

# **Gutachten Nr. 85 vom 17. April 2023 über die ethische Legitimität der Priorisierung in der Pflege**

# Inhaltsverzeichnis

1. Befassung.....	3
2. Früheres Gutachten des Ausschusses über die Frage bezüglich des Mangels an verfügbarer Pflege in Zeiten von Covid-19 .....	6
3. Neuformulierung der Frage .....	7
4. Herausforderungen für eine Gesundheitspflege in einer Umgebung mit beschränkten Mitteln 8	
5. Rechtliche Erwägungen .....	12
5.1. Internationale Texte .....	12
5.2. Charta der Grundrechte der Europäischen Union.....	13
5.3. Texte des belgischen innerstaatlichen Rechts .....	13
5.4. Schlussfolgerung bezüglich der staatlichen Verpflichtungen .....	14
6. Ethische Bedenken .....	14
7. Schlussfolgerungen .....	16
Anlage .....	19

## COPYRIGHT

Belgischer Beratender Ausschuss für Bioethik  
E-Mail: [info.bioeth@health.fgov.be](mailto:info.bioeth@health.fgov.be)

*Unter der Voraussetzung folgender Quellenangabe ist es zulässig, aus diesem Gutachten zu zitieren: „Aus dem Gutachten Nr. 85 des Belgischen Beratenden Ausschusses für Bioethik, abrufbar auf [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)“.*

## Vorläufige Warnung:

Die Stellungnahmen des Ausschusses werden auf Niederländisch und Französisch verfasst. Bitte betrachten Sie diese beiden Sprachversionen als offiziell, auch wenn Übersetzungen in anderen Sprachen verfügbar sind.

# 1. Befassung

Der Belgische Beratende Ausschuss für Bioethik wurde mittels eines Schreibens vom 18. November 2021 von Dr. Luc Harlet angeschrieben, Präsident der Kommission für medizinische Ethik des AZ Delta in Roeselare, mit folgendem Ersuchen um ein Gutachten „über die Erhöhung der Kapazität der für Covid-Patienten vorbehaltenen Betten“:

*„Was wir vor zwei Jahren für undenkbar hielten, ist mittlerweile Realität: Durch die Corona-Pandemie werden wir ständig herausgefordert, um auf gerechte Art und Weise mit dem bleibenden Bettendruck in den Krankenhäusern umzugehen. Bereits in der ersten Welle haben wir in unserem Krankenhaus mit Ärzten beraten, um darüber nachzudenken, wie wir die Priorisierung in der Notaufnahme und Intensivstation in Angriff nehmen. Dabei nahmen wir unter anderem die These auf, dass wir nicht zwischen Covid und Non-Covid-Patienten unterscheiden; dass wir uns in erster Linie an Notwendigkeit und Dringlichkeit orientieren.*

*Bis heute wird den Krankenhäusern bei jeder Covid-Welle auferlegt, einen bestimmten Prozentsatz an Intensivbetten für Covid-Patienten freizuhalten. Diese Anforderung wirft Fragen über die zugrunde liegende Argumentation auf. Wir verstehen die praktische Besorgnis, dass wir auf einen Ansturm von Covid-Patienten vorbereitet sein müssen, damit möglichst viel dringende Pflege erbracht werden kann. Wir verstehen auch die Notwendigkeit, dafür andere, nicht dringende Pflege aufzuschieben. Es stellt sich jedoch die Frage nach der ethischen Grundlage für das Ersuchen, einen Prozentsatz an Betten für eine spezifische Erkrankung wie Covid freizuhalten. Bedeutet dies keine Diskriminierung gegenüber anderen, dringlichen Erkrankungen, die ebenso Anspruch auf einen Prozentsatz der Betten erheben können? Ob jemand Pflege aufgrund von Covid oder aufgrund einer anderen Erkrankung benötigt, müsste unserer Meinung nach egal sein. Wie können wir angesichts der fluktuierenden Infektionswellen auf nachhaltige Weise eine gerechte Verteilung des Zugangs zu Krankenhausbetten gewährleisten“?*

Am 3. Dezember 2021 richteten Dr. Olivier Descamps und Dr. Sébastien Loix, Präsident bzw. Vizepräsident der Ethikkommission der Krankenhausgruppe Jolimont (Jolimont-Lobbes-Nivelles-Tubize) folgende Gutachtenanfrage an den Belgischen Beratenden Ausschuss für Bioethik:

*„Hiermit möchten wir dem Beratenden Ausschuss für Bioethik eine wichtige ethische Frage vorlegen.*

*Alle Krankenhäuser im Land werden derzeit mit etwas konfrontiert, das als vierte Welle der COVID-19-Infektion beschrieben wird. Wie Sie wissen, ist jedes Krankenhaus verpflichtet, einen bestimmten Prozentsatz seiner Mittel für die Intensivpflege dieser Covid-19-Patienten zu reservieren.*

*Dieser Prozentsatz wird vom Krankenhaus und vom Ausschuss „Hospital and Transport Surge Capacity“ (HTSC) festgelegt, einem Beratungsorgan, das dem FÖD-Volksgesundheit untersteht.*

Seit 19. November hat der HTSC-Ausschuss die Ausweitung auf Phase 1B angeordnet. Das bedeutet, dass 50% der verfügbaren Intensivkapazität für Covid-19-Patienten reserviert werden muss

Die Krankenhäuser unserer Krankenhausgruppe sind genauso wie alle anderen auf diese Frage eingegangen, die durch die aktuelle Zunahme der Patientenzahl, die eine Behandlung benötigen, veranlasst wird.

Unsere Intensivstationen haben derzeit eine Sättigung erreicht, sowohl im Hinblick auf Covid-19- als auch Nicht-Covid-19-Betten. Wir können derzeit keine Pflege für bestimmte elektive Erkrankungen, die eine Reanimation erfordern, erbringen. Die Operationspläne müssen permanent angepasst werden, und einige Operationen werden auf unbestimmte Zeit aufgeschoben, obwohl sie relativ dringend sind. Patienten, die Intensivpflege benötigen, werden zu weniger gut geeigneten Einrichtungen weitergeleitet.

Nach einigen Wochen der Verabreichung der nötigen Pflege infolge dieser vierten Welle können wir Folgendes feststellen: Derzeit werden die Betten für die Pflege von Covid-19-Patienten beinahe vollständig (mehr als 95%) von nicht geimpften Patienten eingenommen.

