BELGISCHER BERATENDER AUSSCHUSS FÜR
Bioethik

Ethische Aspekte der Priorisierung der Pflege in Zeiten von COVID-19

Empfehlung des Belgischen Beratenden Bioethik-Ausschusses vom 21. Dezember 2020, gutgeheißen von der Ärztekammer und vom Hohen Gesundheitsrat4

Einleitung

Die COVID-19-Pandemie setzt unser Gesundheitswesen auf eine nie gekannte Weise unter Druck. Der Anstieg der Anzahl Infektionen und Krankenhauseinlieferungen drückt zunehmend auf die Gesundheitsversorgung, sodass dringend über den Einsatz der Ressourcen und über eine vorübergehende Neuordnung der Gesundheitsfürsorge nachgedacht werden muss. Pflegepersonal, Patienten, politische Entscheidungsträger und die breite Öffentlichkeit werden dabei mit komplexen organisatorischen Problemen konfrontiert, die auch eine ethische Dimension haben: Wie halten wir unsere Pflegekapazität aufrecht? Wie garantieren wir den Zugang zur Gesundheitsfürsorge? Wie sichern wir die Pflegequalität? Wie gewährleisten wir die Pflegekontinuität und die gerechte Verteilung der Ressourcen?

Die ethischen Fragen, die sich in der heutigen Krise aufdrängen, betreffen die komplette Pflegelandschaft: vom Bürger, der alles tut, um gesund zu bleiben, und infolge der Epidemie besonderen Maßnahmen unterworfen wird, über die Primärversorgung und die einzelnen Pflegezentren bis hin zur Intensivpflege in spezialisierten Krankenhausabteilungen. Darüber hinaus sind verschiedene Szenarien denkbar, die alle besondere Herausforderungen aus ethischer Sicht stellen: von Szenarien, bei denen das Coronavirus noch immer in der Gesellschaft vorherrscht, aber beherrschbar ist, zu Worst-Case-Szenarien, bei denen die Pflegekapazität wegen eines sprunghaften Anstiegs der Infektionen akut überschritten würde und demzufolge beschlossen werden müsste, welche Patienten Zugang zu den knapp gewordenen Ressourcen erhalten, und welche nicht.

In der Diskussion über die Überlastung der Pflege galt den Intensivstationen aus logischen Gründen bis jetzt besondere Aufmerksamkeit:

- Diese Abteilungen sind oft der letzte Rettungsanker für Patienten, die mit sehr schwerwiegenden Folgen einer COVID-Infektion zu kämpfen haben.

- Diese Abteilungen sind wegen ihres Bedarfs an hochqualifiziertem Personal und hochtechnisierten Geräten räumlich begrenzt und schränken hierdurch auch die Möglichkeiten ein, zusätzliche Kapazitäten zu schaffen.
- Bei einer Überlastung dieser Abteilungen ist es nicht länger möglich, Entscheidungen über den Start oder die Fortsetzung der Pflege ausschließlich auf die Wünsche, Nöte und die Prognose des individuellen Patienten zu stützen, wie dies unter normalen Umständen der Fall wäre, sondern wird wegen Ressourcenknappheit eine harte Triage zwischen einzelnen Patienten unabwendbar.
- Beispiele aus dem Ausland zeigen, dass ein solches Szenario plötzlich Realität werden kann.

Die besondere Aufmerksamkeit für die Intensivstationen darf uns jedoch nicht vergessen lassen, dass auch anderswo in der Pflegelandschaft einschneidende und akute Entscheidungen getroffen werden, ob mit der Pflege begonnen werden soll oder nicht, zum Beispiel in der Primärversorgung, bei Notfalldiensteinsätzen, nach einer Notaufnahme, in Altenheimen und Alten- und Pflegeheimen.

Auch ist anzumerken, dass die einzelnen Bereiche innerhalb der Pflegelandschaft wie kommunizierende Gefäße arbeiten können: Patienten, die nicht auf einer Intensivstation behandelt werden, müssen ihren Pflegebedarf anderswo decken können. Diese Bemerkung gilt auch für die Auswirkungen der Ressourcenaufteilung: Wenn Ressourcen und Mitarbeiter in der Krankenhauspflege zentralisiert werden, hat das oft Auswirkungen auf die Primärversorgung, die Altenheime und die Alten- und Pflegeheimen, für die der Zugang zu Testmöglichkeiten, Schutzmaterial oder Sauerstoff möglicherweise erschwert wird. Ferner hat die Verschiebung nichtdringender Pflege in den Krankenhäusern, weil Platz für die Behandlung von Covid-Patienten freigemacht werden muss, erhebliche Auswirkungen auf die Fortsetzung und das Ergebnis der Nicht-Covid-Pflege. Die Verschiebung chirurgischer Eingriffe, weil die Infrastruktur und das Personal, das dafür notwendig ist, für die Pflege von Covid-Patienten eingesetzt wird, kann weitreichende Folgen für die betroffenen Patienten haben. Auch außerhalb der Krankenhäuser hat die Verschiebung von Pflegehandlungen einschneidende Folgen.

Wenn man den Gesundheitsbereich als Ganzes betrachtet, wird schnell deutlich, dass Entscheidungen über die Priorisierung in der Pflege an verschiedenen Orten und bei verschiedenen Akteuren festgemacht werden können: Es gibt Entscheidungen über die Organisation der Pflege, Entscheidungen seitens des Patienten, Entscheidungen von Gesundheitsdienstleistern, Entscheidungen bei den Einrichtungen und letztlich auch Entscheidungen des Bürgers, der durch Anpassung seines Verhaltens und durch Prävention

aktiv dazu beitragen kann, die Ausbreitung des Virus einzudämmen. Jede Entscheidung über eine Priorisierung, auf gleicher Ebene auch, hat Folgen.

Weil die Pflegelandschaft so komplex ist, werden die vorgelegten Empfehlungen in vier Themen gegliedert: (1) die Organisation der Pflege; (2) die Patienten; (3) die Gesundheitsdienstleister; (4) die Koordination der Pflege im Krankenhaus, die Primärversorgung und die Pflege in Pflegeheimen.

Der Ausschuss ist der Meinung, dass es ihm nicht zusteht, Kriterien für die Patientenauswahl zu definieren oder zu priorisieren. Diese Entscheidungen sind nämlich medizinische Entscheidungen über individuelle Patienten, die ein Arzt und sein Team getroffen haben und bei denen diagnostische und prognostische Elementen immer im Mittelpunkt stehen müssen, unter Berücksichtigung des Willens und der Präferenzen des Patienten. Es liegt aber auf der Hand, dass diese Entscheidungen eine ethische und berufsethische Dimension haben. Ferner ist dem Ausschuss klar, dass diese Entscheidungen schwer auf die Pflegedienstleister wiegen, die moralischen Stress ausgesetzt werden.

Als Antwort auf diese Situation formuliert der Ausschuss Empfehlungen, die Pflegedienstleistern beim Treffen der schwierigen Entscheidungen helfen sollen, vor denen sie stehen. Diese Empfehlungen sind nicht als unmittelbare Verpflichtungen zu betrachten.

