

Protokoll zum Online-Meeting
klinische*r Ethiker*innen zu COVID-19
26.03.2020, 20:00 -21:00 Uhr

Zielgruppe: klinisch-ethisch tätige Personen

Einladung zur Konferenz durch die:
Akademie für Ethik in der Medizin

Teilnehmende: ca. 150 Personen

Hinweis: Teilnehmende, die das Protokoll nicht per E-Mail erhalten haben und in den Verteiler aufgenommen werden möchten, senden bitte eine Nachricht an asimon1@gwdg.de. Dies gilt auch für Personen, die aus zeitlichen Gründen nicht an der Konferenz teilnehmen konnten.

Bericht (Georg Marckmann, Alfred Simon):

Seit dem ersten Online-Meeting am 19. März wurden u. a. folgende **Empfehlungen** veröffentlicht:

- DIVI et al: Empfehlungen „[Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie](#)“
- AEM: „[Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie](#)“

Es folgen voraussichtlich zeitnah:

- Ad-hoc-Empfehlung Deutscher Ethikrat: „[Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise](#)“
- Handreichung für klinische Ethikberater*innen „Psychische Belastungen von Gesundheitspersonal im Umgang mit moralischen Konflikten“ von Kathrin Knochel, Katja Kühlmeyer, Karl-H. Richstein und Annette Rogge

Alle Empfehlungen und Materialien finden Sie unter: www.aem-online.de

Hinweise auf weitere frei zugängliche Materialien können Sie im **Online-Forum „Ethikberatung und COVID-19-Pandemie“** platzieren, das zum gegenseitigen Austausch eingerichtet wurde:

<https://forum.aem-online.de>

Erfahrungen von Teilnehmenden:

- **Zentrale Meldestelle von Intensivbetten:** <https://www.divi.de/register/intensivregister>
- **Psychosoziale Unterstützung:** ist nicht Aufgabe von Ethikberatern, obgleich diese vermehrt entsprechende Anfragen erhalten und sich die Kompetenzen überlappen können-> Anfragen sind an kompetente Stelle weiterzuleiten bzw. zu koordinieren (vgl. Handreichung für klinische Ethikberater*innen, Ansprechpartner: Karl-Heinz Richstein)
- Das **österreichische Score-System** mit Hilfe von Ethikboards (vgl. [Protokoll vom 19.03.20](#)) wird für die Aufnahme auf die ICU genutzt und ist noch in der Erprobung (Ansprechpartner: Stefan Dinges)
- **Problem der Beatmungsentwöhnung:** nach ersten Aufnahmen von COVID-19-Patient*innen zeichnet sich ab, dass nicht die akute Aufnahme, sondern die Entwöhnung von der Beatmung bei schwersten Lungenversagen und die Entlassung in die Reha – insbesondere bei älteren

- Personen nach Langzeitbehandlung - problematisch ist -> Informationen zur Beatmungsdauer (variiert zwischen 1-6 Wochen) stellt das RKI (www.rki.de) zur Verfügung
- **Ideen für die Abschiednahme von COVID-19-Patient*innen:** a) Besuch Angehöriger in Schutzkleidung nach Unterzeichnung eines durch die Rechtsabteilung geprüften Formulars (Haftungsausschluss für Einrichtung, Aufklärung über Infektionsgefahr); b) virtuelle Einbindung von Angehörigen; c) Teilnahme von Seelsorgenden in Schutzkleidung, die Mitarbeitende der Einrichtung sind -> Palliativstationen sind vom Besuchsverbot ausgenommen / Informationen zum Umgang mit COVID-19 Verstorbenen vom RKI (www.rki.de)
 - **Ideen für Ethische Fallbesprechungen:** unter Einhaltung des Datenschutzes als Video- bzw. Telefonkonferenz (ggf. eigene Systeme der Einrichtung nutzen) oder wenn vertretbar in Schutzkleidung und in patientenfernen Bereichen

Weitere Fragen und Themen:

- **Definition Katastrophenfall:** Wer entscheidet wie, wann die Triage-Situation vorliegt?
- **Empfehlungen müssen von Einrichtung (z.B. Vorstand des Krankenhauses) angenommen werden,** dann können sich behandelnde Personen darauf berufen
- Das **biologische Alter** per se gilt (scheinbar im Gegensatz zu Frankreich) in Deutschland nicht als Triage-Kriterium; heranzuziehen ist der gesundheitliche Allgemeinzustand (frailty) -> vgl. [ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrats und Empfehlungen der Fachgesellschaften](#)
- Der Begriff **klinische Erfolgsaussicht** entspricht dem Begriff der kurzfristigen Prognose und meint die Wahrscheinlichkeit den Intensivverlauf zu überleben; den Begriff der **Aussichtslosigkeit** gilt es in Bezug auf COVID-19 ggf. anzupassen
- **Argumente für die Bevorzugung von erkranktem Personal:** a) instrumenteller Wert, da langfristige Versorgung vom behandelnden Personal abhängt („rettet die Retter“); b) im Sinne des Gemeinwohls setzt sich Personal erhöhtem Risiko aus (Behandlungszusicherung motiviert weiteren Einsatz) -> Frage nach weiteren Personengruppen (z. B. Apotheker, Verkäufer), die sich einem erhöhten Risiko aussetzen
- Der qualitativ gesicherte und gezielte **Einsatz von ACP bzw. BVP** bei Erkrankten wird sowohl im klinischen als auch im ambulanten Bereich befürwortet, um unnötige - da von Patient*innen nicht mehr gewollte Maßnahmen - zu vermeiden / es besteht Sorge, dass a) Patientenverfügungen ungeachtet des Inhalts per se als Wunsch auf Therapieabbruch angesehen werden -> alternativ Krisen- und Notfallbögen; b) in Pflegeheimen zum Schutz der anderen Bewohner*innen der Patientenwille Einzelner nicht beachtet wird (z.B. Verlegung positiv getesteter Personen ins Krankenhaus); c) gesetzliche Betreuer*innen und Bevollmächtigte in ihrer Arbeit eingeschränkt sind
- Wunsch nach einer **Handreichung für Niedergelassene bzw. den ambulanten Bereich bzgl. Triage-Kriterien, Beatmung und ACP/BVP:** Hausärzte sollten in engem Kontakt mit der Krankenhausaufnahme stehen, um vorab abschätzen zu können, ob eine Einweisung reelle Chancen hat.
- **Operative Bereiche wie Unfallchirurgie und Transplantationsmedizin benötigen ggf. eigene Triage-Kriterien und ein OP-Management,** u. a. für Absage aufschiebbarer Operationen in Vorbereitung auf eine Triage-Situation -> weitere Informationen unter www.aem-online.de