Es ist keineswegs die Absicht dieses Schreibens, die Betreuung dieser Patienten oder ihre Entscheidung, sich nicht impfen zu lassen, zur Diskussion zu stellen. Andererseits stellt uns diese Situation jedoch vor ein großes ethisches Dilemma.

- die aktuelle Durchimpfungsrate beträgt 77%
- praktisch alle Covid - 19 -Betten werden von nicht geimpften Patienten eingenommen

**"Ist es ethisch akzeptabel, 50% der verfügbaren Betten auf der Intensivstation an 23% der Bevölkerung zuzuweisen",<sup>1</sup> mit erheblichen Folgen für die Gesamtheit der Bevölkerung? Können wir hier nicht von einem Mangel an Verhältnismäßigkeit sprechen?**

Obwohl diese „Covid“-19-Betten für die gesamte Bevölkerung bestimmt sind, ohne Unterscheidung im Hinblick auf ihren Impfstatus, werden sie in der Realität nahezu ausschließlich von Patienten eingenommen, die der nicht geimpften Minderheit angehören. Dieses potenzielle Missverhältnis wird wahrscheinlich noch stärker werden, wenn es notwendig sein wird, auf Phase 2A (60%) aufzustocken, was angesichts der aktuellen Entwicklungen bedauerlicherweise sehr wahrscheinlich ist.

Die Beanspruchung von Betten hat große Folgen für die gute Funktion der üblichen Pflegekette, mit Rückwirkungen für die gesamte Bevölkerung (Aufschub von Diagnose und Pflege, Aufschub von Eingriffen mit pathologischen oder psychologischen Folgen). Dies entspricht einem „Verlust von Chancen“ für jeden betroffenen Patienten.

Unabhängig von jedem Werturteil müssen wir zugeben, dass die Verweigerung der Impfung durch einen kleinen Prozentsatz der Bevölkerung die Chance auf optimale Pflege - auf die alle Menschen Anspruch haben- beschränkt.

---

<sup>1</sup> Die Verwendung von Buchstaben im Fettdruck in dieser Präsentation entspricht der ursprünglichen Gutachtenanfrage.

***Steht die Achtung der Autonomie einer Minderheit nicht im Widerspruch zum Grundsatz der verteilenden Gerechtigkeit?***

***Kann die bewusste Entscheidung einer Minderheit negative Folgen für die gesamte Bevölkerung haben, ohne einzige Form von Verantwortung?***

*In den vergangenen Wochen gab es verschiedene Zeugnisse, die auf diese Unverhältnismäßigkeit hinweisen. Anfang November veröffentlichte De Morgen eine Stellungnahme von zwei VLD-Mitgliedern, in denen sie folgenden Schluss zogen: „Der harte Kern, der sich dafür entscheidet, sich nicht impfen zu lassen, hat die Freiheit, diese Entscheidung zu treffen, nicht aber die Freiheit, die restliche Gesellschaft zur Geisel zu nehmen...“ Kürzlich gab es einen offenen Brief eines VRT-Journalisten, in dem dieser bedauert, dass seine Behandlung einer Prostata-Neoplasie auf unbestimmte Dauer aufgeschoben wurde, und der jüngste Brief stammt gemeinschaftlich von den Krankenhäusern in Namur. Innerhalb unserer eigenen Mauern wird große Besorgnis geäußert, und besteht die zunehmende Befürchtung, dass in zweiter Linie ein Zustrom von Patienten erwartet wird, die ihre Impfung vorzeitig erhalten haben und bei denen der Schutz nicht mehr ausreichend ist. Werden wir diese Patienten in guten Umständen betreuen können, in dem Wissen, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer unserer Covid-19-Patienten auf der Intensivstation mehrere Wochen beträgt?*

*Wir wiederholen, dass die Absicht dieses Schreibens nicht darin besteht, eine Diskussion über die Legitimität der Ablehnung einer Impfung zu führen, sondern um über diesen Mangel an Verhältnismäßigkeit und die Folgen davon für die gesamte Bevölkerung im Kontext der Gesundheitskrise nachzudenken.*

*Wir sind davon überzeugt, dass diese Frage in den kommenden Wochen noch an Bedeutung gewinnen wird, und dass die Gefahr besteht, dass in der öffentlichen Meinung eine enorme Kluft zwischen den geimpften und ungeimpften Bürgern entstehen wird.*

*Wir halten es für absolut notwendig, zu untersuchen, inwiefern die aktuellen und zukünftigen Richtlinien für die Inanspruchnahme dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz auf Ebene der gesamten Bevölkerung entsprechen."*

Diese zwei Gutachtenanfragen wurden vom Beratenden Ausschuss bei seiner Plenarsitzung vom 13. Dezember 2021 für zulässig erklärt. Sie werfen mehr Fragen über die Legitimität, selbst die Gesetzmäßigkeit der Entscheidungen des ‚Comité Hospital and Transport Surge Capacity‘ auf, einem Organ, das innerhalb des FÖD-Volksgesundheit tätig ist, als über die ethischen Probleme, die ein Mangel an verfügbarer Pflege für zu viele Patienten mit sich bringt, was zu der ethischen Frage schlechthin der eventuellen Priorisierung führt. Es ist jedoch nicht der Auftrag des Beratenden Ausschusses, sich über rein juristische Fragen auszusprechen. Der Ausschuss ist keine Beschwerdeinstanz, die Streitsachen über die Gesetzmäßigkeit von Beschlüssen von Verwaltungsbehörden schlichten muss, die von Rechtssuchenden aufgeworfen werden, was öffentliche Krankenhäuser sicherlich sind. Dies fällt unter die Zuständigkeit des Staatsrates.

Andererseits müssen die ethischen Fragen über die mögliche Priorisierung der Pflege und die Kriterien dafür beantwortet und somit anders formuliert werden. Der Beratende Ausschuss kann dies tun, weil er das Recht hat, auf eigene Initiative zu forschen. Der Beratende Ausschuss für Bioethik hat verschiedene Gutachten im Rahmen der Pandemie veröffentlicht, unter anderem das Gutachten „Ethische Aspekte bezüglich der Priorisierung von Pflege in Zeiten von COVID-19“ vom 21. Dezember 2020. Diese Empfehlung, die von der Ärztekammer und dem Hohen Gesundheitsrat unterzeichnet wurde, ist in der Anlage aufgenommen, da die oben gestellten Fragen hierin teilweise beantwortet werden.

