



FASIM

Federation of Austrian Societies
of Intensive Care Medicine
Verband der intensivmedizinischen
Gesellschaften Österreichs

ögiain

Österreichische Gesellschaft
für Internistische und Allgemeine
Intensivmedizin & Notfallmedizin

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)

Finale Fassung vom 11.11.2020

Inhalt

Abstract	3
1 Einleitung	4
2 Grundlagen	5
2.1 Faktische Rahmenbedingungen	5
2.2 Normative Bezugspunkte	7
3 Empfehlungen	9
3.1 Inhaltliche Grundsätze	9
3.1.1 Knappheit vorbeugen durch die Beachtung etablierter Kriterien für Therapieentscheidungen	10
3.1.2 Knappheit bewältigen durch Priorisierungen	11
3.2 Klinische Entscheidungsfindung	14
3.2.1 Grundsätze	14
3.2.2 Beginn einer Intensivtherapie (Szenario 1)	16
3.2.3 Beendigung einer Intensivtherapie (Szenario 2)	19
4 Verbundene Fragestellungen	20
5 Schlussfolgerungen	23
Literatur	23

Abstract

Hintergrund. Intensivmedizinische Ressourcen sind stets begrenzt und können in Ausnahmesituationen, wie z.B. einer Pandemie, knapp werden. Dies stellt die klinisch Tätigen vor die Frage, wie die Ressourcen einzusetzen sind, wenn nicht alle Patient*innen damit adäquat versorgt werden können.

Zielsetzung. Das vorliegende Konsensuspapier formuliert für intensivmedizinische Entscheidungsträger*innen Kriterien und Verfahrensschritte, die für einen sorgfältigen Einsatz begrenzter, unter Umständen knapper, intensivmedizinischer Ressourcen beachtet werden sollten.

Methodik. Das Konsensuspapier basiert auf Diskussionen und Stellungnahmen zu Fragen der Allokationsethik aus Anlass der COVID-19-Pandemie. Es nimmt eine ethische Perspektive ein, die den Rahmen des fachlich Vertretbaren und rechtlich Gesollten als gegeben voraussetzt und darin Beurteilungsspielräume auslotet. Das vorliegende Papier stellt den Konsens der FASIM zu diesem Thema dar.

Resultate. Um Knappheit vorzubeugen, sind folgende Grundsätze zu beachten, die für jede an der individuellen Patient*in orientierten klinischen Entscheidung gelten: ein realistisches Therapieziel, eine sorgfältige Indikationsstellung und der Abgleich mit dem Willen der Patient*in. Sollte dies nicht ausreichen, um knappe Ressourcen bedarfsgerecht einsetzen zu können, ist eine Priorisierung unter allen Patient*innen nötig. Eine solche Priorisierung erfolgt mit dem Ziel, möglichst vielen Menschen dieselbe Chance zu geben, einen Nutzen aus den knappen Ressourcen zu ziehen. Dabei ist die klinische Erfolgsaussicht das maßgebliche Kriterium. Sie ist für den Beginn oder den Verzicht, die Fortsetzung oder Beendigung einer Intensivtherapie gleichermaßen leitend.

Schlussfolgerung. Die intensivmedizinischen Fachgesellschaften Österreichs tragen den in diesem Papier formulierten Konsens, um ihrer Verantwortung für eine sorgfältige Medizin auch in ethischer Hinsicht gerecht zu werden.

Abkürzungen. **4C:** Coronavirus Clinical Characterization Consortium; **CFS:** Clinical Frailty Scale; **COVID-19:** Coronavirus Disease 2019; **ECMO:** Extrakorporale Membranoxygenierung; **FASIM:** Federation of Austrian Societies of Intensive Care Medicine; **ICU:** Intensive Care Unit (Intensivstation); **ÖGARI:** Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin; **SAPS:** Simplified Acute Physiology Score; **SARS-CoV-2:** Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Type 2; **SOFA:** Sequential Organ Failure Assessment.

1 Einleitung

Hintergrund. Medizinische Behandlungen benötigen Ressourcen: Humanressourcen und Sachressourcen. Ihr Einsatz ist mit der Verantwortung verbunden, die Mittel möglichst bedarfsgerecht für die Patient*innen zu verwenden [1, 2]. Zu den Rahmenbedingungen dieser Verantwortlichkeit zählt, dass die Ressourcen begrenzt sind [2]. Manchmal kann der Mitteleinsatz optimiert oder können Ressourcen erhöht werden. Aber es gibt auch Situationen, in denen diese Strategien an Grenzen stoßen. Vor einer solchen Situation standen bzw. stehen etliche, auch hochentwickelte Gesundheitssysteme angesichts der Pandemie von COVID-19 [3]. Eine derartige Ausnahmesituation kann sich so verschärfen, dass Ressourcen, die unter Normalbedingungen ausreichen, so knapp werden, dass nicht mehr alle Personen adäquat (d.h. bedarfs- und bedürfnisgerecht) behandelt werden können.

Knappe Ressourcen

Zielsetzung. Das vorliegende Konsensuspapier beantwortet die Frage: An welchen Kriterien und Verfahrensschritten soll sich der Einsatz begrenzter intensivmedizinischer Ressourcen beurteilen lassen?

Kriterien für Allokation intensivmedizinischer Ressourcen

Die intensivmedizinischen Fachgesellschaften Österreichs, die diesen Konsens unterstützen, wollen damit ihrer Verantwortung für sorgfältige Entscheidungen gerecht werden: gegenüber den unmittelbar betroffenen Patient*innen; gegenüber dem Gesundheitspersonal; und gegenüber der Öffentlichkeit.

Zielgruppe. Das Konsensuspapier wendet sich an das intensivmedizinische Gesundheitspersonal. Die in der Intensivtherapie Tätigen sollen wissen, was die Fachgesellschaften als sorgfältige klinische Entscheidungen über begrenzte Ressourcen ansehen. Das Konsensuspapier artikuliert damit einen Aspekt des Stands der medizinischen Wissenschaft [4-6], zu dem auch eine gute ethische Praxis zählt [7].

Intensivmedizinisches Gesundheitspersonal

Entstehung. Anlass und Ausgangspunkt der Diskussion zum vorliegenden Konsensuspapier waren erste Erfahrungen, die italienische Intensivmediziner*innen im Umgang mit der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 machten [8-11]. Da zu dieser Zeit damit zu rechnen war, dass Österreich vor ähnliche Herausforderungen gestellt werden könnte, publizierte die ÖGARI im März 2020 Empfehlungen, woran sich intensivmedizinische Entscheidungen angesichts knapper Ressourcen orientieren sollten [12]. Vergleichbare Publikationen wurden in weiterer Folge in Deutschland [13, 14] und der Schweiz [15, 16] erstellt. Auch die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt [17] und der Deutsche Ethikrat [18] widmeten sich in Stellungnahmen dieser Fragestellung. Hinzu kam eine intensive und anhaltende internationale Diskussion in Beratungsgremien [19, 20] und der Fachliteratur [21-23].

COVID-19-Pandemie

Wenngleich das österreichische Gesundheitssystem bislang nicht vor der zugespitzten Situation knapper Ressourcen für die Intensivtherapie stand [24], wurde im Sommer 2020 der Beschluss gefasst, ein Konsensuspapier aller intensivmedizinischen Fachgesellschaften Österreichs über die FASIM zu erarbeiten. Dies bietet die Möglichkeit,

die Erfahrungen des ersten halben Jahres im Umgang mit einer Pandemie einzubringen, und ist Ausdruck eines Verantwortungsbewusstseins angesichts einer Zukunft, in der sich die Situation begrenzter intensivmedizinischer Ressourcen zuspitzen könnte.

Methodik. Das Konsensuspapier nimmt eine ethische Perspektive auf die Fragestellung ein. Ethische Urteile zeichnen sich dadurch aus, dass sie auf deskriptiven, prognostischen, normativen und evaluativen Aspekten beruhen [25]. Sie setzen fachliche und rechtliche Grundlagen voraus, die im Kontext praktischer klinischer Entscheidungen als gegeben anzunehmen und damit nicht Gegenstand dieses Konsensuspapiers sind. Die ethische Urteilsbildung, die durch dieses Konsensuspapier unterstützt werden soll, setzt vielmehr dort ein, wo sich angesichts fachlicher und rechtlicher Gegebenheiten mehrere Optionen stellen und Beurteilungsspielräume eröffnen, die es verantwortungsbewusst zu gestalten gilt. Um dies zu gewährleisten, baut das Konsensuspapier auf einem breiten Diskurs auf, der zum Thema „Allokationsethik“ seit vielen Jahren in der Medizinethik geführt wird und sich in den Literaturverweisen des Konsensuspapiers widerspiegelt [1, 26-29].

Ethische Beurteilung

Das Konsensuspapier erläutert zunächst die Grundlagen der Fragestellung in faktischer und normativer Hinsicht. Auf dieser Basis werden sodann Empfehlungen für den Umgang mit allokaationsethischen Fragen in der klinischen Praxis entwickelt. Schließlich widmet sich das Konsensuspapier Themen, die eng mit der zentralen Fragestellung der Allokation begrenzter Ressourcen verbunden sind.

2 Grundlagen

Die Grundlagen der Empfehlungen des Konsensuspapiers ergeben sich aus faktischen Rahmenbedingungen (2.1) und normativen Bezugspunkten (2.2) für allokaationsethische Entscheidungen.

2.1 Faktische Rahmenbedingungen

(1.) Ressourcenallokation. Unter „Ressourcen“ werden alle Mittel verstanden, die für eine Intensivtherapie nötig sind. In Kontrast zu einer in der Öffentlichkeit mitunter wahrgenommenen „Apparatemedizin“ ist die Intensivmedizin in erster Linie auf Humanressourcen angewiesen: auf ausreichendes und speziell qualifiziertes Personal verschiedener Gesundheitsberufe. Ohne sie können Sachressourcen wie medizintechnische Geräte (z.B. Beatmungsmaschinen) oder Arzneimittel nicht eingesetzt werden. Insofern greift die Rede von „benötigten Intensivbetten“ zu kurz, wenn sie nur auf Sachressourcen fokussiert. Mehr noch: Intensivtherapie erfordert ein effektives Zusammenwirken von *verschiedenen* Gesundheitsberufen und Fachrichtungen, um erfolgreich zu sein [30].

Ressourcen, v.a. Personal

Unter „Allokation“ wird die Entscheidung verstanden, für welche Zwecke bestimmte Ressourcen eingesetzt werden. Dies impliziert, dass der Einsatz für einen Zweck (z.B. die Versorgung von COVID-19-Patient*innen) einen anderen Zweck (z.B. die Versorgung von Schlaganfall-Patient*innen) kompromittieren kann, wenn dafür weniger Ressourcen zur Verfügung stehen. Deshalb werden Allokationen als Entscheidungen über *alternative* Verwendungsmöglichkeiten genannt [31]. Solche Allokationsentscheidungen werden im Gesundheitssystem auf verschiedenen Ebenen getroffen: auf Systemebene (z.B. im Rahmen der Regionalen Strukturpläne), auf Organisationsebene (z.B. im Rahmen der Budgetierung eines Krankenhauses) und auf klinischer Ebene (z.B. bei ICU-Aufnahmen und -Entlassungen) [2, 32]. Das Konsensuspapier behandelt in erster Linie allokationsethische Fragestellungen auf klinischer Ebene; solche auf System- oder Organisationsebene werden punktuell im Rahmen der verbundenen Fragestellungen angesprochen.

