

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

01.12.2022, 20:00 -21:00 Uhr

Zielgruppe: klinisch-ethisch tätige Personen

Einladung zur Konferenz durch die:

Akademie für Ethik in der Medizin

Teilnehmende: ca. 40 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.

- **Triage-Gesetz:** Die von Fachgesellschaften und Jurist*innen geäußerte Kritik am Kabinettsentwurf hinsichtlich des Ausschlusses der ex-post-Triage wurde nicht angenommen (Stellungnahmen und weitere Informationen s. [Protokoll v. 22.09.22, S.1](#)). Der Bundestag hat im November das Infektionsschutzgesetz angepasst, um der „Triage-Entscheidung“ des Bundesverfassungsgerichts nachzukommen. Der Gesundheitsausschuss hat drei Änderungsanträge beschlossen: 1) es wurde konkretisiert, dass überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten in einem Krankenhaus dann nicht ausreichend vorhanden sind, wenn nicht (mehr) alle Personen mit Bedarf behandelt werden können, 2) sollen Krankenhäuser dazu verpflichtet werden, eine Zuteilungsentscheidung unverzüglich der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde anzuzeigen, 3) ist eine Evaluation der Neuregelung (durch eine interdisziplinäre Kommission bis spätestens Ende 2025) geplant.

Implikationen für die Praxis:

-> Es gilt als unwahrscheinlich, dass eine Situation eintritt, in der das Gesetz greift.

-> Die Anwendung der ex-post-Triage ist strafbar und (ggf. mit Geldstrafe) sanktionierbar.

-> In der [S1-Leitlinie der DIVI et al.](#) wird ein Hinweis auf die neue Gesetzesvorgabe ergänzt, von den klinisch-ethischen Empfehlungen wird jedoch nicht abgewichen.

- **Assistierter Suizid:** Im November wurde in einer öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses über die mögliche Neuregelung des assistierten Suizids diskutiert, d. h. konkret über a) die drei **fraktionsübergreifenden Gesetzesentwürfe**: 4 der 5 juristischen Sachverständigen sprachen sich gegen den Vorschlag der Gruppe um Castellucci aus, da diese „Überregulierung“ voraussichtlich nicht vereinbar mit den verfassungsgerichtlichen Vorgaben vereinbar wäre. Ein Rechtswissenschaftler vertrat dagegen die Position, dass die anderen beiden Entwürfe der Gruppe um Helling-Plahr und der Gruppe um Künast jeweils hinter den Vorgaben zum Autonomieschutz zurückbleiben würden. b) einen **Antrag zur Suizidprävention**: Auf Zustimmung stießen die Ambitionen Suizidgedanken zu enttabuisieren bzw. zu entstigmatisieren, Aufklärung und Information (auch über Alternativen) zu fördern sowie Suizidalität vorzubeugen durch die Verbesserung der Lebensumstände (z.B. Bekämpfung von Armut und Vereinsamung) und niedrigschwellige Unterstützungsangebote (z.B. einen bundesweiten Präventionsdienst).

-> Beides sollte laut Melching und Schöne-Seifert unabhängig voneinander betrachtet werden, damit die Regelung zur Suizidprävention im Falle einer Verfassungsklage gegen ein Gesetz zur Sterbehilfe nicht mitgefährdet wird und weil die Ziele unfreie Suizide zu verhindern und freie Suizidwünsche zuzulassen nicht miteinander „verrechnet“ werden dürften.

-> Eine ausführliche Zusammenfassung gibt es auf der Website des [Deutschen Bundestags](#).

- **Verteilungsprobleme bei möglichem Blackout:** Über die Abfrage im Vorfeld des Online-Meetings meldeten einige der klinischen Einrichtungen zurück, dass im Falle eines Blackouts eine Priorisierung vorgesehen ist, u.a. wird von einer Notstromversorgung für lebensnotwendige Geräte - z.B. im OP und auf IST - berichtet. In der Regel gibt es mehrere unabhängige Stromkreise in einer Einrichtung, die durch verschiedenfarbige Steckdosen gekennzeichnet sind (weiß: normale 230V-Steckdose; grün: Sicherheitsversorgung, bis Umschalten auf Notstrom können ca. 15 Sekunden vergehen; rot: eigenständige Versorgung bzw. Überspannungsschutz für EDV-Systeme und ggf. Pufferung bei Netzausfall). Für den Fall, dass das Notstromaggregat nicht anspringt, scheinen nicht alle Einrichtungen Pläne zu haben (Beatmung müsste in diesem Fall z.B. manuell erfolgen). Ein Ethikberatungsgremium hat sich zwischenzeitlich mit Fragen zu Personal, Technik und Erreichbarkeiten bei einem möglichen Blackout beschäftigt, ansonsten scheint die Einbindung von Ethikberatung laut Abfrage nicht üblich zu sein.
- **Präventive Ethikberatung:** Die Abfrage im Vorfeld des Online-Meetings ergab, dass vor allem zwei Formen der präventiven Ethikberatung zum Einsatz kommen:
 - a) **Ethikvisiten/Langliegerkonferenzen/Liasondienste:** Diese werden wöchentlich oder alle zwei bis vier Wochen meistens auf Intensivstationen, teilweise auch auf IMC oder Normalstationen, durchgeführt. Die Erfahrungen sind überwiegend positiv, allerdings binden regelmäßige Visiten auf mehreren Stationen auch zeitliche und personelle Ressourcen des Gremiums für Ethikberatung. Dem Zeitmangel auf Station kann begegnet werden, indem kein eigener Termin angesetzt wird, sondern die Ethikberater*innen bei der ohnehin stattfindenden Visite mitgehen. Gegenüber (noch nicht etablierten) Visiten kann es Vorbehalte geben, welche sich durch positive Erfahrungen nach der Umsetzung jedoch auflösen können.
 - b) **Jour fixe/Ethik Café:** Neben aktuellen können hier auch zurückliegende Fällen besprochen werden, allerdings bedeutet der Termin zusätzlichen Zeitaufwand. Impulsgeber ist häufig die Pflege.