Durch Umstände, unter anderem die Covid-19-Pandemie und eine zu große Arbeitsbelastung, konnte der Beratende Ausschuss diese Gutachtenanfragen nicht innerhalb einer wünschenswerten Frist behandeln. Bei seiner Plenarsitzung vom 22. September 2022 urteilte er, dass „die formulierten Fragen derzeit nicht mehr ebenso akut sind“. Die aktuellen Forderungen tauchen jedoch im Spätherbst 2022 erneut auf, infolge eines Wiederauflebens der Covid-19-Pandemie, einhergehend mit einer Epidemie von Bronchiolitis, die bei einer großen Anzahl sehr kleiner Kinder Atemnot verursacht, und mit der saisonbedingten Grippeepidemie, wodurch die belgischen Krankenhäuser „die Alarmglocken läuteten“<sup>2</sup>. Zusätzlich gab es auch andere Probleme in Bezug auf Knappheit. So müssen mehrere Krankenhäuser derzeit (vorübergehend) aufgrund eines Mangels an Pflegepersonal Abteilungen schließen.

Deshalb wurde beschlossen, das normale Arbeitsverfahren zu befolgen, einschließlich der Zusammenstellung einer engeren Kommission, die der Plenarsitzung auf Basis einer neu formulierten Frage einen Gutachtenentwurf vorlegen muss.

## 2. Früheres Gutachten des Ausschusses über die Frage bezüglich des Mangels an verfügbarer Pflege in Zeiten von Covid-19

Der Beratende Ausschuss für Bioethik hat diese Frage in seiner Empfehlung vom 21. Dezember 2020 über „Ethische Aspekte bezüglich der Priorisierung der Pflege in Zeiten von COVID-19“ behandelt, unterzeichnet vom nationalen Rat der Ärztekammer und vom Hohen Gesundheitsrat. Die darin aufgenommenen Erwägungen und die daraus hervorgehenden Schlussfolgerungen bleiben vollständig gültig. Die vorliegende Empfehlung bezweckt deren Ergänzung vor dem Hintergrund der neuen Elemente in der nachstehend neu formulierten Frage. Die Empfehlung vom

---

<sup>2</sup>Siehe für Frankreich beispielsweise die digitale *L'Obs* von Mittwochmorgen, 30. November 2022 ([L'Obs newsletters@redaction.nouvelobs.com](mailto:L'Obs_newsletters@redaction.nouvelobs.com) - [Covid: Borne ruft zum erneuten Tragen der Maske im Verkehr auf \(nouvelobs.com\)](https://www.nouvelobs.com)) über die Erklärungen der Premierministerin Elisabeth Borne am vorausgegangenen Tag in der Nationalversammlung und, für Belgien, *Le Soir* desselben Tages.

21. Dezember 2020 wurde diesem Gutachten beigefügt, und stellt einen integralen Bestandteil davon dar.

### 3. Neuformulierung der Frage

Einer der Ärzte einer der beiden vom Ausschuss gehörten Einrichtungen erläuterte, welche Lektionen er aus den Praxissituationen gezogen hat, mit denen sein Krankenhaus konfrontiert wurde, insbesondere während der ersten Welle der Covid-19-Epidemie:

- Bereits vor der Epidemie gab es einen Mangel an Krankenpfleger/innen. Die erste Welle der Epidemie brachte eine Umverteilung des Pflegepersonals zugunsten der Notfalldienste mit sich. Für die Arbeit in einer Notfallabteilung sind jedoch spezifische Fertigkeiten und eine spezifische Ausbildung erforderlich, worüber andere Krankenpfleger/innen nicht verfügen, obwohl diese über andere Fertigkeiten verfügen. Dazu kam, dass viele Personalmitglieder schon rasch selbst gesundheitliche Probleme bekamen, entweder durch Infektion oder durch extreme Müdigkeit. Dadurch bekamen einige Patienten zu diesem Zeitpunkt nicht dieselbe Pflegequalität wie andere. Es ist bekannt, dass nach dieser Periode eine erhebliche Anzahl an Krankenpfleger/innen die Krankenhauswelt verlassen haben. Dies hat dazu geführt, dass noch stets ein Mangel besteht, selbst auf unbestimmte Dauer, in allen Pflegesektoren. Dies belastet die Organisation der Pflege in allen Krankenhäusern. Wie werden wir die folgende Epidemie mit einem vergleichbaren Umfang bewältigen - die jüngste Geschichte der Weltgesundheit lehrt uns, dass wir sicher hiermit konfrontiert werden - wenn die Situation unserer Krankenhäuser heute schwächer ist als vor der erste Covid-19-Welle?

- Rasch waren die Krankenhäuser völlig saturiert und bestand ein Mangel an Maschinen. Einige Krankenhäuser waren dadurch gezwungen, die Aufnahme bestimmter Patienten zu verweigern. Ärzte standen vor der Wahl, welchen Patienten sie Vorrang einräumten, und schlussendlich konnten sie selbst keinen einzigen Patienten mehr aufnehmen. Die Organisation der Aufsicht der Einhaltung der Normen, die in Flandern und Brüssel gemeinschaftlich und in Wallonien regional ist, hat die Bildung von Netzwerken gefördert. Krankenhausärzte kennen einander, wenn sie zum selben Netzwerk gehören. Sie wenden sich folglich an diese Kollegen für die Verlegung von Patienten, und nicht an Ärzte, die einem anderen Netzwerk angehören. Dies hatte zur Folge, dass bestimmte Patienten nicht verlegt werden konnten, während ein Krankenhaus eines anderen Netzwerks, in der Nähe der gemeinschafts- und regionalen Grenze, vielleicht eine Möglichkeit gewesen wäre;

- Dieser Zustand hat zum Tod einer unbekanntem Anzahl Patienten geführt, die unzureichend behandelt wurden.