Die vorliegenden Empfehlungen fußen auf ethischen Grundsätzen, die in der nationalen und internationalen Debatte sehr präsent sind und über die in der Fachliteratur eingehend nachgedacht wird. Einige dieser Grundsätze verdienen ausdrücklich erwähnt zu werden. Der Ausschuss betont zum Beispiel, dass es wichtig ist, das Bestreben, möglichst viele Menschenleben zu retten, mit den ethischen Grundsätzen der Nichtschädigung und der Achtung und Autonomie jeder Person zu versöhnen. Wenn zwischen verschiedenen Patienten ausgewählt werden muss, sind die Grundsätze des ehrlichen Zugangs zur Pflege und der Gerechtigkeit von großer Bedeutung. Ferner hebt der Ausschuss einige Aspekte hervor, die in der Fachliteratur weniger zur Sprache kommen. So ist es zum Beispiel wichtig, dass medizinische Kriterien die körperlichen, psychischen und sozialen Schwachstellen nicht völlig ausblenden.

Mit diesen von der Ärztekammer und vom Hohen Gesundheitsrat gutgeheißenen Empfehlungen will der Belgische Beratende Bioethik-Ausschuss eine erste Antwort auf die dringende Notwendigkeit eines ethischen Rahmens geben – jetzt, wo Einrichtungen, Gesundheitsdienstleister und Patienten mit der außerordentlich schwierigen Situation der Pandemie konfrontiert werden. Er möchte damit die bestehenden Bemühungen, mit den

aktuellen ethischen Fragen umzugehen, unterstützen (cf. die Richtlinien, Gutachten, Protokolle) und die weitere Entwicklung neuer Initiativen vor Ort stimulieren.

Obschon die fundamentalen Grundsätze, auf denen die Empfehlungen fußen, einen dauerhaften Charakter haben, verlangt die Umsetzung in die klinische Praxis ständiges Nachdenken und Diskutieren. In einem sich schnell wandelnden Kontext mit einer ständigen Entwicklung der pandemischen Situation ist es daher notwendig, dass der Ausschuss und die Instanzen, die den vorliegenden Text unterschreiben, künftig gründlicher über diese Grundsätze nachdenken.

Erstellt hat diese Empfehlung der Belgische Beratende Bioethik-Ausschuss. Der Text wurde in einem verkleinerten Ausschuss vorbereitet und anschließend allen Ausschussmitgliedern zur Besprechung und Verabschiedung vorgelegt. Die Ärztekammer und der Hohe Gesundheitsrat haben diese Empfehlung gutgeheißen.

1. Organisation der Pflege

Die COVID-19-Pandemie ist ein Stresstest für die öffentliche Gesundheitsfürsorge, sowohl vom Leistungsvermögen her als aus ethischer und juristischer Sicht. In punkto Organisation der Pflege besteht die Herausforderung darin, die Pflegekapazität bei einer steigenden Anzahl Fälle aufrechtzuerhalten oder zu erhöhen, sodass sowohl die Pflege der COVID-Patienten als die Fortsetzung der Grundversorgung der übrigen Patienten gewährleistet werden kann. Möglich ist dies zum Beispiel durch die Erhöhung der Pflegekapazität der Intensivstationen oder durch die Verschiebung nichtdringender Pflegehandlungen, um Personal freizustellen und Infrastruktur zu entlasten, sodass die COVID-Abteilungen ausgebaut werde können.

Bei der Suche nach dem richtigen Gleichgewicht zwischen Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Pflegequalität in Zeiten der Pandemie ist es wichtig, die bestmögliche Patientenpflege im Rahmen der von dieser Pandemie vorgegebenen Grenzen anzustreben. Hierbei kann vom Kriterium der machbaren Pflege ausgegangen werden, wobei je nach dem von der Pandemie erzeugten Druck drei Stufen zu unterscheiden sind:

- herkömmliche Pflege: Bei einem moderaten Anstieg des Pflegebedarfs (z.B. bis auf 120 % der normalen Kapazität) wird versucht, alle Patienten nach den üblichen Standards zu behandeln. Durch zusätzlichen Einsatz von Menschen und Ressourcen können Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Pflegequalität auf dem gewöhnlichen Niveau gehalten werden.
- „kontingentierte Pflege“ („contingency care“): Bei einer großen Überschreitung der normalen Pflegekapazität muss das Pflegeangebot reorganisiert werden, um es optimal auf die aktuellen Bedürfnisse abzustimmen. So können zum Beispiel OP-Säale zu

Intensivstationen umfunktioniert werden und das OP-Personal dort eingesetzt werden. Die Pflegequalität wird aufrechterhalten, aber die Verfügbarkeit und die Zugänglichkeit werden durch die Verschiebung nichtdringender Pflege eingeschränkt. Der Druck auf das Pflegepersonal wird stark erhöht. In dieser Phase wird das Gleichgewicht zwischen der Fortführung der regulären Pflege und der Pflege im Rahmen der Krise gestört.

- Krisenpflege: Bei einem starken Anstieg der normalen Pflegekapazität kann eine völlige Beibehaltung der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Pflegequalität nicht mehr garantiert werden. Die Situation erfordert in diesem Fall eine Priorisierung und eine optimale Verteilung von Patienten und Pflegebedürftigen auf die gesamte Pflegelandschaft. Die Solidarität zwischen Pflegeeinrichtungen, Regionen und Ländern wird aktiviert.

Bei der Organisation der Pflege müssen die verfügbaren Ressourcen und Personalmitglieder so eingesetzt werden, dass der höchstmögliche Grad an machbarer Pflege angeboten werden kann. Erst wenn die Personal- und Logistikkapazität erschöpft ist, kann beschlossen werden, die machbare Pflege für eine möglichst kurze Zeit auf eine niedrigere Stufe herunterzufahren. In Erwartung stark steigender Pflegebedürfnisse kann es gerechtfertigt sein, dass Pflegeeinrichtungen bereits kurz vor Erreichen der absoluten Grenze auf eine niedrigere machbare Pflegestufe umschalten.

Die Organisation der Pflege nach dem Kriterium der machbaren Pflege schafft maximale Deutlichkeit bei den Möglichkeiten und Beschränkungen der Pflege in einer bestimmten Phase. So können Pflegedienstleister ihre Entscheidungen innerhalb der Grenzen des jeweiligen Niveaus maximal nach der Pflegenachfrage, dem Pflegebedarf und der Prognose des Patienten ausrichten, ohne sich dabei um die Aufrechterhaltung der Pflegekapazität zu sorgen. Die Anwendung dieser Kriterien verdeutlicht auch, dass Pflegedienstleister nur in besonders außergewöhnlichen Umständen bei vollständiger Überlastung bestimmter Abteilungen auf dem Krisenpflegeniveau zwischen Patienten mit vergleichbarer Pflegenachfrage, vergleichbarem Pflegebedarf und vergleichbarer Prognose wählen müssten.

Folgende ethische Betrachtungen sind hier wichtig:

- Der Zugang zur Pflege muss für alle Patienten, mit oder ohne Covid, maximal gewährleistet werden, indem die Pflegekapazität genutzt und nach Möglichkeit erhöht wird und - insofern nötig - Patienten auf Pflegeeinrichtungen, Regionen und Nachbarländer verteilt werden.
- Die Anstrengungen und Ressourcen zur Aufrechterhaltung der Pflege in Zeiten der Knappheit (inklusive Schutzvorrichtungen, Testkapazität, Medikamente und Sauerstoff) müssen fair auf die gesamte Pflegelandschaft verteilt werden: Die Primärversorgung, die Hauspflege, die fachärztliche Versorgung in Krankenhäusern

und die stationäre Pflege müssen allesamt verstärkt werden, damit die von ihnen angebotene Pflege qualitativ auf höchstmöglichem Niveau geleistet werden kann.

