

„Triage Konzept“ und „palliativer Behandlungsplan“ für Bewohner/innen von Pflegeeinrichtungen mit COVID-19 Infektionen

O. Gehmacher, überarbeitete Version November 2020

Ziel:

- Erfassung des Bewohner Willens
- Vermeidung unnötiger Einweisungen in die Spitäler
- Optimale Symptomkontrolle vor Ort

1. Einleitung:

Da in Vorarlberg mit einer größeren Anzahl an COVID-19 infizierten BewohnernInnen aus den Pflegeheimen gerechnet werden muss, soll dieses Papier eine gewisse Hilfestellung bieten: Welche dieser PatientenInnen benötigen eine Krankenhausaufnahme (bis hin zur Intensivmedizin) und welche können vielleicht im Heim bleiben. Die Entscheidung wird wesentlich beeinflusst von den Ressourcen vor Ort, der Anzahl der PatientenInnen und der Verfügbarkeit von betreuenden Hausärzten/Hausärztinnen.

2. Allgemeine Grundsätze der Entscheidungsfindung

Eine Triage aufgrund des **kalendarischen Alters oder aufgrund sozialer Kriterien ist nicht zulässig**. Die angeführten Kriterien gelten sowohl für COVID-19 infizierte PatientenInnen als auch solche mit anderen Krankheitsbildern (2)

Die Priorisierung von Patienten sollte sich deshalb am **Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht** orientieren, was nicht eine Entscheidung im Sinne der „best choice“ bedeutet, sondern vielmehr den Verzicht auf Behandlung derer, bei denen keine oder nur eine sehr geringe Erfolgsaussicht besteht (2).

Es ist von größter Bedeutung die **Präferenzen der Patienten bezüglich Verlegung ins Krankenhaus, intensivmedizinische Betreuung** bis hin zur invasiven Beatmung zu ergründen und zu dokumentieren. Urteilsfähige PatientenInnen sollten über das Risiko einer COVID-19 Infektion informiert und nach ihren Wünschen befragt werden (1)

Das Gespräch mit dem Bewohner/der Bewohnerin und seinen/ihren Angehörigen über die individuellen Wünsche und Ziele sowie die Dokumentation dieses Patientenwillens tragen wesentliche zur Entscheidungsfindung bei. Kann ein Patient/eine Patientin diese Entscheidung nicht mehr selbst treffen, stellt sich die Frage, ob **eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht** vorliegt bzw. ein **Erwachsenenvertreter** bestimmt ist.

Ein gut erprobtes Arbeitspapier zur Dokumentation des Patientenwillen ist der von der Tiroler Hospizgemeinschaft entworfene **Krisen und Notfallplan (3)**

PLAN FÜR KRISEN UND NOTFÄLLE	
NAME	GEBURTSDATUM
<input type="text"/>	<input type="text"/>
MEDIZINISCHER HINTERGRUND	
Hauptdiagnose und relevante Nebendiagnosen:	
<input type="text"/>	
Eine Verbesserung ist nicht mehr zu erwarten. Die Situation erfordert überwiegend ein palliatives Betreuungskonzept.	
ENTSCHEIDUNGSHINTERGRUND	
Patientenverfügung liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Verbindlich Datum der Errichtung oder Aktualisierung: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Beachtlich
Vorsorgevollmacht ist erteilt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Vorsorgevollmächtigte Person: <input type="text"/>
Sachwalterschaft liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Sachwalter/in: <input type="text"/>
Munfmäßlicher Patientenwille (z.B. Hinweise für Ablehnung med. Maßnahmen, ausdrückliche Wünsche):	
<input type="text"/>	
DIE VERLEGUNG IN EIN KRANKENHAUS BEI VERSCHLECHTERUNG IST ANGEZEIGT:	CARDIOPULMONALE REANIMATION IST DER SITUATION ANGEMESSEN:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Bezugsperson (Angehörige/r) ist über die Situation informiert.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name: <input type="text"/>	Telefonnummer: <input type="text"/>
Anmerkungen:	
<input type="text"/>	
DOKUMENTIERT:	HAUSARZT/HAUSÄRZTIN:
Datum: <input type="text"/>	Name: <input type="text"/>
Arzt/Ärztin: <input type="text"/>	Telefonnummer: <input type="text"/>
EVALUIERUNG/AKTUALISIERUNG: siehe Rückseite	

