

Protokoll zum Online-Meeting
klinische*r Ethiker*innen zu COVID-19
24.11.2021, 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 oder das Passwort nicht per E-Mail erhalten haben und in den Verteiler aufgenommen werden möchten, senden bitte eine Nachricht an asimon1@gwdg.de.

Bericht (Georg Marckmann, Alfred Simon):

- In den letzten zwei Wochen haben die AEM vermehrt Anfragen erreicht zu den Themen Posteriorisierung von Ungeimpften, Pflegeschlüssel, Vorhalten von Kontingenten für COVID-19-Patient*innen, Triage in der Notaufnahme sowie latente Triage durch verschobene Eingriffe.
- Die S1-Leitlinie der DIVI et al. wurde überarbeitet und wird am Freitag in einer Vorabfassung „[COVID-19 Ethik-Empfehlung 3.0 \(23.11.2021\)](#)“ auf der Homepage der DIVI mit Pressemitteilung veröffentlicht. Die aktualisierten Punkte:
 - 1) Bei sich abzeichnender Ressourcenknappheit ist hinsichtlich der Einschränkung des Regelbetriebs der Krankenhäuser der Grundsatz der Gleichbehandlung von COVID-19 und Nicht-COVID-19-Patienten zu berücksichtigen, d.h. es sollten zunächst Behandlungen aufgeschoben werden, durch deren Verzögerung keine gesundheitlichen Nachteile für die Patient*innen entstehen.**
 - 2) Der SARS-CoV-2-Impfstatus als solcher ist als Priorisierungskriterium beim Zugang zur Intensivstation aufgrund des Gleichheitsgebots nicht zulässig.**

Eingereichte Fragen und Themen:

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

- **Bericht über Studienergebnisse (Kontakt: Kathrin Knochel, kathrin.knochel@mri.tum.de, Stichwort Prio2-Studie):**
In der Studie wurde ein zuvor entwickeltes Prozedere zur Einschätzung von Intensivpatient*innen nach dem Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht für den Fall untersucht, dass keine Verlegung mehr möglich wäre und ein absoluter Ressourcenmangel bestünde. Von fünf Stationen wurden die zwei Patient*innen mit der jeweils ungünstigsten Prognose an ein Priorisierungskomitee gemeldet, das wiederum unter diesen zehn Personen eine Rangfolge festlegte. Berücksichtigt wurden nur solche Patient*innen, die im Regelbetrieb weiter versorgt werden, weil noch eine Indikation besteht und die Maßnahme von der Patient*in gewünscht ist. In den Kriterien wurde sich an der S1-Leitlinie der DIVI et al. orientiert, darüber hinaus wurden als Kriterien hinzugenommen der SOFA-Score und die Liegedauer. Die teilnehmenden Ärzt*innen waren die tatsächlich behandelnden Ärzt*innen der einbezogenen Patient*innen.

Durch Nachverfolgung der tatsächlich verstorbenen Patient*innen konnte gezeigt werden, dass tatsächlich die meisten der Patient*innen, die ans Priorisierungskomitee gemeldet wurden, verstarben, während die deutliche Mehrheit der weiterbehandelten Patient*innen die akute Erkrankung überlebte. Zudem wurden entgegen der Sorge, dass im Realfall Patient*innen bereits kurz nach Aufnahme triagiert werden würden, eher solche Patient*innen ans Priorisierungskomitee gemeldet, die signifikant höhere Liegezeiten und SOFA-Scores hatten. Es zeigte sich, dass es für Intensivmediziner*innen ungewohnt ist das Akutüberleben einzuschätzen ohne die Gesamtprognose (verbleibende Lebensjahre oder Lebensqualität) zu beurteilen. Ferner gaben die Ärzt*innen an, eher Patient*innen aus der eigenen Station zu triagieren, weil sie sich in dieser Prognoseeinschätzung am sichersten seien und externe Personen weniger Fachkompetenz hätten. Insgesamt scheint ein Algorithmus zur Einschätzung der Intensivpatient*innen nach klinischer Erfolgsaussicht im Mehr-Augen-Prinzip und verbunden mit einer transparenten intern und extern Kommunikation möglich und emotional entlastend.

