

Beatmung geriatrischer Patienten – ein ethisches Dilemma?

Corona-Pandemie 2020 -- Autoren: J. Zeeh, K. Memm, H.-J. Heppner, A. Kwetkat

Dieser Beitrag möchte einen Überblick darüber geben, wie und mit Hilfe welcher Kriterien eine medizinisch, ethisch und rechtlich vertretbare Entscheidung darüber getroffen werden kann, welche der betagten Patienten mit einer schweren COVID-19-Pneumonie mittels künstlicher Beatmung behandelt werden sollten und welche von einer solchen Therapie eher nicht profitieren würden.

Wie schwer muss ein Notstand wiegen, um Menschen das Recht zu gewähren, über den Wert des Lebens zu entscheiden? Recht und Rechtsprechung bestimmen eindeutig, dass dies niemals geschehen darf. Kein Notstand kann die Entscheidung rechtfertigen, ein Leben sei mehr oder weniger wert als ein anderes. Dies gilt unabhängig von den Kriterien, auf denen die Entscheidung beruht.

Es ist nicht zulässig, das Leben eines Arztes höher zu bewerten als das Leben eines Mechanikers, nur weil der Arzt noch viele Leben retten könnte. Auch darf nicht entschieden werden, dass das Leben eines Kindes schwerer wiegt als das eines Menschen, der sein Leben bereits gelebt hat. Leben darf nicht gegen Leben abgewogen werden [1].

Mehrere notfall- und intensivmedizinische Fachgesellschaften haben dazu bereits Position bezogen und in ihren Empfehlungen klargestellt, dass eine ein-

fache Begrenzung intensivmedizinischer Leistungen allein aufgrund des kalendarischen Alters eines COVID-19-Patienten nicht akzeptabel ist [2].

Und dennoch prognostizieren die Statistiken, dass bei einem sprunghaften Anstieg der COVID-19-Infektionen damit zu rechnen ist, dass die apparativen und personellen Ressourcen nicht ausreichen werden, um jeden schwer erkrankten Patienten invasiv zu beatmen. Wenn nicht nach dem Lebensalter, nach welchen Kriterien soll ein Arzt dann urteilen? Die Antwort ist, dass allein die medizinischen Kriterien die Behandlung vorgeben. Es geht nicht darum, Leben zu bewerten, sondern Indikationen.

Was können Geriatrie und Palliativmedizin zur Beantwortung dieser Fragen beitragen?

Die Voraussetzungen für ein rechtmäßiges ärztliches Handeln sind, dass

1. eine medizinische Indikation für den Eingriff bzw. die Maßnahme vorliegt,
2. der Patient über die Maßnahme aufgeklärt wurde, er seine Einwilligung erteilt hat und
3. die Maßnahme ärztlicherseits lege artis durchgeführt wird.

Die Indikation ist die erste der zu treffenden Entscheidungen. Sie liegt in dem alleinigen Hoheitsbereich des Arztes. Er bestimmt auf der Grundlage der gesundheitlichen Situation des Patienten, des bisherigen Krankheitsverlaufes, der Behandlungsmöglichkeiten und der bestehenden Prognose darüber, ob eine Maßnahme medizinisch indiziert ist oder nicht. Prognostisch muss der Eingriff eine Besserung beim Kranken erwarten oder jedenfalls erhoffen lassen (sogenannter Benefit). Dabei gibt es verschiedene Definitionen der Indikation nach Dringlich-

Schwere COVID-19-Infektion: Wen beatmen und wen nicht?

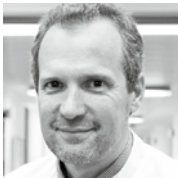




Dr. med. Joachim Zeeh
Abteilung Hospiz-
und Palliativver-
sorgung, Sozialwerk
Meiningen



**Rechtsanwältin
Kristin Memm**
Kanzlei für
Medizinrecht/
Medizinethik/
Digitale Medizin,
Erfurt



**Univ.-Prof. Dr. med. Hans-
Jürgen Heppner**
Lehrstuhl für Geria-
trie Universität
Witten/Herdecke,
Chefarzt der Klinik
für Geriatrie,
HELIOS Klinikum
Schwelm



Dr. med. Anja Kwetkat
Direktorin der
Klinik für Geriatrie,
Universitätsklinikum
Jena

keit, Zielsetzung und Ursache, und in einem Patientenfall gibt es häufig mehr als nur eine vertretbare Meinung. Dieses eigene Ermessen gesteht das Recht dem Arzt auch zu.