3. Fehlende medizinische Indikation für eine intensivmedizinische Behandlung

Die meisten PatientenInnen in Alters und Pflegeheimen kommen laut den aktuellen Triage Kriterien nicht für eine intensivmedizinische Behandlung in Frage.

Bewohner/innen und ihre Familien sollten auch darüber informiert werden, dass selbst dann, wenn im Falle einer COVID-19 Erkrankung der Wunsch nach einer Verlegung ins Spital und/oder intensivmedizinischer Maßnahmen geäußert wird, dieser Wunsch im **Fall einer fehlenden medizinischen Indikation**, insbesondere in einer Situation knapper Ressourcen, voraussichtlich nicht umgesetzt werden kann. (1)

Folgende Komorbiditäten sind laut der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin mit einer schlechten Erfolgsaussicht für eine intensivmedizinische Behandlung verbunden, und können im Katastrophenfall als Ausschlusskriterien angewendet werden:

Komorbiditäten

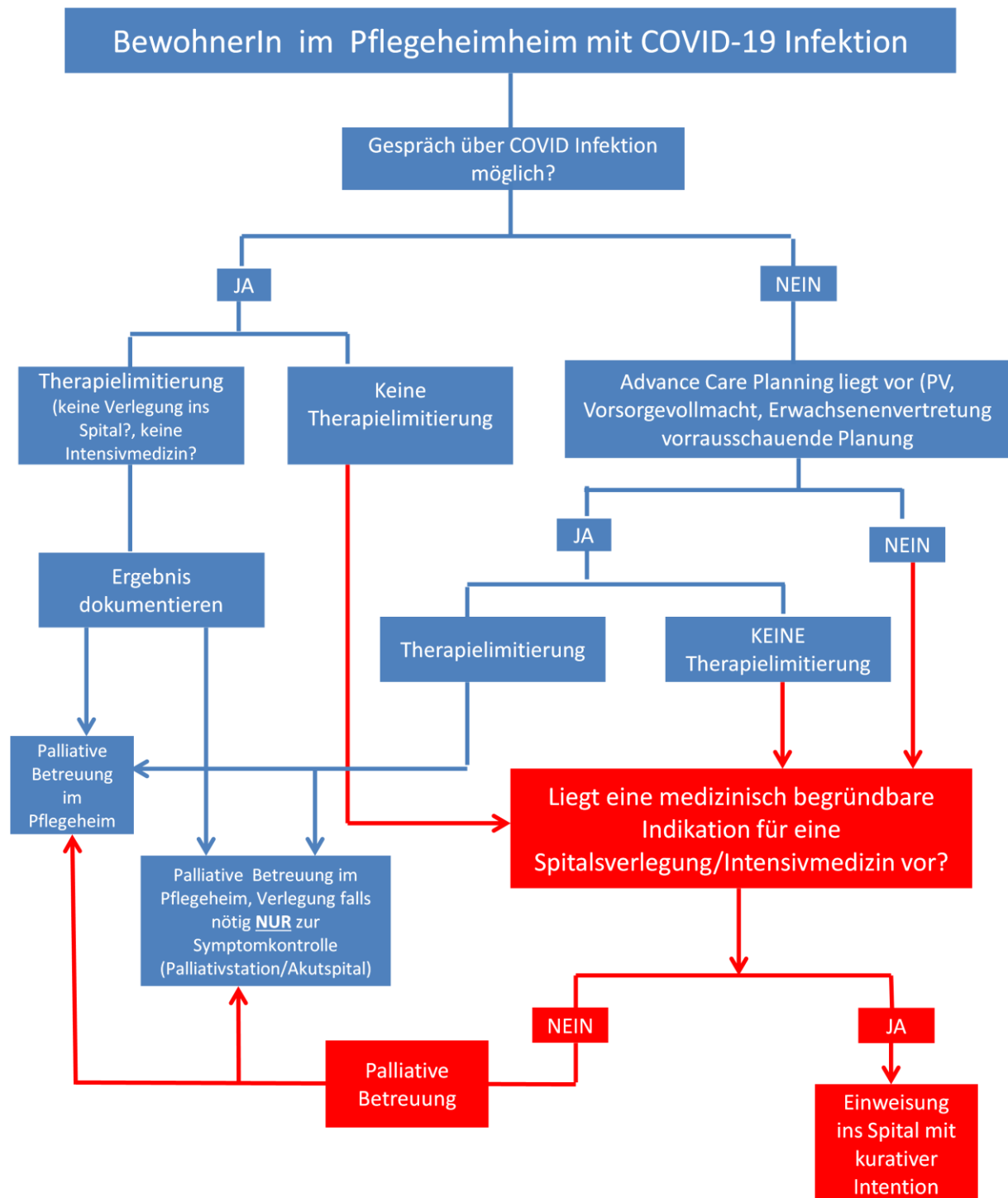
Vorhandensein einzelner schwerer Komorbiditäten mit deutlicher Einschränkung der Prognose