- Weil die stationäre Pflege in Alten- und Pflegeheimen und sonstigen Einrichtungen nicht über die vergleichbare Infrastruktur und Pflegekapazität wie Krankenhäuser verfügt, um Infektionen vorzubeugen und diese zu behandeln, ist angemessene Unterstützung erforderlich. Oft haben Bewohner zum Beispiel ein festes Zimmer, sodass es schwieriger ist, räumlich zwischen Covid- und Non-Covid-Abteilung zu unterscheiden. Dadurch entsteht dem Personal auch erhebliche Mehrarbeit. Die koordinierenden und beratenden Ärzte (KBA) und die Hausarztkreise können bei dieser Unterstützung eine Schlüsselrolle spielen.
- Bei Verschiebung nichtdringender Pflegehandlungen muss diese Periode so kurz wie möglich gehalten werden, und auf die Auswirkungen dieser Unterbrechung auf die Qualität und das Ergebnis der Pflege ist besonders zu achten. Auch bei der Entscheidung darüber, welche Pflege verschoben werden kann, ist eine Priorisierung erforderlich. Hier ist es jedoch schwierig, allgemeine Grundsätze zu formulieren, weil der Begriff „nichtdringende Pflege“ vage ist und sich seine Bedeutung schnell ändert und weil das Ausmaß, in dem Pflegehandlungen verschoben werden, und die Einschränkungen, mit denen Krankenhäuser zu kämpfen haben, stark von der konkreten Situation abhängen.
- Sowohl die Verfügbarkeit von Ressourcen als die Anzahl Pflegedienstleister spielen eine wesentliche Rolle bei den Entscheidungen darüber, welches Pflegeniveau machbar ist. Daher müssen neben dieser Verfügbarkeit insbesondere die Arbeitsbelastung und das Wohlbefinden des Pflegepersonals genauestens überwacht werden.

2. Der Patient

Alle Patienten sind grundsätzlich gleichwertig. Patienten haben ungeachtet ihres Geschlechts, ihrer Herkunft, ihres sozialen und wirtschaftlichen Status, ihres Glaubens, ihres Alters, ihrer Kultur oder sonstiger ungerechtfertigter Diskriminierungsgründe ein Recht auf qualitative und zugängliche Pflege.[1] Der individuelle Patient und seine Pflegenachfrage und/oder sein Pflegebedarf stellen daher auch das oberste Ziel des Pflegeangebots dar. Das Streben nach gleicher Behandlung jedes einzelnen Patienten in Not muss immer im Mittelpunkt stehen.

Der Patient und seine Rechte

[1] Siehe (unter anderem) das Gesetz vom 10. Mai 2007 zur Bekämpfung bestimmter Formen von Diskriminierung.

Das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten garantiert die Achtung verschiedener ethischer Grundsätze der guten Patientenpflege, insbesondere der Autonomie und der Transparenz. Es wird davon ausgegangen, dass Patienten in dem Maße, wie sie dazu in der Lage sind, aktive Partner bei den Entscheidungen über ihre Pflege sind, auch wenn es um heikle Entscheidungen wie die Einschränkung der Pflege geht, die dem Recht auf qualitative Pflege aber keinen Abbruch tun darf (siehe weiter unten). Das Recht auf Qualitätsleistungen (Art. 5), das Recht auf Information über seinen Gesundheitszustand und dessen vermutliche Entwicklung (Art. 7), das Recht auf Einwilligung nach ausführlicher Aufklärung und Recht auf Verweigerung einer Behandlung (Art. 8), das Recht auf eine sorgfältig fortgeschriebene und an einem sicheren Ort aufbewahrte Patientenakte (Art. 9) und das Recht auf Einreichung einer Klage (Art. 11) verdienen in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit und besonderen Respekt.

Urteilsfähige Patienten haben das Recht, autonome Entscheidungen über die von ihnen erwartete Pflege zu gegebener Zeit oder über eine vorgezogene Willenserklärung zu treffen, die Teil einer frühzeitigen Pflegeplanung sein kann. Besonders bei komplexen Entscheidungen darüber, ob invasive Behandlungen gestartet werden sollen, ist es wichtig, die Wünsche und Präferenzen des Patienten zu kennen. Das bedeutet keineswegs, dass der Patient das Recht hat, eine Behandlung zu verlangen, die der Arzt als sinnlos oder ohne therapeutischen Vorteil betrachtet.

Viele Patienten haben ein festes Beziehungsnetzwerk aus Familie und Angehörigen, das sie beim Treffen dieser Entscheidungen möglicherweise zu Rate ziehen möchten, insbesondere ihre Vertrauensperson, wenn sie eine solche haben. Dies muss anerkannt werden.

Die COVID-Pandemie erschwert manchmal die Achtung der Rechte des Patienten: So kann es vorkommen, dass Patienten nicht in der Einrichtung ihrer Wahl behandelt werden können oder dass sie nicht selber entscheiden können, in welches Krankenhaus sie eingeliefert werden möchten.[2] Die Entscheidungsfindung kann auch durch die heutigen Umstände erschwert werden, weil zum Beispiel ein Gespräch mit den Familienangehörigen über diese einschneidenden Entscheidungen wegen eingeschränkter (körperlicher) Kontaktmöglichkeiten nicht möglich ist. Schließlich kann der Zustand des Patienten selbst die Kommunikation erheblich erschweren oder sogar unmöglich machen, sicher dann, wenn dieser ernsthaft krank ist und/oder Atembeschwerden hat. In diesen außergewöhnlichen Umständen gilt das Gesetz über die Rechte des Patienten aber unvermindert weiter.

[2] Siehe neben dem Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten auch das Gesetz vom 4. November 2020 über verschiedene soziale Maßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie.

Transparenzprinzip

Das Recht auf Information über den Gesundheitszustand des Patienten sowie das Recht auf Einwilligung nach ausführlicher Aufklärung und das Recht auf eine Patientenakte beinhalten, dass Pflegedienstleister und Pflegeeinrichtungen dem Patienten gegenüber und, falls der Patient dies wünscht, auch seinen Angehörigen oder seinem Bevollmächtigten gegenüber offen sein müssen, unter anderem über den Gesundheitszustand und die Gesundheitsprobleme des Patienten, deren Entwicklung und die Art und Weise, wie mit diesen Gesundheitsproblemen umgegangen wird, und über die in diesem Zusammenhang getroffenen (medizinischen) Entscheidungen.[3] Die Eintragung von Entscheidungen, gewisse Behandlungen (möglicherweise) nicht anzufangen oder allmählich abzubauen, in die Patientenakte ist hier von Bedeutung. Der Patient oder sein Bevollmächtigter und, wenn er dies wünscht, seine Vertrauensperson, müssen über diese Entscheidungen auf dem Laufenden sein. Eine qualitativ hochwertige Patientenakte trägt außerdem zur Transparenz bei, die eine notwendige Garantie für die Fortführung der Pflege ist. Eine integrierte Patientenakte kann ferner als Kommunikationsmittel bei Überweisung zwischen Pflegedienstleistern und zwischen Krankenhäusern dienen.

