

## Ethische Grundprinzipien

- **Frühe Kenntnis des Patientenwillens** bezüglich Notfall- und Intensivbehandlung.  
Keine Behandlung, wenn ein Patient diese nicht in Anspruch nehmen möchte
- **Gerechtigkeit = Gleichbehandlung**  
Die Ressourcenverteilung muss fair, sachlich begründet und transparent sein:  
Keine Willkürentscheidungen!
- **Erhalten möglichst vieler Menschenleben:** Kollektiver Blickwinkel !
- **Schutz der involvierten Fachpersonen** vor Ansteckung, aber auch von physischer und psychischer Überbelastung

## Überlegungen zur präklinischen Primärversorgung von Patienten bei COVID-19-Pandemie

- Engpass vor allem bei der Intensivbehandlung, nicht prähospital.
- Adäquate Primärversorgung kritischer Kranker weiterhin möglich → Rücksicht auf die eingeschränkten Möglichkeiten der Folgebehandlung
- Die Patientenversorgung und der Transportsektor sind durch die notwendigen Schutzmassnahmen belastet
- Für die zunehmend schwierige Unterbringung der Patienten sind überregionale und nicht die lokalen Gegebenheiten entscheidend, solange Transportkapazitäten vorhanden sind
- **COVID-19-Patienten werden gleich behandelt wie Nicht-COVID-19-Patienten**
- Totalüberlastung der Intensivkapazitäten (Stufe B, siehe S. 2)
  - bestmögliche Behandlung in einer untergeordneten Spitalkategorie
  - in Palliativsituation ev. Kooperation mit zuständigem Hausarzt / Spitex → Hospitalisation vermeiden

### CAVE:

- » prähospital vorliegende Informationen sind häufig minimal oder sogar widersprüchlich.
- » diagnostische Möglichkeiten sind sehr begrenzt.
- » Zustand des ist Patienten initial überlagert und oft dynamisch: Hypotension, Hypothermie, Intoxikation etc.
  - Seriöse Entscheidungen sind oft erst später und mit zusätzlichen Informationen / diagnostischen Erkenntnissen möglich.
  - Hospitalisation auf Notfallstation ist oft trotz fehlender Intensivkapazität notwendig.

## Entscheidungsverfahren

Vertrauen ins Gesundheitssystem muss trotz Anwendung von Triage-Entscheiden erhalten bleiben, deshalb:

- faire Rationierungskriterien
- transparente Prozesse
- Dokumentation von Gründen für Gewährung oder Nichtgewährung von Prioritäten

### WICHTIG:

- » Abweichungen von festgelegten Kriterien
  - o müssen möglich bleiben
  - o müssen dokumentiert werden
- » Entscheidungsfindung → wenn immer möglich im interprofessionellen Team
- » Konflikte → Mechanismen zur nachträglichen Aufarbeitung vorsehen

## Sekundärtransporte

- Faire Ressourcenzuweisung für Patienten und solidarische Entlastung überforderter Spitalstrukturen
  - solange Transportkapazitäten vorhanden sind, diese in Anspruch nehmen
- Erhöhte Gefährdung involvierter Fachpersonen und Funktionalität der Rettungsmittel sicherstellen
  - in erster Linie intensivpflichtige Nicht-COVID-19-Patienten verlegen

# COVID-19: Prähospitaler Triage und Versorgung bei Ressourcenknappheit im Hospitalbereich

Kurzfassung der SGNOR-Empfehlungen vom 23.03.2020 (Originaltext: <https://www.sgnor.ch/home/covid-19/>)

