Protokoll zum Online-Meeting klinische*r und außerklinischer Ethiker*innen

22.09.2022, 20:00 -21:00 Uhr

Teilnehmende: ca. 60 Personen

Hinweis: Teilnehmende, die das Protokoll oder das Passwort nicht per E-Mail erhalten haben und in den Verteiler aufgenommen werden möchten, senden bitte eine Nachricht an asimon1@gwdg.de.

Eingereichte Fragen und Themen:

Hinweis: Bitte beachten Sie auch die Protokolle früherer Meetings, wenn Sie Themen vermissen.

- **Nichtverfügbarkeit von Arzneimitteln oder medizinischen Instrumenten (Stefan Kleinschmidt):**
  Über Lieferengpässe und temporäre Nichtverfügbarkeiten in Apotheken von Antibiotika wurde auch schon vor der Pandemie im Zuge der Globalisierung berichtet.
  -> So sind mögliche **Gründe** u.a. die Abhängigkeit von wenigen, nicht regionalen Produktionsstätten (z.B. Herstellung von Wirkstoff und Fertigarzneimittel in asiatischen Ländern, monetäre Gründe bei Generika), die Fragilität des Herstellungsprozesses aufgrund lokaler Infrastruktur (Qualitätskontrolle, Hygiene) sowie die Unterbrechung von Lieferketten wegen kriegerischer Auseinandersetzungen, Pandemien oder anderer Naturkatastrophen.
  -> **Folgen** können u.a. sein die Entstehung von Resistenzen aufgrund des notgedrungenen Einsatzes von Ausweichpräparaten sowie die Verzögerung bzw. Unterbrechung wichtiger (z.B. onkologischer) Behandlungen.
  -> Vergleichsweise neu durch die COVID-19-Pandemie ist das **dauerhafte Nichtvorhandensein von Arzneimitteln bei zeitkritischen Krankheitsbildern** (z.B. Schlaganfall oder Sepsis), bei denen u.a. ein schneller Therapiebeginn mit einem besseren klinischen Verlauf und einem besseren Behandlungsergebnis assoziiert ist (Tracer Diagnosen).
  -> So kündigte die Firma Boehringer Ingelheim in einem Infobrief vom April 2022 etwa an, dass für 2022 und 2023 in mehreren Ländern, darunter auch in Deutschland, ein **Lieferengpass von Thrombolytika** zu erwarten ist. Dieser Engpass kann u.a. zu eingeschränkter außerklinischer Lysetherapie bei Schlaganfall (z.B. in der mobilen Stroke Unit) führen, dabei lässt sich das Behandlungsergebnis in der mobilen Stroke Unit nachweislich verbessern[1] (time is brain).
  -> **Ethisch-rechtliche Einordnung**: Ein Vorenthalten einer indizierten Therapie bei Verfügbarkeit des Arzneimittels (z.B. für eine abstrakte zukünftige Patient*in oder zum Zweck anderer Interessen Dritter) ist nicht zulässig. Das heißt, solange Lysesubstanzen zur Verfügung stehen sind sie anzuwenden (first come – first serve). Da kein lokal zeitgleicher „Massenanfall" von Schlaganfall-Patient*innen erwartbar ist, unterscheidet sich die Situation klar von einer Triage-Situation. Die Priorisierung erfolgt nach dem Kriterium der Dringlichkeit (je höher der Schaden, desto dringlicher) und erfordert *keine* zusätzlichen Kriterien wie z.B. die Erfolgsaussicht. Die moralische bzw. strafrechtliche Schuld dafür, dass Patient*innen bei Nicht(mehr)-Vorhandensein des Arzneimittels keine leitliniengerechte Therapie erhalten, kann weder bei der Ärzt*in noch der Klinik liegen, da diese für den Engpass *nicht* verantwortlich sind. Dagegen haben sie durchaus eine moralische Verantwortung das Wissen um die

[1] Ebinger, M. et al. (2021): Association Between Dispatch of Mobile Stroke Units and Functional Outcomes Among Patients With Acute Ischemic Stroke in Berlin, In: JAMA 325(5), S. 454-466.

Ressourcenknappheit öffentlich zu machen und Druck auf die Politik auszuüben. Ferner ist das Verwerfen von Arzneimitteln (und zwar nicht nur in Situationen der Knappheit) auf ein Minimum zu reduzieren.
-> Eine Umverteilung der Arzneimittel von Einrichtungen mit Restbestand an Einrichtungen ohne Bestand (ähnlich dem Kleeblatt-Prinzip) ist Berichten zufolge aus verwaltungs- bzw. abrechnungstechnischen Gründen nicht möglich.
-> Während in der Schweiz bereits eine Stellungnahme zur außerordentlichen Ressourcenknappheit (ZEK/SAMW) veröffentlicht wurde (da zukünftig häufiger Situationen der Knappheit zu erwarten sind), gibt es bisher kein vergleichbares Papier in Deutschland.