Vorerkrankungen und Funktionszustand berücksichtigen

Die medizinische Indikation zur künstlichen Beatmung ist bei Hochaltrigen nicht automatisch gegeben. Vorerkrankungen und ein bereits stark eingeschränkter Funktionszustand reduzieren die Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolgs (Benefits). Über das Vorliegen einer Behandlungsindikation muss daher individuell und unter Zuhilfenahme geeigneter Kriterien entschieden werden. Neben der Clinical Frailty Scale [3, 4, 5, 6] sind in **Tab. 1** weitere Entscheidungshilfen aufgeführt [7].

Liegt eine Patientenverfügung vor?

Bejaht der behandelnde Arzt die Indikation zur künstlichen Beatmung, muss der Patient darin einwilligen. Im Falle einer Ablehnung ist dies für den Arzt bindend. Dabei zählt die früher in einer Patientenverfügung festgelegte Ablehnung des mittlerweile schwer Demenzkranken genauso viel wie die aktuell erklärte des einwilligungsfähigen und aufgeklärten Patienten. Bei einem einwilligungsunfähigen Kranken ohne konkrete Patientenverfügung entscheidet der mutmaßliche Wille des Patienten („Würde der Patient eine invasive Beatmung wollen, wenn wir ihn fragen könnten?“).

Die künstliche Beatmung nach den Regeln der ärztlichen Kunst, der dritte Schritt, dürfte in Deutschland kein Problem darstellen. Wohl aber könnte die Verfügbarkeit der erforderlichen Ressourcen zum Problem werden, wenn die Erkrankungsfälle zu rasch zunehmen.

Da bei einem Massenansturm von Patienten mit drohendem Lungenversagen die Zeit drängt, wäre das Vorhandensein einer Patientenverfügung in Kurzfassung und speziell fokussiert auf COVID-19 hilfreich. Schon vor dem Eintreten des Notfalls sollten sich daher Ärzte, die multimorbide oder betagte Patienten betreuen, für jeden einzelnen Patienten die Frage stellen, welche Behandlungsmaßnahmen im Falle einer COVID-19-Infektion 1. medizinisch indiziert und 2. vom Willen des Patienten getragen wären.

Strukturiertes Vorgehen bei der Entscheidungsfindung (Abb. 2)

Schritt 1: Die Entscheidung des Arztes – die medizinische Indikation

Welcher Patient hat ein hohes Risiko, nicht von einer intensivmedizinischen Behandlung zu profitieren?

Tab. 1 10 Kriterien, die für eine palliative Behandlungsstrategie sprechen (in Anlehnung an [7])

1. In den Aktivitäten des Alltags stark eingeschränkt
2. schwer pflegebedürftig (Pflegegrad ≥ 3)
3. verbringt > 50% des Tages im Bett
4. schwere KHK, austherapiert
5. Herzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe oder bei leichter Belastung
6. Niereninsuffizienz \geq Grad 4 (eGFR < 30 ml/min)
7. schwere COPD, austherapiert
8. Langzeit-Sauerstofftherapie
9. Krebserkrankung mit hoher Symptomlast
10. fortgeschrittene Demenz (erkennt Angehörige/Pflegende nicht, keine sinnhafte Kommunikation möglich)

Zunächst sollte der Patient anhand der Clinical Frailty Scale ([3] und **Abb. 1**) in eine der neun Gebrechlichkeitskategorien eingeteilt werden (von „überdurchschnittlich fit, robust und voller Energie“ bis „komplett von Unterstützung abhängig“ und „terminal krank mit einer geschätzten Lebenserwartung < 6 Monaten“).