Allokation: Entscheidungen über alternative Verwendungsmöglichkeiten

(2.) Intensivtherapie. Die Intensivtherapie behandelt Menschen in einer kritischen, unter Umständen lebensbedrohlichen Krankheitssituation. Ihr primäres Ziel ist es, diese kritische Phase zu überstehen helfen und das Überleben in der Folge wieder ohne Intensivbehandlung zu sichern. Ihr sekundäres Ziel ist es, wie stets in der Medizin, den Betroffenen ein gutes Leben zu ermöglichen, d.h. dass genesene Menschen wieder das verfolgen können, was ihnen wertvoll ist [33-35].

Ziel: Überleben ohne Intensivtherapie

Ihre Grenzen erreicht die Intensivtherapie in folgenden Konstellationen [36, 37]:

- Inhaltliche Grenzen: primär, wo Behandlungen wirkungslos sind; sekundär, wo Behandlungen für die konkret betroffene Patient*in unverhältnismäßig sind.
- Strukturelle Grenzen: primär, wo die unmittelbaren Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen (z.B. keine ECMO verfügbar ist); sekundär, wo die mittelbaren Versorgungsmöglichkeiten außerhalb der Intensivtherapie nicht gewährleistet sind (z.B. keine Pflegeplätze für beatmete Personen verfügbar sind).

Grenzen: Wirkungslosigkeit, Unverhältnismäßigkeit, keine Behandlungsmöglichkeiten

Ziel und Grenzen der Intensivtherapie sind ethisch relevant, weil sie unterschiedliche Pflichten begründen können. Insbesondere die Frage, wie weit das sekundäre Ziel reicht und wo die sekundären Grenzen verlaufen, kann umstritten sein und muss im konkreten Fall begründet werden.

(3.) Normal- und Ausnahmesituation. Allokationsentscheidungen werden nicht nur in Krisen getroffen. Allerdings hilft eine Differenzierung in Normal- und Ausnahmesituationen, um ethische Herausforderungen besser zu erkennen [19]:

- Normalsituationen: Unter Normalbedingungen kann eine adäquate Behandlung aller Patient*innen gewährleistet werden, weil ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen. Die gleichwohl stets begrenzten Mittel können in vielen Fällen durch eine Optimierung ihres Einsatzes (Rationalisierung) so verwendet werden, dass keine Qualitätseinbußen in der Behandlung entstehen. Solche Allokationsentscheidungen zu treffen gehört zu einer sorgfältigen klinischen Praxis [38-40].

Normalsituation: adäquate Behandlung

- **Ausnahmesituationen:** Wenn die Mittel nicht ausreichen, um die Behandlung aller Patient*innen auf einem unter Normalbedingungen möglichen Qualitätsniveau durchzuführen, wird mit Mechanismen der Rationierung und Triage versucht, so viele Personen wie möglich zu versorgen. Auch solche Allokationsentscheidungen können Teil einer sorgfältigen klinischer Praxis sein, wenngleich eben als Ausnahme, nicht als Regel [41-43].

Ausnahmesituation: kein unter Normalbedingungen mögliches Qualitätsniveau

Die Differenzierung zwischen Normal- und Ausnahmesituation ist ethisch relevant, weil sich dadurch unterschiedliche Pflichten ergeben können: Die „bestmögliche“ Behandlung, die anzustreben ist, kann unter Normalbedingungen anders aussehen als in einer Ausnahmesituation. Wann eine Ausnahmesituation vorliegt, kann umstritten sein und muss im konkreten Fall begründet werden [44].

„Bestmögliche“ Behandlung

Die Dauer einer Ausnahmesituation hat faktische Auswirkungen für die medizinische Versorgung aller Patient*innen: Je kürzer die Ausnahmesituation ist, umso eher können Behandlungen mit intensivmedizinischem Bedarf (z.B. postoperativer ICU-Aufenthalt) mit verhältnismäßigen Nachteilen für die betroffenen Patient*innen verschoben werden. Je länger die Ausnahmesituation anhält, umso größer werden Risiken, Belastungen und Schäden für diese Patient*innen. Dies kann zu wiederholten Prioritätenverschiebungen in der Allokation führen – je nach epidemiologischer Entwicklung. Solche Priorisierungen erfolgen auf Mikroebene (am Krankenbett), auf Mesoebene (im Krankenhaus) und auf Makroebene (im Gesundheitssystem).

Dauer der Ausnahmesituation entscheidet über Verschiebung von Behandlungen mit

Grundsätzlich haben moderne Gesundheitssysteme und ihre Einrichtungen gelernt, mit verschiedenen Ausnahmesituationen umzugehen: z.B. Hygiene- und Isolationsregeln bei massenhaft auftretenden Infektionskrankheiten; Triage-Mechanismen bei Großschadensereignissen. Derartige Bewältigungsversuche sind auch für die aktuelle COVID-19-Pandemie relevant, wenngleich sie nicht unkritisch übertragbar sind. Eine besondere Herausforderung der COVID-19-Pandemie ist, dass es sich um ein neuartiges, komplexes und potenziell lebensbedrohliches Krankheitsbild handelt, was nicht nur die unmittelbare medizinische Behandlung, sondern auch die Risikobewertung für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft als Ganzes erschwert [45, 46].

Im Umgang mit Ausnahmesituationen helfen bewährte Mechanismen (bedingt) weiter

2.2 Normative Bezugspunkte

Ethische Urteile vereinen deskriptive, prognostische, normative und evaluative Aspekte. Im Zentrum dieses Konsensuspapiers stehen die normativen Aspekte, d.h. moralische Anforderungen, denen das intensivmedizinische Handeln angesichts begrenzter Ressourcen gerecht werden soll.

(1.) Ethische Prinzipien. Eine grundlegende Orientierung für die Ressourcenallokation liefern folgende, weithin geteilte, ethische Prinzipien [47]:

Nichtschaden, Wohltun, Respekt vor Selbstbestimmung, Gerechtigkeit

- **Nichtschaden**, verstanden als Pflicht, keine Behandlungen durchzuführen, welche für die individuell betroffene Patient*in mehr Schaden (Belastungen, Risiken) als Nutzen bringen; und zugleich durch Allokationsentscheidungen das Versorgungssystem als Ganzes nicht zu gefährden.
- **Wohltun**, verstanden als Pflicht, jene Behandlungen durchzuführen, welche der individuell betroffenen Patient*in am meisten nutzen; und zugleich mit den vorhandenen Ressourcen den größtmöglichen Nutzen für die größtmögliche Zahl an Betroffenen zu erzielen.
- **Respekt vor Selbstbestimmung**, verstanden als Pflicht, die individuell betroffene Patient*in in die Behandlung einzubeziehen und ihre Entscheidung über mögliche Therapieziele und indizierte Maßnahmen zu respektieren; und zugleich dafür Sorge zu tragen, dass individuelle Entscheidungen der Patient*in mit kollektiven Entscheidungen der Gesellschaft vereinbar sind.
- **Gerechtigkeit**, verstanden als Pflicht, Allokationsentscheidungen so zu treffen, dass sie der individuell betroffene Patient*in gerecht werden; und zugleich begrenzte Mittel so einzusetzen, dass sie so effizient wie möglich zur Aufrechterhaltung des gesamten Versorgungssystems gebraucht werden.

Während in Normalsituationen der Fokus der Allokation auf der konkreten Patient*in liegt, verschiebt er sich in Ausnahmesituationen auf die Kollektive aller von einer bestimmten Krankheit betroffenen Patient*innen, auf alle Kranken und auf die von Krankheit Gefährdeten, d.h. die Bevölkerung [19]. Weder ein exklusiver Fokus auf das Individuum noch auf ein Kollektiv kann gerechtfertigt werden. Stets gilt es, einen schonenden Ausgleich zwischen gleichberechtigten Interessen zu suchen.

Fokusverschiebung in Ausnahmesituationen: hin zum Kollektiv

Konkretisiert werden die ethischen Prinzipien in Regeln der klinischen Ethik, die Allokationsentscheidungen am Krankenbett normieren. Zu diesen Regeln zählen insbesondere solche für die Therapiezielentwicklung und Indikationsstellung; dem Informed Consent; und die fachgerechte Durchführung der Behandlung. Sie werden im Abschnitt der Empfehlungen für die klinische Praxis in Hinblick auf Allokationsentscheidungen spezifiziert.

Etablierte Elemente: Therapieziel, Indikationsstellung, Informed Consent

(2.) Grundrechtsbindung. Auch in Ausnahmesituationen sind alle Akteure den Wertungen und Normen der Verfassung und Grundrechte verpflichtet [48, 49]. Im Einklang mit der Stellungnahme der Bioethikkommission [17] bedeutet dies für das Konsensuspapier insbesondere Folgendes:

- **Gleichberechtigung:** Jede Person hat dasselbe Grundrecht auf Leben sowie andere im medizinischen Kontext relevante Grundrechte, wie z.B. das Recht auf Selbstbestimmung [50]. Darauf basierend verbietet sich eine Allokation nach Kriterien wie z.B. Restlebensdauer oder verbleibende Lebensqualität.
- **Gleichstellung:** Manche Menschen benötigen eine spezielle Unterstützung, um ihre formale Gleichberechtigung erlangen zu können, z.B. wenn eine physische

Grundrechte, Anti-Diskriminierung

Unterstützung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen

oder kognitive Einschränkung besteht. In solchen Fällen ist nicht nur ein gleicher, sondern ein bedürfnisgerechter und damit unter Umständen auch höherer Ressourceneinsatz nötig, damit diese Personen dieselbe Outcome-Chance haben wie Menschen ohne Einschränkung [51-56].

In Hinblick auf die unter Umständen notwendigen Priorisierungen von Patient*innen im Zuge von Allokationsentscheidungen über intensivtherapeutische Ressourcen versucht das Konsensuspapier einen begründbaren Ansatz für Dilemma-Situationen zu formulieren (siehe unten, 0 und 0). Aus grundrechtlicher Perspektive steht es niemandem zu, Menschenleben gegen Menschenleben abzuwägen [57]. Gleichzeitig müssen die medizinischen Ressourcen so eingesetzt werden, dass die Anzahl vermeidbarer Todesfälle durch Ressourcenknappheit minimiert wird. Eine juristische Einordnung dieses Dilemmas obliegt in einem demokratischen Rechtsstaat in Hinblick auf gesetzliche Normen dem Parlament, in Hinblick auf eine rückblickende Kontrolle den unabhängigen Gerichten und kann daher nicht Gegenstand dieses Konsensuspapiers sein [48, 58]. Gleichwohl hoffen die intensivmedizinischen Fachgesellschaften, dass die staatlichen Instanzen die hier erläuterten Argumente ihren rechtlichen Beurteilungen des medizinischen Handelns zugrunde legen, sollte dies einmal nötig werden.

Versuch der Bewältigung von Dilemma-Situationen

3 Empfehlungen

Auf Grundlage der faktischen Rahmenbedingungen und normativen Bezugspunkte formuliert das Konsensuspapier im folgenden Abschnitt allokaationsethische Empfehlungen für die klinische Praxis.

