

Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels

Die aktuelle SARS-CoV-2-Pandemie könnte auch die Gesundheitsversorgung in Deutschland vor das Problem einer möglichen Ressourcenknappheit insbesondere von intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten stellen.

Für die meisten Menschen in Deutschland ist es eine völlig neue Sorge, ob sie sich noch darauf verlassen können, dass im Fall einer schweren Erkrankung alles medizinisch Erforderliche für sie getan werden kann. Ärztinnen und Ärzte fragen sich auf der anderen Seite, wie sie in Situationen von Ressourcenknappheit entscheiden sollen, ohne in Widerspruch zu ihrem berufsethischen Selbstverständnis zu geraten oder sich dem Risiko einer strafrechtlichen Verfolgung auszusetzen.

Oberstes Gebot ist zunächst, bei drohender Ressourcenknappheit alle Anstrengungen zu unternehmen, diese Ressourcen bedarfsgerecht auszubauen, inklusive von Reservekapazitäten. Dies ist bisher in Deutschland gelungen, so dass aktuell eine solche Lage nicht besteht.

Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei einer relevanten Zunahme von an SARS-CoV-2 erkrankten Patientinnen und Patienten eine Situation knapper (intensiv-)medizinischer Ressourcen entsteht, zumal auch zunächst aufgeschobene medizinische Maßnahmen in absehbarer Zeit durchgeführt werden müssen.

Für diese Situation möchte die Bundesärztekammer aufzeigen, welche grundlegenden Prinzipien ärztlichen Handelns angesichts dieser Fragen eine Orientierung bieten können. Dabei gilt es zunächst festzuhalten, dass die ethischen Grundsätze des ärztlichen Berufs, wie sie in dem vom Weltärztebund für die gesamte Ärzteschaft beschlossenen Gelöbnis und in den Berufsordnungen der Landesärztekammern niedergelegt sind, auch in der Situation einer Pandemie ihre Gültigkeit behalten und das ärztliche Handeln prägen.

Handlungsgrundlagen

Auch in einer durch die Pandemie veränderten Situation der medizinischen Versorgung gilt das Selbstverständnis des ärztlichen Berufs. Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf (§ 1 Bundesärzteordnung und § 1 (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, MBO-Ä).¹

Handlungsleitend sollen beispielhaft die folgenden Grundsätze aus der ärztlichen (Muster-) Berufsordnung sein:

„Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten ...“ (§ 1 Abs. 2 Satz 1 MBO-Ä).

„Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren“ (§ 7 Abs. 1 MBO-Ä).

„Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. ... Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse. ... Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen ...“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 und Abs. 4 MBO-Ä).

Ärztinnen und Ärzte sowie alle anderen Beschäftigten des Gesundheitswesens sind wirksam vor arbeitsbedingten Gefahren und gesundheitlichen Schädigungen (das schließt explizit auch psychische Belastungen ein) zu schützen. Dies gebieten nicht nur entsprechende Arbeitsschutzvorschriften. Für Ärztinnen und Ärzte ist dies auch in der Deklaration von Genf als Selbstverpflichtung geregelt und damit Bestandteil der ärztlichen Berufsordnungen. Bei ihrer Berufsausübung haben Ärztinnen und Ärzte stets die Vorgaben ihrer Berufsordnung einzuhalten. Zudem gilt übergeordnetes Recht, wie das Grundgesetz, Zivilrecht mit Patientenrechtegesetz, Strafrecht und das jeweilige Landesrecht (insbesondere die Heilberufe- und Kammergesetze). Aus den Grundrechten ergibt sich u. a. der Grundsatz, dass jedes menschliche Leben den gleichen Schutz genießt. Es kann aber zu Konfliktsituationen z. B. bei nicht ausreichenden intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten kommen, in denen eine Entscheidung zwischen zwei oder mehreren Menschen getroffen werden muss. Diese muss dann nachvollziehbar und auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse begründet und auch dokumentiert werden. In einem solchen Fall kommt hinsichtlich der strafrechtlichen Beurteilung als Rechtfertigungsgrund vor allem die sog. rechtfertigende Pflichtenkollision in Betracht.

Auch nach Überzeugung der Bundesärztekammer handeln Ärztinnen und Ärzte rechtmäßig, wenn sie in einer Situation existentieller Knappheit unter sorgfältiger Berücksichtigung der Berufsordnung und des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse einzelfallbezogene Entscheidungen über die Allokation (intensiv-)medizinischer Ressourcen treffen.