Als nächste Entscheidungshilfe empfehlen wir die sog. „Wären-Sie-überrascht-Frage“: „Wären Sie überrascht, wenn Ihr Patient in den nächsten sechs bis zwölf Monaten versterben würde?“ Wenn die Antwort eines Arztes, der den Patienten länger kennt, „nein“ lautet, ist dies ein subjektiver, aber dennoch aussagekräftiger Hinweis. Liegt zusätzlich noch mindestens ein Kriterium aus **Tab. 1** vor, empfiehlt sich eine primär palliative Behandlungsstrategie [7, 8, 9].

Bleiben dennoch Zweifel, empfiehlt sich ein erneuter Blick auf **Tab. 1**: Je mehr der dort aufgeführten Kriterien bei dem Patienten vorliegen, desto nachdrücklicher ist die Empfehlung für eine zurückhaltende, symptomlindernde und palliative Behandlungsstrategie („best supportive care“).

Die subjektive Einschätzung eines Hausarztes, der seinen Patienten länger kennt, hat einen hohen Stellenwert bei der Entscheidung für oder gegen eine Intensivbehandlung.

Schritt 2: Die Entscheidung des Patienten – was ist sein Wille?

Liegt eine medizinische Indikation zu intensivmedizinischen Behandlungsmaßnahmen vor, muss der Patient darin einwilligen. Der einwilligungsfähige Patient wird über den Verlauf, den Nutzen und die Risiken der indizierten Behandlung aufgeklärt und entscheidet dann selbst. Ist der Patient nicht in der Lage, die Bedeutung und Tragweite einer solchen

Abb. 1 Clinical Frailty Scale (Deutsche Übersetzung)

Clinical Frailty Scale (CFS)

DGG Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

» Warum?

Mehrere nationale und internationale Empfehlungen, unter anderem die „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) heben klar die Bedeutung der Verwendung der **Clinical Frailty Scale (CFS)/deutsch: Klinische Frailty Skala** hervor.

Ziel ist die Identifizierung von Patienten mit einem erhöhten Risiko für einen ausbleibenden Behandlungserfolg, welche nicht von einer intensivmedizinischen Intervention profitieren dürften.

» Wie?

Die CFS (**deutsch: Klinische Frailty Skala**) kann von allen adäquat geschulten Fachkräften im Gesundheits- oder Pflegedienst durchgeführt werden. Die Skala besteht aus 9 Kategorien.

› Fragen Sie den Patienten, Angehörige, Pflegende, betreuende Personen und/oder Heimpersonal, welche Fähigkeiten die betreffende Person vor ZWEI Wochen hatte.

› **Gründen Sie Ihre Einschätzung NICHT auf den Ist-Zustand, in dem sich die betreffende Person in der akuten Erkrankungsphase befindet.**

› Entscheidungsträger, welche die Klinische Frailty Skala (CSF) verwenden, MÜSSEN die erhobene Kategorie überprüfen, um sicherzustellen, dass diese korrekt ist.

› **Bedenken Sie, dass die Klinische Frailty Skala nur bei älteren Personen (≥ 65 Jahren) umfangreich validiert ist.** Die Skala ist nicht bei Personen mit stabilen dauerhaften Behinderungen, wie z.B. frühkindlichen Hirnschädigungen, validiert, da deren Prognose stark von derer älterer Menschen mit progredienten Behinderungen differieren könnte.

› Die Klinische Frailty Skala sollte nicht isoliert verwendet werden; sie ist ein Instrument, welches im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung und gemeinsamer Entscheidungen eingesetzt werden sollte.

Klinische Frailty Skala



1 Sehr fit

Personen in dieser Kategorie sind robust, aktiv, voller Energie und motiviert. Sie trainieren üblicherweise regelmäßig und sind mit die Fittesten innerhalb ihrer Altersgruppe.



2 Durchschnittlich aktiv

Personen in dieser Kategorie zeigen **keine aktiven Krankheitssymptome**, sind aber nicht so fit wie Personen in Kategorie 1. Sie sind durchschnittlich aktiv oder **zeitweilig sehr aktiv**, z.B. saisonal.



3 Gut zurechtkommend

Die **Krankheitssymptome** dieser Personengruppe sind gut kontrolliert, aber außer Gehen im Rahmen von Alltagsaktivitäten **bewegen sie sich nicht regelmäßig**.



