

02.04.2020

Nr. 4

AN: interessierte Hausärzte in Rheinland-Pfalz

VON: Dr. Barbara Römer, Landesvorsitzende

MAIL: info@hausarzt-rlp.de

TELEFON: 0261-293 5600

FAX: 0261-293 5980

THEMEN: Entscheidungshilfe zur Krankenhauseinweisung

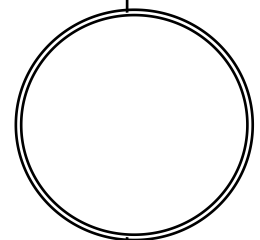


Hausärzte wählen Hausärzte!



**Die Hausarztliste**

Vertretung hausärztlicher Interessen  
ohne Wenn und Aber



Liebe Dres.,

im Anhang erhalten Sie eine Entscheidungshilfe für die Indikation zur Krankenhauseinweisung und/oder ggf. Einweisung auf die Intensivstation, die von Mitgliedern des ambulanten Ethikkomitees zusammengestellt wurde und Ihnen im Praxisalltag hoffentlich als Entscheidungshilfe dienlich sein kann.

Mit freundlichen Grüßen

Brigitte Schäfer

Geschäftsstellenleiterin

**Hausärzteverband Rheinland-Pfalz e. V.**

**Am Wöllershof 2**

**56068 Koblenz**

**Tel.: 0261-2935600**

**Fax: 0261-2935980**

**E-Mail: [info@hausarzt-rlp.de](mailto:info@hausarzt-rlp.de)**

**Homepage: [www.hausarzt-rlp.de](http://www.hausarzt-rlp.de)**

***Diese E-Mail enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder diese E-Mail irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie diese Mail. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieser Mail ist nicht gestattet.***



Bitte drucken Sie diese Nachricht nicht aus, es sei denn es ist wirklich erforderlich. Vielen Dank.



Bezirksärztekammer  
Rheinhausen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
- Ambulantes Ethikkomitee -

Mainz, den 02. April 2020

Sehr geehrte hausärztliche Kolleginnen und Kollegen!

Es ist derzeit noch in keinster Weise absehbar, wie sich die COVID-19-Pandemie in Deutschland weiter entwickeln wird. Wird der „Lockdown“ sein Ziel erreichen, den Anstieg der Infektionen zu bremsen, um eine Überforderung des deutschen Gesundheitswesens zu verhindern oder wird sich ein rasanter und massenhafter Anstieg der Zahl derjenigen Infizierten nicht vermeiden lassen, die intensivmedizinischer Behandlung bedürfen, und wird die dann zu erwartende Ressourcenknappheit von den behandelnden Ärzten schwierige Allokations-Entscheidungen verlangen. Für diesen Fall haben inzwischen mehrere europäische Fachgesellschaften klinisch-ethische Entscheidungshilfen und Empfehlungen formuliert und veröffentlicht, die bei der Zuteilung begrenzter intensivmedizinischer Ressourcen leiten sollen. Die ‚Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin‘, DIVI, hat dies vergangene Woche getan. Ihr primärer Fokus sind naturgemäß die Szenarien im stationären Bereich. Es werden Kriterien für Priorisierungsentscheidungen benannt, wenn es zum einen um die Aufnahme eines Patienten auf der Intensivstation geht, zum anderen aber auch um die Re-Evaluation einer laufenden Intensivtherapie mit ggf. auch der gebotenen Entscheidung zur Beendigung derselben. Im letzten Abschnitt der DIVI-Empfehlung mit der Überschrift „Weitere für die Priorisierung relevante Entscheidungssituationen“ widmet sich ein Absatz den präklinischen Entscheidungen (z.B. Alten- und Pflegeheim, Rettungsdienst). Hier heißt es: „Ausschlusskriterien für eine Aufnahme auf die Intensivstation sollten frühzeitig und ggf. bereits vor Aufnahme in die Klinik identifiziert werden. Zur Prognoseeinschätzung sollten möglichst viele der Unter 3.2. genannten Kriterien bereits vor Verlegung in die Klinik geprüft werden. Wenn möglich, sollte im Vorfeld unter Einbeziehung des Hausarztes ermittelt und verlässlich dokumentiert werden, ob eine Krankenhauseinweisung und ggf. Verlegung auf Intensivstation bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes medizinisch indiziert und vom Betroffenen gewünscht ist.“ Folgende Kriterien, die mit einer schlechten Erfolgsaussicht intensivmedizinischer Maßnahmen verbunden sind und von denen bei unseren geriatrischen Patienten häufig nicht nur eines vorliegt, werden von der DIVI benannt:

- chronische Organversagen (z.B. dialysepflichtig Niereninsuffizienz)
- schwere Organ-Dysfunktion mit prognostisch eingeschränkter Lebenserwartung (z.B. fortgeschrittene Herzinsuffizienz, fortgeschrittene Lungenerkrankungen wie hochgradige COPD oder beatmungspflichtige chronisch respiratorische Insuffizienz, fortgeschrittenes Leberversagen)
- weit fortgeschrittene neurologische oder neuromuskuläre Erkrankungen
- weit fortgeschrittene Krebserkrankung
- schwere und irreversible Immunschwäche
- (Grad der) Multimorbidität
- Gebrechlichkeit (z.B. nach der Clinical Frailty Scale)

Es wird hierbei sicherlich immer einen gewissen Ermessensspielraum ohne feste Cut-off-Werte etwa bei Gebrechlichkeitsskalen geben. An dieser Stelle sei aber auch noch unmissverständlich klargestellt, dass das Alter per se kein Entscheidungskriterium für die Allokation medizinischer Maßnahmen sein kann. Entscheidend ist der individuell zu beurteilende Gesamtzustand der Patienten, ihre Komorbiditäten und ihre damit verbundene Prognose. Die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) fordert hier: „Es gilt darauf zu achten, dass keine rechtlich und ethisch problematischen Kriterien angewendet werden, wie beispielsweise eine Allokation nach dem chronologischen Alter oder den zu gewinnenden Lebensjahren, die zu einer Altersdiskriminierung führen.“ Zu dem Thema ‚Alter‘ gibt es in den nächsten Tagen auch noch eine ergänzende Stellungnahme unseres Ethikkomitees, die auf der Website (<https://aerztekammer-mainz.de/Ethikkomitee.php>) aufgerufen werden kann.

Zweifellos ist hier der Hausarzt mit seiner Expertise und langjährigen Kenntnis der von ihm betreuten betagten Patienten gefragt und kann seinen Beitrag dazu leisten, dass bei möglicherweise eingetretener Ressourcenknappheit mit der Notwendigkeit einer Priorisierung bei den mit COVID-19 infizierten geriatrischen Patienten eine Krankenhauseinweisung dann unterbleibt, wenn bei ihnen die Erfolgsaussichten einer intensivmedizinischen Behandlung gering sind. Dies selbstverständlich auch dann, wenn es eine entsprechende Willensäußerung oder Vorausverfügung des Patienten bzw. eine Direktive des Betreuers gemäß dem mutmaßlichen Patientenwillen gibt. Und so könnte die COVID-19-Pandemie ein Anstoß sein für alle in die Betreuung älterer Menschen involvierten Akteure, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Co. zu thematisieren, gegebenenfalls zu deren Abfassung zu motivieren und für eine rasche Verfügbarkeit derselben im Bedarfsfall zu sorgen. Vielleicht kann die derzeit in Hausarztpraxen freiwerdende Zeit durch patientenseitige Absagen von nicht dringend notwendigen Konsultationen (Präventionsangebote) dazu genutzt werden, die ggf. anstehenden Entscheidungen im Zusammenhang mit COVID-19 bei den geriatrischen Patientinnen und Patienten im Dialog mit Zugehörigen und Pflegenden in diesem Sinne vorzubereiten. In schwierigen Entscheidungssituationen kann auch gerne das Beratungsangebot des Ambulanten Ethikkomitees in Anspruch genommen werden.

Für das Ambulante Ethikkomitee der Bezirksärztekammer Rheinhessen

Gez.

Dr. med. Elisabeth Rix, Dr. med. Barbara Römer, Dr. med. Hans Jürgen Zimmermann

Dr. med. Heinold Gamm, Dr. med. Klaus Schniepp-Mendelssohn,

Prof. Dr. med. Karl-Bertram Brantzen