Es gibt innerhalb und außerhalb der Bedingungen von Knappheit und Pandemie keine ärztliche Verpflichtung zur aktiven Lebenserhaltung unter allen Umständen. So werden Ärztinnen und Ärzte keine Maßnahmen ergreifen, die unter den individuellen Umständen nicht (mehr) indiziert sind. Indizierte Maßnahmen werden unterlassen oder begrenzt und eine begonnene medizinische Behandlung wird beendet, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

¹ <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/>

² https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf

Alle Patientinnen und Patienten können sich auch unter den Bedingungen von Knappheit und Pandemie weiter darauf verlassen, dass das Handeln ihrer Ärztin/ihrer Arztes niemals darauf ausgerichtet ist, gezielt den Tod des Patienten herbeizuführen.

Dabei sollen die nachfolgenden Grundsätze besonders beachtet werden.

Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten müssen gewahrt bleiben

Die ärztliche Beratung zur Entscheidungsfindung ist immer ehrlich und ergebnisoffen. Sie verfolgt nicht das Ziel, den Patienten mit Blick auf seine Behandlungswünsche in die eine oder andere Richtung zu beeinflussen. Es dürfen nur Behandlungen empfohlen werden, für die eine medizinische Indikation besteht. Empfehlungen und Entscheidungen müssen so weit als möglich, transparent gemacht und begründet werden.

Der Respekt vor der Autonomie und der Würde der Patientinnen und Patienten ist eine der ersten Selbstverpflichtungen im ärztlichen Gelöbnis. Die Empfehlung zur Formulierung entsprechender Willenserklärungen (z. B. Patientenverfügungen, ärztliche Notfallanordnung) im Vorfeld einer Erkrankung oder in einer frühen Erkrankungsphase ist gerade auch im Zusammenhang der SARS-CoV-2-Pandemie von großer Bedeutung. Die gemeinsame Entscheidungsfindung über medizinische Maßnahmen darf nicht auf die Intensivmedizin oder den stationären Sektor begrenzt werden. Der ambulanten Versorgung kommt mit Blick auf die Abwendung einer kritischen Versorgungslage und mit Blick auf die Wahrung der Patientenautonomie eine Schlüsselrolle zu. Eine frühzeitige Ermittlung und Dokumentation der Patientenpräferenzen (idealerweise Vorsorgevollmacht mit Patientenverfügung) sollte bereits im präklinischen Bereich erfolgen, nicht zuletzt damit auch im Falle einer (dann) fehlenden Einwilligungsfähigkeit nur diejenigen Patientinnen und Patienten stationär aufgenommen werden, die eine Krankenhausbehandlung wünschen. Gleiches gilt für die Aufnahme auf die Intensivstation. Hinweise zum diesbezüglichen Vorgehen und zu weiteren Maßnahmen im ambulanten Bereich wurden in einem Papier mehrerer Fachgesellschaften zusammengeführt³.

Kein Menschenleben ist mehr wert als ein anderes – es gilt der Grundsatz der Gleichbehandlung

Daher verbieten sich Benachteiligungen aufgrund von z. B. Alter, Geschlecht, Nationalität, Behinderung oder sozialem Status. Auch medizinisch geprägte Kategorisierungen (z. B. Demenz, andere chronische Erkrankungen) dürfen nicht zu einem pauschalen Ausschluss von erforderlichen Behandlungen führen.

Es sind stets einzelfallbezogene Entscheidungen nach dem Prinzip der Gerechtigkeit auf der Basis von transparenten sowie ethisch und medizinisch-fachlich begründeten Kriterien geboten. Entscheidungen dürfen nicht schematisiert oder anhand von starren Algorithmen getroffen werden.

Algorithmen oder Checklisten z. B. können grundlegende ethische oder medizinische Prinzipien verdeutlichen. Sie können aber die Entscheidung im jeweiligen Einzelfall nicht vorwegnehmen oder ersetzen.