- Chronische Organversagen (z.B. dialysepflichtige Niereninsuffizienz)
- Schwere Organ-Dysfunktion mit prognostisch eingeschränkter Lebenserwartung, z.B.
 - Fortgeschrittene Herzinsuffizienz
 - Fortgeschrittene Lungenerkrankungen, z.B. weit fortgeschrittene COPD oder beatmungspflichtige chronische respiratorische Insuffizienz
 - Fortgeschrittenes Leberversagen
- Weit fortgeschrittene generalisierte neurologische oder neuromuskuläre Erkrankungen
- Weit fortgeschrittene Krebserkrankung
- Schwere und irreversible Immunschwäche
- Multimorbidität

Allgemeiner Gesundheitsstatus

- Gebrechlichkeit (z.B. mit der Clinical Frailty Scale)

Ein schematischer Handlungsablauf soll im Folgenden aufgezeigt werden:



4. Praktische Entscheidungsfindung

Aus dem oben angeführten Flussdiagramm ergeben sich 2 mögliche Szenarien:

Szenario 1: Es liegt ein klar **definierter BewohnerIn Wunsch** vor (Befragung zur COVID-19 Situation, PV, Vorsorgevollmacht, Erwachsenen Vertretung, Vorausschauende Planung dokumentiert)

Palliative Betreuung im Pflegeheim, BewohnerIn wünscht keine Verlegung in ein Spital:
Symptomkontrolle vor Ort durch Hausarzt/ärztin, ev. Beiziehen vom Mobilen Palliativteam

Palliative Betreuung im Pflegeheim solange wie möglich, Verlegung nur zur palliativen Symptomkontrolle falls nötig:
Ziel ist es die BewohnerIn im Heim zu begleiten, bei komplexen Symptomen oder personeller Ressourcenknappheit Verlegung auf die Palliativstation/ins Akuspital

Wünscht ein Bewohner, eine Bewohnerin im Heim bleiben zu können, sollte dieses Ziel **höchste Priorität** haben.

Für Patienten mit respiratorischer Insuffizienz und notwendiger Sauerstoffgabe kann die Gabe von Dexamethason (6mg/d für 10 d) erwogen werden.

Die Aufgabe des Hausärztes/der Hausärztin ist es, gemeinsam mit der Pflege einen **optimalen palliativen Behandlungsplan** zu erstellen, um eine gute Symptomkontrolle zu gewährleisten. Voraussetzung dafür ist das Vorhandensein der wichtigsten palliativen Notfallmedikamenten in den Heimen (Vendal Ampullen, Temesta expidet, etc.). Gerade wenn mit einer größeren Zahl terminaler PatientenInnen gleichzeitig zu rechnen ist, muss hier genügend „Vorrat“ an Notfallmedikamenten vor Ort sein, z.B. „**palliative Notfallboxen**“

Für komplexe palliative Symptome kann auch das **mobile Palliativteam** beigezogen werden (z. B. Notwendigkeit einer PCA Pumpe für massive Atemnot, Unruhe...)