4 Vulnerabel

Auch wenn sie **nicht auf externe Hilfen im Alltag** angewiesen sind, sind Personen in dieser Kategorie **aufgrund ihrer Krankheitssymptome oft in ihren Aktivitäten eingeschränkt**. Häufig klagen sie über Tagesmüdigkeit und/oder berichten, dass Alltagsaktivitäten mehr Zeit benötigen.



5 Geringgradig frail

Personen in dieser Kategorie sind **offensichtlich in ihren Aktivitäten verlangsamt und benötigen Hilfe bei anspruchsvollen Alltagsaktivitäten**

wie finanziellen Angelegenheiten, Transport, schwerer Hausarbeit und im Umgang mit Medikamenten. Geringgradige Frailty beeinträchtigt das selbstständige Einkaufen, Spazierengehen sowie die Essenszubereitung und Haushaltstätigkeiten.



6 Mittelgradig frail

Personen in dieser Kategorie benötigen **Hilfe bei allen außerhäuslichen Tätigkeiten und bei der Haushaltsführung**. Im Haus haben sie oft

Schwierigkeiten mit Treppen, **benötigen Hilfe beim Baden/Duschen** und evtl. Anleitung oder minimale Unterstützung beim Ankleiden.



7 Ausgeprägt frail

Personen in dieser Kategorie sind aufgrund körperlicher und kognitiver Einschränkungen bei der Körperpflege **komplett auf externe Hilfe angewiesen**. Dennoch sind sie **gesundheitlich stabil**. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie innerhalb der nächsten 6 Monate sterben, ist gering.



8 Extrem frail

Komplett von Unterstützung abhängig und sich ihrem Lebensende nähern.

Oft erholen sich Personen in dieser Kategorie auch von leichten Erkrankungen nicht.



9 Terminal erkrankt

Personen in dieser Kategorie haben eine **Lebenserwartung < 6 Monate**. Die Kategorie bezieht sich auf Personen, die **anderweitig keine Zeichen von Frailty** aufweisen.

Klinische Einstufung von Frailty bei Personen mit Demenz

Der Schweregrad der Frailty entspricht der Schwere der Demenz. Typische Symptome einer **leichten Demenz** sind Vergesslichkeit bezüglich Details jüngster Ereignisse, auch wenn man sich an das Ereignis selbst noch erinnert, sowie das Wiederholen von Fragen und Gesagtem sowie sozialer Rückzug.

