

**Protokoll zum Online-Meeting
klinische*r Ethiker*innen zu COVID-19**

06.10.2021, 20:00 -21:00 Uhr

Zielgruppe: klinisch-ethisch tätige Personen

Einladung zur Konferenz durch die:

Akademie für Ethik in der Medizin

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.

Fallbeispiel: Therapielimitierung einer ECMO-Therapie bei COVID-19-Pneumonie
(Kontakt: Stefan Meier, meier@med.uni-duesseldorf.de)

60-jähriger Patient, verheiratet, hat zwei Söhne und ist Teil einer Großfamilie. Patient und Angehörige sind praktizierende Muslime. Zwei Wochen nach Aufnahme im Krankenhaus wurde wegen Verschlechterung eine ECMO-Therapie begonnen. Nach Sepsis verschlechterte sich der Zustand weiter. Aus medizinischen Gründen wurde festgehalten keine Reanimation mehr durchzuführen (DNR-Anordnung). Nachdem der Patient einen septischen Schock mit längeren hypoxischen Phasen erlitt, wurde die Situation vom Team als aussichtslos eingeschätzt. Die Familie konnte dies nicht akzeptieren und entzog sich dem Gespräch, indem sie die Klinik verließ. Einer der Söhne wollte sich vom Vater verabschieden, kam dann aber doch nicht. Unter anderem aufgrund des Abschiedswunschs und aufgrund von Personalwechsel wurde die Therapie fortgeführt. In einem Brief schildert einer der Neffen, dass jeder Mensch andere (religiöse, kulturelle bzw. ethische) Werte hat und diese von anderen zu respektieren seien. Ethik sei kein Gesetz, sondern müsse (in Diskursen) angewandt werden. Die Würde zu wahren wäre ein geteiltes Ziel, das je nach Kultur aber auf andere Weise erreicht werde. In der muslimischen Vorstellung sei das Leben Gottgegeben und nicht am Menschen über den Zeitpunkt des Lebensendes zu entscheiden. In einer Fallbesprechung mit Beteiligung der Intensivmedizin, Palliativmedizin, Herzchirurgie, Psychologie und Pflege wurde der Konsens im Team erzielt, dass unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Patientenwillens eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus unterstützt wird (Istanbul hätte den Patienten wohl inkl. der Transportkosten übernommen), im Falle weiterer Komplikationen jedoch eine Therapiezieländerung angezeigt wäre. Auch bei Multiorganversagen hielt die Familie an dieser Position fest, erst nach einer Hirnblutung wurde die Therapie ohne Gegenrede der Familie beendet. Die Situation wurde vom Behandlungsteam als emotional belastend wahrgenommen.

Impuls: Therapiebegrenzung im interkulturellen Kontext

(Kontakt: Angelika Wiegand, angelika.wiegand@helios-gesundheit.de)

Muslime stellen die größte religiöse Minderheit in Deutschland dar. Das eigene *richtige Handeln* beeinflusst in ihrer Vorstellung sowohl das Diesseits als auch das Jenseits (Orthopraxie). Kinder haben zudem die Aufgabe sich bestmöglich um die Pflege/Versorgung kranker Eltern zu kümmern. Angehörige können daher neben der Angst ein Familienmitglied zu verlieren auch Angst vor falschen Entscheidungen/Handlungen sowie vor Ausgrenzung oder negativen Folgen im Jenseits verspüren. Für Einschätzungen zu (neuen) religiösen/ethischen/rechtlichen Themen, die vom Koran nicht abgedeckt werden, können Rechtsgutachten (eine sog. Fatwa) basierend auf der Scharia (Gesamtheit der Normen und Interpretationsvorschriften des Islam) eingeholt werden. Es gibt mehrere Organisationen, wie z.B. European Council for Fatwa and Research, Zentralrat der Muslime in Deutschland (ZMD) sowie Apps und Internetforen (z.B. Shia-Forum) für Information und Austausch.

Auch im Gesundheitswesen ist antimuslimischer Rassismus weit verbreitet, es bestehen Sprachbarrieren, Diskurse kommen hierzulande nicht oder nur über Dritte an.

