

# Ergänzende Empfehlungen für die Situation heimversorgter geriatrischer Patienten

zu den „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ der DIVI, DGINA, DGAI, DGIIN, DGP, DGP, AEM<sup>1</sup>

---

## Beteiligte Fachgesellschaften:

**Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)**

GRAU HINTERLEGTE TEXTABSCNITT SIND WÖRTLICH AUS DER DIVI-EMPFEHLUNG ÜBERNOMMEN

---

## 1. Hintergrund

Die Empfehlung „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“ der DIVI, DGINA, DGAI, DGIIN, DGP, DGP, AEM [<https://www.divi.de/aktuelle-meldungen-intensivmedizin/covid-19-klinisch-ethische-empfehlungen-zur-entscheidung-ueber-die-zuteilung-von-ressourcen-veroeffentlicht>] (nachfolgend kurz DIVI-Empfehlung genannt) gehen wesentlich auf die Situation im Krankenhaus und die Nutzung von intensivmedizinischen- und Beatmungskapazitäten ein.

Für die präklinische Phase wird in der DIVI-Empfehlung unter Punkt 3.3.1. lediglich ausgeführt: „Ausschlusskriterien für eine Aufnahme auf die Intensivstation sollten frühzeitig und ggf. bereits vor Aufnahme in die Klinik identifiziert werden. Zur Prognoseeinschätzung sollten möglichst viele der unter 3.2 genannten Kriterien bereits vor Verlegung in die Klinik geprüft werden. Wenn möglich sollte im Vorfeld unter Einbeziehung des Hausarztes ermittelt und verlässlich dokumentiert werden, ob eine Krankenhauseinweisung und ggf. Verlegung auf Intensivstation bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes medizinisch indiziert und vom Betroffenen gewünscht ist.“

---

<sup>1</sup> DIVI (Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin), (DGINA) Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin, (DGA) Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, (DGIIN) Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin, DGP (Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin), (DGP) Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, AEM (Akademie für Ethik in der Medizin)

---

Wir begrüßen die DIVI-Empfehlung sehr. Ziel unserer nachfolgenden Empfehlungen ist die Übertragung, Ergänzung und Präzisierung der DIVI-Empfehlung auf die spezielle Situation in Alten- und Pflegeheimen. In einigen Punkten wird dies auf die Situation der in häuslicher Pflege Betreuten übertragbar sein. Im Vordergrund steht, zu guten akut-medizinischen individuellen, patientenzentrierten Entscheidungen in Alten- und Pflegeheimen beizutragen. Dennoch kann die ggf. notwendig werdende Situation der Priorisierung nicht ausgeklammert werden. Eine vorweggenommene Priorisierung ohne dass die Notwendigkeit dazu besteht und festgestellt wurde, soll und darf es nicht geben.

Wo immer möglich ist die Struktur der DIVI-Empfehlung übernommen, so dass sich beide Empfehlungen ergänzen. Die Verfasser und Kommentatoren sind in der Anlage genannt.

Die Empfehlungen werden auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, praktischer Erfahrungen sowie weiterer relevanter Entwicklungen weiterentwickelt. Die jeweils aktuelle Fassung ist unter <https://www.dggeriatrie.de> zu finden. Eine Kommentierung der Empfehlungen ist ausdrücklich erwünscht.

## 2. Allgemeine Grundsätze der Entscheidungsfindung

Die DIVI-Empfehlung führt aus: Entscheidungen über die medizinische Versorgung werden grundsätzlich vor dem Hintergrund des Bedarfs des einzelnen Patienten (patientenzentriert) getroffen (siehe 2.1). Ergänzend zu dieser immer geltenden individuellethischen Betrachtung kommt mit der Priorisierung bei Mittelknappheit zusätzlich eine überindividuelle Perspektive hinzu (siehe 2.2).