3.1 Inhaltliche Grundsätze

Die inhaltlichen Grundsätze für allokaationsethische Entscheidungen umfassen zwei Stufen:

- Auf einer ersten Stufe sollte durch die Beachtung etablierter Kriterien für Therapieentscheidungen einer Ressourcenknappheit sowohl unter Normalbedingungen als auch in Ausnahmesituationen vorgebeugt werden (3.1.1).
- Sollte es in einer Ausnahmesituation zu einer Knappheit kommen, so sollte sich die Ressourcenallokation auf einer zweiten Stufe an zusätzlichen Kriterien für eine Priorisierung der Patient*innen orientieren (3.1.2).

Stufe 1: Knappheit vorbeugen

Stufe 2: Mit Knappheit umgehen

3.1.1 Knappheit vorbeugen durch die Beachtung etablierter Kriterien für Therapieentscheidungen

Allokationsentscheidungen sollten sich in Normal- und Ausnahmesituationen an den etablierten Kriterien für medizinische Behandlungen ausrichten [59-64]: (1.) an der Definition und regelmäßigen Prüfung eines realistischen Therapieziels; (2.) an einer sorgfältigen Indikationsstellung; und (3.) am Abgleich des Therapieziels und der Indikationsstellung mit dem Willen der Patient*in.

Orientierung klinische Entscheidungen an etablierten Kriterien

(1.) Realistisches Therapieziel. Eine intensivmedizinische Behandlung muss ein Therapieziel verfolgen, das unter den gegebenen Umständen realisierbar ist [60, 61]. Zu den Umständen zählen in jeder Situation:

Realistisches Therapieziel

- Krankengeschichte der betroffenen Patient*in,
- Bisheriger Behandlungsverlauf,
- Status und Prognose der Patient*in,
- Faktisch vorhandene Behandlungsmöglichkeiten.

Sollte sich ein Therapieziel angesichts der Umstände als nicht mehr realisierbar erweisen, so ist eine Therapiezieländerung angezeigt [60].

Therapiezieländerung

(2.) Sorgfältige Indikationsstellung. Soweit ein Therapieziel realisierbar erscheint, dürfen nur jene Behandlungsansätze versucht werden, die medizinisch indiziert sind [65, 66]. Dies bedeutet, dass die Behandlung den Standards medizinischer Wissenschaft entspricht und faktisch im vorhandenen Versorgungssetting durchführbar ist; und dass sie in ihren Vor- und Nachteilen für die betroffene Patient*in verhältnismäßig ist [67]. Wo eine Behandlung technisch möglich wäre, aber mehr Nachteile als Vorteile bringt, ist sie zu unterlassen oder zu beenden.

Indikation: fachlich vertretbar, faktisch durchführbar, mehr Vor- als Nachteile für Patient*in

Eine bestimmte intensivmedizinische Maßnahme oder die gesamte Intensivtherapie ist in diesem Sinn nicht mehr indiziert, wenn [60]:

Hinweise auf negative Indikation für Intensivtherapie

- der Sterbeprozess unaufhaltsam begonnen hat,
- die Intensivtherapie dahingehend wirkungslos ist, vitale Funktionen zu stabilisieren,
- das Überleben an einen dauerhaften Aufenthalt auf der ICU gebunden wäre,
- nicht mehr zu erwarten ist, dass die Patient*in das Krankenhaus verlassen und in ein ihr angemessenes Lebensumfeld integriert werden kann.

Sofern eine Intensivtherapie nicht (mehr) indiziert ist, stellt sich die Verpflichtung, alternative Versorgungsoptionen zur optimierten Symptomkontrolle im Rahmen der Comfort Terminal Care zu prüfen [60, 68].

Alternativen zur Intensivtherapie, bis hin zu Comfort Terminal Care

(3.) Wille der Patient*in. Sowohl das Therapieziel als auch die Bewertung der Vor- und Nachteile einer Behandlung sind mit der Patient*in abzustimmen [69-72]. Wenn sich

Abstimmung von Therapieziel und Indikationsstellung mit Patient*in

dabei ergibt, dass die Patient*in ein Therapieziel nicht (mehr) mitträgt oder die Nachteile einer Behandlung für schwerwiegender als ihre Vorteile bewertet, dann ist das Therapieziel oder der Behandlungsansatz zu ändern [73].

Die Ablehnung einer Intensivtherapie kann

Ablehnung durch Patient*in

- aktuell (im Gespräch mit der Patient*in),
- vorausverfügt (z.B. in einem präoperativen Aufklärungsgespräch oder einer Patientenverfügung) oder
- vermittelt (z.B. durch einen gesetzlichen Vertreter) erfolgen [74, 75].

Bei der Einbindung des Patient*innen-Willens gilt: Ein*e Patient*in hat kein Recht auf ein Therapieziel, das aus fachlicher Sicht unerreichbar oder mit den Standards der Medizin unvereinbar ist. Ein*e Patient*in hat ebenso kein Recht auf eine Behandlung, die aus fachlicher Sicht nicht indiziert oder mit den Standards der Medizin unvereinbar ist. In solchen Fällen sind alternative Therapieziele und Behandlungen zu prüfen, die fachlich vertretbar und mit dem Willen der Patient*in vereinbar sind [76].

Fachliche Beurteilung setzt dem Patient*innen-Willen Grenzen

Die konsequente Beachtung dieser etablierten Kriterien für klinische Entscheidungen trägt dazu bei, die stets begrenzten Ressourcen bedarfs- und bedürfnisgerecht einzusetzen und Knappheit vorzubeugen [77]. Sie gelten für alle Kontexte der Gesundheitsversorgung, in Normal- und Ausnahmesituationen.

Konsequente Umsetzung der etablierten Kriterien

3.1.2 Knappheit bewältigen durch Priorisierungen

In Ausnahmesituationen kann es dazu kommen, dass die Ressourcen nicht ausreichen, um eine adäquate intensivmedizinische Versorgung zu gewährleisten. Im Kontext von Knappheit sollten sich klinische Allokationsentscheidungen an den folgenden Kriterien orientieren.

Zuspitzung in Ausnahmesituationen

(1) Lagebeurteilung. Alle Allokationsentscheidungen sind vor dem Hintergrund der konkreten Situation zu treffen, um das Vorliegen und Ausmaß einer Ausnahmesituation einschätzen zu können. Dazu zählt vor allem die Beurteilung folgender Faktoren:

Lagebeurteilung

- Welche Intensivtherapie-Ressourcen sind vorhanden?
 - Auf den lokalen ICUs
 - Auf den lokalen Intermediate Care Stationen
 - In der lokalen Notfallabteilung
 - In anderen Krankenhäusern
- Welche Intensivtherapie-Ressourcen werden benötigt?
 - Für konkret vorhandene Patient*innen jedes Krankheitsbilds
 - Für zu erwartende Patient*innen jedes Krankheitsbilds

Vorhandene Ressourcen

Benötigte Ressourcen

Wenn die Lagebeurteilung ergibt, dass die vorhandenen Ressourcen nicht ausreichen (Knappheit), werden Allokationen nötig, welche die unter Normalbedingungen rein auf die individuelle Patient*in fokussierte Behandlungsentscheidung einschränkt, indem sie alle zu versorgenden Patient*innen vergleicht und priorisiert. Dies kann zu einer moralischen Dilemmasituation führen, wenn für die nachgereihten Patient*innen nicht so rasch eine adäquate Versorgung organisiert werden kann, dass dadurch die unmittelbare Lebens- oder Gesundheitsgefahr gebannt ist.

Priorisierungen von Patient*innen

Bei der Suche nach alternativen Versorgungsmöglichkeiten gilt für die klinisch Tätigen der Grundsatz, wonach sie zu nichts Unmöglichem verpflichtet werden können. Eine solche Unmöglichkeit kann sich aus faktischen Grenzen (z.B. keine Transportmöglichkeit) oder normativen Grenzen (z.B. keine Zuständigkeit eines anderen Krankenhauses) ergeben [17, 48].

Suche nach Alternativen kennt Grenzen

(2.) Priorisierung. Eine Allokation nach Priorisierungskriterien ist aus der Katastrophenmedizin bekannt. Analog zur dort etablierten Triage ist in einer Ausnahmesituation der Knappheit vom unter Normalbedingungen geltenden Prinzip des „first come, first served“ abzugehen [78]. Die stattdessen stattfindende Priorisierung erfolgt mit dem Ziel, mit den vorhandenen Ressourcen möglichst viele Patient*innen bedarfsgerecht zu versorgen, das Leben möglichst vieler unmittelbar zu retten. Die Priorisierung verfolgt nicht die Absicht, die Menschen quantitativ (z.B. in Hinblick auf ihre Lebensdauer) oder qualitativ (z.B. in Hinblick auf ihre Lebensqualität) zu bewerten [14].

Ziel der Priorisierungen: möglichst viele Patient*innen bedarfsgerecht zu versorgen

Für die Priorisierung in einer Situation von knappen intensivmedizinischen Ressourcen sollten folgende Aspekte beachtet werden [12, 14, 17, 48]:

- **Klinische Erfolgsaussicht:** Das maßgebliche Priorisierungskriterium stellt die Überlebenaussicht dar. Patient*innen, bei denen eine begründete Chance besteht, dass sie die unmittelbare (notigenfalls maximale) Intensivtherapie überleben und auch außerhalb der ICU weiterleben können, sollten gegenüber Patient*innen, bei denen diese Erfolgsaussicht nicht zutrifft, vorrangig behandelt werden.
- **Individuelle Einschätzung:** Die klinische Erfolgsaussicht einer Intensivtherapie muss für jede Patient*in individuell, so sorgfältig wie möglich, erfolgen. Soweit möglich, sollte die Einschätzung mithilfe nachvollziehbarer Kriterien erfolgen, z.B. mittels Scoring-Systemen zur Erkrankungsschwere wie SOFA [79], SAPS 3 [80], 4C Mortality Score [81] und zum Allgemeinzustand wie etwa CFS [82, 83]. Die Kriterien und Scores können dabei helfen, individuelle Einschätzungen intersubjektiv nachvollziehbar zu machen und dienen vorrangig der Beschreibung des Schweregrads der Erkrankung und einer damit verbundenen Risikoeinschätzung. Scoring-Systeme geben jedoch keine ausreichende Sicherheit für eine allein darauf beruhende Therapieentscheidung. Die klinische Beurteilung und Entscheidungsfindung kann weder durch Kriterienkataloge noch durch Scoring-Systeme ersetzt werden [79, 84-87].