Der Gesprächspartner des Ausschusses fügte dem hinzu, dass alle Mängel eine Bedrohung darstellen. Der aktuelle Mangel an bestimmten Arzneimitteln, bestimmt für die Behandlung von Patienten mit einem Schlaganfall, sorgt dafür, dass die noch vorrätigen Arzneimittel nur an Patienten verabreicht werden, bei denen Sicherheit in Bezug auf eine ‚tatsächliche Genesung‘ besteht.

Diese Feststellung wirft die Frage nach der ethischen Legitimität der Erstellung von Kriterien für die Priorisierung der Pflege durch eine - öffentliche oder private - Autorität auf.

All diese Erwägungen haben den Ausschuss dazu gebracht, die gestellten Fragen zu einer einzigen Frage umzuformulieren, die folgendermaßen lautet:

**„Ist es ethisch zulässig, dass die öffentliche Hand oder öffentliche oder private Pflegeeinrichtungen Vorschriften auferlegen, wodurch bestimmte Pflegemaßnahmen Vorrang vor anderen bekommen, falls das Pflegeangebot gemessen am Pflegebedarf unzureichend ist, beispielsweise bei einer Epidemie?“**

Der Ausschuss ist sich dessen bewusst, dass verschiedene andere Blickwinkel von großer Bedeutung sind, wie beispielsweise bioethische Theorien über das Recht auf Gesundheitspflege, die effiziente Zuweisung von Mitteln und die Ergebnisse, die durch die Organisation eines Gesundheitssystems erlangt werden. Der folgende Beratende Ausschuss für Bioethik (siebtes Mandat) wird diese Frage behandeln, wenn er dies beschließt.

## 4. Herausforderungen für eine Gesundheitspflege in einer Umgebung mit beschränkten Mitteln

In unserer Gesundheitspflege besteht meistens ein gutes Gleichgewicht von Nachfrage und Angebot. Dies hängt hauptsächlich mit der Art und Weise zusammen, in der unser Gesundheitswesen organisiert ist, wodurch auf der Angebotsseite eine große Freiheit besteht. Wartezeiten gibt es vielerorts, aber dies hängt eher mit einem spezialisierten Angebot oder dem Einsatz hochtechnologischer Techniken zusammen. Das Pflegeangebot ist flexibel, wie wir während der Covid-19-Pandemie feststellen konnten, in der Krankenhäuser eine große Flexibilität in Bezug auf die Umverteilung von Mitteln und Menschen gezeigt haben. Die Einstellung der regulären Pflege hat die Maximierung der Pflege von Personen mit Covid-19 ermöglicht.

Wenn die Nachfrage nach Gesundheitspflege mehr oder weniger mit dem Angebot übereinstimmt, wird eine Priorisierung durch Pflegerbringer auf Basis der bewährten medizinischen Praxis vorgenommen. Unter einigen Umständen kommt es jedoch vor, dass das Angebot der

Gesundheitspflege nicht an die Nachfrage angepasst ist. Dies ist in Entwicklungsländern, in denen die Gesundheitspflege mit beschränkten Mitteln organisiert wird, eher die Regel als die Ausnahme. Auch wenn man in Entwicklungsländern einen universellen Zugang zur Gesundheitspflege anstrebt, gibt es starke Ungleichheiten. Die Ungleichheit in Bezug auf den Zugang basiert häufig auf sozioökonomischen Unterschieden in der Bevölkerung. Das führt zu einer Zweiklassenmedizin, häufig eine private Medizin für die reichsten Bürger und eine öffentliche Medizin für die weniger wohlhabenden Menschen.

Jedes Gesundheitssystem müsste auf ungewöhnliche Herausforderungen vorbereitet sein. Darüber hinaus müsste die Verteilung der öffentlichen Mittel in der Gesundheitspflege auf den Grundsätzen von Gerechtigkeit und Gleichberechtigung basieren. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat seit 2015 einige Dokumente in Bezug auf die Ungleichheit des Zugangs zur Gesundheitspflege und deren unrechtmäßige Verteilung veröffentlicht<sup>3</sup>. Die WHO erklärt zuerst und vor allem, dass ein ungleicher Zugang und Ungerechtigkeit im Angebot kontextuell ist. Der Kontext wird von der menschlichen Biologie, der Art der Pathogene und der Schutzbedürftigkeit einer Bevölkerungsgruppe beeinflusst. Zudem können bestehende Gleichgewichte bei einer Pandemie erheblich gestört werden. Abhängig von dem Gesundheitsproblem, das in einer Bevölkerungsgruppe auftritt, können Indikatoren anweisen, ob die Mittel für die Gesundheitspflege ehrlich verteilt wurden (beispielsweise der Anteil von Kindern <5 Jahren mit Fieber, die für Malaria in einem Gebiet mit epidemischer Malaria behandelt werden). Der WHO zufolge zeigt sich, dass die Mittel für das Gesundheitswesen auch in sozioökonomisch wohlhabenden Regionen oft ungleich verteilt sind. Dies führt zu einer Ungleichheit im Zugang zum Gesundheitswesen.

Das Gesundheitswesen droht jetzt und in Zukunft mit anderen Mängeln konfrontiert zu werden. Derzeit besteht durch das Ausfallen von Ärzten und Pflegekräften ein erheblicher Personalmangel. Zahlreiche Arzneimittel sind durch Produktions- oder andere Logistikprobleme vorübergehend nicht lieferbar. Innovative Behandlungen kosten immer mehr Geld, während der Gewinn an gewonnenen Lebensjahren oder Lebensqualität nicht immer gewährleistet ist. Auch von dieser Seite droht unser Gesundheitswesen, auf seine Grenzen zu stoßen.

In der Katastrophenmedizin oder unter Kriegsbedingungen wird die Kapazität des Gesundheitswesens überbelastet und sind Nachfrage und Angebot nicht mehr aufeinander abgestimmt. Die Umstände führen dazu, dass das Angebot und dessen Kontinuität schwer garantiert werden können. Auch die Nachfrage variiert in dem Maße, dass manchmal große Opfergruppen gleichzeitig behandelt werden müssen. Auch dann muss eine rasche Ersteinschätzung und Priorisierung angewendet werden, manchmal auf Basis einfacher Kriterien, die die medizinische Prognose des Patienten bestimmen können.