### 2.1. Individuelle, patientenzentrierte Entscheidungsgrundlagen

Die Indikation und der Patientenwille bilden die Grundlage für jede patientenzentrierte Entscheidung. In Abänderung der DIVI-Empfehlung wird statt Intensivtherapie und Intensivstation der Begriff stationäre Krankenhausbehandlung und Krankenhaus verwendet:

Ein Wechsel von der Alten- und Pflegeheimversorgung in die stationäre Krankenhausbehandlung ist nicht indiziert, wenn

- der Sterbeprozess unaufhaltsam begonnen hat,
- die Therapie als medizinisch aussichtslos eingeschätzt wird, weil keine Besserung oder Stabilisierung erwartet wird oder
- ein Überleben an den dauerhaften Aufenthalt im Krankenhaus gebunden wäre.

Patienten, die eine stationäre Krankenhausbehandlung ablehnen, werden nicht stationär im Krankenhaus behandelt. Dies kann auf der Grundlage des aktuell geäußerten, erklärten (z.B. in einer Patientenverfügung), früher mündlich geäußerten oder mutmaßlichen Willens erfolgen.

Solange eine Priorisierung nicht erforderlich ist, sind Entscheidungen allein patientenzentriert zu treffen.

### 2.1.1. Kriterien für patientenzentrierte Entscheidungsgrundlagen

Zur patientenzentrierten Indikationsstellung<sup>2</sup> und Kommunikation gehört die Darstellung der Erfolgsaussichten medizinischer Maßnahmen bezogen auf den einzelnen Patienten. Das Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht ist Teil des auf den individuellen Patienten zu beziehenden fachlichen ärztlichen Urteils über die Prognose und Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen. Es ist auch Bestandteil der Empfehlung an den Patienten und dessen auf dieser Empfehlung basierenden informierten Einwilligung.

Aus allgemeinmedizinischer und geriatrischer Sicht ist zu betonen, dass allein das kalendarische Alter und die Tatsache der Alten- oder Pflegeheimversorgung als Kriterien der Erfolgsaussichten medizinischer Maßnahmen **nicht** geeignet sind. Auch einzelne Diagnosen sind für eine adäquate Einschätzung nicht ausreichend. Wesentliches Kriterium ist hingegen die Funktionalität. Der Fokus auf Funktionalität als Kern geriatrischer Einschätzung erfolgt, weil Einschränkungen der Funktionalität zum einen starke prognostische Bedeutung für Mortalität und Morbidität und zum anderen ausgeprägten negativen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität haben. Der Fokus auf Funktionalität hilft, in Situationen mit ungünstiger Prognose medizinische Maßnahmen, welche die Lebensqualität (weiter) einschränken, zu verhindern und damit patientengerecht und ressourcengerecht zu handeln. Umgekehrt ist es auch möglich, solche Heimbewohner zu identifizieren, bei denen auch eine intensivere Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Ressourcen gerechtfertigt ist.

Zur Einschätzung der Funktionalität sollen drei Bereiche berücksichtigt werden, die mit vertretbarem Aufwand im Alten- und Pflegeheim bereits im Vorfeld erfassbar sind:

- Allgemeinzustand, z.B. klinische Frailty Skala,
- Fähigkeit der Selbstversorgung, z.B. Barthel-Index und Pflegegrad,
- Kognition und Kommunikation, z.B. Anamnese

Der Allgemeinzustand ist von großer prognostischer Relevanz und kann intuitiv über die klinische Frailty Skala erfasst werden (<https://www.dggeriatrie.de/ueber-uns/aktuelle-meldungen/1682-covid-19-dgg-ver%C3%B6ffentlicht-poster-zur-klinischen-frailty-skala-cfs>).

Die Fähigkeit zur Selbstversorgung bei heimversorgten Senioren wird über die basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL / Barthel) erfasst. Eine ergänzende Einschätzung ist

---

<sup>2</sup> Eine Indikationsstellung ist ein fachliches Urteil im Einzelfall, initiiert durch den (mutmaßlichen) Willen des Patienten, normiert durch die ethischen Prinzipien „nutzen“ und „nicht schaden“ und basierend auf vergleichenden Prognosen zwischen dem unbehandelten Verlauf eines Leidens und der Wirksamkeit von Interventionen. Sie ist eine Empfehlung an den Patienten und eine professionelle Selbstnormierung des Arztes (Urban Wiesing 2017).

der Pflegegrad. Die Kognition und Kommunikation, d.h. die Fähigkeit, die eigene Situation und die anderer wahrzunehmen und mit anderen zu interagieren, muss erfragt und beobachtet sein.