Zentrales Kriterium: klinische Erfolgsaussicht auf unmittelbares Überleben der Intensivtherapie

Einschätzung von Patient*innen auf Basis nachvollziehbarer Kriterien, z.B. Scoring-Systemen

- **Alle Patient*innen:** In die Priorisierung sind alle Patient*innen eines Versorgungssettings (z.B. Krankenhaus) einzuschließen, die eine Intensivtherapie benötigen könnten – unabhängig davon, wo sie aktuell versorgt werden oder welches Krankheitsbild sie aufweisen [88, 89]. Im Kontext der Pandemie bedeutet dies, dass COVID-19-Patient*innen nicht allein aufgrund dieses Krankheitsbildes gegenüber Patient*innen mit anderen Krankheiten priorisiert werden dürfen. Maßgeblich ist die klinische Erfolgsaussicht, die für Patient*innen aller Krankheitsbilder individuell einzuschätzen ist.
- **Regelmäßige Reevaluation der Priorisierung:** Eine Priorisierung ist ein dynamisches Verfahren, das parallel zur Lageentwicklung verläuft.
- **Verpönte Priorisierungskriterien:** Mit den rechtsethischen Werten und Normen unvereinbar ist eine Priorisierung nach Kriterien, die nicht mit der klinischen Erfolgsaussicht kausal zusammenhängen [17, 48]. Dazu zählen insbesondere: das bloße Faktum eines bestimmten kalendarischen Alters, das bloße Vorhandensein bestimmter Grunderkrankungen oder Behinderungen, der soziale Status oder die persönliche Beziehung zu Entscheidungsträger*innen. Jedes in Erwägung gezogene Priorisierungskriterium muss in Hinblick auf seine Bedeutung für die klinische Erfolgsaussicht plausibilisiert werden. Im Sinn der Gleichstellung kann es nötig sein, persönliche Merkmale, die eine strukturelle Benachteiligung für die Versorgung darstellen, bedürfnisgerecht zu adressieren, um Chancengleichheit in Hinblick auf die klinische Erfolgsaussicht zu ermöglichen (siehe oben, 2.2).

Priorisierung unabhängig vom Krankheitsbild

Wiederholte Priorisierungen

Verpönte Kriterien: jene, die nicht mit klinischer Erfolgsaussicht kausal zusammenhängen

(3.) Beginn und Beendigung einer Intensivtherapie. Die Allokation kann zwei Szenarien betreffen:

- **Intensivtherapie noch nicht begonnen** (Szenario 1): In dieser Situation gibt es eine knappe Zahl noch verfügbarer Ressourcen, aber eine höhere Zahl an Personen, die diese Mittel benötigen würden. Zu entscheiden ist, bei welchen Patient*innen eine Intensivtherapie prioritär begonnen werden soll.
- **Intensivtherapie bereits begonnen** (Szenario 2): In dieser Situation sind alle knappen Ressourcen eingesetzt, und es kommt mindestens eine Patient*in hinzu, die ebenfalls eine Intensivtherapie benötigen würde. Zu entscheiden ist, ob bei einer Patient*in die bereits begonnene Intensivtherapie beendet werden soll, um die freiwerdenden Ressourcen der neu hinzukommenden Patient*in zur Verfügung zu stellen, da diese die bessere Überlebenseaussicht hat.

Szenario 1: Priorisierung vor Beginn der Intensivtherapie (→3.2.2)

Szenario 2: Priorisierung bei laufender Intensivtherapie (→3.2.3)

Beide Szenarien hängen zusammen, und für beide Szenarien gelten dieselben Kriterien und gemeinsame Verfahrensschritte (siehe unten, 3.2). Dies begründet sich dadurch, dass Argumente, die für einen primären Verzicht auf eine Intensivtherapie gelten, auch für eine sekundäre Beendigung einer Intensivtherapie relevant sind [90].

(4.) Zweitbeste Optionen. Angesichts begrenzter Ressourcen geht es nicht immer um die Alternativen „alles“ (d.h. intensivmedizinische Maximaltherapie) oder „nichts“ (d.h.

Suche nach zweitbesten Optionen

keine medizinische Behandlung). Für Patient*innen, die aufgrund einer Priorisierung nachrangig behandelt werden, kann eine unter optimalen Bedingungen nur zweitbeste Option die bestmögliche Chance darstellen, dennoch ein akzeptables Therapieziel zu erreichen. Eine solche zweitbeste Option kann z.B. darin bestehen, dass die nachgereichte Patient*in zwar nicht auf einer ICU behandelt werden kann, aber eine möglichst engmaschige Überwachung der Vitalparameter auf einer Normalstation erhält.

(5.) Dilemma-Situationen. Allokationsentscheidungen über intensivmedizinische Ressourcen in Situationen von Knappheit stellen ein ethisches Dilemma dar, weil die Entscheidung, auf die Behandlung einer Person zugunsten einer anderen zu verzichten oder sie zu beenden, im Kontext der rechtsethischen Werte und Normen nicht gerechtfertigt werden kann: Steht Leben gegen Leben kann weder der Beginn oder die Fortsetzung einer intensivmedizinischen Behandlung noch der Verzicht darauf oder ihre Beendigung bei einer konkreten Patient*in schlechthin richtig und gut sein [48]. Für jene, die solche Entscheidungen dennoch vornehmen müssen, ist angesichts dieses Dilemmas seitens der Gesellschaft und Rechtsgemeinschaft der entschuldigende Notstand anerkannt [17]. Um seinen Anforderungen gerecht zu werden, sollten die folgenden Verfahrensgrundsätze beachtet werden.

Dilemma-Situationen können nicht „aufgelöst“ werden

3.2 Klinische Entscheidungsfindung

Die Allokationsentscheidungen zu intensivmedizinischen Ressourcen sollten sich an folgendem Verfahren orientieren. Es wird von bestimmten Grundsätzen getragen (3.2.1) und umfasst Entscheidungen über den Beginn einer Intensivtherapie (o) und ihre Beendigung (o).

Verfahren der Entscheidung

3.2.1 Grundsätze

(1.) Verfahrensanweisung. Jedes Krankenhaus bzw. jede Abteilung mit intensivmedizinischem Versorgungsauftrag ist gefordert, so früh wie möglich eine den konkreten Rahmenbedingungen entsprechende Prozessbeschreibung zu entwickeln und in Kraft zu setzen [91]. Eine solche Verfahrensanweisung ist nötig, um Zuständigkeiten, Kommunikationswege, Entscheidungskompetenzen und Dokumentationsanforderungen verbindlich festzulegen [92, 93].

Verfahrensanweisung im Krankenhaus

(2.) Vorausplanung. Alle Entscheidungen sollten so früh wie möglich initiiert werden. Eine antizipierte Einschätzung des intensivtherapeutischen Behandlungsbedarfs auf Normalstationen oder in Notfallambulanzen kann dabei helfen, eine Liste potenziell intensivbedürftiger Patient*innen zu erstellen, um die Ressourcenallokation vorausschauend zu planen [73].

Vorausschauende Lageeinschätzung und Planung

(3.) Transparenz und Nachvollziehbarkeit. Die Entscheidungen sollten für alle Betroffenen (Patient*innen bzw. gesetzliche Vertreter*innen, Angehörige)

Einbezug von Patient*innen, Vertreter*innen, Angehörigen

nachvollziehbar sein. Soweit möglich, sollten sie in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, selbst wenn ihnen zu bestimmten Fragen keine formale Entscheidungsauctorität zukommt. Dies ist auch in Hinblick auf Besuchsmöglichkeiten zu berücksichtigen (siehe weiter unten).

Entscheidungen über Beginn oder Verzicht, Fortsetzung oder Beendigung intensivtherapeutischer Maßnahmen sollten in der Krankengeschichte begründet und vermerkt sein [60].

Dokumentation in der Krankengeschichte

(4.) Mehr-Augen-Prinzip. Priorisierungsentscheidungen angesichts knapper Ressourcen sollten möglichst in kollegialer Beratung erfolgen [14]:

Kollegiale Beratung

- zwei intensivmedizinisch erfahrene Ärzt*innen (davon zumindest ein*e mit abgeschlossener Facharztausbildung),
- eine Intensivpflegeperson,
- gemeinsam mit den Behandelnden beteiligter medizinischer Fächer,
- gegebenenfalls unter Beiziehung eines lokal vorhandenen Ethikberatungsdienstes [94, 95].

Zum Umgang mit einem fachlichen Dissens sollten die Krankenhäuser bzw. Abteilungen unter Beachtung der krankenanstalten- und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen Vorgehensweisen in der Verfahrensanweisung definieren.

Umgang mit Dissens

(5.) Evaluation. Die Entscheidung, eine Intensivtherapie zu beginnen und fortzusetzen, ist engmaschig zu evaluieren (mindestens einmal pro Tag). Wenn sich im Rahmen der Evaluation ergibt, dass gute Gründe für die Reduktion oder Beendigung einer Intensivtherapie sprechen, sollte diese Therapiezieländerung konsequent und ohne Zeitverzögerung umgesetzt werden [60].

Tägliche Evaluation

3.2.2 Beginn einer Intensivtherapie (Szenario 1)

Schritt 1	Besteht eine intensivmedizinische Behandlungsnotwendigkeit?
	<p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ja ► Schritt 2 ● Nein ► Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation)
Schritt 2	Wie sieht die klinische Erfolgsaussicht in Hinblick auf das Therapieziel „Überleben der Intensivtherapie“ aus?
a)	<p>Die Beurteilung der Erfolgsaussicht erfolgt auf Basis von:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Informationen zum aktuellen klinischen Zustand ● Anamnestischer und klinischer Erfassung von Komorbiditäten ● Anamnestischer und klinischer Erfassung des Allgemeinzustands ● Laborparametern ● Prognostisch relevanten Scores (z.B. SOFA, SAPS 3, 4C Mortality Score, CFS)
b)	<p>Folgende Kriterien deuten auf eine schlechte Erfolgsaussicht in Hinblick auf das Therapieziel „Überleben der Intensivtherapie“ hin:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kriterien betreffend die aktuelle Erkrankung: <ul style="list-style-type: none"> – Ausgeprägter Schweregrad der primären Erkrankung – Begleitendes akutes Organversagen – Validierte prognostische Marker für die aktuelle Erkrankung ● Kriterien betreffend Komorbiditäten: <ul style="list-style-type: none"> – Schwere Organ-Dysfunktion (z.B. Herzinsuffizienz, Lungenerkrankung, Leberschädigung, dialysepflichtige Niereninsuffizienz) – Metastasierende Krebserkrankung – Schwere und irreversible Immunschwäche – Weit fortgeschrittene neurodegenerative Grunderkrankung ● Kriterien betreffend den (prämorbidem) Allgemeinzustand: <ul style="list-style-type: none"> – Hoher Grad an Frailty (Gebrechlichkeitssyndrom)
c)	<p>Einzelne Erkrankungen und Zustände rechtfertigen per se keinen Ausschluss von einer Intensivtherapie. Nur in einer Gesamtschau aller erfassbaren Faktoren und ihrer Ausprägungen kann deren Einfluss auf die klinische Erfolgsaussicht beurteilt werden.</p>
d)	<p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Klinische Erfolgsaussicht fehlt ► keine Intensivtherapie beginnen, Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation, Verständigung eines Palliativkonsiliardienstes) ● Klinische Erfolgsaussicht besteht ► Schritt 3