---

<sup>3</sup> <https://www.who.int/data/inequality-monitor>

In der aktuellen Corona-Pandemie wurde unser Gesundheitswesen hart auf die Probe gestellt. Man befürchtete, dass die Bettenzahl in Intensivstationen unzureichend sein würde und dass ein Mangel an Ventilatoren bestehen würde. Im Rahmen einer Pandemie muss eine Abwägung verschiedener Interessen erfolgen: das Interesse des Individuums, der Schutz der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit, Gleichberechtigung, Vertrauen in das Gesundheitswesen, Solidarität und ordnungsgemäße Verwaltung. Das hat zu einer Maximierung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften, einer Beschränkung der Freiheit des Bürgers, der Angabe von Prioritäten im Hinblick auf die Zuteilung von Mitteln wie Impfungen und antivirale Mittel und einer Beschränkung von Reisen und Tourismus geführt. Dank einschneidender behördlicher Maßnahmen werden die Grenzen der Kapazität unseres Landes nur selten erreicht.

Wenn Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen nicht aufeinander abgestimmt sind, kann eine Priorisierung notwendig werden. Der Begriff der Priorisierung setzt den Vorrang einer Bevölkerungsgruppe gegenüber einer anderen oder eines Individuums gegenüber einem anderen Individuum voraus. So hat der Belgische Beratende Ausschuss für Bioethik in einem Gutachten empfohlen, bei der Impfung gegen Covid-19 bestimmten Bevölkerungsgruppen Vorrang einzuräumen.

In diesem Gutachten Nr. 75 über die ethischen Maßstäbe für die Einführung der COVID-19-Impfung zugunsten der belgischen Bevölkerung wurde erklärt, dass eine Priorisierung niemals auf rein medizinischen Kriterien basiert, sondern dass diese mit Grundsätzen wie Solidarität, Gegenseitigkeit, Gerechtigkeit und anderen ethischen Grundsätzen kombiniert werden muss<sup>4</sup>. Das Konzept der Priorisierung im Kontext der Impfung gegen Covid-19 hat zahlreiche Diskussionen ausgelöst.

Auf Ebene der individuellen Pflegebeziehung passen die Pflegeerbringer ihre Pflege gemäß den Richtlinien der bewährten medizinischen Praxis und den Bedürfnissen des Patienten an. Der Beratende Ausschuss betrachtet dies nicht als Priorisierung im Sinne dieses Gutachtens. Wissenschaftliche Richtlinien unterstützen immerhin die Ärzte, um die richtigen Entscheidungen zu treffen und eine Priorisierung auf rationale Art und Weise auszuführen. Es ist beispielsweise nicht so, dass ein Arzt ein Antibiotikum vorschreibt, weil der Patient darum bittet. Bei der Auswahl des richtigen Antibiotikums wird an die Entwicklung einer möglichen Resistenz, die Verabreichungsweise und die Kosten gedacht. Die bewährte medizinische Praxis berücksichtigt häufig rationale Schritte und Reihenfolgen in Behandlungsprogrammen, für ein bestimmtes Individuum oder zwischen Individuen untereinander. Patienten, die für eine Nierentransplantation in Frage kommen, werden gebeten, mit dem Rauchen aufzuhören, weil die Anwendung bestimmter

---

<sup>4</sup> Gutachten Nr. 75 vom 11. Dezember 2020 des Belgischen Beratenden Ausschusses für Bioethik über die ethischen Maßstäbe für die Einführung der COVID-19-Impfung zugunsten der belgischen Bevölkerung, [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth).

Immunsuppressiva eine beschleunigte Atherosklerose veranlasst. Wenn sich Patienten nicht an diese Maßnahme halten, droht ihnen eine längere Wartezeit bis zur Transplantation oder selbst die Streichung von dieser Warteliste. Hier gerät die Priorisierung mit der persönlichen Freiheit in Konflikt, auch wenn sie auf den medizinischen Entscheidungen basiert, die wissenschaftlich unterstützt sind.

Eine Priorisierung auf Basis wissenschaftlich untermauerter Kriterien und Richtlinien führt also im Allgemeinen nicht zu einer gesellschaftlichen Debatte, sondern zu wissenschaftlichen und ethischen Diskussionen zwischen Berufsfachkräften. Eine ethische gesellschaftliche Debatte entsteht, wenn die Priorisierung den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitspflege in Gefahr bringt. Hier kann es sich sowohl um eine wahrhafte als auch wahrgenommene Ungleichheit des Zugangs handeln. Es kann auch eine Unsicherheit darüber bestehen, was Ärzte als angemessenes Ergebnis für eine spezifische Patientenpopulation betrachten.

Die Priorisierung ist das Ergebnis von Entscheidungen auf makroökonomischer Ebene über die Zuteilung der Mittel, die für die Gesundheitspflege eingesetzt werden können. Die Programmierung schwerer Geräte und spezialisierter Pflege führt dazu, dass Einwohner einer bestimmten Region einfacher Zugang bekommen als Bewohner einer anderen Region. Die Subventionierung eines bestimmten Pflgetyps setzt Schwerpunkte, die das Angebot bestimmen und somit auch die Zugänglichkeit der Pflege. Auf mikroökonomischer Ebene kennt man ein ähnliches Phänomen durch das Überangebot in bestimmten medizinischen Fachrichtungen auf Kosten einer anderen Fachrichtung. Die Knappheit von Mitteln wird also teilweise durch die Regierung geschaffen, aber genauso gut durch Interessensgruppen, Universitäten, Versicherungen und andere Beteiligte.

Priorisierung auf Basis von Alter, Komorbidität, Besserungs- und Überlebenschancen sind rationale Parameter, die nicht nur im Rahmen einer Pandemie angewendet werden, sondern auch in der Gesundheitspflege im Allgemeinen. Die ethische Frage lautet, ob die Anwendung der Priorisierung einzig und allein den Ärzten überlassen werden muss oder ob behördliche Richtlinien erstellt werden müssen. Dies betrifft nicht nur das Treffen von Entscheidungen selbst, sondern auch die diesbezügliche Kommunikation. Die öffentliche Hand muss in diesem Fall dafür sorgen, dass keine Diskriminierung von schutzbedürftigen Gruppen wie Kindern, Behinderten, Senioren, Flüchtlingen usw. auftritt.