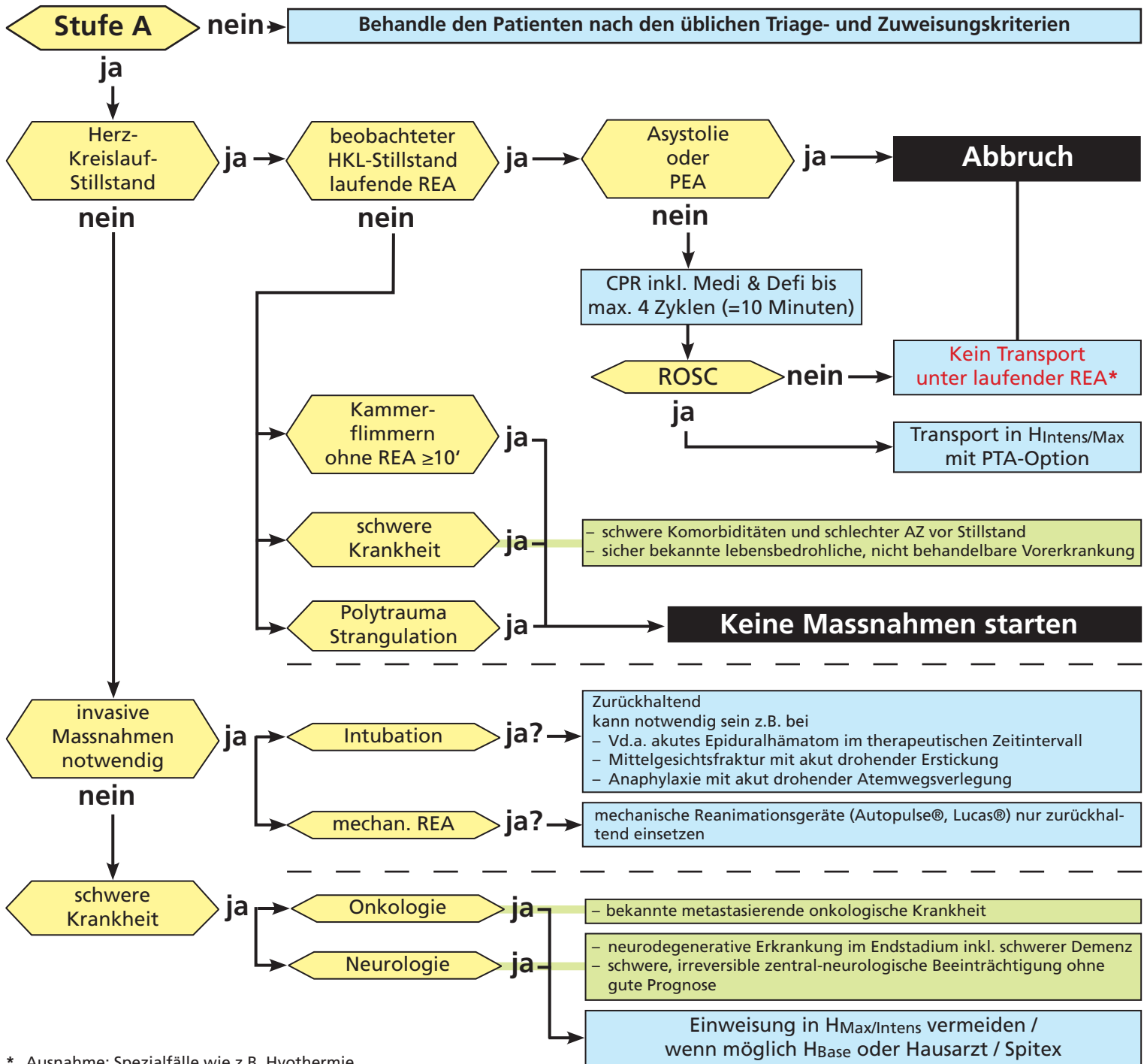
– Diese Empfehlungen gelten nur, wenn eine Ressourcenknappheit auf Intensivstationen wie folgt deklariert wurde:

**Stufe A: Betten für die Intensivpflege verfügbar, aber begrenzte Kapazitäten**

**Stufe B: Keine verfügbaren Intensivpflegebetten**

- Zielspitalskategorien: **H<sub>Base</sub>** Regionalspital, Kantonsspital ohne Intensivstation resp. ohne eigene Blutbank
- H<sub>Intens</sub>** Spital mit Intensivstation, 24h OP/Labor/Rx-Betrieb, eigene Blutbank
- H<sub>Max</sub>** Universitätsspital / Spital der Maximalversorgung (z.B. Trauma-Center)

- Zuweisungsentscheidungen in Absprache mit SNZ gemäss kantonalen/regionalen Vorgaben. Überregionale Zuweisung muss in Betracht gezogen werden, ausschlaggebend ist die nationale Kapazität gemäss IES.
- Triage ohne Notarzt: in Rücksprache mit erfahrenem Arzt



\* Ausnahme: Spezialfälle wie z.B. Hypothermie, nicht terminierbares Kammerflimmern, siehe Anhang 1