-> Die Erfahrungsaustausch zeigt, dass präventive Ethikberatung heterogen umgesetzt wird. Während manche alle Patient*innen der Station besprechen, werden bei anderen nur ausgesuchte Patient*innen besprochen. Die Vorauswahl erfolgt meistens durch proaktives Nachfragen vor dem Termin durch die Ethikberater*innen, sodass z.B. die Stationsleitung Fälle benennen kann, bei denen ethischer Gesprächsbedarf für die Visite besteht. Zugriff auf die Patientenakte besteht i.d.R. nur, wenn die Ethikberater*innen in einer Doppelrolle sind. Die meisten arbeiten (noch) nicht nach einem standardisierten Modell, vereinzelt werden Fragenkataloge verwendet (u.a. zu Patientenwille, Therapieziel, Prinzipien, Konfliktpunkte, über Medizinisches hinausgehende Güter). Die Mehrheit hat keine Dokumentation der Gespräche vorgesehen, einige wenige haben eine kurze Dokumentation in der Patientenakte. Gemeinsam haben alle Konzepte, dass die Beteiligten durch das Einüben der immer wieder gleichen Fragen wachsamer für ethische Themen werden, ethische Probleme präziser artikulieren können und Reibungspunkte angestoßen durch das Angebot der Visite bereits im Vorfeld effizienter bearbeitet werden.

-> Ferner gibt es das Konzept der „Ethikbeauftragten auf Station“, welche eine Basisschulung durchlaufen haben und als niedrigschwellige Ansprechpartner*innen für ethische Fragen und als Multiplikator*innen wirken.

-> Weitere Informationen zu einem Projekt und einer Studie im [Protokoll v. 22.09.22, S. 2-3](#).

- **Fragebogen zur Evaluation von Ethikberatung:** Julia Rohe (julia.rohe@charite.de) stellt den Evaluationsbogen für ethische Fallbesprechungen an der Charité Berlin vor, der seit 2021 eingesetzt wird und ein niedrigschwelliges Feedback der hausinternen Teilnehmenden (keine Angehörigen, Betreuer*innen) ermöglichen soll. Der Link zum Online-Formular wird ca. eine Woche nach der Ethikberatung per E-Mail zugestellt. Der Bogen umfasst 9 Fragen. Es wird u.a. abgefragt, inwieweit die Ethikberatung hilfreich bzw. transparent war, Einfluss auf die weitere Patientenversorgung hatte, der personelle und zeitliche Aufwand angemessen war, das Protokoll korrekt war und erneut eine Ethikberatung angefragt werden würde. Ferner besteht die Möglichkeit für Freitextangaben. Die Rücklaufquote liegt bisher bei 44% (N=240).
-> Das Klinische Ethikkomitee der Universitätsmedizin Göttingen berichtet ebenfalls ethische Fallbesprechungen zu evaluieren. In Göttingen wird der etwas kürzere Bogen mit ähnlichen Fragen allerdings direkt am Ende der Ethikberatung und an alle Teilnehmenden (also auch Angehörige, Betreuer*innen) ausgegeben und kann sowohl analog als auch digital ausgefüllt werden.
- **Ehegattenvertretungsrecht:** Zum 1.1.2023 wird das Vormundschafts- und Betreuungsrecht geändert und es tritt das Ehegattenvertretungsrecht in Kraft. Dieses beinhaltet eine zeitlich befristete Notvertretung durch Ehegatt*innen bzw. eingetragene Lebenspartner*innen für den Fall, dass man selbst krankheitsbedingt nicht in medizinische Behandlungen einwilligen kann.
-> Das Klinische Ethikkomitee der Universitätsmedizin Göttingen hat ein [Erklärvideo zum Ehegattenvertretungsrecht](#) erstellt.
- **ACP als Aufgabe der Ethikberatung** wurde krankheitsbedingt als Thema auf das nächste Online-Meeting verschoben.

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

Mittwoch, 01.02.2023, 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](#).