwartenden Vorteil überwiegt

Nach Kopetzki Ch I FamZ 2007