Die Indikation zu medizinischen Maßnahmen richtet sich nach dem üblichen klinischen Vorgehen. **Nach den Prinzipien des Wohltuns (Benefizienz) und Nichtschadens ist zu prüfen, ob eine medizinische Behandlung eine realistische Erfolgsaussicht hat und sich ein vom Patienten gewolltes Behandlungsziel erreichen lässt.**

Keine Ärztin, kein Arzt darf mit Priorisierungsentscheidungen bei Mangel an Ressourcen alleine gelassen werden. Für die individuelle Einschätzung von Indikation und Erfolgsaussicht ist eine Beratung im interdisziplinären und interprofessionellen Team wichtig und nach Möglichkeit durchzuführen. Sofern möglich, sollen auch telemedizinische Konsultationen bei Bedarf erwogen werden. Dieser Entscheidungsprozess muss unter der Leitung und Verantwortung erfahrener Ärztinnen und Ärzte stehen. Die ärztliche Letztverantwortung und Dokumentation der Entscheidung muss festgelegt sein.

Wann immer möglich, sollten klinische Ethik-Komitees oder ein anderes, z. B. bei der Landesärztekammer eingerichtetes, Ethik-Komitee zeitnah in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. In einer Priorisierungssituation wegen überlastender Inanspruchnahme begrenzter Ressourcen wird dies meist nicht möglich sein. Deshalb ist es wichtig, Ärztinnen und Ärzte anhand der bestehenden Empfehlungen auf eine solche Situation im Vorfeld vorzubereiten. Hierzu können Leitfragen helfen (Anlage).

Zentrale Kriterien für die Entscheidungen: Indikation, Patientenwille und klinische Erfolgsaussichten

Zentrale Kriterien für die Entscheidungen angesichts knapper Ressourcen sind also die medizinische Indikation, der Patientenwille und die klinischen Erfolgsaussichten.

Bei eventuell erforderlichen Priorisierungsentscheidungen sind grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten, die einen entsprechenden Behandlungsbedarf haben, einzubeziehen, unabhängig davon, ob ihr Bedarf auf eine infektiöse Erkrankung (SARS-CoV2) oder eine andere (intensiv-)medizinisch behandlungsbedürftige Krankheit zurückgeht.

Im Falle notwendiger Priorisierungsentscheidungen bei nicht ausreichenden Ressourcen sollen diese so eingesetzt werden, dass die Erfolgsaussichten mit Blick auf das Überleben und die Gesamtprognose möglichst groß sind und die meisten Menschenleben gerettet werden können. Solche Entscheidungen sind nur unter existenzieller Knappheit gerechtfertigt. Wesentlich ist, dass die Perspektive von Erfolgsaussichten zeitlich und inhaltlich nicht so weit über den unmittelbaren Behandlungskontext hinaus ausgeweitet wird, dass sich daraus ein pauschaler Ausschluss bestimmter Patientengruppen ergibt. Dieses Risiko wächst, wenn Wertungen zur mittel- und langfristigen Lebensqualität vorgenommen werden, es sei denn, eine erwartete Einschränkung der Lebensqualität entspricht nicht dem Patientenwillen.

Um die vorgenannten Kriterien und Erwägungen auf eine konkrete Priorisierungssituation bei existenzieller Knappheit von Ressourcen in der aktuellen SARS-CoV-2-Pandemie anwenden zu können, ist eine medizinisch-fachliche Abwägung nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft erforderlich. Diese muss sowohl die Bedürfnisse und Erfolgsaussicht für jeden einzelnen Patienten im Blick haben als auch die der um dieselbe Ressource konkurrierenden Patienten.

³ „Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall. Ein Leitfadens aus Anlass der Covid-19-Pandemie: Papier der Deutschen interprofessionellen Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DIV-BVP)“, der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI); https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-054%20SARS-CoV-2%20und%20Covid-19/Publikationsdokumente/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_fuer_den_Notfall_LEITFADEN_20200409_final.pdf

Die Beurteilung der Erfolgsaussicht ergibt sich nicht aus dem Vorliegen einer bestimmten Erkrankung oder Behinderung, sondern aus dem Zusammenspiel verschiedener Faktoren (z. B. Schweregrad der akuten Erkrankung, Komorbiditäten, allgemeiner Gesundheitszustand/Gebrechlichkeit), die im Einzelfall jeweils integriert zu berücksichtigen sind.

Hierfür bieten die jeweils aktuellen Stellungnahmen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine wichtige Hilfe (z. B. die Empfehlungen mehrerer Fachgesellschaften und Linkhinweise der DIVI-Empfehlungen⁴, der DEGAM⁵, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin⁶ und das Leitlinienregister auf der Homepage der AWMF⁷, der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)⁸).

Kritische Prüfung der Indikation zur Fortführung einer Intensiv- und/oder Beatmungstherapie

Die Indikation zur Fortführung einer Intensiv- und/oder Beatmungstherapie im Behandlungsverlauf ist immer wieder kritisch zu überprüfen.