Schritt 3	Ist die geplante Vorgehensweise vom Willen der Patient*in getragen?
a)	<p>Die geplante Vorgehensweise benötigt die aufgeklärte Einwilligung der Patient*in hinsichtlich</p> <ul style="list-style-type: none"> • des angestrebten Therapieziels, • der indizierten Behandlungsmaßnahmen.
b)	<p>Der Wille der Patient*in kann sich ausdrücken in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einer aktuellen Äußerung der Patient*in, • einer vorweggenommenen Äußerung der Patient*in (z.B. in einem präoperativen Aufklärungsgespräch, in einer Patientenverfügung), • einer vertretenen Übermittlung des Willens (z.B. durch eine*n gesetzliche*n Vertreter*in oder Angehörige). <p>Lässt sich der Wille der Patient*in nicht ergründen, ist im Zweifelsfall anzunehmen, dass sie mit dem Therapieziel „Überleben“ und den damit verbundenen indizierten Behandlungen einverstanden wäre, soweit für sie eine fachliche Erfolgsaussicht bestehen.</p>
c)	<p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einwilligung liegt vor oder ist im Zweifelsfall anzunehmen ► Schritt 4 • Patient*in lehnt Intensivtherapie ab ► keine Intensivtherapie, Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation), das ihrem Willen am ehesten entspricht
Schritt 4	Priorisierung in Hinblick auf den Beginn einer Intensivtherapie in einer Situation knapper Ressourcen
a)	<p>Die Priorisierung betrifft alle Patient*innen, die aktuell</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine intensivmedizinische Behandlung grundsätzlich benötigen (Schritt 1), • eine klinische Erfolgsaussicht in Hinblick auf das Therapieziel „Überleben der Intensivtherapie“ aufweisen (Schritt 2) und • die Intensivtherapie nicht ablehnen (Schritt 3).
b)	<p>Die Priorisierung erfolgt</p> <ul style="list-style-type: none"> • unter Berücksichtigung der Lagebeurteilung, • nach individueller ärztlicher Einschätzung der klinischen Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für jede betroffene Patient*in, • im Vergleich zur Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für alle anderen betroffenen Patient*innen.
c)	<p>Für die Priorisierung kann ein Punktesystem eingesetzt werden. Dieses dient der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit und gemeinsamen Auseinandersetzung.</p>

	<p>Ein Punktesystem kann hingegen nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Faktoren, die für die Priorisierung maßgeblich sind, einen individuellen Beurteilungsspielraum aufweisen und somit der klinischen Urteilskraft unterliegen. Aus diesem Grund hat sich international bislang kein allgemein anerkanntes Punktesystem etabliert.</p> <p>Falls kein Punktesystem für die Priorisierung verwendet wird, ist die Priorisierung auf Basis der bestverfügbaren klinischen Einschätzung jede*r einzelnen Patient*in vorzunehmen, die nachvollziehbar dokumentiert werden muss.</p>
d)	<p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Vorrangige Einstufung ► Beginn Intensivtherapie ● Nachrangige Einstufung ► (Derzeit) keine Intensivtherapie, (vorläufige) Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation) ● Gleichrangige Einstufung ► In der Gruppe gleichrangig beurteilter Patient*innen ist die zufällige Allokation knapper intensivmedizinischer Ressourcen jene Vorgehensweise, die aus ethischer Perspektive am ehesten den Werten und Normen gleicher Chancen aller Menschen entspricht.
Schritt 5	Regelmäßige Evaluation der Intensivtherapie
a)	<p>Eine begonnene Intensivtherapie ist regelmäßig daraufhin zu prüfen,</p> <ul style="list-style-type: none"> ● inwieweit ein angestrebtes Therapieziel weiterhin erreichbar ist, ● inwieweit die Nachteile, die mit einer Behandlung für die Patient*in verbunden sind, in einem angemessenen Verhältnis zu den Vorteilen, die das angestrebte Therapieziel verspricht, stehen, ● inwieweit diese Entwicklungen weiterhin vom Willen der Patient*in mitgetragen werden.
b)	<p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evaluation positiv ► Fortsetzung der Intensivtherapie ● Evaluation negativ ► Änderung bzw. Beendigung der Intensivtherapie, Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation, Verständigung eines Palliativkonsiliardienstes)

3.2.3 Beendigung einer Intensivtherapie (Szenario 2)

Schritt 1	Individuelle, Patient*innen-zentrierte Prüfung
a)	Die Prüfung erfolgt im Rahmen der regelmäßigen Evaluation der begonnenen Intensivtherapie, siehe Abschnitt 0, Schritt 5.
b)	<p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Therapieziel auch bei Verlegung erreichbar ► Verlegung aus ICU • Evaluation negativ ► Änderung bzw. Beendigung der Intensivtherapie, Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation) • Evaluation positiv ► Fortsetzung der Intensivtherapie; in einer Situation von Knappheit unter Berücksichtigung von Schritt 2
Schritt 2	Priorisierung in Hinblick auf die Fortsetzung oder Beendigung einer Intensivtherapie in einer Situation knapper Ressourcen
a)	<p>Die Priorisierung betrifft alle Patient*innen, die aktuell (Schritt 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine intensivmedizinische Behandlung erhalten, • eine klinische Erfolgsaussicht in Hinblick auf das Therapieziel „Überleben der Intensivtherapie“ aufweisen und • die Intensivtherapie nicht ablehnen.
b)	<p>Die Priorisierung erfolgt</p> <ul style="list-style-type: none"> • unter Berücksichtigung der Lagebeurteilung, • nach individueller Einschätzung der klinischen Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für jede betroffene Patient*in, • im Vergleich zur Erfolgsaussicht der Intensivtherapie für alle anderen betroffenen Patient*innen.
c)	<p>Die nachrangige Einstufung einer konkreten Patient*in und damit die Beendigung einer Intensivtherapie mit dem Risiko des krankheitsbedingten Versterbens sollte aufgrund fraglicher Verhältnismäßigkeit im Kontext der Gesamtversorgungssituation in Betracht gezogen werden, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach Ausschöpfung aller möglichen Alternativen (z.B. Transfer auf eine ICU eines anderen Krankenhauses), • die Patient*in zwar vital stabilisierbar ist, • aber nach bestmöglicher individueller Prognose auf unabsehbare Zeit von Intensivtherapie vital abhängig bleiben wird (d.h. hohe Wahrscheinlichkeit für den Übergang in einen chronisch-kritischen Krankheitszustand), während • eine andere Patient*in – gemessen an den zu plausibilisierenden Kriterien für den Beginn einer Intensivtherapie – eine bessere klinische Erfolgsaussicht zu erwarten hätte,

	<ul style="list-style-type: none"> • aber aufgrund knapper Ressourcen eine Intensivtherapie nicht rechtzeitig zur Abwendung der akuten Lebensgefahr erhalten könnte. <p>Zum Einsatz eines Punktesystems für die Priorisierung oder Alternativen dazu siehe oben, Abschnitt 0, Schritt 4.</p>
d)	<p>Ergebnis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorrangige Einstufung der bereits auf ICU behandelten Patient*innen ► Fortsetzung der Intensivtherapie • Nachrangige Einstufung einer bereits auf ICU behandelten Patient*in ► Beendigung der Intensivtherapie, Versorgung in einem anderen Setting (z.B. Normalstation) • Gleichrangige Einstufung von bereits auf ICU behandelten und neu hinzukommenden Patient*innen ► Fortsetzung der Intensivtherapie bei den bereits behandelten Patient*innen; (vorläufige) Versorgung der neu hinzukommenden Patient*innen in einem anderen Setting (z.B. Normalstation)

4 Verbundene Fragestellungen

Mit Allokationsentscheidungen über intensivtherapeutische Ressourcen für konkrete Patient*innen sind einige Fragestellungen verbunden, zu denen enge Wechselwirkungen bestehen. Der folgende Abschnitt des Konsensuspapiers nimmt zu diesen verbundenen Fragestellungen aus ethischer Perspektive Stellung. Einige Themen sind im Kontext der COVID-19-Pandemie besonders relevant geworden, andere haben auch abseits davon Bedeutung.

(1.) Allokation auf Meso- und Makroebene. Allokationsentscheidungen zu konkreten Patient*innen und Behandlungen auf ICU hängen davon ab, wie Allokationsentscheidungen auf Ebene einer Organisation (Krankenhaus/Träger) und der Gesellschaft getroffen werden [2]. Diese Allokation auf Meso- und Makroebene muss auf klinischer Ebene zunächst als gegebene Rahmenbedingung akzeptiert werden und definiert damit die Möglichkeiten und Grenzen individueller Verantwortung der behandelnden Intensivmediziner*innen. Leiter*innen von ICUs und Abteilungen können demgegenüber die Allokation auf Organisationsebene mitgestalten. Vertreter*innen der intensivmedizinischen Fachgesellschaften können sich in die Gestaltung von Allokationsregeln auf Makroebene einbringen. Jedenfalls gilt es, bei der Allokation von Ressourcen für Sachmittel (Geräte, Arzneimittel) nicht darauf zu vergessen, dass diese Mittel nur bei entsprechender Bereitstellung von Personalressourcen wirksam und effizient eingesetzt werden können.

(2.) Präklinische Entscheidungen. Allokationsentscheidungen zu intensivtherapeutischen Behandlungen werden oft von präklinischen Entscheidungen beeinflusst –

Allokationsentscheidungen am Krankenbett sind durch Allokationen auf höheren Ebenen mitbedingt

Advance Care Planning im extramuralen Bereich

insbesondere davon, ob eine Patient*in in ein Krankenhaus transferiert werden soll oder zu Hause versorgt werden kann. Im Sinne der individuellen Vorsorgeplanung (Advance Care Planning) sollten die Wünsche der (potenziellen) Patient*innen möglichst präklinisch geklärt werden, um Transfers und Behandlungen zu vermeiden, die eigentlich gegen den Willen der Patient*in wären [73, 96, 97]. Eine Priorisierung in Hinblick auf die intensivmedizinische Ressourcenallokation kann hingegen nur im jeweiligen Krankenhaus erfolgen, nicht durch Notärzt*in oder Rettungsdienst.

(3.) Schutzmaterial. Angesichts von Infektionskrankheiten wie COVID-19 kommt der Allokation von Schutzmaterial für das Gesundheitspersonal besondere Bedeutung zu [98]. Das klinische Personal hat eine persönliche Verantwortung, einzuschätzen, welchen Risiken sich jede*r Einzelne aussetzt, wenn keine oder nur inadäquate Schutzausrüstung zur Verfügung steht. Eine Gefährdung des eigenen Lebens oder die Inkaufnahme des Risikos schwerer Gesundheitsschäden ist jedenfalls keine moralische Pflicht [99]. Für Angehörige von Gesundheitsberufen muss der verantwortungsbewusste Umgang mit persönlicher Schutzausrüstung in Hinblick auf die Gewährleistung der Versorgungssicherheit eine besondere Rolle spielen [19].

Professioneller Umgang des Gesundheitspersonals mit Risiken

(4.) Testung, Umgang mit Verdachtsfällen. Speziell in Hinblick auf SARS-CoV-2 hat die Testung auf das Virus nach vorliegenden virologischen und epidemiologischen Erkenntnissen einen zentralen Stellenwert für die Aufrechterhaltung der Versorgung und ist damit Ressourcen-entscheidend. Insofern sollten Testkapazitäten und Testangebote für klinisches Personal entsprechend zur Verfügung stehen bzw. in Anspruch genommen werden.