- **Gesetzesentwurf zur Triage:**
  Rund 30 Fachgesellschaften beteiligten sich an der Stellungnahme der AWMF Taskforce COVID-19 Leitlinien zum Referentenentwurf eines Gesetztes zur Änderung des Infektionsschutz-gesetztes des BMG vom 14.06.2022, dazu liegt eine ergänzende juristische Stellungnahme von 16 Jurist*innen vor. Am Referentenentwurf kritisiert wird insbesondere, dass bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten von der Zuteilungs-entscheidung ausgenommen werden (Ausschluss der ex-post-Triage) und nicht nach dem Gleichheitsgebot alle Patient*innen, die intensivmedizinische Behandlung bedürfen, einbezogen werden, unabhängig davon, ob sie bereits behandelt werden oder die Behandlung ansteht. Diese Kritik wurde nicht angenommen, vermutlich aufgrund der Widerstände von Personen mit Behinderungen, obwohl gerade eine Prognoseeinschätzung vor Beginn der Intensivtherapie schwierig ist und bei nicht rückgängig zu machender Zuteilung die Gefahr für pauschale oder verzerrte Einschätzungen der Überlebenswahrscheinlichkeit erhöht und damit zu einer Benachteiligung von vulnerablen Gruppen führen könnte.
  -> Anlässlich einer Informationsveranstaltung im September finden Sie auf dem Youtube-Kanal der DIVI eine Playlist zum AWMF-Webinar: Priorisierung in der Intensivmedizin bei eingeschränkten Ressourcen.

- **Projekt zu Ethik-Visiten auf Intensiv-Stationen (Lisa Graurock-Rosemeier, Eva Biller):**
  Das Klinische Ethik-Komitee des Universitätsklinikums Essen führt seit 2021 Ethik-Visiten als Form der präventiven Ethikberatung durch. Vier Intensivstationen werden wöchentlich bis monatlich durch zwei Mitglieder des Ethikkomitees aufgesucht. In die Visiten werden ärztliche, pflegende sowie weitere an der Patientenversorgung beteiligte Mitarbeitende einbezogen. Eine digitale Verlaufsdokumentation wird (nur) für Patient*innen mit ethischem Gesprächsbedarf erstellt.
  -> Häufigste **Themen** sind Therapiezielfindung (Re-Evaluation, Ausgestaltung einer Therapielimitierung, längerfristige Versorgungsstrukturen), unterschiedliche Sichtweisen (innerhalb des Teams, zwischen Team und Zu-/Angehörigen) sowie unklarer Patientenwille (Einwilligungsfähigkeit, Anwendbarkeit von Willensbekundungen).
  -> Die **Implementierungsstrategie** umfasst sowohl A) den Zugang zur Station durch z.B. Vertrauen und positive Erfahrungen (bottom-up) sowie interessierte Personen in Entscheidungspositionen (top-down) als auch B) die Verstetigung durch Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit, aber auch eine Balance aus Flexibilität und Klarheit sowie dem Aufzeigen positiver Effekte. Hierfür hat und benötigt das Ethikkomitee Essen hauptamtliche Ressourcen.
  -> Die **Benefits** bestehen zum einen in der Integration ethischen Denkens in die klinischen Routinen. Die frühzeitige Thematisierung ethischer Aspekte verhindert zum anderen Handlungsunsicherheit in Notfallsituationen sowie die Entstehung „echter“ Dilemmata. Es profitieren die Patient*innen (patientenzentrierte Behandlungsentscheidungen), das KEK (Bekanntheit und Niederschwelligkeit) als auch das Behandlungsteam (interdisziplinärer Austausch, Verbesserung der Arbeitsatmosphäre und Verminderung von moral distress).
  -> Die **Risiken** liegen insbesondere in der Abgrenzung zu bzw. geringeren Nachfrage von ethischen Fallbesprechungen sowie einer verminderten Neutralität der Beratungen durch die stete Zusammenarbeit. Das Format ist daher in einem dynamischen Prozess unter

Berücksichtigung von Qualitätskriterien an die Bedürfnisse und Bedarfe der einzelnen Stationen anzupassen.
-> Noch **offene Fragen** sind etwa: Soll die Visite in einem extra Raum oder am Bett stattfinden? Sollen alle oder nur ausgewählte Patient*innen besprochen werden? Wie können Pflegende und andere Professionen stärker eingebunden werden? Welche Themen sollten noch neben Behandlungsentscheidungen berücksichtigt werden? Welches „Modell" wird hinsichtlich Ablauf und Kommunikation zugrunde gelegt? Wie verhält es sich mit Visiten im außerklinischen Bereich (z.B. Heimen)?