Es ist zu allen Zeiten unärztlich, eine intensivmedizinische Therapie unter Einsatz aller lebenserhaltenden Maßnahmen fortzuführen, wenn damit nach ärztlichem Ermessen kein Behandlungserfolg mehr verbunden sein kann oder diese nicht (mehr) dem Patientenwillen entspricht.

Aus Sicht der Bundesärztekammer muss auch die Entscheidung über die Fortführung einer Intensiv- oder Beatmungstherapie immer eine Einzelfallentscheidung nach den o. g. Grundsätzen sein. Auch hier sind die Leitlinien und Empfehlungen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die Ermittlung des jeweils aktuellen Stands der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft hilfreich und zu beachten. Auch eine Therapiezieländerung sollte im Behandlungsteam interdisziplinär und interprofessionell besprochen und muss ärztlich verantwortet und dokumentiert werden. Im Falle einer Priorisierungsentscheidung bei nicht ausreichenden Ressourcen unterliegt diese den oben dafür dargestellten Grundsätzen.

Palliativmedizin und psycho-soziale Betreuung dürfen nicht vernachlässigt werden. Vielmehr ist darauf zu achten, dass für die bedarfsgerechte, ganzheitliche und leitlinienkonforme Behandlung aller Patientinnen und Patienten, insbesondere der chronisch Kranken und auch der palliativmedizinisch behandelten Patienten, sowohl stationär als auch ambulant ebenso ausreichende Ressourcen vorhanden sein müssen. Priorisierungsentscheidungen zur Ressourcenverteilung dürfen diese Patientengruppen nicht einseitig benachteiligen.

Patienten und Angehörigen muss im Falle des nahen Todes soweit irgend möglich der Kontakt zueinander ermöglicht werden.

Die ambulante medizinische Versorgung muss – ggf. mit Priorisierungsentscheidungen – wohnortnah erfolgen. Bei der spezialisierten stationären Behandlung, und hier insbesondere der intensivmedizinischen Behandlung, müssen bei knappen Ressourcen auch überregional und deutschlandweit freie Kapazitäten für die Allokations- und Priorisierungsentscheidung ermittelt und beachtet werden.⁹

Weitere Konsequenzen

Die Bundesärztekammer hält es für unabdingbar, dass Ärztinnen und Ärzte sich keinen rechtlichen Risiken aussetzen, wenn sie in extrem schwierigen Situationen unter Berücksichtigung der vorgenannten Kriterien und der berufsethischen Grundsätze sowie unter Würdigung des aktuellen Stands der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft eine einzelfallbezogene Entscheidung zur priorisierten Allokation medizinischer Ressourcen treffen. Die Bundesärztekammer hält es für wesentlich, dass in diesen Fällen nicht nur kein individueller Schuldvorwurf erhoben wird, sondern das ärztliche Handeln auch als objektiv rechtmäßig gilt. Diese Unterscheidung ist für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte keineswegs bloß akademischer Natur.^{10, 11}

Die Bundesärztekammer hält es für eine Aufgabe der Politik, die Öffentlichkeit über Bedingungen und Konsequenzen der SARS-CoV-2-Pandemie für den Fall der nicht mehr bedarfsgerecht vorhandenen medizinischen Ressourcen zu informieren und Transparenz hinsichtlich ärztlicher Entscheidungszwänge herzustellen und damit den Ärztinnen und Ärzten für diesen Fall Rückendeckung zu geben.

Anlage

Allokation (intensiv-)medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie

Voraussetzungen für eine sorgfältige Entscheidungsfindung

Eine wesentliche Voraussetzung zur Vermeidung eines existentiellen Mangels bei der Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Menschen stellt die optimale Ausnutzung aller Ressourcen durch eine verbesserte Kooperation dar. Hier kann eine intensive Netzwerkbildung mit guter Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst eine Überschreitung der Behandlungskapazitäten verhindern helfen. Neben der Information über freie Behandlungsplätze in anderen Kliniken müssen natürlich auch die Kapazitäten für die Verlegung von intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht ausgebaut werden.

Um im Falle eines trotzdem auftretenden existentiellen Mangels verantwortungsbewusste Entscheidungen treffen zu können, müssen von der Leitung der betroffenen Klinik und vom letztverantwortlichen Entscheidungsträger grundlegende Leitfragen beantwortet werden.