Frühzeitige Pflegeplanung (*Advance Care Planning*)

Das Recht auf Einwilligung nach ausführlicher Aufklärung umfasst auch das Recht, Präferenzen hinsichtlich der Pflege festzulegen, sodass dann, wenn man die eigenen Präferenzen vorübergehend oder gar nicht mehr ausdrücken kann, bekannt ist, welche Wünsche der Patient hat und welche Lebensqualität der Patient künftig genießen möchte. Dies ist unter anderen mithilfe vorgezogener Willenserklärungen möglich, in denen der Patient zum Beispiel ausdrücklich die Überführung in ein Krankenhaus oder die Einlieferung in eine Intensivstation ablehnt. Ferner können bei der Gestaltung einer frühzeitigen oder vorgezogenen Pflegeplanung (*Advance Care Planning*, im Folgenden FPP) künftige Pflegehandlungen vorgesehen werden. Die Initiative zu einem solchen Projekt muss nicht unbedingt vom Patienten ergriffen werden; die Ausarbeitung der FPP kann auch in das Pflegeangebot integriert und zum Beispiel systematisch vorgeschlagen werden bei der Aufnahme in ein Altenheim oder ein Alten- und Pflegeheim. Zu betonen ist hier aber, dass die Bestimmung des Pflegeplaninhalts voll und ganz Sache des Patienten ist. In der FPP können auch ausdrücklich Wünsche hinsichtlich des Lebensendes festgelegt werden.

[3] Siehe unter anderem die vom der Europäischen Rat der Ärztekammern (CEOM) verabschiedeten „Principles of European Medical Ethics“:http://www.ceom-ecmo.eu/view/principes-d-ethique-medicale-europeenne.

Zurzeit wird die FPP nicht einheitlich in allen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern praktiziert. In den heutigen Umständen ist es jedoch von wesentlicher Bedeutung, zu prüfen, ob eine FPP erstellt wurde oder erstellt werden kann. Beim Ergreifen neuer Initiativen zur Erstellung einer FPP ist allerdings zu prüfen, ob die konkreten Umstände den geeigneten psychosozialen und emotionalen Kontext bieten, um dies nach den „best practices" tun zu können. Daher ist es stark zu empfehlen, die Pflegeplanung zu einem Zeitpunkt zu erstellen, wo keine akute Entscheidung über eine Behandlung zu treffen ist.

Die Belgische Vereinigung für Intensive Medizin empfiehlt, in einer FPP vorab anzugeben, welche Eingriffe in Erwägung gezogen werden oder von welchen Handlungen bei einem bestimmten Patienten abzusehen ist, unter anderem von:

- einer Herz-Lungen-Wiederbelebung,
- einer Krankenhauseinlieferung,
- einer Aufnahme in eine Intensivstation,
- einer endotrachealen Intubation,
- einer nichtinvasiven mechanischen Beatmung,
- einer pharmakologischen hämodynamischen -Unterstützung, und vom
- Beginn einer Nierenaustauschtherapie[4].

Hier wird empfohlen, die Dauer und die Umstände dieser Therapiebeschränkungen zu präzisieren.

Vertretung

Auch wenn der Patient nicht mehr urteilsfähig ist, müssen seine Interessen und Wünsche so weit wie möglich verteidigt werden. Wenn der Patient keine Willenserklärung aufgesetzt oder keine FPP erstellt hat, trifft der gesetzliche Vertreter die Entscheidungen hinsichtlich der Pflege. Das Gesetz über die Rechte des Patienten hat eine Kaskadenregelung für die Benennung der Vertreter festgelegt, sodass die Angehörigen des Patienten oft als Vertreter auftreten und somit die Wünsche des Patienten ausdrücken oder an seiner Stelle Entscheidungen in Kenntnis der Sachlage treffen können. Wie dem auch sei, die (vermutlichen) Interessen stehen stets im Mittelpunkt des Entscheidungsprozesses.

[4] Geert Meyfroidt, Erika Vlieghe, Patrick Biston, Koen De Decker, Xavier Wittebole, Vincent Collin, Pieter Depuydt, Nguyen Duc Nam, Greet Hermans, Philippe Jorens, Didier Ledoux, Fabio Taccone, Ignaas Devisch (2020). Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine.

3. Pflegedienstleister

Medizinische Entscheidungen

Das Treffen von Entscheidungen darüber, welche Pflegehandlungen bei einem Patienten gestartet, fortgesetzt oder fallengelassen werden, ist integraler Bestandteil der medizinischen Praxis, ungeachtet der Umstände.

Bei diesen Entscheidungen werden medizinische Kriterien angewandt, die selber auf großen ethischen Grundsätze wie Gleichheit, Wohltat, Nichtschädigung, Autonomie und Achtung der Würde der Person beruhen. Ärzte und andere Pflegedienstleister haben viel Erfahrung mit diesem Entscheidungsprozess. Bei diesen Entscheidungen wird unter anderem berücksichtigt:

- die Pflegenachfrage und der Pflegebedarf des Patienten;
- der Allgemeinzustand des Patienten; relevante Parameter sind hier seine Fragilität und seine Vorerkrankungen;
- die Prognose des Patienten in Anbetracht seines aktuellen Zustands;
- die Verhältnismäßigkeit der Pflege im Vergleich zu den oben genannten Punkten;
- die Person des Patienten, der bei diesen Entscheidungen nicht auf seinen medizinischen Zustand reduziert wird; seine persönlichen Wünsche und Präferenzen in Bezug auf die Behandlungen und deren Ergebnisse werden berücksichtigt;
- die fundamentale Gleichwertigkeit aller Patienten und ihr Recht auf Qualitätsleistungen.

Bei diesen Entscheidungen über die Pflege dürfen unter normalen Umständen niemals berücksichtigt werden:

- das Geschlecht, die Herkunft, die sexuelle Orientierung, die Religion, die körperliche oder psychische Gesundheit, Behinderungen, das Alter, die Hautfarbe, die Kultur, der sozialwirtschaftliche Status oder sonstige Gründe rechtswidriger Diskriminierungen;
- der Einsatz von Ressourcen und Personalmitgliedern, insofern es nicht um überflüssige oder medizinisch nutzlose Handlungen geht.

Beim Treffen von medizinischen Entscheidungen werden die ethischen Fragen berücksichtigt, die für die jeweilige Entscheidung wichtig sind. Diese sind, insoweit möglich, das Ergebnis einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, in die alle Betroffenen, jeder in seiner eigenen Rolle, maximal eingebunden werden.

Therapiebeschränkungen

Die Einführung von Therapiebeschränkungen gehört zur normalen medizinischen Praxis. Es gehört zum Urteilsvermögen von Ärzten einzuschätzen, welche medizinische Pflege angezeigt

ist und welche Pflege dem Patienten unzureichenden therapeutischen Nutzen bringt. Beim Treffen solcher medizinischen Entscheidungen werden natürlich der Zustand, der Werdegang und die Präferenzen des einzelnen Patienten, die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse und die gute Praxis berücksichtigt. Obschon medizinische Entscheidungen hauptsächlich von Ärzten und medizinischen Teams getroffen werden, müssen Patienten maximal in diese Entscheidungen eingebunden werden.