- **Studie zu Ethik-Visiten als präventive Ethikberatungsform (Kathrin Knochel):**
  Am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, TU München wird von 2022-2023 die ProEVi-Studie bzgl. Perspektiven zum proaktiven Ethikangebot Ethikvisite durchgeführt. Ethikberater*innen und Fachpersonen aller Berufsgruppen, die mindestens 3 Monate Erfahrung mit Ethik-Visiten haben, sind bei Interesse an der **Studienteilnahme** zu qualitativen Interviews eingeladen.
  -> **Kontakt:** Anna Michalsen und Dr. Kathrin Knochel, E-Mail: klinische.ethik@mri.tum.de (Betreff: Interesse Ethikvisite), Tel.: +49 89 4140 7255.

- **Fragebogen zur Evaluation von Ethikberatung (Julia Rohe)** wurde als Thema auf das nächste Online-Meeting verschoben.

- Seitens der Teilnehmenden besteht Interesse an einer **thematischen Ausweitung der Online-Meetings auf *außer*klinische ethische Fragen und Themen**.

Bitte um Themenvorschläge und Vorstellung eigener Projekte:

Die Online-Meetings finden alle 2 Monate statt. Sie sind herzlich eingeladen, Themenvorschläge einzureichen oder selbst über eigene Projekte zu berichten.

Vorschläge für Themen und Beiträge können bis 14 Tage vor dem nächsten Online-Meeting eingereicht werden (asimon1@gwdg.de).

Nächster Termin für Online-Meeting

Donnerstag, 01.12.2022, 20:00 – 21:00 Uhr

https://us02web.zoom.us/j/81562034467

Tel. +49 69 7104 9922

Meeting-ID: 815 6203 4467

Passwort: Der Zugang zum Online-Meeting ist durch ein Passwort geschützt. Sollten Sie das Passwort nicht per Mail erhalten haben, wenden Sie sich bitte an asimon1@gwdg.de.

Die Zugangsdaten bleiben bei jedem Online-Meeting gleich.

Hinweis: Nutzen Sie in der Zwischenzeit gerne die Informationsseiten auf der Homepage der AEM.

Universitätsklinikum des Saarlandes und
Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Nicht Verfügbarkeit von Arzneimitteln oder medizinischen Instrumenten – Ein zukünftiges ethisches und juristisches Problem?

Stefan Kleinschmidt

Situation auf dem Arzneimittelmarkt

- Gehäufte Berichte über Lieferengpässe bzw. temporäre Nicht-Verfügbarkeit von Arzneimitteln seit den 2010er Jahren in Deutschland, z.B.:
  - Diverse Antibiotika
  - Onkologische Präparate (z.B. Tamoxifen)
- Gründe (Auswahl):
  - Oft nur wenige Produktionsstätten weltweit (meist in Asien), keine oder nur eine in Deutschland bzw. der EU (u.a. monetäre Gründe bei Generika, „Gesetze des Marktes“)
  - „Fragilität“ des Herstellungsprozesses u.a. aufgrund der lokalen Infrastruktur (Q-Kontrolle, Hygiene….)
  - Corona Pandemie und kriegerische Auseinandersetzungen mit Unterbrechung von Lieferketten
- Mögliche Folgen (Auswahl):
  - Erzeugung (zusätzlicher) Antibiotikaresistenzen aufgrund der notgedrungenen Anwendung von „Ausweichpräparaten“
  - Verzögerung/Unterbrechung einer onkologischen Behandlung

Titel **Lieferengpässe**

Das fragile System der Arzneiversorgung

Das Brustkrebsmedikament Tamoxifen war zu Beginn des Jahres nicht mehr für alle Patienten erhältlich. Der Engpass wirft ein Schlaglicht auf die instabilen Strukturen bei der Herstellung von Generika.