Testung auf Infektion

Soweit aus den bisherigen Erfahrungen mit SARS-CoV-2 bzw. COVID-19 bekannt ist, verlaufen viele Infektionen symptomlos oder mit milden Krankheitssymptomen. Gleichwohl besteht die persönliche Verantwortung, auch bei einem symptomfreien Verdacht (z.B. aufgrund eines engen Kontakts zu einer nachgewiesenermaßen infizierten Person) oder bloß milden Krankheitssymptomen bis zum Vorliegen eines negativen Befundes nicht klinisch tätig zu sein – selbst wenn durch hochwertige Schutzausrüstung andere Menschen bestmöglich vor einer Übertragung bewahrt werden könnten. Diese Verantwortung ergibt sich zum einen aus dem Restrisiko für die anderen (inklusive dem Risiko, dass andere Personen schwerere Krankheitsverläufe entwickeln könnten); zum zweiten aus der Beeinträchtigung, die eine Infektion auch für die symptomlose oder mild infizierte Person in Hinblick auf ihre Arbeit bedeutet (z.B. Stress mit einem höheren Fehlerrisiko angesichts der Unsicherheit) [100].

Verdachtsfälle und Infizierte ohne Symptome

(5.) Impfungen. Jede klinisch tätige Person sollte sich in Hinblick auf alle Infektionskrankheiten der Verantwortung stellen, etablierte Impfungen in Anspruch zu nehmen, um Patient*innen und andere zu schützen [101]. Speziell eine Prophylaxe gegen Influenza, Pneumokokken und Pertussis (Keuchhusten) kann im Kontext der COVID-19-Pandemie helfen, die Krankheitslast in der Bevölkerung zu senken, Differentialdiagnosen zu erleichtern und Patient*innen auf ICU vor einer nosokomialen Infektion zu

Professionelle und persönliche Verantwortung angesichts von Impfmöglichkeiten

schützen [102]. Sofern in Zukunft eine sichere und wirksame Impfung gegen SARS-CoV-2 vorliegen sollte, ist die persönliche Verantwortung, sie in Anspruch zu nehmen, analog zu prüfen.

(6.) Besuchsregelungen. Im Zuge der Eindämmungsmaßnahmen der COVID-19-Pandemie kam es in Österreich zu teils äußerst restriktiven Besuchsregelungen in Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen (z.B. Pflegewohnhäuser). Im Licht der Erfahrungen mit diesen Restriktionen, im Licht der jahrzehntelangen Erfahrung mit der Handhabung anderer Infektionskrankheiten im Krankenhaus und im Licht grundlegender ethischer Werte und Normen weist das Konsensuspapier neuerliche Restriktionen in dieser Art entschieden zurück. Der klinische Erfolg hängt – auch und nicht zuletzt auf der ICU – von der Einbindung der Angehörigen und ihrem Kontakt zur Patient*in ab. Soziale Kontakte in einer Krankheit sind nicht nur ein optionales „Add on“, auf das auch verzichtet werden könnte, wenn nur die technische und pharmakologische Behandlung passt. Nicht nur bei Sterbenden, sondern auch bei jenen, die ein kuratives Therapieziel verfolgen, ist deshalb auf der ICU, auch bei einer Infektionssituation, nach Wegen zu suchen, um regelmäßige Kontakte zu ermöglichen [103, 104]. Besuchende Angehörige sind über den Gebrauch persönlicher Schutzausrüstung und das Restinfektionsrisiko aufzuklären.

Besuche von Intensivpatient*innen sind wichtig, nicht nur am Lebensende

(7.) Palliative Care. Patient*innen haben das Recht auf eine bedarfsgerechte palliative Versorgung, auch auf der ICU [64, 68]. Diese Versorgung soll durch das Intensivteam und durch spezielle Dienste (z.B. Palliativkonsiliardienst) erfolgen. In Hinblick auf die COVID-19-Pandemie sind dabei die einschlägigen fachlichen Empfehlungen zu beachten [105, 106]. Die palliative Versorgung hat auch in Ausnahmesituationen knapper Ressourcen eine hohe Priorität. Können Patient*innen nicht auf der ICU versorgt werden, so hat das ICU-Personal auf eine adäquate palliative Versorgung hinzuwirken. Steht in einem Krankenhaus ein Palliativkonsiliardienst zur Verfügung, so ist dieser jedenfalls beim Transfer einer Patient*in mit palliativem Bedarf von Intensiv- auf Normalstation zu involvieren.

Intensivtherapie und Palliative Care

(8.) Unterstützung für ICU-Personal. Allokationsentscheidungen über knappe Ressourcen mit dem Risiko, dass Patient*innen nicht die unter Normalbedingungen mögliche medizinische Behandlung erhalten, setzen die Entscheidungsträger*innen einem erhöhten moralischen Stress aus. Er ist durch die Dilemma-Konstellation begründet, nicht moralisch richtig handeln zu können [107]. Angesichts dieser Belastung sollte das ICU-Personal Unterstützung angeboten bekommen und in Anspruch nehmen, die dabei hilft, den moralischen Stress zu bewältigen. Eine solche Unterstützung kann (prospektiv) durch einen klinischen Ethikberatungsdienst oder (retrospektiv) durch regelmäßige Debriefings und strukturierte Supervisionsangebote erfolgen [100, 108]. In struktureller Hinsicht sind es darüber hinaus jene Verfahrensweisungen, die Allokationsentscheidungen im Sinne dieses Konsensuspapiers leiten, die dabei helfen können, tragische Entscheidungen zu bewältigen.

Moralischer Stress

5 Schlussfolgerungen

Die Intensivmedizin hat es wie alle Lebensbereiche damit zu tun, das Bestmögliche mit stets begrenzten Ressourcen anzustreben. In Ausnahmesituationen können selbst in einem hoch entwickelten Gesundheitssystem die Ressourcen so knapp werden, dass nicht alle Patient*innen jene Behandlung zeitgerecht erhalten, die sie unter Normalbedingungen bekommen würden.

Streben nach dem Bestmöglichen angesichts knapper Ressourcen

Um einer solchen Knappheit vorzubeugen, hilft zunächst eine konsequente Beachtung jener Grundsätze, die für jede an der individuellen Patient*in orientierte Behandlung gelten: ein realistisches Therapieziel, eine sorgfältige Indikationsstellung und der Abgleich mit dem Willen der Patient*in.

Knappheit vorbeugen durch konsequente Therapieentscheidungen

Sollte dies nicht ausreichen, um knappe Ressourcen bedarfsgerecht einsetzen zu können, ist eine Priorisierung unter allen Patient*innen nötig. Eine solche Priorisierung erfolgt mit dem Ziel, möglichst vielen Menschen die reale Chance zu geben, einen Nutzen aus den knappen intensivmedizinischen Ressourcen zu ziehen. Dabei ist die klinische Erfolgsaussicht das maßgebliche Kriterium. Sie ist für den Beginn oder den Verzicht, die Fortsetzung oder Beendigung einer Intensivtherapie gleichermaßen leitend.

Knappheit bewältigen durch Priorisierung

Die intensivmedizinischen Fachgesellschaften Österreichs tragen den in diesem Papier formulierten Konsens, um ihrer Verantwortung für eine sorgfältige Medizin selbst in Ausnahmesituationen knapper Ressourcen in ethischer Hinsicht gerecht zu werden.

Danksagung

Der Verband der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs (FASIM) dankt **Herrn Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner** (Wien) für seine maßgebliche inhaltliche und redaktionelle Arbeit an diesem Konsens.

Der Dank gilt auch allen nachstehend genannten Teilnehmer*innen am Prozess der Konsensfindung:

ÖGARI (österr. Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin)
 Barbara Friesenecker, Innsbruck (*Vorsitzende ARGE Ethik*)
 Sonja Fruhwald, Graz (*1. stellvertretende Vorsitzende ARGE Ethik*)
 Christian Roden, Ried (*2. stellvertretender Vorsitzender ARGE Ethik*)
 Andrea Lenhart-Orator, Wien (*Schriftführerin ARGE Ethik*)
 Dietmar Weixler, Horn (*social-media-Beauftragter ARGE Ethik*)
 ... weitere Mitglieder der ARGE Ethik der ÖGARI in alphabetischer Reihenfolge:
 Helga Dier, St. Pölten
 Günther Frank, Horn-Allentsteig
 Roman Gottardi, Lahr

Walter Hasibeder, Zams (*Präsident elect, ÖGARI*)
Christoph Hörmann, St. Pölten (*Kassier, ÖGARI*)
Maria Luise Hoffmann, Baden
Claus Krenn, Wien
Rudolf Likar, MSc, Klagenfurt
Klaus Markstaller, Wien (*Präsident, ÖGARI*)
Michael Peintinger, Wien
Thomas Pernerstorfer, Linz
Bettina Pfausler, Innsbruck
Eva Schaden, Wien
Julia Sieber, Vöcklabruck
Astrid Steinwendtner, Salzburg
Rainer Thell, Krems
Andreas Valentin, Schwarzach im Pongau
Jürgen Wallner, Wien
Günther Weber, Graz
Dietmar Weixler, Horn-Allentsteig
Michael Zink, St Veit/Glan, Klagenfurt

FASIM (Federation of Austrian Societies of Intensive Care Medicine)

Andreas Valentin, Schwarzach (Präsident)
Claus Krenn, Wien (1. Vizepräsident)
Michael Joannidis, Innsbruck (2. Vizepräsident)
Christoph Hörmann, St. Pölten (Kassier)
Eva Schaden, Wien (Schriftführerin)

ÖGIAIN (Österreichische Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin und Notfallmedizin)

Michael Joannidis, Innsbruck (Präsident)
Andreas Valentin, Schwarzach (1. Vizepräsident)
Thomas Staudinger, Wien (2. Vizepräsident)

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**)

... in alphabetischer Reihenfolge:

Philip Eisenburger, Wien (AAEM)
Wilhelm Grander, Hall (ÖKG)
Harald Herkner, Wien (AAEM)
Bettina Pfausler, Innsbruck (ÖGN)
Otmar Schindler, Gratwein (ÖGP)
Matthias Urban, Wien (ÖGP)

Literatur

1. Daniels N, Sabin JE. *Setting Limits Fairly: Learning to Share Resources for Health*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2008.
2. Bioethikkommission: *Medizin und Ökonomie*. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:82addbc9-5924-4dec-a898-100530f48ed4/Medizin_Oekonomie.pdf (2018). Accessed 2020 Nov 8.
3. Emanuel EJ, Persad G, Upshur REG, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarc Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(21):2049-55. doi: 10.1056/NEJMs2005114.
4. Kopetzki C. *Behandlung auf dem „Stand der Wissenschaft“*. In: Pfeil WJ, editor. *Finanzielle Grenzen des Behandlungsanspruchs*. Wien: Manz; 2010. p. 9-47.
5. Birklbauer A. Die Bedeutung von (medizinischen) Leitlinien im Strafrecht. *JMG*. 2019;4(1):16-23.
6. Frahm W, Jansen C, Katzenmeier C, Kienzle H-F, Kingreen T, Lungstras AB, et al. *Medizin und Standard – Verwerfungen und Perspektiven*. *MedR*. 2018;36(7):447-57. doi: 10.1007/s00350-018-4957-1.
7. McWilliams JM. Professionalism Revealed: Rethinking Quality Improvement in the Wake of a Pandemic. *NEJM Catalyst*. 2020;1(5):1-17. doi: 10.1056/CAT.20.0226.
8. Lintner MM. *Das Triage-Problem in Italien während der COVID-19-Pandemie*. In: Kröll W, Platzer J, Ruckebauer H-W, Schaupp W, editors. *Die Corona-Pandemie. Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft*, vol 10. Baden-Baden: Nomos; 2020. p. 87-102.
9. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast During an Emergency Response. *JAMA*. 2020;323(16):1545-6. doi: 10.1001/jama.2020.4031.
10. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic’s Front Line. *N Engl J Med*. 2020;382(20):1873-5. doi: 10.1056/NEJM2005492.
11. Vergano M, Bertolini G, Gianni A, Gristina G, Livigni S, Mistraletti G, et al.: *Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in Exceptional, Resource-Limited Circumstances*. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf> (2020). Accessed 2020 Nov 8.
12. ÖGARI Ethik: *Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie: Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen*. https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 8.
13. Marckmann G, Neitzke G, Schildmann J, Michalsen A, Dutzmann J, Hartog C, et al. *Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie: Klinisch-ethische Empfehlungen der DIVI, der DGINA, der DGAI, der DGIIN, der DGNI, der DGP, der DGP und der AEM*. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. 2020;115(6):477-85. doi: 10.1007/s00063-020-00708-w.
14. *DIVI: Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie Version 2: Klinisch-ethische Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), der Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), der Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/040-013.html> (2020). Accessed 2020 Nov 8.
15. Brühwiler N, Romagnoli S, Strub J-D. *Covid-19: Verlautbarungen der Schweizer Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin*. In: Kröll W, Platzer J, Ruckebauer H-W, Schaupp W, editors. *Die Corona-Pandemie. Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft*, vol 10. Baden-Baden: Nomos; 2020. p. 51-64.
16. Scheidegger D, Fumeaux T, Schaffert B, Hurst SA, Perrier A, Salathé M, et al.: *Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit: Hinweise zur Umsetzung Kapitel 9.3 der SAMW-Richtlinien Intensivmedizinische Massnahmen (2013)*. https://www.samw.ch/dam/jcr:bc7f5568-4279-44ae-9fda-e23e701b7a1f/richtlinien_v3_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20201104.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 5.