Einschränkungen in diesen drei Bereichen gehören zu den Hauptgründen für die Versorgung in einem Alten- und Pflegeheim. Je ausgeprägter die bereits vor dem zusätzlichen Auftreten einer schweren akuten Erkrankung vorliegenden Einschränkungen in diesen Bereichen sind, sind, desto weniger wahrscheinlich wird eine Wiederherstellung durch akut-medizinische Maßnahmen (invasive Therapiemaßnahmen, Intensivmedizin inklusive Beatmung), und desto wahrscheinlicher wird diese hinzutretende schwere akute Erkrankung zum Tod führen.

Akute Erkrankungen können bei geriatrischen Patienten stärker und deutlicher als bei jüngeren und nicht funktionell eingeschränkten Patienten negativen Einfluss auf den Allgemeinzustand, die Fähigkeit zur Selbstversorgung und Kognition und Kommunikation haben. Es ist daher geboten, die Funktionalität nicht zum Erkrankungszeitpunkt, sondern zum Zeitpunkt vor Auftreten der schweren akuten Erkrankung, z. B. zwei bis vier Wochen zuvor, einzuschätzen. Sofern Betroffene selbst keine oder nur noch eingeschränkte Angaben machen können, werden diese Informationen über Pflegepersonen, Hausärzte und Angehörige eingeholt werden können.

### **2.1.2. Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen**

Wann immer möglich ist der individuelle aktuelle Will zu ermitteln, wenn nicht möglich der vorausverfügte / zuvor mündlich geäußerte / mutmaßliche. Teil des Prozesses der Willensbildung sind Informationen über die klinischen Erfolgsaussichten und die Belastungen, die mit einer Therapie verbunden sind (siehe 2.1.1. Indikationsstellung). Viele Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sind sich bestehender funktioneller Einbußen bewusst. Die Erfahrung, das Leben in eigener häuslicher Umgebung aufzugeben, haben sie bereits gemacht. Oft besteht daher auch nicht oder nicht mehr der Wunsch nach einer akut-medizinischen Maximaltherapie. Der Wunsch noch akut-stationär in einem Krankenhaus behandelt und versorgt zu werden, speist sich häufig aus der Sorge, mit einer akuten Erkrankung alleine gelassen zu sein. Ängste bestehen häufig dahin gehend, außerhalb eines Krankenhauses nicht ausreichende Betreuung und – in Bezug auf Krankheitssymptome – ausreichende Symptomlinderung, zu erreichen. Wichtiger Teil eines Gesprächs zu Wünschen und Bedürfnissen ist daher, Behandlungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung aufzuzeigen und konkrete Versorgungs- und Behandlungsschritte als Reaktion auf eine gesundheitliche Verschlechterung zu planen. Auch für eine indizierte und gewünschte akut-stationäre Behandlung kann bereits ein Handlungsrahmen festgelegt werden, z. B. in Bezug auf invasive Maßnahmen wie etwa die maschinelle Beatmung. Unter der Federführung der Deutschen interprofessionellen Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DiV-BVP) ist hierzu ein Leitfadent entstanden (<https://www.div-bvp.de/>).

## 2.2. Zusätzliche Entscheidungsgrundlagen bei Ressourcenknappheit

Wenn die Ressourcen *nicht* ausreichen, muss das Prinzip der patientenzentrierten Indikationsstellen abgelöst werden von einer auf Gruppen bezogenen Abwägung der klinischen Erfolgsaussichten. Immer wieder wird für solch eine gruppenbezogene Abwägung das kalendarische Alter empfohlen oder tatsächlich herangezogen, wie andernorts empfohlen. Das kalendarische Alter ist aus allgemeinmedizinischer und geriatrischer Sicht dafür nicht geeignet und wird einer angemessenen, Versorgung von Alten- oder Pflegeheimbewohnern auch unter Kriterien der Priorisierung nicht gerecht.