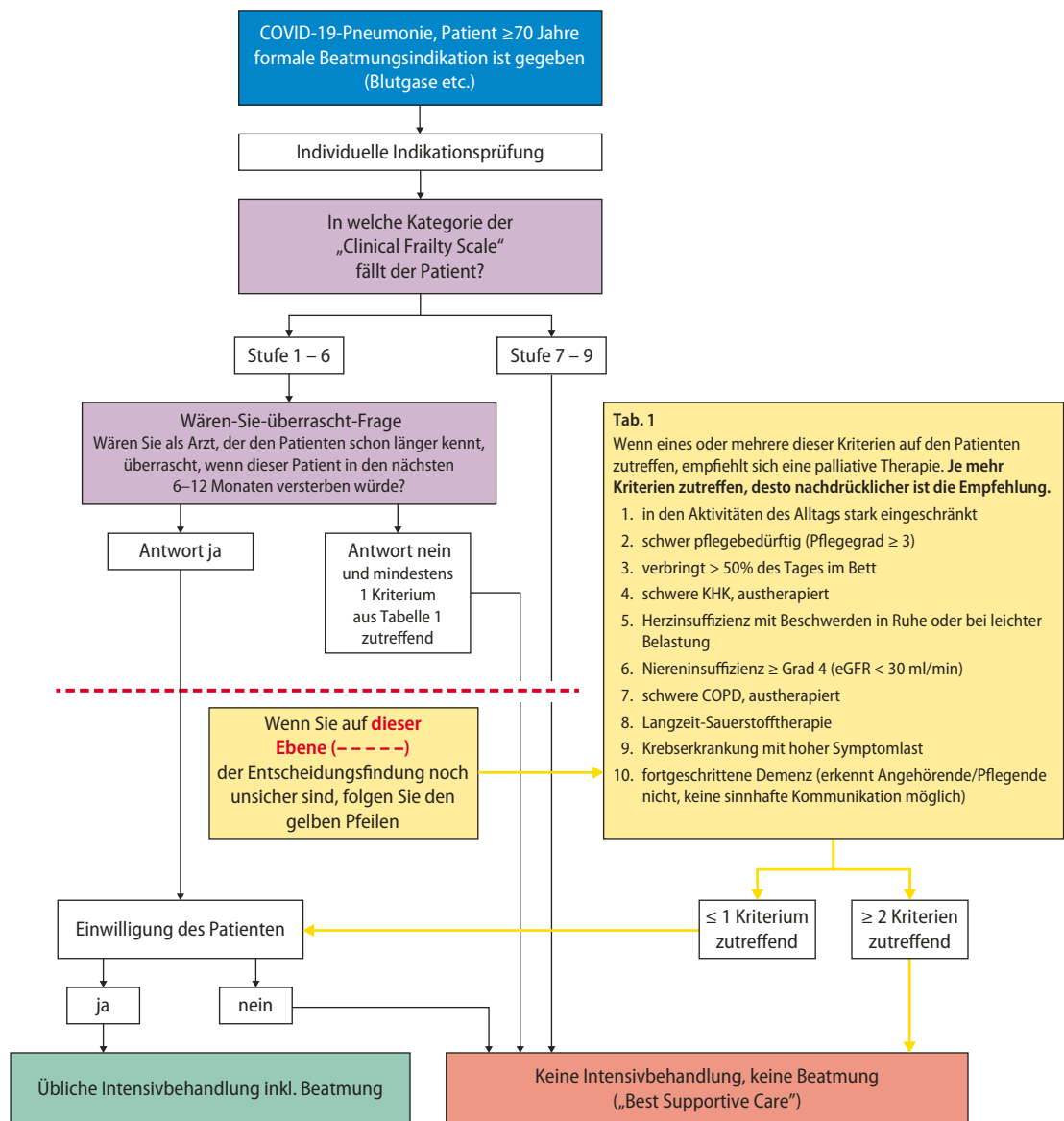
Bei **mittelgradiger Demenz** ist das Kurzzeitgedächtnis stark beeinträchtigt, obwohl die Personen sich augenscheinlich noch gut an Ereignisse der Vergangenheit erinnern können. Die Körperpflege erfolgt selbstständig mit verbaler Unterstützung.

Personen mit **schwerer Demenz** sind nicht in der Lage, ihre Körperpflege ohne Hilfestellung auszuführen.

Mod. nach Version 1.2_EN. Forschungsabteilung Geriatrie, Dalhousie Universität, Halifax, Kanada
© 2020 Singler, Katrin / Gosch, Markus / Antwerpen, Leonie
Vervielfältigung für nicht-profitorientierte Zwecke im Sinne der Patientenversorgung sowie Forschung und Lehre gestattet.

Quellen:
1. Kanadische Studie über Gesundheit und Altern 2008
2. K. Rockwood et al. CMAJ 2005; 173:489–495

Abb. 2 Entscheidungsdiagramm



Entscheidung einzuschätzen (ist er also nicht einwilligungsfähig), kommt sein vorausverfügter Wille (Patientenverfügung) oder sein mutmaßlicher Wille zum Tragen.

Schwere Verläufe von COVID-19 treten besonders bei multimorbiden und hochbetagten Menschen auf. Das aber ist die Personengruppe, die häufig in ihren Patientenverfügungen invasive intensivmedizinische Maßnahmen für sich bereits ausgeschlossen hat.

Hier gilt es heute schon im Hinblick auf eine vorhersehbare Notfallsituation in der Patientenverfügung nachzulesen, ob der Patient einer invasiven Beatmung oder einer Reanimation überhaupt zustimmen würde. Wenn möglich, sollte die bereits bestehende

Patientenverfügung mit dem Patienten selbst besprochen werden. Ergeben sich daraus konkrete Behandlungswünsche in Bezug auf eine mögliche COVID-19-Infektion, können diese als Ergänzung zu der allgemeinen Patientenverfügung in dem Notfallplan (NopE) (Abb. 3) erklärt werden. So liegt eine klare und schnell zu überblickende Handlungsanweisung auch für die im Rettungsdienst bzw. Notdienst hinzugerufenen Kollegen vor.