17. Bioethikkommission: Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:772d37b0-3db9-4c8b-b4fe-e6dca7b1b8d3/200402_Covid_Bioethik.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 8.
18. Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise: Ad-hoc-Empfehlung. <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/> (2020). Accessed 2020 Nov 8.
19. Berlinger N, Wynia MK, Powell T, Hester DM, Milliken A, Fabi RE, et al.: Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19: Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/> (2020). Accessed 2020 Nov 8.
20. BÄK: Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/BAEK_Allokationspapier_05052020.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 8.
21. Kröll W, Platzer J, Ruckenbauer H-W, Schaupp W, editors. Die Corona-Pandemie: Ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise. Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft, vol 10. Baden-Baden: Nomos; 2020.
22. McGuire AL, Aulisio MP, Davis FD, Erwin C, Harter TD, Jagsi R, et al. Ethical Challenges Arising in the COVID-19 Pandemic: An Overview from the Association of Bioethics Program Directors (ABPD) Task Force. *Am J Bioeth.* 2020;20(7):15-27. doi: 10.1080/15265161.2020.1764138.
23. Newdick C, Sheehan M, Dunn M. Tragic Choices in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic: On Fairness, Consistency and Community. *J Med Ethics.* 2020;46(10):646-51. doi: 10.1136/medethics-2020-106487.
24. Hofmarcher MM, Singhuber C: Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19: Ambulante Versorgung und Bundesländervergleich. http://www.healthsystemintelligence.eu/docs/FACT_BOOK_final_2020.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 8.
25. Wallner J. Rechtsethik in der Medizin: Wie komme ich zu einem gut begründeten Urteil? Schriftenreihe Recht der Medizin (RdM), vol 41. Wien: Manz; 2018.
26. Calabresi G, Bobbit P. Tragic Choices: The Conflict Society Confronts in the Allocation of Tragically Scarce Resources. New York: Norton & Company; 1978.
27. Danis M, Hurst SA, Fleck LM, Forde R, Slowther A-M, editors. Fair Resource Allocation and Rationing at the Bedside. New York, NY: Oxford University Press; 2015.
28. Schmitz-Luhn B, Bohmeier A, editors. Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog. Kölner Schriften zum Medizinrecht, vol 11. Berlin: Springer; 2013.
29. Schmitz-Luhn B, editor. Priorisierung in der Medizin: Erfahrungen und Perspektiven. Kölner Schriften zum Medizinrecht, vol 17. Berlin: Springer; 2015.
30. Likar R, Markstaller K, von Goedecke A, Stromer W, Fritsch G, Wallner J. ÖGARI Ethik-Manifest für eine menschlichere Medizin. *Wien Med Wochenschr.* 2019;169(15-16):364-6. doi: 10.1007/s10354-019-0692-0.
31. Wallner J. Ethik im Gesundheitssystem. Wien: Facultas; 2004.
32. Schockenhoff E. Knappe medizinische Güter gerecht verteilen -- Allokation im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht. In: Brandenburg H, Kohlen H, editors. Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Stuttgart: Kohlhammer; 2012. p. 103-10.
33. Valentin A. Intensivtherapie – Überleben und Lebensperspektive. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2017;112(7):584-8. doi: 10.1007/s00063-017-0349-y.
34. Quintel M. Ziele und Aufgaben der Intensivmedizin. In: Salomon F, editor. Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2018. p. 19-28.
35. Kox M, Pickkers P. "Less Is More" in Critically Ill Patients: Not Too Intensive. *JAMA Intern Med.* 2013;173(14):1369-72. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.6702.
36. Kon AA, Shepard EK, Sederstrom NO, Swoboda SM, Marshall MF, Birriel B, et al. Defining Futile and Potentially Inappropriate Interventions: A Policy Statement From the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Crit Care Med.* 2016;44(9):1769-74. doi: 10.1097/ccm.0000000000001965.
37. Neitzke G, Burchardi H, Duttge G, Hartog CS, Erchinger R, Gretenkort P, et al. Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2016;111(6):486-92. doi: 10.1007/s00063-016-0202-8.

38. Marckmann G. Begrenzte Ressourcen in der Intensivmedizin als ethische Herausforderung. In: Salomon F, editor. Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2018. p. 116-24.
39. Brody H. From an Ethics of Rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *N Engl J Med*. 2012;366(21):1949-51. doi: 10.1056/NEJMp1203365.
40. Slowther A-M, Bennett BP. Priority Setting As a Clinical Skill: How Do We Educate Physicians? In: Danis M, Hurst SA, Fleck LM, Forde R, Slowther A-M, editors. Fair Resource Allocation and Rationing at the Bedside. New York, NY: Oxford University Press; 2015. p. 423-38.
41. Hurst SA, Slowther A-M, Forde R, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Perrier A, et al. Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing: Data from Europe. *J Gen Intern Med*. 2006;21(11):1138-43. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00551.x.
42. Reid L. Triage of Critical Care Resources in COVID-19: A Stronger Role for Justice. *J Med Ethics*. 2020;46(8):526-30. doi: 10.1136/medethics-2020-106320.
43. Lauridsen S. Emergency Care, Triage, and Fairness. *Bioethics*. 2020;34(5):450-8. doi: 10.1111/bioe.12689.
44. Lübke W. Veralltäglichung der Triage? Überlegungen zu Ausmaß und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin. *Ethik Med*. 2001;13(3):148-60. doi: 10.1007/s004810100121.
45. Heiling J-C, Thompson A, Wild V: Public Health Ethics and Covid-19: The Ethical Dimensions of Public Health Decision-Making during a Pandemic. https://www.public-health-covid19.de/images/2020/Ergebnisse/Policy_Brief_Pandemic_Ethics_GeneralF.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 8.
46. Leopoldina: Coronavirus-Pandemie: Medizinische Versorgung und patientennahe Forschung in einem adaptiven Gesundheitssystem (4. Ad-hoc Stellungnahme). https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_05_27_Stellungnahme_Corona_Gesundheitssystem.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 8.
47. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8. ed. New York, NY: Oxford University Press; 2019.
48. Sternberg-Lieben D. Corona-Pandemie, Triage und Grenzen rechtfertigender Pflichtenkollision. *MedR*. 2020;38(8):627-37. doi: 10.1007/s00350-020-5613-0.
49. Lübke W. Corona-Triage: Ein Kommentar zu den anlässlich der Corona-Krise publizierten Triage-Empfehlungen der italienischen SIAARTI-Mitglieder. *Z med Ethik*. 2020;66(2):241-4. doi: 10.14623/zfme.2020.2.241--244.
50. Pöschl M. Gleichheitsrechte. In: Merten D, Papier H-J, Kucsko-Stadlmayer G, editors. Handbuch der Grundrechte VII/1. 2nd ed. Wien: Manz; 2014. p. 519-90.
51. Solomon MZ, Wynia MK, Gostin LO. Covid-19 Crisis Triage — Optimizing Health Outcomes and Disability Rights. *N Engl J Med*. 2020;383(5):e27. doi: 10.1056/NEJMp2008300.
52. Guidry-Grimes L, Savin K, Stramondo JA, Reynolds JM, Tsaplina M, Burke TB, et al. Disability Rights as a Necessary Framework for Crisis Standards of Care and the Future of Health Care. *Hastings Cent Rep*. 2020;50(3):28-32. doi: 10.1002/hast.1128.
53. Mello MM, Persad G, White DB. Respecting Disability Rights — Toward Improved Crisis Standards of Care. *N Engl J Med*. 2020;383(5):e26. doi: 10.1056/NEJMp2011997.
54. Berkowitz SA, Cené CW, Chatterjee A. Covid-19 and Health Equity — Time to Think Big. *N Engl J Med*. 2020;383(12):e76. doi: 10.1056/NEJMp2021209.
55. Evans MK. Health Equity — Are We Finally on the Edge of a New Frontier? *N Engl J Med*. 2020;383(11):997-9. doi: 10.1056/NEJMp2005944.
56. Marmot M. Society and the Slow Burn of Inequality. *Lancet*. 2020;395(10234):1413-4. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30940-5.
57. Kneihls BS. Schutz von Leib und Leben sowie Achtung der Menschenwürde. In: Merten D, Papier H-J, Kucsko-Stadlmayer G, editors. Handbuch der Grundrechte VII/1. 2nd ed. Wien: Manz; 2014. p. 321-61.
58. Lindner JF. Die "Triage" im Lichte der Drittwirkung der Grundrechte. *MedR*. 2020;38(9):723-8. doi: 10.1007/s00350-020-5643-7.
59. Stocker R, Berner M, Binet I, Bürgi U, Fischer J, Gardaz V, et al.: Intensivmedizinische Massnahmen: Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen. https://www.samw.ch/dam/jcr:48fab1c2-3a14-4bdb-b881-8e60979c1b47/richtlinien_samw_intensivmedizinische_massnahmen.pdf (2018). Accessed 2020 Nov 8.
60. Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI), Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, et al. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und