I Festlegung von Entscheidungswegen und Verantwortlichkeiten innerhalb der stationären Einrichtung (Aufgabe der Klinikleitung)

1. Sind die Organisation und Ablaufprozesse der stationären Patientenaufnahme einschließlich der klinikinternen Zuteilung (ambulanter Verbleib, Normalstation, Intensivstation) festgelegt?
2. Haben sich Klinik und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte über die Einweisungsmodalitäten und die Möglichkeiten ei-

¹⁰ <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>

¹¹ Rechtmäßiges Handeln in der dilemmatischen Triage-Entscheidungssituation: Stellungnahme von Prof. Dr. Karsten Gaede, Bucerius Law School Hamburg, Prof. Dr. Dr. h.c. Michael Kubiciel, Universität Augsburg, Prof. Dr. Frank Saliger, Ludwig-Maximilians-Universität München, Prof. Dr. Michael Tsambikakis, Fachanwalt für Strafrecht und Medizinrecht in Köln, Universität Passau vom 02.04.2020 (für Publikation in der Zeitschrift für Medizinstrafrecht Jahrgang 2020, Heft 3, S. 129 ff. angekündigt: <https://www.tsambikakis.com/rechtsexperten-legen-handlungsempfehlung-fuer-triage-vor/>)

⁴ <https://www.divi.de/>

⁵ <https://www.degam.de/>

⁶ https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200401_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_2.0.pdf

⁷ <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>

⁸ <https://www.dggeriatrie.de/>

⁹ <https://www.intensivregister.de/#/intensivregister>

ner kurzfristigen Abstimmung im Einzelfall verständigt und sind die entscheidenden Ansprechpartner bekannt?

3. Liegen in der Aufnahmestation der Klinik alle erforderlichen Informationen zur Entscheidungsfindung (Festlegungen zum Patientenwillen, Anamnese, Vorbefunde, aktuelle medizinische Befunde) vor?
4. Sind die Verantwortlichkeiten für organisatorische und medizinische Fragen sowie Entscheidungen festgelegt? Das betrifft sowohl die stationäre Aufnahme als auch Entscheidungen im Behandlungsverlauf. Ist hierzu die Beratung in einem interprofessionellen Team bezüglich Aufgaben und Zusammensetzung des Teams definiert?
5. Besteht die Möglichkeit der zeitnahen Einbeziehung eines Ethik-Komitees?
6. Sind die Kriterien für die Entscheidungsfindung beschrieben (Indikation, Patientenwille, klinische Erfolgsaussichten)?
7. Ist festgelegt, wer getroffene Entscheidungen gegenüber dem Patienten und den Angehörigen transparent macht und erläutert?
8. Sind diese Festlegungen und Prozeduren in einer klinikinternen SOP schriftlich niedergelegt und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugänglich und bekannt gemacht? Sind die Empfehlungen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften verfügbar und bekannt?

II Bei der Entscheidung im Einzelfall vom Letztverantwortlichen zu klärenden Fragen

1. Liegen alle entscheidenden Informationen zum Patientenwillen sowie zu den medizinischen Befunden vor?
2. Sind die Empfehlungen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften berücksichtigt?
3. Ist die Möglichkeit einer Verlegung geprüft?
4. Sind die Beratungsergebnisse des interprofessionellen Teams sowie gegebenenfalls eines Ethik-Komitees in die Entscheidungsfindung mit eingeflossen?
5. Ist sichergestellt, dass die Entscheidung nicht allein aufgrund der Zugehörigkeit der Patientin/des Patienten zu einer bestimmten Gruppe (z. B. Alter, soziale Kriterien, Behinderung) getroffen wird?
6. Ist sichergestellt, dass die Entscheidung nicht schematisiert, sondern einzelfallbezogen erfolgt?