DNR-Codes (wie „Do not Reanimate“ oder „Do Not Resuscitate“) sind eine bewährte Art und Weise, Therapiebeschränkungen aufzuerlegen. DNR-Codes legen im Voraus in der Patientenakte fest, welche Behandlungen nicht gestartet oder abgesetzt werden sollen. Sie sind besonders relevant zur Vermeidung unverhältnismäßiger Pflege bei Patienten mit einer COVID-Infektion.

Wichtig zu wissen ist, dass FPP und DNR-Codes nicht automatisch aneinander gekoppelt werden. Wenn der Inhalt der frühzeitigen Pflegeplanung (FPP) einem DNR-Code stark ähnelt, ist es jedoch angebracht, den entsprechenden DNR-Code in die Patientenakte einzutragen, damit die Wünsche des Patienten weitestgehend respektiert werden.

Therapiebeschränkungen können auch im Rahmen der Nichtüberweisung von Patienten in das Krankenhaus beschlossen werden. So ist auch die Belgische Vereinigung für Gerontologie und Geriatrie der Ansicht, dass ein palliativer Ansatz medizinisch gesehen bei bestimmten Senioren besser ist als eine Krankenhauseinlieferung, zum Beispiel bei hoher Gebrechlichkeit oder bei Ateminsuffizienz.[5]

Ethische Empfehlungen für die Priorisierung der Pflege

In der normalen Praxis wird sorgfältig überlegt, für welche Patienten eine Verlegung auf die Intensivstation von Vorteil ist. Hierbei werden sowohl medizinische Parameter als die Person des Patienten und ethische Fragen berücksichtigt. Aus ethischer Sicht sind die Grundsätze der Wohltat, der Nichtschädigung, der Autonomie und der Gerechtigkeit gebührend zu beachten. Dies kann dazu beitragen zu verhindern, dass es zu therapeutischer Verbissenheit kommt, dass die Wünsche des Patienten zu wenig berücksichtigt werden oder dass er rechtswidrig diskriminiert wird.

[5] Leitfaden für die Einlieferung eines Alten- und Pflegeheimbewohners mit nachgewiesener/stark vermuteter COVID-19-Infektion. Version 2.0 vom 21. Oktober 2020, https://geriatrie.be/media/2020/10/Aide-a-la-decision-personnes-agees-MRS-COVID19_FR_2020.10.28.pdf.

Sollte es bei der Pflege in Krisenzeiten zu einer vollständigen Überlastung der Intensivstationen kommen, die nicht durch eine Verlegung von Patienten in andere Krankenhäuser aufgefangen werden kann (cf. das hier oben beschriebene Krisenszenario), werden Ärzte gezwungen, eine begrenzte Anzahl Patienten unter all denen auszuwählen, die normalerweise für eine Intensivpflege in Frage kommen. Die medizinischen Kriterien und ethischen Standards aus der normalen Praxis bieten möglicherweise zu wenig Hilfe, um solche Entscheidungen zu treffen. Unter anderem können bei der Anwendung des Gerechtigkeitsprinzips in diesem Zusammenhang komplexe Fragen aufgeworfen werden.

Es gibt keine verfahrenstechnische Lösung aus dieser Sackgasse: keines der zahlreichen Auswahlkriterien, die definiert, erwogen und/oder angewendet werden[6], zum Beispiel im historischen Kontext der Zuteilung der damals noch seltenen Nierendialyse, bietet eine Wunderlösung für dieses Auswahlproblem. Es ist auch nicht möglich, menschliche Entscheidungen durch einen Algorithmus zu ersetzen. Auf den Stationen, die mit Engpässen zu kämpfen haben, sind sich die Pflegedienstleister dieses Problems bewusst. Die peinlichen Auswahlentscheidungen sind für diejenigen, die sie zu treffen haben, schwer zu ertragen.

Wenn eine Priorisierung notwendig wird, ist es logisch, dass Überlegungen, wie die Ressourcen effizient einzusetzen sind, in den Vordergrund rücken. Mit diesen Überlegungen will man dafür sorgen, dass möglichst viele Menschen gepflegt werden können oder dass mit den begrenzt verfügbaren Ressourcen möglichst viel Pflege geleistet werden kann. Besonders wichtig ist es, dass die knapp gewordenen Ressourcen nicht unnötig verlorengehen, zum Beispiel wenn sie zur Behandlung von Patienten gebraucht werden, bei denen erwartet wird, dass der Ausgang der Behandlung und/oder die Überlebenschance unterdurchschnittlich sind. Wichtige Parameter sind hier die Anzahl geretteter Leben und die Anzahl gewonnener qualitativ hochwertiger Lebensjahre.[7] Ethisch gesehen, nehmen wir hier eine utilitaristische Perspektive ein, bei der Entscheidungen das „größte Wohl für die meisten Menschen“ anstreben.

Dieses Ziel gerät in Konflikt mit anderen ethischen Grundsätzen, die in normalen Umständen als fundamental betrachtet werden, zum Beispiel mit der Weigerung, eine Entscheidung auf der Grundlage des Alters oder der besonderen Berücksichtigung der Schwächsten zu treffen.

---

[6] Historisch gesehen wurden zahlreiche Kriterien definiert, erwogen und/oder angewandt, unter anderem Medical benefit, Quality of benefit, Length of benefit, Likelihood of benefit, Imminent death, Ability to pay, Willingness to be treated, Random selection (First come first served, Lottery), Social value, Special responsibilities, Favoured group, Resources required, Age, Psychological ability, Supportive environment. Siehe z.B. Kilner JF, Who Lives? Who Dies? Ethical Criteria in Patient Selection, London, Yale University Press, 1990.

[7] Wir beschreiben weiter unten die Bedeutung dieses Begriffs aus medizinischer Sicht: Wenn ein Eingriff erwogen wird, muss sich der Arzt vergewissern, dass die Behandlung positiv für den Patienten sein wird, d.h. dass sein Gesundheitszustand sich verbessern und nicht verschlechtern wird.

Es kann zum Beispiel in Konflikt mit gewissen Auslegungen des Gerechtigkeitsprinzips geraten und moralischen Stress verursachen. Es ist nicht einfach, derart gegensätzliche Werte in der Praxis zu versöhnen, umso mehr als keinerlei Kriterien oder Entscheidungen bestehen, die a priori unbestritten sind. Es ist Aufgabe des Beratenden Bioethik-Ausschusses, daran zu erinnern, dass ein utilitaristischer Ansatz eine der zahlreichen Optionen ist und dass diese Herangehensweise den Grundsatz der Gleichbehandlung oder der Chancengleichheit gehörig in Bedrängnis bringt.