- Dokumentation. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2013;48(4):216-23. doi: 10.1055/s-0033-1343753.
61. Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, et al. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2013;108(1):47-52.
 62. Council of Europe: Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende. http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FDV%20deutsch.pdf (2014). Accessed 2020 Nov 8.
 63. Michels G, Sieber CC, Marx G, Roller-Wirnsberger R, Joannidis M, Müller-Werdan U, et al. Geriatrische Intensivmedizin: Konsensuspapier der DGIIN, DIVI, DGAI, DGGG, ÖGGG, ÖGIAIN, DGP, DGEM, DGD, DGNI, DGIM, DGKliPha und DGG. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2020;115(5):393-411. doi: 10.1007/s00063-019-0590-7.
 64. Bioethikkommission: Sterben in Würde: Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/Sterben_in_Wuerde.pdf (2015). Accessed 2020 Nov 8.
 65. Wiesing U. Indikation: Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis. Stuttgart: Kohlhammer; 2017.
 66. Wallner J. Die Indikation: Welche rechtsethische Rolle spielt sie in der klinischen Entscheidungsfindung? *Recht Med.* 2017;24(3):101-5.
 67. Dörries A, Lipp V, editors. Medizinische Indikation: Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer; 2015.
 68. Ferner M, Nauck F, Laufenberg-Feldmann R. Palliativmedizin meets Intensivmedizin. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2020;55(1):41-53. doi: 10.1055/a-0862-4790.
 69. Gahl K. Medizinische Indikation und die Selbstbestimmung des Patienten. *Z med Ethik.* 2020;66(3):273-85. doi: 10.14623/zfme.2020.3.273-285.
 70. Barth P, Ganner M, editors. Handbuch des Erwachsenenschutzrechts. 3. ed. Schriftenreihe der Interdisziplinären Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ), vol 1. Wien: Linde; 2019.
 71. Howe EG. Helping Patients to Achieve What They Find Most Meaningful in Life. *J Clin Ethics.* 2018;29(4):247-60.
 72. You JJ, Fowler RA, Heyland DK. Just Ask: Discussing Goals of Care with Patients in Hospital with Serious Illness. *Can Med Assoc J.* 2014;186(6):425-32. doi: 10.1503/cmaj.121274.
 73. Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA.* 2020;323(18):1771-2. doi: 10.1001/jama.2020.4894.
 74. Wallner J. Der Patient und seine Vertretung in medizinischen Angelegenheiten: Rechtsethische Grundlagen. In: Likar R, Kada O, Pinter G, Janig H, Schippinger W, Cernic K, et al., editors. Ethische Herausforderungen des Alters. Stuttgart: Kohlhammer; 2019. p. 96-113.
 75. Koza I. Das Konsensuspapier "Erwachsenenschutzrecht für Gesundheitsberufe": Handlungsleitfaden für die Praxis. *Interdisz Z Familienrecht.* 2018;13(3):142-53.
 76. Kern G. Limitierende Einwilligung: Zum Ausschluss von Behandlungsmethoden. Schriftenreihe Recht der Medizin, vol 8. Wien: Manz; 1999.
 77. Valentin A. Rationalisierung vor Rationierung -- Therapieentscheidungen und medizinischer Ressourceneinsatz in der Covid-19-Pandemie: Kommentar zur Stellungnahme der Österreichischen Bioethikkommission zu Ressourcen und Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie. In: Kröll W, Platzer J, Ruckenbauer H-W, Schaupp W, editors. Die Corona-Pandemie. Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft, vol 10. Baden-Baden: Nomos; 2020. p. 37-49.
 78. Schöne-Seifert B, Friedrich DR. Priorisierung nach Dringlichkeit? Kritische Überlegungen zur Rule of Rescue. In: Schmitz-Luhn B, Bohmeier A, editors. Priorisierung in der Medizin: Kriterien im Dialog. Kölner Schriften zum Medizinrecht, vol 11. Berlin: Springer; 2013. p. 109-23.
 79. Lambden S, Laterre PF, Levy MM, Francois B. The SOFA Score—Development, Utility and Challenges of Accurate Assessment in Clinical Trials. *Crit Care.* 2019;23:374(1-9). doi: 10.1186/s13054-019-2663-7.
 80. Moreno RP, Metnitz PGH, Almeida E, Jordan B, Bauer P, Campos RA, et al. SAPS 3—From Evaluation of the Patient to Evaluation of the Intensive Care Unit. Part 2: Development of a Prognostic Model for Hospital Mortality at ICU Admission. *Intensive Care Med.* 2005;31(10):1345-55. doi: 10.1007/s00134-005-2763-5.

81. Knight SR, Ho A, Pius R, Buchan I, Carson G, Drake TM, et al. Risk Stratification of Patients Admitted to Hospital with Covid-19 Using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: Development and Validation of the 4C Mortality Score. *Br Med J*. 2020;370:m3339(1-13). doi: 10.1136/bmj.m3339.
82. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A Global Clinical Measure of Fitness and Frailty in Elderly People. *Can Med Assoc J*. 2005;173(5):489-95. doi: 10.1503/cmaj.050051.
83. Singler K, Gosch M, Antwerpen L: Klinische Frailty Skala. <https://www.dggeriatrie.de/ueber-uns/aktuelle-meldungen/1682-covid-19-dgg-veroeffentlicht-poster-zur-klinischen-frailty-skala-cfs> (2020). Accessed 2020 Nov 8.
84. Zou X, Li S, Fang M, Hu M, Bian Y, Ling J, et al. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II Score as a Predictor of Hospital Mortality in Patients of Coronavirus Disease 2019. *Crit Care Med*. 2020;48(8):e657-65. doi: 10.1097/ccm.0000000000004411.
85. Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, et al. The Impact of Frailty on Intensive Care Unit Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Intensive Care Med*. 2017;43(8):1105-22. doi: 10.1007/s00134-017-4867-0.
86. Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, Leaver S, Watson X, Boulanger C, et al. The Contribution of Frailty, Cognition, Activity of Daily Life and Comorbidities on Outcome in Acutely Admitted Patients over 80 Years in European ICUs: The VIP2 Study. *Intensive Care Med*. 2020;46(1):57-69. doi: 10.1007/s00134-019-05853-1.
87. Wynia MK, Sottile PD. Ethical Triage Demands a Better Triage Survivability Score. *Am J Bioeth*. 2020;20(7):75-7. doi: 10.1080/15265161.2020.1779412.
88. Auriemma CL, Molinero AM, Houtrow AJ, Persad G, White DB, Halpern SD. Eliminating Categorical Exclusion Criteria in Crisis Standards of Care Frameworks. *Am J Bioeth*. 2020;20(7):28-36. doi: 10.1080/15265161.2020.1764141.
89. Ballantyne A, Rogers WA, Entwistle V, Towns C. Revisiting the Equity Debate in COVID-19: ICU Is No Panacea. *J Med Ethics*. 2020;46(10):641-5. doi: 10.1136/medethics-2020-106460.
90. Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs. Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. *Wien Klin Wochenschr*. 2004;116(21-22):763-7. doi: 10.1007/s00508-004-0267-x.
91. Tolchin B, Latham SR, Bruce L, Ferrante LE, Kraschel K, Jubanyik K, et al. Developing a Triage Protocol for the COVID-19 Pandemic: Allocating Scarce Medical Resources in a Public Health Emergency. *J Clin Ethics*. 2020;31(4):rp1-15.
92. Eufinger A. Handlungspflichten des Krankenhausträgers zur Wahrung des Patientenwohles. *MedR*. 2018;36(4):218-25. doi: 10.1007/s00350-018-4880-5.
93. Gross B, Kucharz N. Organisationsverschulden in Krankenhäusern: Systematisierung von Pflichten der sorgfältigen Organisation. *MedR*. 2018;36(3):143-55. doi: 10.1007/s00350-018-4857-4.
94. Marckmann G, Neitzke G, Riedel A, Schicktanz S, Schildmann J, Simon A, et al.: Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie (Stand: 31.03.2020): Ein Diskussionspapier der Akademie für Ethik in der Medizin. https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/AEM_Ethikberatung_im_Rahmen_von_COVID-19_2020-03-31.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 8.
95. Magelssen M, Bærøe K. Can Clinical Ethics Committees Be Legitimate Actors in Bedside Rationing? *BMC Med Ethics*. 2019;20(97):1-8. doi: 10.1186/s12910-019-0438-y.
96. Nauck F, Marckmann G, In der Schmitzen J. Behandlung im Voraus planen – Bedeutung für die Intensiv- und Notfallmedizin. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2018;53(1):62-70. doi: 10.1055/s-0042-118690.
97. Rietjens JAC, Sudore RL, Connolly M, van Delden JJ, Drickamer MA, Droger M, et al. Definition and Recommendations for Advance Care Planning: An International Consensus Supported by the European Association for Palliative Care. *Lancet Oncol*. 2017;18(9):e543-e51. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30582-X.
98. Woolley K, Smith RA, Arumugam S. Personal Protective Equipment (PPE) Guidelines, Adaptations and Lessons during the COVID-19 Pandemic. *Ethics Med Pub Health*. 2020;14:100546. doi: 10.1016/j.jemep.2020.100546.
99. Scheule RM. Helden ohne Masken? *Herder Korrespond*. 2020;74(7):36-8.
100. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing Mental Health Challenges Faced by Healthcare Workers during Covid-19 Pandemic. *Br Med J*. 2020;368:m1211. doi: 10.1136/bmj.m1211.
101. Bioethikkommission: Impfen -- ethische Aspekte: Stellungnahme der Bioethikkommission. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:1b8fb237-fc34-450c-840f->

- 58918c73154a/Impfen%20und%20ethische%20Aspekte.pdf (2015). Accessed 2020 Nov 8.
102. Bioethikkommission: Impfen gegen Erkrankungen, für die es zugelassene Impfstoffe gibt, in Zeiten der COVID-19-Pandemie. https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:97856399-b564-47ba-8d34-8a621b778d33/200622_Stellungnahme_COVID_Impfen_A4_BF.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 8.
103. Karp J, Straß C, Michels G. Besuch von Kindern als integraler Bestandteil der patienten- und angehörigenzentrierten Betreuung von erwachsenen Intensivpatienten. *Med Klin Intensivmed Notfmed.* 2020;115(4):286-91. doi: 10.1007/s00063-019-0541-3.
104. Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not Dying Alone — Modern Compassionate Care in the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med.* 2020;382(24):e88. doi: 10.1056/NEJMp2007781.
105. Weixler D, Kreye G, Likar R, Marosi C, Medicus E, Watzke H, et al.: Positionspapier der österreichischen Palliativgesellschaft zu COVID-19: In Anlehnung an die Publikation Palliating a Pandemic: "All Patients Must Be Cared for". https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownloads&p=1390&u=0&g=0&t=1607442775&hash=3eeaa0d3d72753e1fd45e5d9e3743c0bd49f07c2&file=/fileadmin/redakteur/Stellungnahmen/OPG.DokumentCOVID19.final.2020.03.20.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 8.
106. Kunz R, Minder M: Covid-19-Pandemie: Aspekte der Palliative Care für alte und gebrechliche Menschen zu Hause und im Alters- und Pflegeheim. https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2020/03/FGPG-Empfehlungen-zur-Betreuung-betagter-und-gebrechlicher-Menschen-im-Kontext-Covid-19_20200322.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 8.
107. Ganz FD. Moral Distress in Critical Care Health Care Workers. In: Rocker GM, Puntillo KA, Azoulay E, Nelson JE, editors. *End of Life Care in the ICU: From Advanced Disease to Bereavement.* Oxford Specialist Handbooks in End of Life Care. Oxford: Oxford University Press; 2010. p. 174-9.
108. Knochel K, Kühlmeyer K, Richstein K-H, Rogge A: Psychische Belastungen von Gesundheitspersonal im Umgang mit moralischen Konflikten: Eine Handreichung für klinische Ethikberater*innen. https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/HandreichungPsychischeBelastungen2020-03-31.pdf (2020). Accessed 2020 Nov 8.