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 119 | Heft 19 | 13. Mai 2022

GRAFIK 1

Beispiel Generikum: Tablette in fester Form

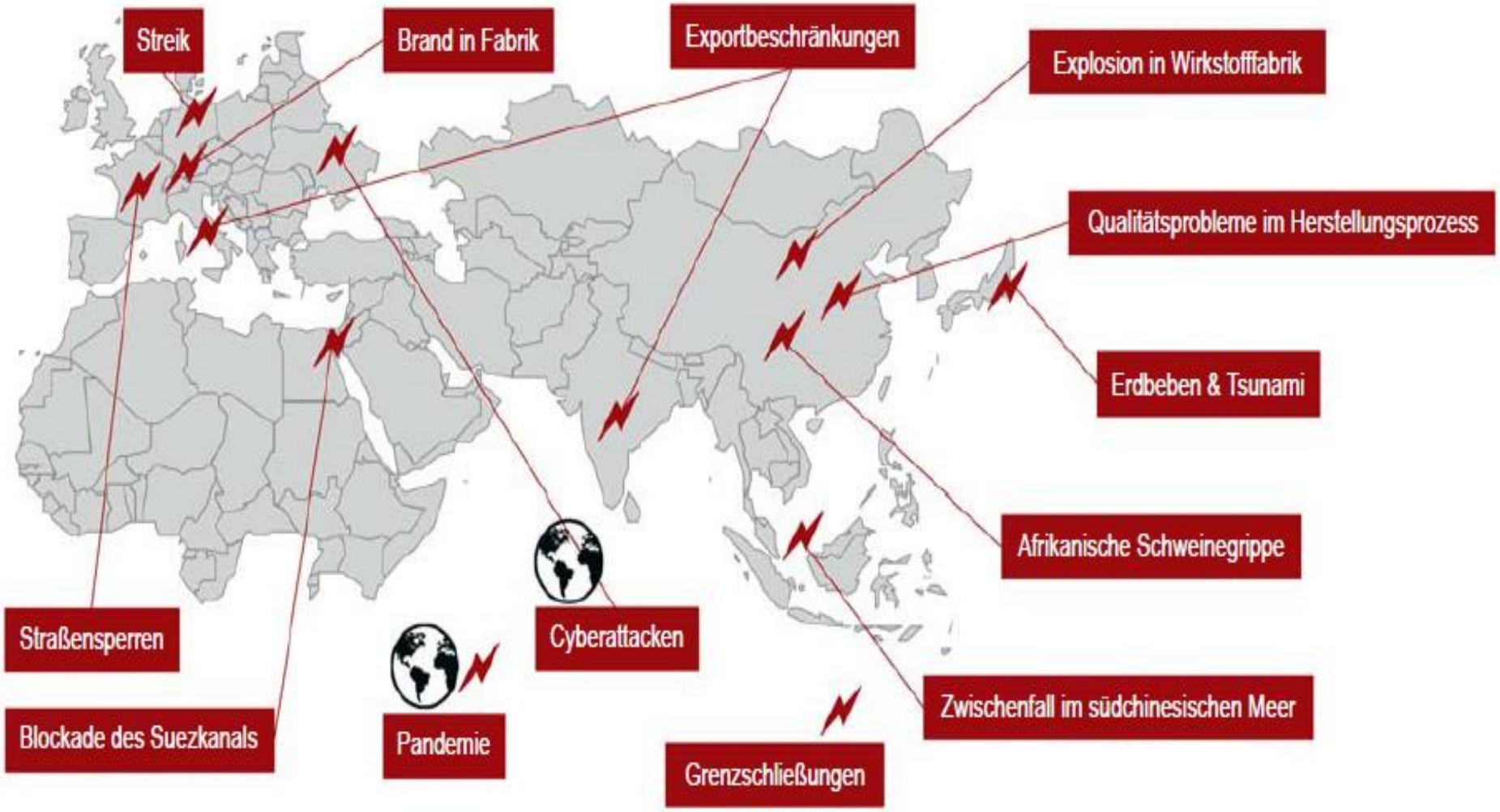
Lieferkettenbeispiel für eine feste Zubereitung (Tablette)

– beispielhafte Lieferkette, typisch vor allem bei großvolumigen Wirkstoffen, zum Beispiel Herz/Kreislauf, Schmerz, Antibiotika etc.
– Herstellung von Wirkstoff und Fertigarzneimitteln erfolgt in Asien

- 0a, 0b — Chemische Rohstoffe (Key starting materials)
- 1a — Wirkstoffvorstufe (API Intermediate)
- 1b — Chemische Rohstoffe
- 2 — Wirkstoffproduktion (API)
- 2a — Chemische Hilfsstoffe
- 2b — Primärpackmittel (z. B. Blister)
- 2c — Sekundärpackmittel (z. B. Faltschachtel)
- 3 — Fertigarzneimittel-Produktion (FDF)
- 4 — Einfuhr in die EU
- 5 — Lager in Deutschland
- 6 — Großhändler in Deutschland
- 7 — Apotheke in Deutschland

GRAFIK 2

Verschiedene Risiken können sich jederzeit und an verschiedenen Orten realisieren



Was ist nun (Spätsommer 2022) vielleicht „neu“?