Wenn nicht mehr alle auf Basis einer patientenzentrierten Indikationsstellung einer stationären Krankenhausbehandlung bedürftigen Patienten ins Krankenhaus / auf die Intensivstation aufgenommen werden können, muss [...] über die Verteilung der begrenzt verfügbaren Ressourcen entschieden werden.

Entsprechend der DIVI-Empfehlung soll die Priorisierung immer - zwischen allen Patienten, die der stationären Krankenhausbehandlung / Intensivbehandlung bedürfen, erfolgen, unabhängig, wo sie gerade versorgt werden. Der präklinische Bereich ist in diese Empfehlung einzubeziehen.

Auch die DIVI-Empfehlung betont bereits: Eine Priorisierung ist aufgrund des Gleichheitsgrundsatzes

- nicht vertretbar nur innerhalb der Gruppe der COVID-19-Erkrankten,
- nicht zulässig allein aufgrund des kalendarischen Alters oder aufgrund sozialer Kriterien.

## 3. Verfahren und Kriterien für Priorisierungsentscheidungen bei Ressourcenknappheit

Die in der DIVI-Empfehlung genannten Situationen und Verfahren für Priorisierungsentscheidungen sind nicht auf Alten- und Pflegeheimen übertragbar. In Alten- und Pflegeheimen sind zwei typische Situationen der Ressourcenknappheit zu unterscheiden:

1. Entscheidungen auf Grund von knappen / nicht-verfügbaren Ressourcen im Krankenhaus, d.h. z.B. welcher Patienten kann ins Krankenhaus, welcher nicht.
2. Entscheidungen auf Grund knapper / nicht-verfügbarer Ressourcen im Alten- und Pflegeheim, insbesondere personeller Ressourcen;

Die Entscheidungen sind in regelmäßigen Abständen zu re-evaluieren und ggf. anzupassen.

Es ist sicherzustellen, dass eine angemessene (Weiter-)Behandlung für diejenigen Patienten zur Verfügung steht, die nicht oder nicht mehr stationär im Krankenhaus behandelt werden

können. Die Möglichkeit zur und der Art der Weiterbehandlung sollte Bestandteil der Priorisierungsentscheidung sein und ebenfalls dokumentiert werden.

Für Empfehlungen zum Palliativkonzept im Kontext von COVID-19 siehe <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/empfehlungen-der-dgp.html> und [https://www.dhpv.de/tl\\_files/public/Aktuelles/News/20200322\\_FGPG-Empfehlungen\\_Covid19.pdf](https://www.dhpv.de/tl_files/public/Aktuelles/News/20200322_FGPG-Empfehlungen_Covid19.pdf)

### 3.1. Verfahren der Entscheidungsfindung

Die Notwendigkeit des Wechsels von patientenzentrierter Entscheidung in ein Verfahren zur Priorisierungsentscheidung bei Ressourcenknappheit ist klar zu kommunizieren. Ein vorab definiertes Verfahren der Entscheidungsfindung mit klar geregelten Verantwortlichkeiten ist Voraussetzung für konsistente, faire sowie medizinisch und ethisch gut begründete Priorisierungsentscheidungen. Daher sollen die Entscheidungen möglichst nach dem Mehraugen-Prinzip erfolgen unter Beteiligung.

- von einem Vertreter der Pflegenden,
- dem Hausarzt oder einem Vertreter,
- einem weiteren Arzt, z.B. aus dem Bereich der Palliativversorgung (SAPV-Team).

Nach Möglichkeit sollten die Entscheidungen im Konsens getroffen werden; zum Umgang mit Dissens sollten in den regionalen Verfahren angemessene Vorgehensweisen festlegen. Die Entscheidungen sollten transparent in den berufs- und fachgruppenübergreifenden Teams getroffen, transparent gegenüber Patienten, Angehörigen (soweit möglich) und ggf. dem / den juristischen Stellvertreter(n) kommuniziert und sachgerecht dokumentiert werden.

