

**Protokoll zum Online-Meeting**  
**klinische\*r Ethiker\*innen zu COVID-19**  
**02.04.2020, 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](mailto: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 letzten Online-Meeting am 26. März wurden

- das Diskussionspapier der AEM zu „**Möglichkeiten und Grenzen von Ethikberatung im Rahmen der COVID-19-Pandemie**“ ([deutsche Version](#) / [English version](#)) überarbeitet. Die Veröffentlichung in der Zeitschrift für Ethik in der Medizin ist angedacht.
- die [Handreichung für klinische Ethikberater\\*innen „Psychische Belastungen von Gesundheitspersonal im Umgang mit moralischen Konflikten“](#) sowie der zugehörige [CISM-Gesprächsleitfaden](#) von Kathrin Knochel, Katja Kühlmeyer, Karl-H. Richstein und Annette Rogge veröffentlicht. Herr Richstein berichtet von positivem Feedback und dem Wunsch nach Konkretisierung zu technischer/organisatorischer Umsetzung der Handreichung.
- die Ad-hoc-Empfehlungen des Deutschen Ethikrats: „[Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise](#)“ veröffentlicht, welche auch auf die rechtlichen Hintergründe für die beiden Grundsituationen ex-ante und ex-post Konkurrenz der Triage eingehen (s.u.).

Die Empfehlungen der [DIVI et al.](#) sollen überarbeitet und ggf. konkretisiert werden, sobald die erwartete Stellungnahme der BÄK veröffentlicht ist (s. auch Anmerkungen S.3).

Alle Empfehlungen und Materialien finden Sie unter: [www.aem-online.de](http://www.aem-online.de)

Feedback sowie 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:**

**Hinweis:** Bitte beachten Sie auch die [Protokolle früherer Meetings](#), wenn Sie Themen vermissen.

- Die inzwischen veröffentlichten **Empfehlungen der österreichischen Bioethikkommission** „[Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie](#)“ folgen inhaltlich weitestgehend den Empfehlungen der DIVI, der SAMW und dem DER.

- **Rechtsschutz:** Insbesondere zur ex-post-Konkurrenz ist die Rechtslage unklar. Nach [Einschätzung des DER](#) ist die Beendigung einer begonnenen und indizierten Beatmung mit dem Zweck der Rettung einer dritten Person nicht objektiv rechtmäßig, auch wenn keine (straf-)rechtliche Nachverfolgung zu erwarten ist. (vgl. auch [Protokoll vom 26.03., S. 3](#)). Es stellt sich die Frage, inwieweit Dienstanweisungen durch den Krankenhausträger den individuellen Akteuren Rechts- bzw. Haftungsschutz bieten können und inwieweit die juristische Klärung der Rechtslage angestoßen werden soll bzw. kann.
- **3 Stufen zur Triage:**
  - 1) Vermeiden von „unnötigem“ Ressourcenverbrauch (Indikation und Patientenwille prüfen)
  - 2) Ressourcen im überregionalen Verbund prüfen (s. [DIVI-Register](#)), u.U. grenzüberschreitend
  - 3) Triage-Situation (wird sich lokal spontan ergeben und nicht bundesweit „ausgerufen“)
- Die **Kommunikation von Triage-Entscheidungen an Angehörige** ist zunächst ärztliche Aufgabe und ähnelt der Kommunikation im Falle eines Therapieabbruchs aufgrund schlechter Prognose (Therapieabbruch weil Erreichen des Therapieziels bzw. die Indikation höchst fraglich ist, nicht weil andere Patient\*in Therapie dringender benötigt oder bessere Prognose hat); anschließend psychosozialer Unterstützung.
- Das **österreichische Score-System** (vgl. [Protokoll vom 19.03.20](#)) soll Vergleichbarkeit herstellen (4-6-Augenprinzip) und überregional Kapazitäten prüfen. Den Verantwortlichen scheint es jedoch schwer zu fallen, ein klares Startsignal zu geben (Ansprechpartner: Stefan Dinges).
- **Besuchsregeln und -verbote** gelten zumeist gleichermaßen für COVID-19 und NICHT-COVID-19 Patient\*innen einer Einrichtung, es muss jedoch eine Verhältnismäßigkeit bestehen.
 

**Ideen und Erfahrungen:**

  - a) kein allgemeines Besuchsverbot, sondern Betretungsverbot mit den Ausnahmen: Besuchsrecht für Angehörige von Kleinkindern, Sterbenden und bei Geburten;
  - b) eingeschränkte Besuchsmöglichkeiten, z.B. immer nur eine Person in Schutzkleidung für eine Stunde mit Zutritt durch Schleuse;
  - c) Unterzeichnung eines Haftungsausschlusses für die Einrichtung durch die Besucher\*innen;
  - d) Sichtkontakt bei räumlicher Trennung durch Glasscheibe;
  - e) Klärung von seuchengesetzlichen Vorgaben (Informationen zum Umgang zu COVID-19-Verstorbenen unter [www.rki.de](http://www.rki.de))

-> Ideen für **Abschiednahme von COVID-19-Patient\*innen** auch im [Protokoll vom 26.03](#), S.2.