Weiterführende Literatur

Bundesärztekammer (2018) (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte; Stand: 14.12.2018; <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/> (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Weltärztebund (2017) Deklaration von Genf, Stand: Oktober 2017; https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklarati on_von_Genf_DE_2017.pdf (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIN), Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGINI), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) (2020) Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie (Version 2): Klinisch-ethische Empfehlungen; Stand: 17.04.2020; <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1549-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen-im-kontext-der-covid-19-pandemie-klinisch-ethische-empfehlungen> (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Pfeifer M, Ewig S, Voshaar T, Randerat W, Bauer T, Geiseler J, Dellweg D, Westhoff M, Windisch W, Schönhofer B, Kluge S, Lepper PM (2020) Positionspapier zur praktischen Umsetzung der apparativen Differenzialtherapie der akuten respiratorischen Insuffizienz bei COVID-19 – Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP). Pneumologie <https://doi.org/10.1055/a-1157-9976> (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) (2020) Ergänzende Empfehlungen für die Situation heimversorgter geriatrischer Patienten zu den „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ der DIVI, DGINA, DGAI, DGIN, DGP, DGP, AEM (Meldung vom 22.04.2020); <https://www.dggeriatrie.de/images/Dokumente/200422-dgg-ergaenzende-empfehlungen-fuer-heimversorgte-patienten.pdf> (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Dokumentationshilfe zur strukturierten Entscheidung über den Umfang medizinischer Betreuung im Krankenhaus für Bewohner von Alten- und Pflegeheimen; <https://www.dggeriatrie.de/images/Dokumente/200422-dgg-dokumentationshilfe-umfang-medizinischer-betreuung-im-krankenhaus-fuer-bewohner-von-alten-und-pflegeheimen.pdf> (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Deutsche interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DIV-BVP), Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2020): Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall. Ein Leitfaden aus Anlass der Covid-19-Pandemie; Stand: 09.04.2020; https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-054%20SARS-CoV-2%20und%20Covid-19/Publikationsdokumente/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_fuer_den_Notfall_LEITFADEN_20200409_final.pdf (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2020): Neues Coronavirus (SARS-CoV-2) – Informationen für die hausärztliche Praxis, DEGAM S1-Handlungsempfehlung (AWMF-Register-Nr. 053-054); Stand: 24.04.2020; https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-054%20SARS-CoV-2%20und%20Covid-19/Publikationsdokumente/053-054_Neues%20CORONA-Virus.pdf (letzter Zugriff: 29.04.2020; regelmäßige Aktualisierung)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) (2020) Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive 2.0; Stand: 30.03.2020; https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200401_DGP_Handlungsempfehlung_palliativ_Therapie_bei_COVID-19_2.0.pdf (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, Robert Koch-Institut (RKI), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2020) Häufige Fragen von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten und stationären Pflegeeinrichtungen zur Versorgung der pflegebedürftigen Menschen; Stand 22.04.2020; <https://www.pflegebevollmaechtiger.de/details/faqs-zu-corona-fuer-die-stationaere-und-ambulante-pflege.html> (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Aktuelle Leitlinien der AWMF; <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>, u. a.

DGAI, AWMF: S3-Leitlinie „Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Verfahren bei akuter respiratorischer Insuffizienz“ (AWMF Reg. Nr.: 001-021). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-021_S3_Invasive_Beatmung_2017-12.pdf (letzter Zugriff: 29.04.2020)

DGP, AWMF: Erweiterte S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“. (AWMF Reg. Nr.: 128-001OL). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OL_S3_Palliativmedizin_2020-02_01.pdf (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI): DIVI Intensivregister. <https://www.intensivregister.de/#intensivregister> (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Deutscher Ethikrat (2020) Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise – Ad-hoc-Empfehlung; Stand: 27.03.2020; <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2020) Medizinische Richtlinien und Empfehlungen „Intensivmedizinische Maßnahmen“ (Stand: 28.05.2013) sowie Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit (Stand: 24.03.2020); <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html> (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) (2020) Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Statement der Arbeitsgruppe Ethik der ÖGARI; Stand: 17.03.2020; https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI) (2020) Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances; Stand: 16.03.2020. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Recommendations.pdf> (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Bundesärztekammer und Zentrale Ethikkommission (ZEKO) (2018) Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag; Stand: 25.10.2018. Dtsch Arztebl 2018 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Patienten/Hinweise_Patientenverfuegung.pdf (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Weltärztebund (WMA) (2005) Handbuch der ärztlichen Ethik; https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/WMA_aerztliche_Ethik.pdf (letzter Zugriff: 29.04.2020)

Gaede K, Kubiciel M, Saliger F, Tsambikakis M (2020) Rechtmäßiges Handeln in der dilemmatischen Triage-Entscheidungssituation: Stellungnahme. medstra 2020 (3): 129 ff (angekündigt)

Stang A, Stang M, Jöckel KH (2020) Geschätzte Nutzung von Intensivbetten aufgrund von COVID-19 in Deutschland im zeitlichen Verlauf. Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 329–35, DOI: 10.3238/arztebl.2020.0329, <http://daeb.de/DM26> (letzter Zugriff: 29.04.2020)