Die im Folgenden beschriebenen Verfahrensweisen gelten für Priorisierungsentscheidungen, wenn die stationären Krankenhausbehandlungskapazitäten nicht für alle Patienten ausreichen. Es muss daher ein Verfahren existieren, wie die Information, dass nicht patientenorientiert, sondern priorisierend entschieden werden muss, vorliegt, und welche stationären Krankenhausbehandlungskapazitäten existieren. Darüber hinaus ist eine Verständigung zwischen den in den Alten- und Pflegeheimen über die Kriterien der Priorisierung entscheidenden Teams erforderlich. Die Verlagerung dieser Entscheidungen in den Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Krankenhäuser belastet diese in Situationen der Überlastung zusätzlich und ist auch für die betroffenen Patienten nur mit zusätzlichen Belastungen verbunden. So lange allerdings transparente Verfahren für präklinische Priorisierungsentscheidungen nicht existieren, muss eine solche Entscheidung in den Kliniken getroffen werden.

Für Unterstützungsangebote wird auf die DIVI-Empfehlung verwiesen.

## 3.2. Kriterien für Priorisierungs-Entscheidungen

Entscheidungen über eine Priorisierung müssen auf der bestmöglich verfügbaren Informationsgrundlage getroffen werden. Hierzu gehören:

1. Informationen zum aktuellen klinischen Zustand des Patienten
2. Informationen zum Patientenwillen (aktuell/vorausverfügt/zuvor mündlich geäußert/mutmaßlich)
3. Anamnestische/klinische Erfassung von Komorbiditäten
4. Anamnestische und klinische Erfassung der in Absatz 2.1.1. beschriebenen Kriterien

### 3.2.1. Kriterien für Priorisierungs-Entscheidungen (Krankenhauseinweisung)

In Analogie zur DIVI-Empfehlung ist in 4 Schritten vorzugehen.

**Schritt 1:** Abklärung der dringenden stationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit

Ergebnisse:

- a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ja → Schritt 2
- b) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nein → Verbleib im Alten- oder Pflegeheim, adäquate Versorgung ggf. einschließlich palliativer Maßnahmen

**Schritt 2:** Einschätzung der **Erfolgsaussicht** im Sinne des Überlebens der Krankenhausbehandlung bzw. der Erreichung eines realistischen Therapieziels; auch als Grundlage für eine ggf. notwendige Priorisierung.

Die DIVI-Empfehlungen enthalten Kriterien von aktuellen Erkrankungen und Komorbiditäten, die in der Regel mit einer schlechten Erfolgsaussicht intensivmedizinischer Maßnahmen verbunden sind. Eine Übertragung auf die akut-medizinische stationäre Krankenhausbehandlung auf einer Normalstation ist nicht 1 zu 1 möglich.

Ergebnisse:

- a) Erfolgsaussicht besteht → Schritt 3
- b) Aussichtslosigkeit → Verbleib im Alten- oder Pflegeheim, adäquate Versorgung einschl. palliativer Maßnahmen

**Schritt 3: Einwilligung** in stationären Krankenhausbehandlung prüfen (aktueller, vorausverfügter, zuvor mündlich geäußelter oder mutmaßlicher Patientenwille) nach Aufklärung von Patient bzw. rechtl. Vertreter über die Erfolgsaussicht.