In der ethischen Debatte, in der Fachliteratur, in den Richtlinien und Gutachten und in der effektiven Praxis besteht keine Einstimmigkeit über die anzuwendenden Kriterien. Aber in den meisten dieser Dokumente werden bestimmte Überlegungen angeführt, jedoch in verschiedenen Varianten. Bestimmte Kriterien sind Gegenstand heftiger Kontroversen. Vor dem Hintergrund dieser laufenden Diskussion über die anzuwendenden Auswahlkriterien empfiehlt der Beratende Bioethik-Ausschuss – ohne Anspruch auf Vollständigkeit -, folgende Aspekte bei der Entscheidung zu berücksichtigen:

- Medizinische Kriterien, die sowieso Teil des normalen medizinischen Entscheidungsprozesses sind, müssen in vollem Umfang angewandt werden, damit jeder relevante Unterschied zwischen Patienten berücksichtigt werden kann. Mit diesen Kriterien können die medizinische Sinnhaftigkeit, die Dauer und das Ergebnis der Behandlung bewertet werden. Standardisierte Messinstrumente, unter anderem die klinische Fragilitätsskala („Clinical Fragility Scale“) können hierbei behilflich sein. Es ist jedoch darauf zu achten, dass Patienten nicht auf verfügbare medizinische Parameter reduziert werden.

- In bestehenden Richtlinien wird auch regelmäßig auf Lebensqualität hingewiesen. Hier ist es wichtig, den Begriff „Lebensqualität“ nur für die Bewertung des erwarteten Nutzens der Behandlung zu verwenden. Die ethischen Grundsätze der Wohltat, Nichtschädigung und Behandlungsgleichheit müssen hier stets im Vordergrund stehen. Die medizinische Betrachtung der Lebensqualität darf auf keinen Fall eine Beurteilung des „Wertes“ des Lebens oder der Person des Patienten sein.

- Bei jeder Entscheidung muss das Gleichheitsprinzip sorgfältig berücksichtigt werden. Rechtswidrige Diskriminierungsgründe, unter anderem das Geschlecht, die Herkunft, die sexuelle Orientierung, die Religion, die körperliche oder psychische Gesundheit, Behinderungen, das Alter, die Hautfarbe, die Kultur oder der sozialwirtschaftliche Status dürfen niemals angeführt werden. Wenn die Situation es nicht zulässt, jeden gleich zu behandeln, und Priorisierungsentscheidungen getroffen werden müssen, dürfen diese Elemente dabei keine Rolle spielen. Auch auf implizitere Formen von Diskriminierung ist zu achten. So gibt es zum Beispiel Zusammenhänge zwischen dem sozialwirtschaftlichem Status

und der Gesundheit, und auch in diesem Fall muss das Gleichheitsprinzip bei Entscheidungsfindungen immer eine zentrale Rolle spielen, damit der sozialen Gerechtigkeit nicht unnötig geschadet wird. Der Ausschuss ist in diesem Zusammenhang der Meinung, dass soziale Anfälligkeit nicht als Ausschließungsgrund gelten darf, auch wenn sie Auswirkungen auf das erwartete Behandlungsergebnis hat. Wenn der sozialwirtschaftliche Status eines Patienten die Gesundung zu erschweren droht, ist dies nicht als medizinische Beurteilung zu betrachten. Die verfügbaren Möglichkeiten zur geeigneten Unterstützung des Patienten müssen genutzt werden.

- Wie in der gewöhnlichen Praxis wird therapeutische Verbissenheit vermieden, und die Verhältnismäßigkeit der Pflege wird permanent überwacht. Bei der medizinischen Beurteilung von Patienten ist sorgfältig zu prüfen, ob die Patienten bei vernünftigem Einsatz von Ressourcen auf einen günstigen Ausgang hoffen können. Hierbei ist nicht nur die Aufnahme in die Intensivstation, sondern der gesamte Genesungsprozess zu berücksichtigen.

- Aus Achtung des Gleichheitsprinzips werden Kriterien, die persönliche Verdienste oder Verantwortung bewerten, ausgeschlossen. Gesundheitspflege ist nicht der geeignete Ort, um persönliche Präferenzen zu belohnen oder zu bestrafen. Risikoverhalten, das zu einer COVID-Infektion oder zur Verbreitung von COVID-19 führen kann, ist also kein Grund, von der Pflege ausgeschlossen zu werden. Umgekehrt gibt die Übernahme besonderer Verpflichtungen, zum Beispiel das Erbringen einer Pflegeleistung, grundsätzlich keine prioritären Zugang zur Pflege. Prioritärer Zugang für Personen, die im Pflegesektor arbeiten, kann jedoch gerechtfertigt sein, wenn diese beim Verrichten ihrer Arbeit möglicherweise dem Virus erheblich ausgesetzt sind.

- Altersgrenzen – ein Faktor, der nichts mit medizinischen Gründen zu tun hat – sollten nie berücksichtigt werden. Mit fortschreitendem Alter treten jedoch häufiger chronische Krankheiten auf; auch die Multimorbidität und die Gebrechlichkeit steigen. Alter als altersbedingte Krankheitslast kann daher wohl Bestandteil der medizinischen Bewertung sein. Für den Ausschluss von Senioren auf der Grundlage der intergenerationellen Solidarität, wobei älteren Generationen der Zugang zur Intensivpflege zugunsten von jüngeren Generation verwehrt wird, oder den Ausschluss von Senioren auf der Grundlage ähnlicher Argumente gibt es nach Auffassung des Ausschusses keine ausreichende ethische Rechtfertigung.

- Angemessene Aufmerksamkeit verdienen gesundheitsbedingt anfällige Personen, die - ungeachtet einer COVID-19-Infektion - zusätzliche Pflege statt weniger Pflege verlangen würden. Es handelt sich zum Beispiel um Patienten, deren Gesundheit wegen eines akuten, aber lösbaren Gesundheitsproblems anfällig ist, oder um Patienten mit einer angeborenen Krankheit oder einem sonstigen chronischen Gesundheitsproblem. Wenn diese Patienten bei entsprechender Behandlung langfristig gute Genesungschancen haben, müssen sich die Ärzte

vergewissern, dass eine strenge Anwendung der medizinischen Kriterien diese Patienten nicht doppelt benachteiligt: einerseits durch die zugrunde liegende Anfälligkeit, andererseits durch den Ausschluss von der Pflegeversorgung auf der Grundlage eines schlechteren Abschneidens bei den medizinischen Kriterien im Vergleich zu den Patienten ohne Anfälligkeit.

- Entscheidungen werden kollegial von einem Pflegeteam getroffen. Daran sind meistens zwei – vorzugsweise drei – Mitglieder des Ärzteteams beteiligt. Die Einbeziehung von Gesundheitsdienstleistern aus verschiedenen Disziplinen und Bereichen, auch aus dem Pflegeteam, ist zu empfehlen. Anzuraten ist auch, dass dort, wo es möglich ist, ein vom Patienten und von den beteiligten Diensten unabhängiger Arzt an dieser Entscheidung teilnimmt. Komplementäres Verständnis und Fachwissen erhöhen die Effizienz des Entscheidungsprozesses. Außerdem verteilt die Beteiligung des Teams den moralischen Druck dieser schweren Entscheidungen auf mehrere Schultern. Dieselbe Kollegialität ist bei jeder Bewertung angezeigt, bei der Patienten in eine andere Abteilung verlegt werden: von Zuhause oder von einem Pflegeheim aus in ein Krankenhaus oder von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus, eventuell in eine andere Region oder ein anderes Land. Der Entscheidungsprozess muss transparent sein und auf expliziten und gerechtfertigten Kriterien beruhen. Eine interne oder externe Instanz müsste ihn ständig ethisch begleiten.

