

**Protokoll zum Online-Meeting
klinische*r Ethiker*innen zu COVID-19
08.04.2020, 20:00 -21:00 Uhr**



Zielgruppe: klinisch-ethisch tätige Personen

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

Teilnehmende: ca. 110 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 letzten Online-Meeting am 2. April wurde veröffentlicht:

- Ralf Stoecker: [„Verteilung knapper Ressourcen in der Intensiv- und Notfallmedizin – ein ethischer Hintergrundkommentar zur gemeinsamen Stellungnahme der AEM und anderer medizinischer Fachgesellschaften vom 25.3.2020“](#). Der Hintergrundkommentar stellt eine Art argumentativer Landkarte für den ethischen Hintergrund der Debatte um angemessene Kriterien für Triage-Entscheidungen dar und beleuchtet das Dilemma der Triage aus der Perspektive verschiedener Ethiktheorien.

Voraussichtlich am 9. April erscheint der

- **Leitfaden für präklinische Patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall** sowie (überarbeitete) Dokumentationsbögen und Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo) von DEGAM und DiV-BVP. Informationen finden Sie [hier](#).
 - ➔ Der Leitfaden richtet sich primär an Haus- und Notärzte. Im Vordergrund steht die – im Kontext der Pandemie nochmal wichtigere – Sensibilisierung für ergebnisoffene und Patienten-zentrierte Vorausplanung (Indikation und Patientenwille) unter den bestmöglichen Qualitätsstandards (nach Möglichkeit mit ärztlicher Aufklärung).

In Kontext der präklinischen Patienten-zentrierten Vorausplanung für den Notfall wird festgehalten, dass **im präklinischen Bereich keine Triage-Entscheidungen** stattfinden sollen. Zum einen kann die Bettensituation von extern nicht antizipiert werden, zum anderen liegen die **Kapazitäten an Intensivbetten und Beatmungsplätzen in Deutschland und der Schweiz aktuell weit über der Auslastung**. Mehrere Einrichtungen nehmen daher Patient*innen aus Italien und Frankreich auf, um die Kapazitäten auszunutzen.

Beide **Arbeitsgruppen Pflege und Ethik der AEM** werden sich den Fragen und Themen im Bereich der stationären und ambulanten Pflege (s. S.2) annehmen.

Die Empfehlungen der [DIVI et al.](#) wurden ins Englische übersetzt (English Version). Ferner wurden sie von diversen Einrichtungen adaptiert und in Form von Standard Operating Procedures (SOP) umgesetzt.

- Die Empfehlungen werden gerade überarbeitet. Diskutiert wird die Verwendung eines Punktesystems (vgl. das Vorgehen der University of Pittsburgh¹), auf dessen Grundlage medizinisch sehr kritische Patienten identifiziert werden könnten. Diese müssten dann aber noch einmal klinisch-individuell geprüft werden, ob ggf. eine Therapiezieländerung angemessen wäre. Die Entscheidung alleine aufgrund von Score-Systemen erscheint nicht angemessen, insbesondere die Kombination verschiedener Scores kann aber zum Gesamteindruck des Patienten beitragen. Zudem bedarf es der **sorgfältigen Wahl und Evaluation von Kriterien für Score-Systeme**. Erstens muss unterschieden werden zwischen Scores, die für die Aufnahme auf die Intensivstation (eher CFS und CRB65) oder für die Eruierung der Erfolgsaussicht (eher SOFA, ggf. qSOFA) geeignet sind. Zweitens um die Diskriminierung von Personengruppen zu verhindern. So könnte das Kriterium Gebrechlichkeit (CFS), das auch zur Pflegeeinstufung herangezogen wird und für Patient*innen > 65 Jahren vorgesehen ist, zu einer undifferenziert hohen Punktzahl bei Behinderten führen. Physische oder mentale Behinderung ist jedoch nicht mit Krankheit gleichzusetzen (Informationen unter [AbilityWatch](#) / ein [Kommentar](#)).