Eine gute palliative Versorgung im Heim ermöglicht dem Bewohner/der Bewohnerin im vertrauten Umfeld bleiben zu können, und entlastet gleichzeitig die Krankenhäuser.

Szenario 2: Es liegt **kein eindeutiger BewohnerIn Wunsch** vor: Bewertung der medizinischen Indikation (auch in Anbetracht der begrenzten Kapazität an Spitalsbetten und Intensivplätzen)

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 Krankenhaus“ geht.

In der Regel kennen die HausärztInnen ihre Patienten/innen über Monate bis Jahre und wissen über ihre Diagnosen und ihren „Performance Status“ Bescheid. Diese Information fehlt dem Triage Arzt in der Notfallambulanz bzw. den betreuenden Ärzten auf der Station. **Eine Bewertung der Gesamtsituation mit klarer Stellungnahme durch den Arzt/die Ärztin vor Ort** erleichtern den Nachbehandlern mögliche schwierige Entscheidungen. Da die atemunterstützende Therapie im Spital von einer Sauerstoffgabe über High flow Sauerstoff, NIV Beatmung bis hin zur invasiven Beatmung reichen kann ist hier ein differenziertes Vorgehen notwendig. Wünschenswert wäre hier ein klarer Auftrag ans Spital: z.B. Infusionstherapie und Sauerstofftherapie erbeten, Patient qualifiziert auf Grund seiner Komorbiditäten nicht für eine invasive Beatmung.

Mehraugenprinzip:

Ist die Entscheidung vor Ort schwierig, ob ein Bewohner/eine Bewohnerin ins Spital verlegt wird oder nicht, soll ähnlich den Empfehlungen der intensivmedizinischen Triage nach dem

Mehraugenprinzip vorgegangen werden: die Entscheidung wird nicht nur vom **betreuenden Hausarzt/der betreuenden Hausärztin** alleine gefällt sondern **gemeinsam mit der Pflege**, ev. auch unter **Zuhilfenahme eines weiteren Kollegen/einer weiteren Kollegin** (ev. auch mobiles Palliativteam).

Diese **Teamentcheidung** entlastet den einzelnen und hat den zusätzlich den Vorteil, dass unterschiedliche Professionen ein umfassenderes Gesamtbild der Situation entstehen lassen.

Bei Heimbewohnern/innen wird sich oft die Frage stellen, ist ein rein **palliativer Ansatz** zu wählen („Symptomkontrolle“, keine lebensverlängernden Therapiemaßnahmen), oder soll doch ein **kausaler**

Therapieansatz („Steroidgabe“, „Antibiotika Gabe“, „intravenöses Flüssigkeitsmanagement“, „High Flow Sauerstoff Therapie“etc.) eingeschlagen werden.

Diese schon im Normalfall nicht immer einfach zu beantwortende Frage, wird noch erschwert durch die Tatsache, dass bei einem deutlich erhöhten Patienten Aufkommen damit zu rechnen ist, dass es zu einer Überforderung der bestehenden Pflege Ressourcen in den Spitälern kommen kann, worunter multimorbide, pflegeaufwändige HeimbewohnerInnen im Besondern leiden würden.

Dem möglichen Benefit einer Spitalsbehandlung stehen somit die Belastungen eines Ortswechsels und der „Stress“ einer überfüllten Abteilung bzw. eines Notfalllazarets gegenüber.

Hierzu auch noch eine Tabelle aus einem im NEJM erschienen Artikel über ethische Werte und Entscheidungsgrundlagen in Zeiten eingeschränkter Ressourcen im Gesundheitssystem

Table 2. Ethical Values to Guide Rationing of Absolutely Scarce Health Care Resources in a Covid-19 Pandemic.