Der Ausschuss weiß ganz genau, dass die Debatte über die oben genannten Kriterien noch voll im Gange ist; er nimmt zur Kenntnis, dass momentan hierüber keine Einstimmigkeit in den verfügbaren und Gutachten besteht. Dies ist besonders der Fall bei dem „first come, first served"-Kriterium, das sehr kontroverse Fragen aufwirft. Der Ausschuss betont daher, dass die Debatte nach vorliegender Empfehlung dauerhaft und gründlich fortgeführt werden muss.

Auf jeden Fall müssen medizinische und ethische Aspekte beim Treffen von Priorisierungsentscheidungen maximal berücksichtigt werden; die Patienten und ihre Angehörigen müssen daran beteiligt werden, insofern die Umstände es zulassen.

Fortführung der Qualitätspflege

Alle Patienten haben stets Anrecht auf eine bedarfsgerechte Qualitätspflege, ungeachtet ihrer persönlichen Präferenzen (ob festgelegt oder nicht in vorgezogenen Willenserklärungen oder in einer FPP), der medizinischen Prognose oder Auswahlentscheidungen. Dies garantiert Artikel 5 des Gesetzes über die Rechte des Patienten. Die Qualitätspflege, die Patienten angeboten werden kann, ist jedoch nicht immer die gleiche: Abhängig von den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten und der medizinischen Indikation bestimmter Pflegehandlungen für diesen Patienten gibt es folgende Pflegemuster:

- palliative Pflege: unterstützende Pflege des Patienten, zum Beispiel Schmerzstillung, Symptombekämpfung und sonstige Interventionen zum Schutz des Patienten im Endstadium;
- gewöhnliche Pflege: wenig technisierte Pflege, ausgerichtet auf die Besserung oder den Erhalt des Gesundheitszustands des Patienten;
- Intermediärpflege („middle care"): ständige Betreuung und Beobachtung des Patienten, zum Beispiel wenn Atmungsunterstützung erforderlich ist;
- Intensivpflege: Pflege von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen, einer vernünftigen Überlebenschance und akzeptabler Lebensqualität nach Entlassung aus dem Krankenhaus.

Jedes dieser Pflegemuster hat seine eigenen Qualitätsstandards und „best practices", die garantieren, dass Patienten stets Qualitätspflege erhalten. Auf jeder Ebene hat die Berücksichtigung der Wünsche des Patienten in Bezug auf sein Lebensende große Bedeutung. Wichtig ist hier, wie unter normalen Umständen, die Besorgnis um Komfort, aber auch um die psychischen, emotionalen und existenziellen Aspekte.

4. Pflegeeinrichtungen und Primärversorgung

Eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Eindämmung der Pandemie spielen die Pflegeeinrichtungen und die Primärversorgung. Sie stehen vor der komplizierten Aufgabe, die Pflege zu managen und die Gesundheitsdienstleister in ihrer Arbeit zu unterstützen.

Koordinierungsstab

Im Rahmen der Krankenhausnotplanung muss jedes Krankenhaus seinen Koordinierungsstab einsetzen. Ratsam ist, innerhalb dieses Koordinierungsstabs - oder daran gekoppelt - einen Ausschuss einzusetzen, der unter Leitung des Chefarztes die Pflege während dieser Pandemie managt. Aufgabe dieses Ausschusses ist es, anhand einer klaren Strategie über die Aufteilung der einzelnen Bettenkapazitäten, den Mitarbeiterstab und die unterstützenden Ressourcen, aber auch über die Pflegeplanung zu beschließen, wobei dringende und essentielle Pflegehandlungen Vorrang haben und andere Pflegemaßnahmen verschoben werden. Der Ethikausschuss kann eine beratende Rolle spielen.

Beim Aussetzen regelmäßiger Pflegehandlungen müssen die kurz- und langfristigen Folgen dieser Entscheidungen sorgfältig geprüft und deutliche Kriterien gehandhabt werden, um zu beschließen, welche Pflege wie lange ausgesetzt und welche Pflege durchgängig angeboten wird. Eine ordnungsgemäße Eintragung der in diesem Zusammenhang getroffenen

Entscheidungen, unter anderem in der Patientenakte, ist im Kontext der Transparenz und der kritischen Bewertung von großer Bedeutung.

Die vom Koordinierungsstab oder von verwandten Organen getroffenen Entscheidungen müssen transparent und deutlich innerhalb des Krankenhauses und den Dienstleistern aus der Primärversorgung mitgeteilt werden, damit alle Dienstleister zu deren kohärenten Umsetzung beitragen können.

Auch außerhalb der Krankenhäuser ist das Pflegemanagement während der Pandemie eine komplexe Herausforderung, sowohl in den Pflegeheimen als in der Primärversorgung und speziell in der Pflege zuhause. Diese Pflegeumfelder sind meistens nicht auf das Organisieren von Covid-Pflege ausgerichtet. Notwendig ist es aber auch, Extra-muros-Strategien zu beschließen, mit denen diese Pandemie in jedem einzelnen Pflegeumfeld am besten bekämpft werden kann. Hausarztkreise spielen in Absprache mit den koordinierenden und beratenden Ärzten der Pflegeheime dabei eine Schlüsselrolle.

Wesentlich bei diesen Extra-muros-Strategien ist auch eine gute Zusammenarbeit und Abstimmung mit den Krankenhäusern vor Ort, gegebenenfalls auch mit den Teams, die sich um die Palliativpflege kümmern. Dazu muss der erwähnte krankenhausinterne Ausschuss bei der Ausarbeitung dieser Strategie auch ausdrücklich auf die Zusammenarbeit mit Extra-muros-Pflegeumfeldern zählen können.

Verfügbare und einsatzbereite Pflegekapazität

Wenn über verfügbare und einsatzbereite Kapazitäten nachgedacht wird, geht es nicht nur darum, dass ausreichend (Schutzmaterial) und Betten bereitstehen.[8] Ein sehr wichtiger Aspekt ist das verfügbare Personal.

Während der gesamten wird viel vom Pflegepersonal erwartet: Personal aus den Abteilungen, in denen Covid-Patienten behandelt werden, zum Beispiel Intensivstationen, werden physisch und geistig schwerem Druck ausgesetzt. Ärzte und ihr Pflegeteam müssen ethisch komplizierte Entscheidungen treffen. Daher muss verstärkt auf das körperliche und mentale Wohlbefinden des Personals geachtet werden, insbesondere auf das Personal schwer belasteter Pflegedienste.

[8] Innerhalb des Krankenhauses ist der Chefarzt gesetzlich verpflichtet, nach Rücksprache mit dem föderalen Gesundheitsinspektor die notwendigen Maßnahmen zu treffen, um die COVID-Kapazität zu erhalten, die der besondere Ad-hoc-Ausschuss innerhalb des FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt beschlossen hat.