### Weitere Fragen und Themen:

**Hinweis:** Bitte beachten Sie auch die [Protokolle früherer Meetings](#), wenn Sie Themen vermissen.

**Korrektur zum [Protokoll vom 26.03](#):** Die Annahme, dass in Frankreich Patient\*innen über 80 Jahren nicht mehr beatmet werden, beruht auf einer falschen Berichterstattung (vgl. [Badische Zeitung vom 1. April](#)). Auch hier wird sich nicht am biologischen Alter, sondern am Allgemeinzustand orientiert.

- In **Psychiatrische Einrichtungen** bestehen eigene Herausforderungen etwa im Umgang mit quarantänepflichtigen Patient\*innen, die sich unkooperativ verhalten (ggf. aufgenommen wegen unkooperativen Verhaltens unter COVID-19). -> Inwiefern sind freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Fixierungen) zum Schutz der anderen Patient\*innen legitim (auch ohne positiven Test bzw. bei Verdachtsfall)? Inwiefern können bestimmte Personengruppen durch spezifische Stationen separiert werden (COVID-19, Verdachtsfälle, Geriatrie bzw.

Hochrisikogruppen)? Wie verhält es sich mit COVID-19-Erkrankten in forensischer Psychiatrie?

- Der qualitativ gesicherte und gezielte **Einsatz von ACP / BVP** bei Erkrankten wird im stationären und ambulanten Bereich befürwortet (vgl. [Protokoll vom 26.03](#), S.2).

#### **Herausforderungen im ambulanten Bereich:**

Externe oder nicht-ärztliche Gesprächsbegleitende erhalten kaum Zugang zu den Heimen. In Österreich kommt hinzu, dass eine beachtliche Patientenverfügung nur mit ärztlicher Aufklärung eine verbindliche wird. ACP-geschulte Mitarbeitende des Sozialdiensts sind mit pflegerischen Aufgaben betraut. Die Ansteckungsgefahr in Pflegeeinrichtungen ist erhöht.

#### **Ideen und Erfahrungen:**

- a) Palliativnetzwerk aus in ACP ausgebildeten Palliativmedizinerinnen oder ausgewählte Kleingruppe, die (telefonisch) Kontakt zu Pflegeheimen der Region hegen;
- b) Sensibilisierung und Schulung von z.B. Heimleitungen und Hausärzten zu ergebnisoffenem ACP und Umgang mit PV (gegen Sorge der Bewohner, dass PV per se als Indiz auf Therapieabbruch gewertet werden könnten und für Chance zur Gestaltung der letzten Lebensphase), zu sinnvollen Verlegungen (für Entlastung der Krankenhäuser durch Vermeidung von nicht indizierten bzw. nicht von Patient\*in gewünschte Einweisungen), zu angemessenen Triage-Kriterien (gegen Sorge der Bewohner vor Altersdiskriminierung) und Vorbereitung auf vermehrt auftretende zu therapierende Beschwerden;
- c) Modifizierung vorhandener Dokumentationsbögen, Erstellung spezifischer Notfallbögen zu COVID-19 sowie deren strukturierte Zusammenführung und Kommunikation der Inhalte zwischen stationärem und ambulanten Bereich;
- d) Entlastung der Krankenhäuser und Pflegeheime durch konzentrierte Unterbringung von Patient\*innen in ausgewählten Reha-Einrichtungen.

➔ Ein **Leitfaden für präklinische Patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall** sowie (überarbeitete) Dokumentationsbögen und Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo) sind unter Beteiligung der DEGAM und DiV-BVP in Arbeit.

➔ Weitere Materialien zu **ACP und COVID-19** finden Sie unter:

<https://www.pallnetz.ch/acp-nopa.htm>

#### **Feedback zu den Empfehlungen von DIVI et al.:**

- Konkretisierung von angemessene Vorgehensweisen im Umgang mit Dissens gewünscht, z.B. durch Ethikberatung.
- Zusammenführen der diversen Empfehlungen gewünscht, um Vielzahl ggf. abweichender Empfehlungen zu vermeiden.
- Einheitliche Standards für die praktische Umsetzung der Empfehlungen gewünscht (praktikable und angemessene Einbettung von Scores bzw. Kriterien, Entscheidungsfindungsprozess) -> einzelne Einrichtungen erarbeiten sich bereits eigenständige Verfahrensanweisungen. Weitere Informationen auf der [Homepage der AEM](#).
- Vorschlag das DIVI-Paper und die DER-Stellungnahme unter Vergleich mit Empfehlungen anderer Länder international zu diskutieren (und dafür ins englische zu übersetzen).

Ferner wurde der Wunsch geäußert, das Format der Online-Meetings zum Austausch auch nach der Pandemie beizubehalten.

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

**Nächster Termin für Online-Meeting**

**Mittwoch, 08.04.2020, 20:00 – 21:00 Uhr**

<https://zoom.us/j/657406999?pwd=dkZMNFIQUtDRGdpaDJLTkFic2dZQT09>

Telefon (Deutschland): +49 30 5679 5800

Meeting-ID: 657 406 999

Passwort: 011691