

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 vor 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
- Patientenversorgung und Transportsektor sind durch notwendige Schutzmassnahmen belastet
- CPR: Aerosol-Freisetzung wahrscheinlich → Patientengesicht abdecken, initial nur Thoraxkompression
- 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 Seite 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 Patienten ist 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, insbesondere bei beobachteter respiratorischer Verschlechterung (SpO_2).

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
 - müssen möglich bleiben
 - 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 V3 vom 12.11.2020 (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

- Zielspitalkategorien: **H_{Base}** Regionalspital, Kantonsspital ohne Intensivstation resp. ohne eigene Blutbank
- H_{Intens}** Spital mit Intensivstation, 24h OP/Labor/Rx-Betrieb, eigene Blutbank
- H_{Max}** 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