- Temporäre oder dauerhafte (Nicht) Verfügbarkeit von Arzneimitteln bei Krankheitsbildern **mit „zeitkritischer Therapienotwendigkeit“, die für das Behandlungsergebnis entscheidend sind.**
- Beispiel Notfallmedizin und Rettungsdienst **„Tracer Diagnosen“:**

  Definition: “Zeitkritische Krankheitsbilder, bei denen u. a. ein *schneller Therapiebeginn mit einem besseren klinischen Verlauf und einem besseren Behandlungsergebnis assoziiert ist*“:

  - ST-Hebungsinfarkt
  - Reanimation bei plötzlichen Kreislaufstillstand
  - Schwerverletzte/Polytrauma
  - Schweres Schädel-Hirn-Trauma
  - **Schlaganfall (Inzidenz ca. 110-120/100.000 Einwohner/Jahr in D)**
  - Sepsis

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG - 55216 Ingelheim am Rhein

Wichtige Information zu
Actilyse®, Actilyse® Cathflo und Metalyse®

Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG

Human Pharma Medicine
Germany

27. April 2022

Unser Zeichen

Binger Straße 173
55216 Ingelheim am Rhein
Telefon 06132 77-0
Telefax 06132 72-0
www.boehringer-ingelheim.de

Actilyse® Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektions- bzw. Infusionslösung; Wirksamer Bestandteil: Alteplase

Actilyse® Cathflo® 2 mg, Pulver zur Herstellung einer Injektions- bzw. Infusionslösung, Wirksamer Bestandteil: Alteplase

Metalyse® 10.000 U Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung,
Wirksamer Bestandteil: Tenecteplase

Information über Lieferengpass bis hin zu vorübergehender Lieferunterbrechung

Sehr geehrte Damen und Herren,

trotz aller Bemühungen, die Produktionskapazitäten für unsere Thrombolytika Metalyse® (Tenecteplase) sowie Actilyse® (Alteplase) / Actilyse® Cathflo® (Alteplase) weiter zu erhöhen, wird eine vorübergehende Unterbrechung der Versorgung mit beiden Substanzen, d.h. Alteplase (enthalten in Actilyse® und Actilyse® Cathflo®) und Tenecteplase (enthalten in Metalyse®) **in den Jahren 2022 und 2023** in mehreren Ländern, **darunter auch in Deutschland,** erwartet.

Sitz Ingelheim am Rhein
Registergericht Mainz
HR A 22206

Deutsche Bank AG
BIC: DEUTDE5MXXX
IBAN:
DE46 5507 0040 0011 0320 00

Komplementär
Boehringer Ingelheim
Deutschland GmbH

Lieferengpass bzw. Lieferunterbrechung für Thrombolytika

Home > Informationsbriefe

Informationsbrief zu Actilyse, Actilyse Cathflo und Metalyse

Der Hersteller informiert über eine vorübergehende Lieferunterbrechung der thrombolytischen Arzneimittel Actilyse, Actilyse Cathflo und Metalyse in den Jahren 2022 und 2023.

© Pixxs - Fotolia.com

Die Firma Boehringer Ingelheim erklärt in ihrem Informationsschreiben, dass trotz der Versuche die Produktionskapazität zu erhöhen, mit einer vorübergehenden Lieferunterbrechung der Thrombolytika Alteplase (Actilyse und Actilyse Cathflo) und Tenecteplase (Metalyse) in den Jahren 2022 und 2023 zu rechnen sei.

Gründe für die Lieferengpässe

Die Lieferengpässe begründen sich zum einen auf der steigenden Nachfrage nach Thrombolytika, da immer mehr Menschen damit behandelt werden.

Zum anderen ist die Produktionskapazität von Boehringer Ingelheim für die genannten Wirkstoffe derzeit auf den Standort Biberach/Riß in Deutschland begrenzt. Da es sich um biopharmazeutische Arzneimittel mit einem komplexen Herstellungsprozess handelt, ist es nicht möglich, die Produktion kurzfristig erheblich auszuweiten.