Ethical Values and Guiding Principles	Application to COVID-19 Pandemic Maximize benefits
Maximize benefits - Save the most lives - Save the most life-years — maximize prognosis	Receives the highest priority Receives the highest priority
Treat people equally -Treat people equally - First-come, first-served	Should not be used Used for selecting among patients with similar prognosis
Promote and reward instrumental value (benefit to others) - Retrospective — priority to those who have made relevant contributions - Prospective — priority to those who are likely to make relevant contributions	Gives priority to research participants and health care workers when other factors such as maximizing benefits are equal Gives priority to health care workers
Give priority to the worst off - Sickest first - Youngest first	Used when it aligns with maximizing benefits Used when it aligns with maximizing benefits such as preventing spread of the virus

5. Palliative Behandlung

Die österreichische Palliativgesellschaft hat ein Positionspapier zur Betreuung sterbender COVID-19 PatientenInnen herausgegeben (4)

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 einem Patienten/einer Patientin 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 h) 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.

Im Anschluss eine Tabelle mit den am häufigste zu rechnenden Symptomen bei COVID-19 infizierten Patienten/innen, und die entsprechenden palliativen Behandlungsmöglichkeiten.

Bei den angeführten s.c. Gaben handelt es sich meist um „off label“ Empfehlungen, die aber gängiger palliativmedizinischer Praxis entsprechen.

Empfohlene symptomatische Therapie bei sterbenden Menschen unter COVID19-Erkrankten

Symptom	Medikament	Dosis	Verabreichungs - weg	Max. Tagesdosis
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	1-2,5 mg	Oral	8 mg
	Temesta expidet	1,25 -2,5 mg	Sublingual	
	Temesta	1-2 mg	s.c.	
	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 Angst im Vordergrund	Haldol gtt	5-10-15 gtt	Po	
	Haldol Amp. (5 mg/1ml)	2,5 -5 mg	s.c.	
	Xanor	0,5 – 1 mg	p.o.	
	Temesta	1-2,5 mg	po, s.l., s.c.	8 mg
Delir, selbstgefährdendes Verhalten	Zyprexa velotab	5 -10 mg	s.l.	20 mg
Übelkeit	Ceolat Saft 1mg/ml	10 mg = 10ml	p.o	30 mg
	Paspertin 10mg/1ml	10 mg	s.c., i.v.	30 mg
	Zofran (zydis)	4-8 mg	p.o./zydis s.l.	32 mg
	Levomepromazin (Nozinan)	12,5 -25 mg	s.c.	50 mg
Rasselatmung	Buscopan	10 mg	s.c.	100 mg
Fieber/Schmerz	Novalgin/ Metagelan	4x 40 gtt	p.o.	4 g
	Mexalen	1000 mg	p.o., rectal	4 g
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)

6. Literatur

1.) COVID-19: Therapieentscheidungen und Palliative Care

Gian Domenico Borasio, Claudia Gamondi Monika Obrist und Ralf Jox für die Covid-19 Task Force von palliative.ch

2.) Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie Klinisch-ethische Empfehlungen, Deutschen

Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Fassung vom 25.03.2020
<https://www.divi.de › covid-19 › 1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2 › file>

3.) Notfall und Krisenplan, Tiroler Hospiz Gemeinschaft

<https://www.hospiz-tirol.at/wp-content/uploads/2016/06/Formular-Plan-fu%CC%88r-Krisen-u-Notfa%CC%88lle.pdf>

4.) 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;

5.) „Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19“, Ezekiel J. Emanuel, et. al., NEJM, April 2020

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMs2005114?articleTools=true>

6.) Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen

Behandlungen bei Ressourcenknappheit, Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) aktualisierte Version vom 24. März 2020

<https://www.samw.ch/de/coronavirus>

Für den Inhalt verantwortlich: OA Dr. O. Gehmacher, Palliativstation Hohenems