Die Erfahrung während der Covid-19-Pandemie hat gelehrt, dass die Anwendung einer Priorisierung eine große Belastung für Pflegeerbringer war. Einige Pflegeerbringer hielten es für ganz normal, während es von anderen als sehr belastend empfunden wurde. Eine Unterstützung der Pflegeerbringer bei der Anwendung der Priorisierung ist somit erforderlich. Krankenhäuser müssen zumindest über multidisziplinäre Teams verfügen, die ein kritischer Zuhörer für individuelle

Pflegeerberinger sein können. Ethische Unterstützung muss helfen, die möglichen Widersprüche und Konflikte in der Praxis auf ein Minimum zu beschränken. In erster Linie kommt die Unterstützung also von *Peergroups*, aber eine Unterstützung durch behördliche Vorschriften ist ebenso möglich. Ein Entscheidungsprozess, der sich aus der Anwendung von Gesetzen ergibt, entlastet Pflegeerberinger teilweise dadurch, dass man ihnen einen Rahmen bietet und sie gegen externe Einflüsse schützt, schafft dabei aber andere Schwierigkeiten: Put und Van Assche zufolge hat er Vor- und Nachteile<sup>5</sup>. Unter anderem kann eine Dekontextualisierung die Folge sein, mit einem erhöhten Konfliktgehalt und gestörten menschlichen Beziehungen.

## 5. Rechtliche Erwägungen

### 5.1. Internationale Texte

Artikel 2 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten, unterzeichnet am 4. November 1950 in Rom, trägt den Titel „Recht auf Leben“; in Absatz 1 wird im ersten Satz festgelegt, dass ‚das Recht jedes Menschen auf Leben gesetzlich geschützt wird‘; aus dieser Bestimmung folgt, dass jeder Staat verpflichtet ist, seine Gesetzgebung so einzurichten, dass seine Einwohner gegen einen Verlust des Lebens geschützt werden.

Der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte, der am 16. Dezember 1966 in New York abgeschlossen und am 21. April 1983 von Belgien ratifiziert wurde, enthält in Artikel 6, Absatz 1, eine ähnliche Bestimmung: ‚Jeder Mensch hat ein angeborenes Recht auf Leben. Dieses Recht ist gesetzlich zu schützen.‘ daraus folgt, dass kein einziges Gesetz eines Staates, das dem Pakt beigetreten ist, dieses Recht ändern kann<sup>6</sup>.

Der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, abgeschlossen am 16. Dezember 1966 in New York und von Belgien am 21 April 1983 ratifiziert, legt fest:

- in Artikel 11, Absatz 1, dass ‚die Vertragsstaaten das Recht eines jeden [...] auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen anerkennen‘ und ‚geeignete Schritte unternehmen, um die Verwirklichung dieses Rechts zu gewährleisten‘; wenn derartige Maßnahmen nicht getroffen werden, bedeutet dies, dass ein Staat, der eine Vertragspartei ist, seinen internationalen Pflichten nicht nachkommt;

- in Artikel 12, Absatz 1, dass die Vertragsstaaten das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit anerkennen‘; in Absatz 2 dieses

---

<sup>5</sup> J. Van Put und L. Van Assche. (2013) Juridisering van de zorgsector. Een verkennende begrips-en fenomeenstudie. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

<sup>6</sup>Unter Vorbehalt der Todesstrafe, gemäß den folgenden Absätzen desselben Artikels.

Artikels wird dem hinzugefügt: ‚Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts umfassen die erforderlichen Maßnahmen: [...] c) zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer, endemischer, Berufs- und sonstiger Krankheiten‘;

Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat am 11. Mai 2000 eine allgemeine Anmerkung über das Recht auf Gesundheit verabschiedet. (Anmerkung Nr. 14: das Recht auf eine möglichst gute Gesundheit gemäß Artikel 12 des Vertrags). In dieser Anmerkung wird an die allgemeinen juristischen Pflichten der Staaten erinnert. Obwohl der Staat seine Verpflichtungen auf progressive Weise erfüllen muss, darf er nicht unterlassen, dem tatsächlich einen Inhalt zu verleihen. Er muss möglichst schnell und gezielt die in Artikel 12 genannten Maßnahmen ausführen. Seine Pflichten lauten somit folgendermaßen: Erfüllen, Schützen und Ausführen. Erfüllen, indem die Ausübung davon nicht direkt oder indirekt behindert wird. Schützen, indem Maßnahmen getroffen werden, um zu vermeiden, dass Dritte diese beeinträchtigen. Ausführen, indem entsprechende gesetzgebende, administrative, budgetäre und gerichtliche Maßnahmen getroffen werden, um deren Ausführung zu gewährleisten.

## 5.2. Charta der Grundrechte der Europäischen Union

Artikel 35 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union trägt den Titel ‚Gesundheitsschutz‘ und lautet folgendermaßen:

„Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Maßnahmen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“

## 5.3. Texte des belgischen innerstaatlichen Rechts

Wir beschränken uns auf zwei Beispiele von Bestimmungen des belgischen innerstaatlichen Rechts: (1) Artikel 23 der Koordinierten Verfassung vom 17. Februar 1994 legt fest:

„Jeder hat das Recht, ein menschenwürdiges Leben zu führen.

Zu diesem Zweck gewährleistet das Gesetz, das Dekret oder die in Artikel 134 erwähnte Regel unter Berücksichtigung der entsprechenden Verpflichtungen die wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte und bestimmt die Bedingungen für ihre Ausübung.

Diese Rechte umfassen insbesondere:

1. [...];

2. das Recht auf soziale Sicherheit, auf Gesundheitsschutz und auf sozialen, medizinischen und rechtlichen Beistand,  
[...].