Bei der Herstellung neuer Chargen von Metalyse für das vierte Quartal 2021 kam es laut Hersteller zu Qualitätsabweichungen, die zu einer Verringerung der erwarteten Produktion führten. Zusätzliche Faktoren, wie eine geringere Ausbeute bei bestimmten Produktionskampagnen, trugen ebenfalls zu den Lieferengpässen bei.

Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage

Der Hersteller hat verschiedene Maßnahmen eingeleitet, um die Versorgungslage mit Thrombolytika zu verbessern und die Patientenversorgung zu sichern. Die meisten Maßnahmen werden voraussichtlich erst nach 2022 Wirkung zeigen, so Boehringer Ingelheim.

- Die Produktion von Actilyse Cathflo 2 mg wird im Jahr 2022 eingestellt, um den Wirkstoff in der Zwischenzeit für die anderen Stärken und Indikationen zu verwenden.
- Für Metalyse 10.000 U ist geplant, die zugelassene Laufzeit von 24 Monaten auf 36 Monate zu erhöhen, die Einreichung einer entsprechenden Variation bei der EMA ist für das dritte Quartal 2022 vorgesehen.
- Um die Einschränkungen bei der Herstellung der Thrombolytika mittel- bis langfristig abzumildern, wurde ein Herstellungsverfahren für Alteplase mit einer höheren Ausbeute entwickelt.

(Internet- Zugriff 17.08.2022)

Mögliche Folgen der Nicht-Verfügbarkeit von Thrombolytika

- Keine oder nur eingeschränkte Optionen der ausserklinischen Lysetherapie zumindest beim Schlaganfall, z.B. in der „mobilen Stroke Unit“ (nach Blutungsausschluss durch cCT)
- „Time is brain“:
  - Mögliches schlechteres neurologisches Ergebnis mit massiven Folgen für Patient*innen
  - Die Katheter- Rekanalisierung durch die Neuroradiologie als 2. Behandlungsoption kann *möglicherweise* das Ergebnis aufgrund eines Zeitverzuges nicht so günstig gestalten wie eine indizierte unverzügliche (außerklinische) Lysetherapie
  - Eine breite ´“24/7“ Möglichkeit durch spezialisierte Abteilungen (interventionelle Neuroradiologie) ist nicht jederzeit gegeben (i.S. einer „Ersatztherapie“ für eine nicht durchführbare, aber indizierte Lyse)

JAMA | Original Investigation

Association Between Dispatch of Mobile Stroke Units and Functional Outcomes Among Patients With Acute Ischemic Stroke in Berlin

Martin Ebinger, MD; Bob Siegerink, PhD; Alexander Kunz, MD; Matthias Wendt, MD; Joachim E. Weber, MD;

Key Points

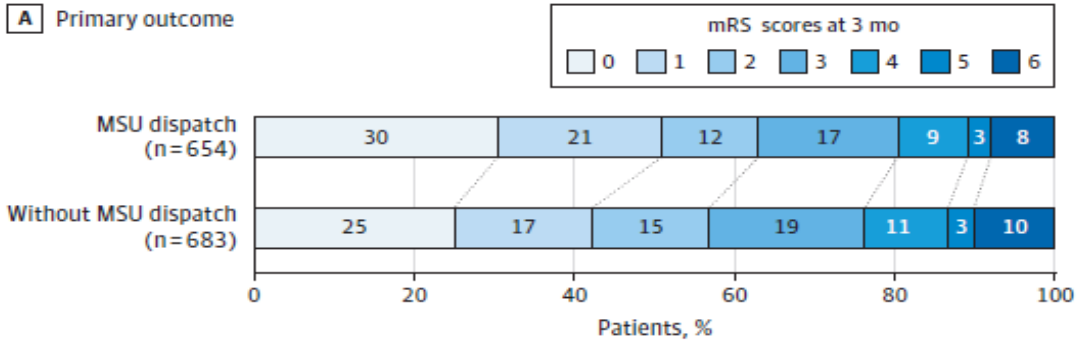
Question Is the dispatch of mobile stroke units in the out-of-hospital setting before arriving at the hospital associated with better functional outcomes among patients with acute ischemic stroke eligible for thrombolysis or thrombectomy?

Findings In this prospective nonrandomized controlled intervention study involving 1543 patients in Berlin, Germany, the dispatch of mobile stroke units in addition to conventional ambulances vs conventional ambulances alone was significantly associated with lower levels of global disability at 3 months (common odds ratio for higher modified Rankin Scale scores [ie, worse outcome], 0.71).