Alle Empfehlungen und Materialien finden Sie unter: 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>

Vorab eingereichte Fragen und Themen:

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

- **Forcierung von Patientenverfügungen:** Es darf nicht der falsche Eindruck entstehen, dass vor dem Hintergrund einer drohenden Ressourcenknappheit Vorausplanungen von Behandlungen instrumentalisiert werden zum Zweck der Abwendung der Ressourcenknappheit. Stattdessen soll die Autonomie trotz Pandemie gestärkt werden. Bereits vorhandene Vorsorgedokumente sind vor der aktuellen Situation zu re-evaluieren und ggf. durch spezifische Hinweise zu COVID-19 zu ergänzen. Wenn erstmalig Vorsorgedokumente verfasst werden, ist ein ergebnisoffener Prozess zu gewährleisten.
- **Präklinischer Bereich:** Im präklinischen Bereich sollen keine Triage-Entscheidungen stattfinden (s. S.1). Trotzdem gibt es in einigen Bundesländern faktisch einen Aufnahmestopp in Pflegeeinrichtungen oder die Aufnahme ist nur mit negativem COVID-19-Test und anschließender Quarantäne unter Versorgung eines exklusiven Pflegeteams möglich, ausgenommen sind Hospize (z.B. NRW). Dadurch erschwert sich auch die Suche nach Kurzzeitpflege- und Reha-Plätzen. Zusätzlich werden Verdachtsfälle ins Krankenhaus überwiesen mit dem Argument die Heimbewohner schützen zu wollen oder auf die Einweisung gesunder Patient*innen in Heime aus Ansteckungsgefahr verzichtet. Hinzu

¹ White & Lo 2020. (JAMA), [eSupplement](#)

kommt Knappheit von materiellen und personellen Ressourcen (teilweise werden Leitungen und berentete Hausärzte eingesetzt).

Erfahrungsberichte: Taskforce Heime bestehend aus Gesundheitsämtern, Heimvertretern und Klinik in wöchentlichem Austausch sowie Mappen mit Vorsorgedokumenten der Heimbewohner und Isolierbereiche innerhalb der Heime.

- Es stellt sich die Frage, inwieweit **der Einsatz von älteren und vorerkrankten Mitarbeitenden sowie Mitarbeitenden mit Hochrisiko-Angehörigen im engen sozialen Umfeld** erwartet werden kann. Grundsätzlich ist der Bedarf nach einsatzfähigen Kräften hoch. Vorschlag: Mitarbeitende, die selbst der Risikogruppe gehören, in weniger riskanten Bereichen einzusetzen und immunsupprimierte Mitarbeitende zu schützen (ggf. Einzelfallentscheidung durch Vorgesetzte).
- Mit **ethischen Time-Outs** gibt es noch keine Erfahrung, da das Angebot für die Triage-Situation gedacht ist. Vereinzelt wurden Time-Outs wegen der höheren Belastung wahrgenommen, wodurch Kommunikationswege bereits erprobt werden konnten.
- Einige Einrichtungen haben eine **KEK-Rufbereitschaft** eingerichtet, damit auf Anfrage Entscheidungsfindungsprozesse in einer Triage-Situation, insbesondere bei Dissens, auch außerhalb normaler Dienstzeiten kurzfristig unterstützt werden können.

Weitere Fragen und Themen:

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

- Frage nach **Reanimation auf der peripheren COVID Station** aufgrund hoher Aerosol Belastung der Mitarbeitenden sowie dem Verhältnis von Schutz der Mitarbeitenden und Patient*innen.
- Die Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (ÖGERN) hat ein Papier zum Thema „[Rechtliches zur Beistandspflicht bei sterbenden COVID-19-Patient*innen](#)“ veröffentlicht.
- Die DGP, DIVI et al. haben [Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive](#) mit konkreten Vorschlägen herausgebracht.

Viele Einrichtungen erlauben zumindest bei Sterbenden auch den Besuch einzelner Angehöriger (vgl. [frühere Protokolle](#)).

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

Nächster Termin für Online-Meeting

Donnerstag, 16.04.2020, 20:00 – 21:00 Uhr

<https://zoom.us/j/93210899862?pwd=dmxXTXpYTFhnZ0p6ekxaTktMaFINQT09>

Telefon: +49 30 5679 5800

Meeting-ID: 932 1089 9862

Passwort: 017850