Die Anerkennung der Existenz eines Rechts auf Gesundheitsschutz für Bürger impliziert eine Verpflichtung für den Staat, dafür zu sorgen, dass dieses Recht nicht durch einen Mangel an Weitsichtigkeit oder Vorsorge in Gefahr gerät. Zudem hat diese Bestätigung des Gesundheitsschutzes zur Folge, dass diese Anerkennung durch den so genannten Standstill-Effekt konsolidiert wird, der im Prinzip die Aufrechterhaltung eines gleichwertigen Schutzniveaus vorsieht. Die Festlegung von Maßnahmen durch die Behörden, die dazu führen, dass diese Rechte beeinträchtigt werden, erfordert, dass sie dies mit Gründen allgemeinen Interesses rechtfertigen. In Anmerkung 14 wird darauf hingewiesen, dass: „Im Fall einer Maßnahme, mit der vorsätzlich ein Rückschritt ausgelöst wird, der Vertragsstaat nachweisen muss, dass diese nach einer sorgfältigen Abwägung aller anderen möglichen Lösungen getroffen wurde, und dass diese angesichts aller im Vertrag genannter Rechte und aller verfügbaren Mittel gerechtfertigt ist.“

(2) Das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten legt in Artikel 5 Folgendes fest: „Der Patient hat ein Recht darauf, dass die Berufsfachkraft unter Wahrung seiner Menschenwürde und Selbstbestimmung und ohne dass irgendwelche Unterschiede gemacht werden, ihm gegenüber Qualitätsleistungen erbringt, die seinen Bedürfnissen entsprechen.“ Es ist die Verantwortung des Staates, dem Patienten zu ermöglichen, dieses Recht tatsächlich auszuüben und der Berufsfachkraft zu ermöglichen, dies auszuführen, andernfalls wäre es nur theoretisch.

## 5.4. Schlussfolgerung bezüglich der staatlichen Verpflichtungen

Auch wenn einige der oben genannten Verpflichtungen eher als Mittel- denn als Ergebnisverpflichtungen beschrieben werden, muss der Staat zumindest alles unternehmen, was berechtigterweise möglich ist, um dem zu entsprechen. Doch lässt die Politik in Bezug auf das Gesundheitswesen und die Ausbildung des Gesundheitspersonals, insbesondere Ärzte und Pflegekräfte, schon seit vielen Jahren das Risiko von Epidemien unberücksichtigt, insbesondere von Erkrankungen der Atemwege, das von Epidemiologen allerdings hoch eingeschätzt wird (beispielsweise dadurch, dass der strategische Vorrat an Masken nicht aufgefüllt wird, indem man die pandemische Bereitschaft in der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften nicht vorsieht).

# 6. Ethische Bedenken

Juristische Abhandlungen über die Grundrechte in Bezug auf die Gesundheit während Gesundheitskrisen können nicht immer verhindern, dass doch Grund- und Menschenrechte

vernachlässigt oder selbst verletzt werden.<sup>7</sup> Deshalb ist empfehlenswert, den juristischen Diskurs mit einer philosophischen Abhandlung über Menschenrechte zu kombinieren. Der Menschenrechtsdiskurs hat ein ethisches und kritisches Vermögen, das noch weiter reicht als das positive Recht. Die Ethik der Menschenrechte versetzt uns in die Lage, den legitimen politischen Entscheidungsprozess in Bezug auf die Zuerkennung und Einschließung von Grundrechten weiterhin kritisch an wesentlichen moralischen Werten zu prüfen.

Als Beratender Ausschuss für Bioethik müssen wir folglich feststellen, dass

1. die Chance und das Risiko, dass eine neue pandemische Situation eintritt, reell ist: Die Mutation bestehender Viren oder die Kombination verschiedener Infektionskrankheiten können den Bestand an Intensivbetten und die Notfalldienste rasch verstopfen.
2. Der Mangel an Pflegemitarbeitern wie Ärzte und auch Pflegekräften stellt eine Bedrohung dar. Jetzt bereits müssen Betten und Abteilungen von Krankenhäusern mangels Mitarbeiter geschlossen werden.
3. Die Bevölkerung altert sehr schnell, und der Pflegebedarf wird somit größer. Es ist deutlich, dass auch in der Altenpflege ein Personalmangel auftreten wird, und dass immer mehr und mehr Menschen aus dem privaten Umfeld im Krankenhaus landen werden.

Aus ethischem Blickwinkel werden alle getroffenen Maßnahmen an den Grundsätzen von Solidarität und Gerechtigkeit geprüft werden, wie beispielsweise die verteilende Gerechtigkeit und die verfahrensbezogene Gerechtigkeit. Es stellen sich viele Fragen und spezifische Antworten in Bezug auf die gerechte Verteilung von Risiken und Vorteilen und den möglichen Schaden, und auch in Bezug auf die gerechte Weise, um Werte wie Freiheit, Gleichwertigkeit und Sorge für die schutzbedürftigsten Menschen zu verwirklichen. Diese Fragen stellen sich sowohl auf der Ebene der Gesellschaft in ihrer Gesamtheit (national, europäisch, international) als auch auf der Ebene der nationalen Politik (Makro), der Gesundheitspflegeorganisationen (Meso) und der Beziehung zwischen Pflegebringer und Patient (Mikro). Aus der Anhörungssitzung mit einem Gesundheitssoziologen ging hervor, dass der kulturelle, soziale und familiäre Kontext von Menschen die prekären Lebensbedingungen prägt, die mit spezifischen Bedürfnissen und Anforderungen dieser Menschen im Hinblick auf Gesundheitspflege einhergehen. Eine gerechte Gesundheitspflege basiert auf den Bedürfnissen und Anforderungen des individuellen Patienten. Eine umfassende und weltweite Krise der Gesundheitspflege stellt uns auch vor Probleme in Bezug auf die generationsbedingte und generationsübergreifende Gerechtigkeit. Werden die bezweckten Maßnahmen für die verschiedenen Altersgruppen fair sein? Beispiele: Der Schutz älterer Menschen darf nicht zu einer einseitigen Belastung von Jugendlichen (generationsbedingt) führen. Angesichts der hohen Kosten infolge der Pandemie wird die zukünftige Generation eine höhere Schuldenlast tragen (generationsübergreifend).

---

<sup>7</sup> Gutachten des *Deutsche Ethikrat*, 4. April 2022, "Vulnerability and Resilience in a Crisis – Ethical Criteria for Decision-Making in a Pandemic", S. 185-189, <https://www.ethikrat.org/en/publications/>.

Wenn die öffentliche Hand eine bestimmte Bettenzahl für die Intensivpflege reserviert, beruft sie sich implizit oder ausdrücklich auf eine Solidaritätspflicht. Solidarität ist ein altruistischer moralischer Wert. Viele Pflegebringer haben während der vergangenen Pandemie nicht nur ausgehend von ihrer professionellen Ethik gehandelt, sondern auch ausgehend von einem Altruismus ihren Mitmenschen gegenüber.