- **Identifizierung von Personen, die nach COVID-19 immun sind:** Identifizierung per Antikörpertest -> Dokumentation von immunen Personen und Einsatz von immunem Personal auf COVID-19-Stationen
- **Palliativressourcen ausbauen:** Handreichungen und Konsile sind wünschenswert
- Sind **klinische Studien mit COVID-19-Patient*innen** vertretbar?
- Fragen zur Off-label-use von **Beatmungsgeräten**, Reserve-Beatmungsgeräte aus ambulanten Praxen und mobile Beatmungsgeräten über Bettenzahl hinaus
- **Dokumentation:** welche Patientendaten sollen bei Priorisierung erfasst werden?

Anmerkungen zu den Empfehlungen von DIVI et al.:

Die Empfehlungen enthalten weder konkrete Definitionen von Patientengruppen noch eine konkrete Liste von Triage-Kriterien (wie etwa von der SAMW). Gründe hierfür sind zum einen, dass sich etablierte Instrumente (z. B. SOFA-Score) zwecks Einschätzung der Prognose bei COVID-19-Patient*innen nur begrenzt anwenden lassen und zum anderen, dass starre Ausschlusskriterien der sich dynamisch verändernden Knappheitssituation nicht gerecht werden können.

Es wird zudem berichtet, dass die ethische Argumentation und die rechtlichen Vorgaben möglicherweise divergieren (vgl. [Stellungnahme des Deutschen Ethikrats](#)).

Es werden unterschieden die **beiden Grundsituationen:**

- a. Es befinden sich mehr intensivpflichtige Patient*innen in der Notaufnahme als freie Intensivbetten zur Verfügung stehen: für diese Situation sind keine rechtlichen Auswahlkriterien vorgegeben / das Vorenthalten einer Behandlung aufgrund der tragischen Unmöglichkeit entspricht einem nicht vor dem krankheitsbedingten Sterben retten können (keine unterlassene Hilfeleistung!).
- b. Es sind alle Beatmungsplätze belegt und es stellt sich die Frage, ob bei Patient A die Beatmung eingestellt werden soll, um Patient B mit besserer Prognose die Beatmung zu ermöglichen: bei ethisch nachvollziehbarer Entscheidung, die sich z.B. an den Empfehlungen der Fachgesellschaften orientiert, ist nach Einschätzung des DER keine (straf-)rechtliche Verfolgung zu erwarten. Nach Einschätzung des DER ist die Beendigung einer begonnenen und indizierten Beatmung mit dem Zweck der Rettung einer dritten Person ist jedoch nicht objektiv rechters.

➔ Weitere Hinweise dazu in den [ad-hoc-Empfehlungen des Deutschen Ethikrats \(Abschnitt 3\)](#)

Rückmeldungen und Ergänzungswünsche aus dem Chat:

- Einordnung von Patient*innen, die iatrogen intensivpflichtig werden (z. B. nach Stammzelltransplantation, postoperativen Komplikationen)
- Vorgehen, wenn in der Gruppe der vorrangig zu Behandelnden immer noch zu viele Patient*innen gemessen an Ressourcen sind
- Verfassungsrechtlicher Disclaimer verunsichert möglicherweise / ggf. Aufgabe der Ethik Patient*innen und Behandler gegenüber Strafrechtlern zu schützen und Jurist*innen und Politik zu motivieren, rechtliche Klarheit zu schaffen und Ressourcen zu erhöhen
- Kommunikations- und Erklärungshilfen für die Kommunikation der Allokationskriterien erarbeiten

Weitere Hinweise:

- AG Ethik der DGZMK erarbeitet ein **Positionspapier zur Situation und Bedarfen in Zahnarztpraxen angesichts COVID-19**. Bei Interesse an Mitarbeit melden Sie sich bitte bei Dominik Groß (dgross@ukaachen.de)
- Im **Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK) 13 (2020)** zum Thema „Unsicherheit in der Medizin“ wird ein Schwerpunkt zum Umgang mit COVID-19 integriert. Interessenten können sich an die FAU Erlangen/Nürnberg wenden. (Ansprechpartner: Andreas Frewer)

Weitere Informationen folgen über den Mailverteiler und auf der AEM-Homepage.

Nächster Termin für Online-Meeting

Donnerstag, 02.04.2020, 20:00 – 21:00 Uhr

<https://zoom.us/j/201360444?pwd=Tk9MRDQ3SEdmSmtBSkltU0NITnQ3Zz09>

Telefon (Deutschland): +49 30 5679 5800

Meeting-ID: 201 360 444

Passwort: 022769