Beatmungssituationen, die weder medizinisch indiziert noch vom Willen des Patienten getragen sind, könnten auf diese Weise im Sinne aller vermieden werden.

Kommt es dennoch durch eine unkontrollierbare Ausbreitung des Corona-Virus zum Katastrophen-



Der „Notfallplan für Extremsituationen (NopE)“ aus Abb. 3 steht zum Download bereit auf:

<https://www.kanzleikm.de/news>

Abb. 3 Notfallplan für Extremsituationen

Anlage zu der Entscheidungshilfe „Corona Pandemie 2020 – Die Beatmung geriatrischer Patienten“ von J. Zeeh/A. Kwetkat/ H.J. Heppner/K. Memm

Notfallplan für Extremsituationen (NoPE)

Verfügung für den Fall einer Corona-Virus-Infektion

Name, Vorname:
 Geburtsdatum:
 Wohnanschrift:

Sollte ich selbst nicht mehr in der Lage sein, in eine medizinisch indizierte Maßnahme einzuwilligen, verfüge ich für den Fall, dass ich an einer Corona-Virus-Infektion erkrankte, schon heute meinen Willen. Dieser Wille steht meiner ausdrücklichen Einwilligung bzw. Nichteinwilligung gleich und ist von allen Beteiligten zu beachten.

	ja	nein
Bei einem Atemversagen (respiratorischer Insuffizienz) möchte ich künstlich beatmet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes möchte ich wiederbelebt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemäß den Prinzipien von „palliative care“ möchte ich soweit es möglich ist an einem Ort, an dem ich bis dahin gepflegt worden bin (also in meinem Zuhause oder meinem Pflegeheim) verbleiben und auch dort sterben. Die Einweisung in ein Krankenhaus wünsche ich nur, wenn die Linderung von Schmerzen und Leiden (Symptomkontrolle) oder der Schutz meiner Mitmenschen ambulant nicht mehr möglich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Speziell für die bei mir bestehende Erkrankung treffe ich selbst folgende zusätzliche Verfügungen:
 (Falls Sie zusätzliche Verfügungen treffen wollen.)

.....

Vorsorgebevollmächtigt ist:

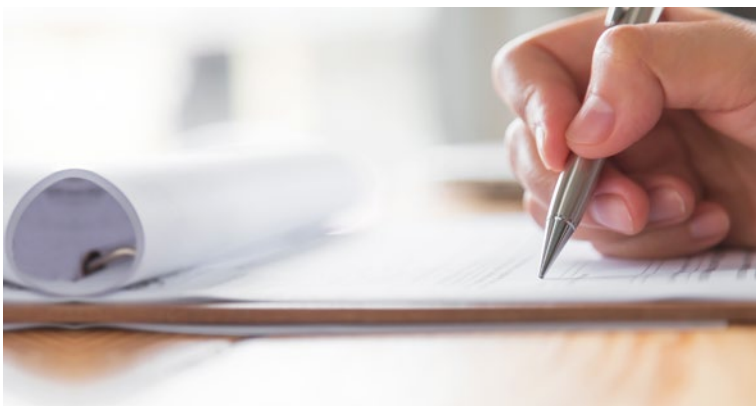
Name	Kontaktmöglichkeit (Anschrift/Telefonnummer)

Ich habe mit meinem Arzt/meiner Ärztin über die medizinischen Hintergründe dieser Verfügung gesprochen und entbinde diese(n) diesbezüglich von der Schweigepflicht:

Herrn/Frau

Ich versichere, dass ich diese Verfügung eigenmächtig, im Vollbesitz meiner geistigen Fähigkeiten und nicht unter dem Drängen Dritter erstellt und unterschrieben habe.

Ort und Datum
 eigenhändige Unterschrift



Der Patient muss eigenhändig unterschreiben.

fall und zu einer Überlastung der uns verfügbaren Ressourcen, dürfen diese ausschließlich auf der Grundlage medizinisch begründbarer Kriterien verteilt werden. Dafür ist es wichtig, heute schon vor auszudenken, um unüberlegtem Handeln und von Angst und Unwissen geprägten Entscheidungen zu vor zu kommen.