- **Rolle des Impfstatus:** Die Mehrheit der Teilnehmenden bestätigt, dass in ihren Einrichtungen eine Posteriorisierung von Ungeimpften nicht akzeptabel ist, wie auch in der aktualisierten Leitlinie der DIVI festgehalten (s.o.). Als Argument wird angeführt, dass es kein Schuldprinzip gibt, Patient*innen also unabhängig davon wie (un)gesund/risikoreich sie ihr Leben führen, gleich behandelt werden. Es stellt sich die Frage, ob der Impfstatus indirekten Einfluss auf Verlauf und Prognoseeinschätzung hat, bisher gibt es allerdings keine validen Daten, die bestätigen, dass Ungeimpfte eine höhere Sterblichkeit als Geimpfte hätten.
- **Verlegung von Patient*innen:** Mehreren Berichten zufolge wurden in Deutschland Patient*innen in andere Bundesländer ihrer jeweiligen Kleeblatt-Region verlegt, weil lokal nicht mehr genügend Kapazitäten bereit standen. Es stellt sich die Frage, welcher Pflegeschlüssel noch zumutbar ist, bevor verlegt wird. Auch wurde begonnen elektive Eingriffe aufzuschieben. In Österreich wurden vereinzelt gemischte Teams aus Intensiv- und Nicht-Intensivpersonal zusammengestellt.
- **Weitere Überlegungen rund um Triage:** Erst bei einem absoluten überregionalen Mangel wird von Triage gesprochen. Mit zunehmender Priorisierung sinkt jedoch die Qualität der Gesamtversorgung. Eine gesetzliche Regelung ist absehbar nicht zu erwarten, bei Orientierung an den Leitlinien der Fachgesellschaften im Handeln kann jedoch von einem entschuldigenden Verbotsirrtum ausgegangen werden. Patient*innen, die nicht zur Behandlung aufgenommen oder deren Therapie eingestellt wird, sind palliativ zu versorgen - ggf. auch in den Herkunftskliniken, wenn die Palliativmedizin keine Kapazitäten mehr hat. Die Eingruppierung von Patient*innen in aussichtslose und fast aussichtslose Fälle sollte über Einrichtungen hinweg möglichst einheitlich sein. Die Pflege, die die knappste Ressource darstellt, ist angemessen in die Entscheidungsprozedere einzubinden. Ein „first come first serve“ Prinzip würde aus Sicht der Mehrheit der Teilnehmenden nicht zur mehr Überlenden führen, weil die Liegezeiten nicht berücksichtigt wären und auch nicht gerechter, da die Reihenfolge der Einweisungen durchaus beeinflussbar ist.
- **Überlegungen zur ECMO:** Es besteht unter den Teilnehmenden der Eindruck, dass die Ressourcen für ECMO knapper sein könnten als für Beatmungen und dass in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern etwas häufiger Patient*innen mit schlechterer Prognose oder in fortgeschrittenem Alter an die ECMO genommen werden. Es überlebt ungefähr jede zweite Patient*in durch die ECMO. Auch für Nicht-ECMO-Zentren braucht es Konzepte für die Situation vollständiger Auslastung.
- **Öffentliche Wahrnehmung:** Inzwischen haben um die 100.000 Personen seit Beginn der Pandemie ihr Leben verloren. Die Ernsthaftigkeit der Lage scheint dennoch nicht flächendeckend wahrgenommen zu werden und erfordert dringende Reaktionen seitens der Politik. Auf verschiedenen Wegen versuchen die Fachgesellschaften an die Politik heranzutreten und eine breitere Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit zu erreichen.

Literaturempfehlungen von Teilnehmenden:

Hörnle T., Huster S., Poscher R. (2021): Triage in der Pandemie. Mohr Siebeck.

Streng-Baunemann A.: „Corona“-Triage – verfassungsrechtliche und strafrechtliche Perspektiven. In: Zeitschrift für internationale Strafrechtsdogmatik 2021 (3).

Gaede K., Kubiciel M., Saliger F., Tsambikakis M.: Rechtmäßiges Handeln in der dilemmatischen Triage-Entscheidungssituation. In: medstra 2020, 129-137.

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

Dienstag, 07.12.2021, 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](#).