Es gibt drei islamisch-theologische Positionen zu medizinischen Maßnahmen am Lebensende: 1) Therapie auch in aussichtslosen Fällen ist Pflicht, 2) Zustimmung zu lebenserhaltenden Maßnahmen in aussichtslosen Fällen ist empfehlenswert, 3) Zustimmung oder Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen in aussichtslosen Fällen ist freigestellt. Die dritte Position erhält wachsende Zustimmung. Nach dem ZMD ist passive Sterbehilfe erlaubt, Sterbebegleitung, Seelsorge und Palliative Care in Anspruch zu nehmen. Für Einrichtungen des Gesundheitswesens empfiehlt es sich feste Ansprechpartner*innen sowie Kontakte zu Gemeinden, Imamen und Zentren muslimischer Theologie zu haben, islamische Seelsorgende sowie institutionalisierte Dolmetschende vor Ort zu haben. In KEKs können AGs gegründet oder Mitglieder als Vertreter*innen aufgenommen werden. Gebetsräume, Selbsthilfegruppen, interreligiöse Kalender, Ramadan-Angebote etc. sind ebenfalls wünschenswerte Angebote.

Aspekte aus der Diskussion

Auch innerhalb der muslimischen Gemeinschaft gibt es verschiedene Wertvorstellungen, sodass es auch hier gilt die Wertvorstellungen der individuellen Patient*in zu eruieren. Möglicherweise hilft die Erläuterung, dass eine Patient*in bei Therapieabbruch nicht sofort und nicht durch die Einstellung der Maßnahme (z.B. Beatmung) verstirbt, sondern an der zugrunde liegenden Erkrankung verstirbt anstelle den begonnenen Sterbeprozess aufzuhalten und der Zeitpunkt des Todes auch in diesem Fall nicht vom Menschen bestimmt oder vorhersagbar ist.

Um moral distress im Team zu begegnen empfehlen sich z.B. multiprofessionelle Teams, Fall- und Teamsupervisionen sowie Schulungen in Gesprächsführung (z.B. mit Schauspielpatient*innen).

Es lassen sich grundsätzlich zwei Szenarien unterscheiden:

- 1) Die Indikation für medizinische Maßnahmen ist fraglich (aber nicht ausgeschlossen) und die Angehörigen wünschen die Maßnahmen im Sinne des mutmaßlichen Patientenwillens. Dann ist die Fortführung legitim.
- 2) Die Indikation für medizinische Maßnahmen ist nicht gegeben und die Angehörigen wünschen Maßnahmen im Sinne des mutmaßlichen Patientenwillens dennoch. Es kann schwierig sein den Zeitpunkt zu bestimmen, ab dem definitiv keine Indikation mehr besteht. Ist die Weiterbehandlung für das Team ethisch nicht mehr vertretbar, können die beiden Wertesysteme in Konflikt geraten. Unter Umständen leiten die Angehörigen rechtliche Schritte ein oder drohen diese an. Hilfreich ist die schriftliche Dokumentation, in der bisheriges Vorgehen /Therapieziel und ggf. stattgefundene Fallbesprechungen nachvollziehbar festgehalten sind. Es wird von einem Fall berichtet, indem das Gericht unter Verweis auf die eindeutige Dokumentation zur fehlenden Indikation keinen Raum für eine Wunschbehandlung sah (und sich folglich als nicht zuständig erklärte).

Veranstaltungshinweise

13.10. und 10.11.2021:

20 Jahre Seelsorgezentrum des Universitätsklinikums Carl-Gustav Carus zu „[Lebensschutz und Sterbehilfe? Fragen zum assistierten Suizid im medizinischen Alltag](#)“ (Referent u.a. Prof. Ludger Honnefelder) und „[Zwischen Euphorie und Weltschmerz – Was sorgt für die Seele? Fragen zu seelischer Erkrankung und Ethik in der Psychiatrie](#)“ (Referentin u.a. Gwendolin Wanderer)

28.10.2021:

[Rassismus, Interkulturalität und Ethik im Gesundheitswesen](#) (Referent: Prof. Ilhan Ilkic)

Bitte um Themenvorschläge und Vorstellung eigener Projekte:

Sie sind herzlich eingeladen zu Beginn des nächsten Online-Meetings in Form eines kurzen Inputs über eigene Initiativen und Projekte zu berichten und Themenvorschläge einzureichen. Interesse melden Sie bitte im Vorfeld an asimon1@gwdg.de.

Nächster Termin für Online-Meeting

Mittwoch, 24.11.2021, 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](#).