Meaning Among patients with acute ischemic stroke in Berlin, Germany, dispatch of a mobile stroke unit was associated with lower global disability at 3 months; further research in diverse settings is needed.

JAMA. 2021;325(5):454-466. doi:10.1001/jama.2020.26345
Corrected on April 6, 2021.

Figure 3. Modified Rankin Scale Score Distribution at 3 Months, Unadjusted Only for Patients With Respective Follow-up



Mögliches ethisches und juristisches Problemfeld am Beispiel der Thrombolyse beim Schlaganfall

- Eingeschränkte Versorgung: Wer bekommt die Lysetherapie?
- Eine „Triage“ ist hier eher nicht wahrscheinlich, da *lokal zeitgleich* kein „Massenanfall“ von Patienten mit akutem Schlaganfall zu erwarten ist, z.B. „5 Patient*innen mit akutem Schlaganfall und nur 3 können eine Lyse bekommen“
- „Diejenigen Patient*innen bekommen die leitliniengerechte Therapie, solange noch was da ist“? Und dann?
- Die Patient*innen bekommen *keine leitliniengerechte Therapie*:
  - Verstoß gegen die ethischen Grundprinzipien Wohltun, Nicht- Schaden, Autonomie, Gerechtigkeit?
  - Wer „verantwortet“ das?
  - Wer haftet möglicherweise strafrechtlich und/oder zivilrechtlich (Befürchtung: Das könnte zunächst beim Behandler oder dem Krankenhaus/Rettungsdienstbereich landen)?

Vielen Dank!

„Es ist schon alles gesagt, nur noch nicht von allen“

Karl Valentin (1882 – 1948)
Quelle: Wikipedia

Ethik-Visiten: Format für präventivere Ethikberatung?

Praxisimpulse aus dem KEK der Universitätsmedizin Essen

Bildnachweis: istockphoto

Aktuelle Praxis

- Regelmäßige Ethik-Visiten auf 4 ITS und einer IMC
- Rhythmus: wöchentlich, 14-tägig, monatlich
- Personelle Besetzung: zwei KEK-Mitglieder
- Behandlungsteam: Immer Pflege und ärztlicher Dienst
- Dokumentation: in der Verlaufsdoku digital bei Patient*innen mit ethischem Gesprächsbedarf

Themen

Therapiezielfindung im Behandlungsteam

- gemeinsame Re-Evaluation
- konkrete Ausgestaltung bei Entscheidung zur Therapielimitierung
- Längerfristiges Konzept bei Rückverlegung auf Normalstation

Unterschiedliche Sichtweisen

- Pflegende und Ärzt*innen
- Ärzt*innen unterschiedlicher Fachrichtungen
- Dissens mit An- und Zugehörigen

Unklarheit über den Patientenwillen

- Einwilligungsfähigkeit?
- Anwendbarkeit von schriftlichen oder mündlichen Aussagen

© Universitätsmedizin Essen

Implementierungsstrategie

Zugang

- bottom-up-Struktur
  - Vertrauen bilden durch positive Erfahrungen
- top-down-Struktur
  - Interessierte Personen in Entscheidungspositionen gewinnen
  - Vitamin B

Verstetigung

- Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit
- Mischung aus Flexibilität und Klarheit
- Positive Effekte aufzeigen

Hauptamtliche Ressourcen!

Benefits

- Integration ethischen Denkens in die klinischen Routinen

- Frühzeitige Thematisierung verhindert
  - Handlungsunsicherheit in Notfallsituationen
  - „echten“ Dissens oder Dilemmata