Im Sinne einer geteilten Entscheidungsfindung beruht der von uns beschriebene Weg auf der Zusammenarbeit von Klinikarzt und Hausarzt. Dessen Informationen über den Vorzustand des Patienten und seine Einschätzung der Lage durch Beantwortung der „Wären-Sie-überrascht-Frage“ sind wesentliche Bestandteile einer geriatrisch fundierten Therapieentscheidung. ■

Literatur: springermedizin.de/mmw

Title:

Covid-19 pandemic. Mechanical ventilation in geriatric patients – an ethical dilemma?

Keywords:

Geriatric, frailty, mechanical ventilation, Covid-19

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Joachim Zeeh

Abteilung Hospiz- und Palliativversorgung, Sozialwerk Meiningen gGmbH, Ernststraße 7, D-98617 Meiningen, E-Mail: joachim@doktor-zeeh.de

Rechtsanwältin Kristin Memm

Kanzlei für Medizinrecht/Medizinethik/Digitale Medizin, Wiesenbach 11, D-99097 Erfurt, E-Mail: mail@kanzleikm.de

Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Heppner

Lehrstuhl für Geriatrie Universität Witten/Herdecke, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), Chefarzt der Klinik für Geriatrie, HELIOS Klinikum Schwelm, Dr.-Moeller-Straße 15, D-58332 Schwelm

Dr. med. Anja Kwetkat

Direktorin der Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum Jena, Bachstraße 18, D-07743 Jena

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Keine invasive Beatmung ohne eine medizinische Indikation vor dem Hintergrund eines klaren Therapieziels.
2. Keine Behandlung gegen den ausdrücklichen oder mutmaßlichen Willen des Patienten. Lehnt der Patient in einer Verfügung die invasive Beatmung bei einer Pneumonie ab, darf nicht beatmet werden.
3. Mit einer vorausschauenden Behandlungsplanung lassen sich nicht indizierte und gegen den Willen des Patienten durchgeführte „Notfall-Beatmungen“ vermeiden.
4. Die Entscheidung für oder gegen eine künstliche Beatmung älterer Patienten mit COVID-19-Pneumonie wird durch die Einbeziehung der Gebrechlichkeit (Clinical Frailty Scale [5, 6, 7]), der geschätzten verbleibenden Lebenszeit (Wären-Sie-überrascht-Frage) sowie einiger Komorbiditäten und Laborparameter (Tab. 1) erleichtert und objektiviert.

Literatur

1. Erb, in: Münchener Kommentar zum StGB, 3. Auflage 2017, S 34 Rn. 116 ff.
2. <https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/covid-19-klinisch-ethische-empfehlungen-zur-entscheidung-ueber-die-zuteilung-von-ressourcen-veroeffentlicht>. Veröffentlicht am 26.3.2020, aufgerufen am 03.04.2020.
3. Klinische Frailty Skala. Deutsche Übersetzung der Clinical Frailty Scale. https://www.divi.de/images/Dokumente/200331_DGG_Platat_A2_Clinical_Frailty_Scale_CFS.pdf
4. Pugh RJ, Battle CE, Thorpe C et al. Reliability of frailty assessment in the critically ill: a multicentre prospective observational study. *Anaesthesia* 2019, 74, 758–764; doi:10.1111/anae.14596
5. Muessig JM, Nia AM, Masyuk M et al. Clinical frailty scale reliably stratifies octogenarians in German ICUs: a multicentre prospective cohort study. *BMC Geriatrics* (2018) 18:162 <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0847-7>.
6. Juma S, Taabazuing MM, Montero-Odasso M. Clinical frailty scale in an acute medicine unit: a simple tool that predicts length of stay. *Can Geriatr J* 2016; 19:34–39.
7. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *Brit Med J* 341: 649–652 (2010).
8. White N, Kupeli N, Vickerstaff V, Stone P. How accurate is the 'Surprise Question' at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2017; 15: 139. Published online 2017 Aug 2. doi: 10.1186/s12916-017-0907-4.
9. Mitchell GK, Senior HE, Rhee JJ et al. Using intuition or a formal palliative care needs assessment screening process in general practice to predict death within 12 months: a randomized controlled trial. *Palliative Medicine* 2018; 32:384–94.