Ergebnisse:

- a) Einwilligung → Schritt 4
- b) keine Einwilligung → Verbleib im Alten- oder Pflegeheim, adäquate Versorgung einschl. palliativer Maßnahmen

#### **Schritt 4: Priorisierung** (nur bei nicht ausreichenden Ressourcen!)

- nach Einschätzung der Erfolgsaussichten der möglichen akuten stationären Krankenhausbehandlung
- im Hinblick auf ein realistisches patientenzentriertes Therapieziel
- im Vergleich zur Erfolgsaussicht der akuten stationären Krankenhausbehandlung für andere Patienten
- unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Kapazitäten

#### **Ergebnisse:**

a) vorrangige Behandlung → Krankenhausbehandlung

b) nachrangige Behandlung → Verbleib im Alten- oder Pflegeheim, adäquate Versorgung einschl. palliativer Maßnahmen

#### **3.2.2. Entscheidungen vor dem Hintergrund nicht verfügbarer Ressourcen im Alten- und Pflegeheim**

Auch innerhalb von Alten- und Pflegeheimen und Pflegediensten kann es auf Grund der Pandemiesituation zur Einschränkung sonst verfügbarer Ressourcen kommen, z.B. Erkrankung von Pflegepersonal, fehlen von Isolationsmöglichkeiten, Schutzausrüstung, etc. Auch in solchen Situationen können Priorisierungsentscheidungen erforderlich werden, für die alle beteiligten Institutionen auf dem gleichen Wissensstand zur Verfügbarkeit der Ressourcen sein sollten und transparente Strukturen der Feststellung der Notwendigkeit einer Priorisierung und der Entscheidungsprozesse im Rahmen der Priorisierung etabliert werden sollten.



## **Anlagen:**

### **Dokumentationshilfe**

### **Autoren**

Ulrich Wedding<sup>1</sup>, Ulrich Thiem<sup>2</sup>, Hans Jürgen Heppner<sup>3</sup>

### **Beratende Experten**

Dr. med. Corinna **Drebenstedt**<sup>4</sup>, Univ.-Prof. Dr. med. univ. Markus **Gosch**<sup>5</sup>, Dr. med. Haitham **Hag**<sup>3</sup>, Prof. Dr. Margareta **Halek**<sup>6</sup>, Prof. Dr. med. Uwe **Janssens**<sup>7</sup>, Dr. med. Anja **Kwetkat**<sup>8</sup>, Winfried **Meißner**<sup>1</sup>, Prof. Dr. med. Guido **Michels**<sup>9</sup>, PD Dr. med. Mathias **Pfisterer**<sup>10</sup>, Prof. Dr. med. Katrin **Singler**<sup>5</sup>, Prof. Dr. med. Rainer **Wirth**<sup>11</sup>, Dr. med. Joachim **Zeeh**<sup>12</sup>

### **Kliniken/Institute/Departments**

<sup>1</sup>Klinik für Innere Medizin II, Abteilung Palliativmedizin, Universitätsklinikum, Jena; <sup>2</sup>Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie und Lehrstuhl für Geriatrie und Gerontologie, Universitätsklinik Eppendorf (UKE), Hamburg; <sup>3</sup>Klinik für Geriatrie am Helios Klinikum Schwelm und Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke; <sup>4</sup>Klinik für Geriatrie und Innere Medizin, St. Marienhospital Friesoythe; <sup>5</sup>Paracelsus Medizinische Privatuniversität Nürnberg Medizinische Klinik 2 - Schwerpunkt Geriatrie Klinikum Nürnberg; <sup>6</sup>Department für Pflegewissenschaft und Lehrstuhl für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit Universität Witten/Herdecke, Witten; <sup>7</sup>Klinik Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin, St.-Antonius-Hospital gGmbH, Eschweiler; <sup>8</sup>Klinik für Geriatrie am Universitätsklinikum Jena; <sup>9</sup>Klinik für Akut- und Notfallmedizin, St.-Antonius-Hospital gGmbH, Eschweiler; <sup>10</sup>Klinik für Geriatrie und Zentrum für Palliativmedizin, AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS, Darmstadt; <sup>11</sup>Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation am Marien Hospital Herne Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Herne; <sup>12</sup>Klinische Geriatrie und Palliativmedizin, Meiningen;

### **Beratende Fachgesellschaften**

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) Prof. Dr. med. Hans Jürgen Heppner, Präsident DGG und Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) Prof. Dr. med. Uwe Janssens, Präsident DIVI

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wurde in die Diskussion mit einbezogen.