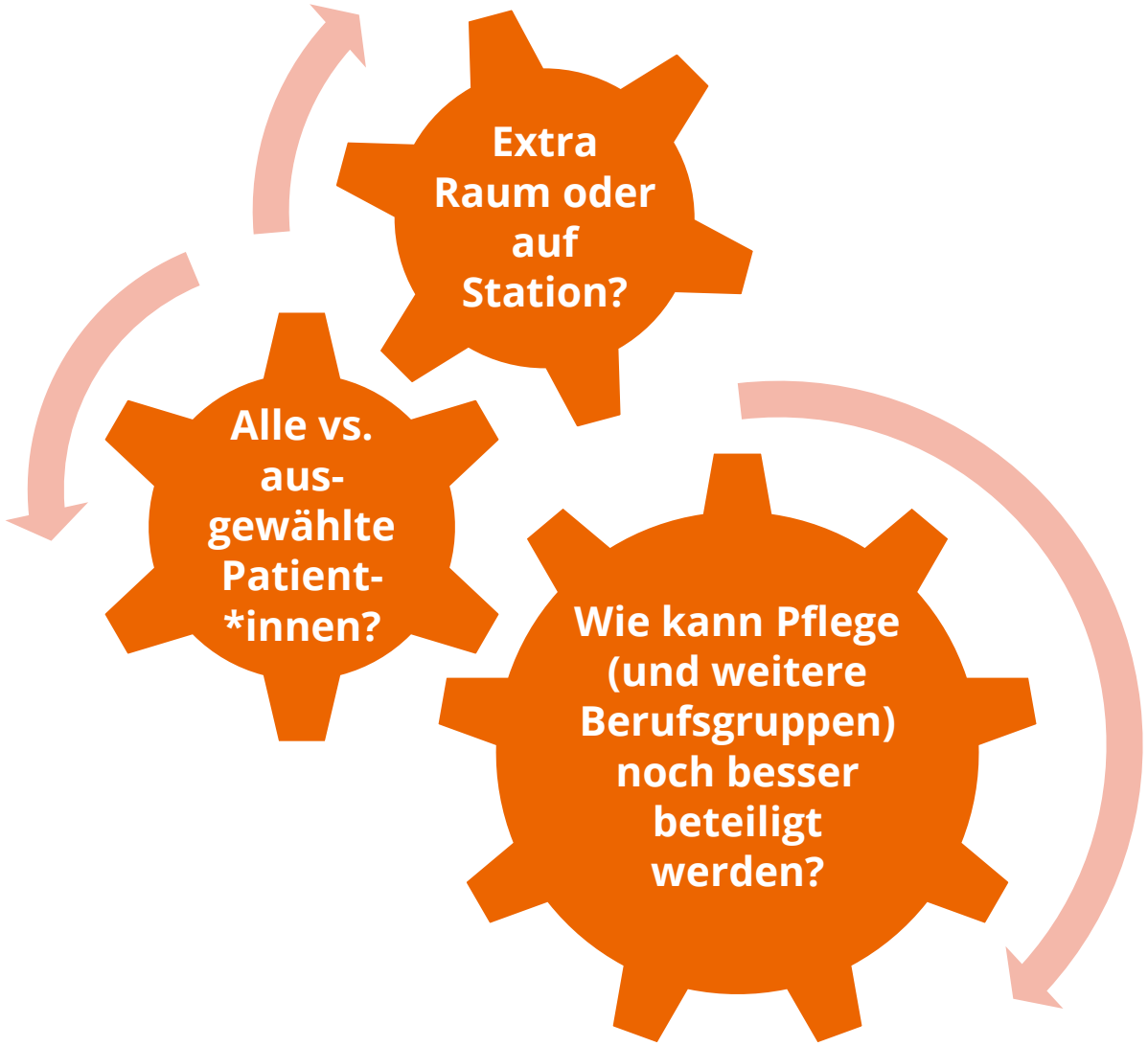
Für die Patienten	Fürs KEK	Fürs Behandlungsteam
• Patientenwille bei Behandlungs-entscheidungen	• Bekanntheit und Niedrigschwelligkeit	• Raum für interdisziplinären Austausch • Verbesserung Teamklima und Verringerung moral distress

Risiken

- Unterkomplex? Abgrenzung zur ethischen Fallbesprechung
- „Abnick-Funktion“
- Weniger Neutralität durch regelmäßiges Zusammentreffen

Ein Format im dynamischen Prozess…

- Anpassung des Formats im laufenden Prozess
- Berücksichtigung von Qualitätskriterien und den Bedürfnissen und Bedarfen der einzelnen Stationen



Klinisches Ethik-Komitee

Universitätsmedizin Essen

Telefon: +49 201 723-1611
ethik.komitee@uk-essen.de

Lisa Graurock-Rosemeier
Leitung
lisa.graurock-rosemeier@uk-essen.de

Eva Biller
Koordination und stellv. Leitung
eva.biller@uk-essen.de

ProEVi-Studie 2022-23
Perspektiven zum proaktiven Ethikangebot Ethikvisite

Wir bitten

Ethikberater:innen und Fachpersonen aller Berufsgruppen,

die mindestens 3 Monate an Ethikvisiten teilgenommen haben,

bei Interesse zur Studienteilnahme um Kontaktaufnahme mit:

Vielen Dank !

Anna Michalsen und
Dr. med. Kathrin Knochel

Mail: klinische.ethik@mri.tum.de
Betreff: Interesse Ethikvisite
Tel +49 89 4140 7255