Wenn das bestehende Pflegepersonal in einer Abteilung nicht ausreicht, muss nach flexiblen, aber sorgfältigen Lösungen gesucht werden: Der Einsatz von Pflegepersonal aus anderen Pflegediensten und anderen Pflegeberufen, Einsatz von Medizin-, Chirurgie-, Geburtshilfe-, Krankenpflege- und Labortechnikstudenten sowie die Einstellung von Nicht-Pflegepersonal sind explizite Möglichkeiten, für die der Gesetzgeber im Rahmen der heutigen Pandemie die notwendigen rechtlichen Rahmen geschaffen hat.[9] Wichtig ist hier, dass die Möglichkeiten, einen Engpass bei Gesundheitsdienstleistern zu vermeiden, ausgeschöpft und die Qualität und Sicherheit auf dem höchstmöglichen Niveau aufrechterhalten werden.

Wissensaustausch

Sofort nach Ausbruch der COVID-19-Pandemie haben viele schnell reagiert. Inzwischen wurden vor Ort zahlreiche gute und einleuchtende Initiativen ergriffen. Verschiedene Akteure und Einrichtungen haben bei der Organisation und Umsetzung der bestmöglichen Antwort auf diese Krise originelle, hochwertige Arbeit geleistet. Neben den wissenschaftlichen Erkenntnissen, den organisatorischen Problemen sowie den ethischen und rechtlichen Aspekten standen die Perspektive und die Stimme des Patienten mehr und mehr im Mittelpunkt.

Ein Großteil der Informationen steht mittlerweile der Öffentlichkeit zur Verfügung, unter anderem politische Empfehlungen, Richtlinien von Berufsgruppen und wissenschaftliche Veröffentlichungen. Andere Informationen wurden ursprünglich im Schoße verschiedener Einrichtungen entwickelt. Viele dieser Informationen geraten jedoch nicht an die Öffentlichkeit. Dabei sind die Bedürfnisse, Erkenntnisse mit anderen zu teilen, und die Chancen, aus diesem Wissensaustausch zu lernen, riesig. Darum wird empfohlen, diese Informationen und Verfahren über sichere Kanäle zu verbreiten, auch wenn ihr Wert begrenzt ist, zum Beispiel wegen einer Ad-hoc-Produktion, wegen des Zeitdrucks und weil die aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisse unvollständig und bruchstückhaft sind. Deshalb ist der Wissensaustausch essenziell für die gemeinsame Bekämpfung der COVID-19-Pandemie.

Schlussfolgerung

Ziel der vorliegenden Empfehlungen ist, einen ethischen Rahmen für die Priorisierungsentscheidungen abzustecken, die von einer Vielzahl von Akteuren aus der gesamten Pflegelandschaft getroffen werden. Dieser ethische Rahmen beruht auf

[9] Gesetz vom 4. November 2020 zur Festlegung verschiedener Sozialmaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie; Gesetz zur Ermächtigung von gesetzlich nicht befugten Personen, im Rahmen der Epidemie des Coronavirus COVID-19 zur Krankenpflege gehörende Tätigkeiten auszuüben.

Überlegungen zu den wichtigsten ethischen,; rechtlichen und organisatorischen Herausforderungen bei der Antwort auf die COVID-19-Pandemie.

Diese Empfehlungen beschränken sich auf ethische Überlegungen. Die Ausarbeitung konkreter medizinischer Richtlinien, die Festlegung medizinischer Bewertungskriterien, Behandlungsstandards oder Schwellenwerte und die Ausarbeitung von „best practices" bleiben immer den jeweiligen Berufsgruppen und ihren Berufsvereinigungen vorbehalten, wobei stets anerkannt wird, dass der Patient Hauptbetroffener und Mitspieler bei der abschließenden Entscheidung ist. Dies gehört weder zum Mandat noch zur Aufgabe der angeschlossenen Organe.

Redaktion

Textautoren: Wim Pinxten und Tom Goffin
Überprüfung im verkleinerten Ausschuss: Florence Caeymaex, Paul Cosyns, Gilles Genicot, Tom Goffin, Guy Lebeer und Wim Pinxten; Diskussion in der Vollversammlung mit allen Mitgliedern.
Vom Hohen Gesundheitsrat und von der Ärztekammer gutgeheißen.

Quellenangabe

Richtlinien und Berichte

- Geert Meyfroidt, Erika Vlieghe, Patrick Biston, Koen De Decker, Xavier Wittebole, Vincent Collin, Pieter Depuydt, Nguyen Duc Nam, Greet Hermans, Philippe Jorens, Didier Ledoux, Fabio Taccone, Ignaas Devisch (2020). *Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium: advice by the Belgian Society of Intensive care medicine.*
- Belgische Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (2020). Guide pour médecins – Hospitalisation de résidents de CSR avec une infection prouvée/fortement présumée de COVID-19 (Leitfaden für Ärzte Krankenhauseinlieferung von Alten- und Pflegeheimbewohnern mit nachgewiesener/stark vermuteter COVID-19-Infektion) – Version 2.0 vom 21. Oktober 2020, https://geriatrie.be/media/2020/10/Aide-a-la-decision-personnes-agees-MRS-COVID19_FR_2020.10.28.pdf .
- Medizinethische Grundsätze des Europäischen Rates der Ärztekammern (CEOM), http://www.ceom-ecmo.eu/view/principes-d-ethique-medicale-europeenne .

- Stellungnahme der Belgischen Königlichen Medizinakademie vom 4. November 2020 über die Auswahl von Patienten im Rahmen der COVID-19-Pandemie, www.armb.be.
- Stellungnahme des Hohen Gesundheitsrates, *COVID-19 und Mangel an Beatmungsgeräten*: *Stellungnahme zu den [berufs]ethischen und rechtlichen Aspekten*, https://www.health.belgium.be/de/hoher-gesundheitsrat
- Gutachten des Nationalen Rates der Ärztekammer, *Nécessité d'une approche efficace sous la direction du médecin-chef pour faire face à la pénurie imminente de ressources dans les hôpitaux en raison de la pandémie du COVID-19*, http://www.ordomedic.be.
- Vlaams Patiënten Platform, Wordt zorg bij personen met een chronische aandoening uitgesteld wegens het coronavirus COVID-19? http://vlaamspatientenplatform.be/uploads/documents/Rapport_uitgestelde_zorg.pdf
- Gutachten Nr. 41 vom 16. April 2007 über die Einwilligung nach ausführlicherAufklärung und „DNR-Kodes", https://www.health.belgium.be/de/gutachten-nr-41-einwilligung-nach-aufklaerung-und-dnr-kodes
- Gutachten Nr. 48 vom 30. März 2009 bezüglich des operationellen belgischen Plans „Influenzapandemie" https://www.health.belgium.be/de/gutachten-nr-48-operationeller-belgischer-plan-influenzapandemie

Rechtstexte

- Gesetz vom 22. August 2008 über die Rechte des Patienten
- Gesetz vom 10. Mai 2007 zur Bekämpfung gewisser Formen von Diskriminierung
- Gesetz vom 4. November 2020 zur Verabschiedung verschiedener Maßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie, Gesetz vom 06. November 2020 zur Ermächtigung von gesetzlich nicht befugten Personen, im Rahmen der Epidemie des Coronavirus COVID-19 zur Krankenpflege gehörende Tätigkeiten auszuüben
- Gesetzesvorschlag vom 29. Oktober 2020 über gewisse Sozialmaßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie, Nr. 55-1365 Https://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=/none&leftmenu=no&language=nl&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?lang=n&legislat=55&dossierid=1365