Wir leben in einer komplexen Gesellschaft, in der Menschen von Beurteilungen, Entscheidungen und Handlungen abhängig sind. Bei Unsicherheit haben Menschen Vertrauen in die korrekte Vorgehensweise anderer Menschen, Organisationen und Einrichtungen. In einer Krisensituation spielt das Vertrauen in den zwischenmenschlichen und sozialen Verkehr eine prominente Rolle. Bei einem Vertrauensmangel wird die Unsicherheit, sowohl gesellschaftlich als auch individuell, größer. Das Vertrauen sinkt bereits, wenn betreffende Menschen oder Gruppen unzureichend oder nicht über die getroffenen Entscheidungen informiert werden, oder wenn sie unzureichend oder nicht bei der Entscheidungsfindung einbezogen werden. Deshalb ist es wichtig, dass sich die öffentliche Hand und die im Bereich der Gesundheit tätigen internationalen Organisationen ausführlich beraten, ihre Politik festlegen und rechtfertigen und die Öffentlichkeit ordnungsgemäß informieren. Eine stabile gesellschaftliche Zusammenarbeit ist nur möglich, wenn auf und zwischen den drei Ebenen (Staat, Gesundheitsorganisation, Beziehung Pflegebringer-Patient) genug Vertrauen vorliegt.

## 7. Schlussfolgerungen

Der Belgische Beratende Ausschuss für Bioethik ist der Meinung, dass die zuständigen öffentlichen Instanzen dafür verantwortlich sind, die Gesundheit der Bevölkerung zu gewährleisten, und zwar gemäß den Rechtsvorschriften, die sie für sich selbst festgelegt haben, und gemäß den eingegangenen internationalen Verpflichtungen. Um diese Pflicht zu erfüllen, müssen sie eine Politik führen, die auf eine soziale Organisation ausgerichtet ist, die das nötige Pflegepersonal, die Ausrüstung und die Arzneimittel zur Verfügung stellt und die entsprechenden Verfahren vorsieht. Auf diese Weise können sie besser auf alle berechtigterweise vorauszusehenden Ereignisse vorgehen, die das Pflegesystem unter Druck setzen können, und können sie einen Mangel im Pflegeangebot vermeiden. Es ist ethisch nicht zulässig, den Pflegebringern als Regierung Vorschriften aufzuerlegen, um Mängel in Angriff zu nehmen, für die der Staat selbst verantwortlich ist, insbesondere wenn die Anwendung dieser Vorschriften dazu führt, dass bestimmte Patienten nicht oder weniger gut behandelt werden. Durch die Einführung solcher Vorschriften könnte der Staat seine Verantwortung auf die Pflegebringer abwälzen, indem er ihnen die Entscheidungen über Gesundheitspolitik überlässt, obwohl dies nicht ihrer Verantwortung unterliegt. Der Staat

muss dafür sorgen, dass Pflegeerbringer Entscheidungen auf Basis ihres Wissens und auf Basis des aktuellen Stands der Wissenschaft treffen können.

Der Ausschuss ist der Meinung, dass es ethisch gerechtfertigt ist, dass öffentliche oder private Pflegeeinrichtungen wie Krankenhäuser, Kliniken, Pflegeheime usw. einen Rahmen allgemeiner Richtlinien erstellen, die angewendet werden müssen, wenn sie dem Zustrom an Pflegeanfragen nicht entsprechen können. Diese Einrichtungen müssen an der Optimierung der Pflege und der medizinischen Behandlungen arbeiten, sodass die knappen Mittel optimal im Interesse der Patienten, und auf Basis nachgewiesener Fachkompetenz eingesetzt werden können. Der moralische Stress bei Pflegeerbringern muss vermieden oder jedenfalls maximal gelindert werden. Der Beitrag wissenschaftlicher Einrichtungen, wie dem Föderalen Fachzentrum für Gesundheitspflege, dem Hohen Gesundheitsrat und anderen ist hierfür unentbehrlich.

**Das Gutachten wurde im engeren Ausschuss 2022-3 vorbereitet, zusammengesetzt aus:**

Covorsitzende	Coberichterstatter	Mitglieder	Vorstandsmitglied
Patrick Cras	P. Cras	Vera De Vleeschauwer	Jan De Lepeleire
Thérèse Locoge	T. Locoge	Ignaa Devisch	
	J. Libbrecht	Martine Dumont	
	J. Messinne	Julien Libbrecht	
	J. Stuy	Jules Messinne	
		Johan Stuy	
		Nele Van Den Noortgate	

#### Mitglieder des Sekretariats

Dominique Dugois und Bea Deseyn

#### Gehörte Vertreter der Antragsteller

Sébastien Loix, Präsident der Kommission für medizinische Ethik der Krankenhäuser von Jolimont – Lobbes – Nijvel – Tubeke

Natasha Cornelis, Präsidentin der Kommission für medizinische Ethik des AZ Delta Roeselare

An Ravelingien, Politikkoordinatorin Ethik und Patientenwahrnehmung bei AZ Delta Roeselare

Jan Hebbrecht, Pflegerischer-Heilhilfsberuflicher Direktor des AZ Delta Roeselare

#### Gehörte Experten

Marcus Leys, Soziologe, Professor an der Freie Universität Brüssel - Fachgruppe Gesundheitswissenschaften

Philippe Leroy, Generaldirektor am Sint-Pieters-Krankenhaus Brüssel

Michelle Dusart, Leiter medizinische Abteilung, Generaldirektion des Sint-Pieters-Krankenhaus Brüssel

Dieses Gutachten kann auf [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth) abgerufen werden.

\* \* \*

# Anlage

Empfehlung vom 21. Dezember 2020 des Belgischen Beratenden Ausschusses für Bioethik, unterzeichnet von der Ärztekammer und dem Hohen Gesundheitsrat: „Ethische Aspekte bezüglich der Priorisierung der Pflege in Zeiten von COVID-19“

## 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 Notfalldiensteseinsätzen, 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 Pflegeheime, 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) 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 Elemente 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 Empfehlung des Belgischen Beratenden Bioethik-Ausschusses vom 21. Dezember 2020 4 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 werden 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:** 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-Säle 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.<sup>8</sup> 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

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

---

<sup>8</sup> Siehe (unter anderem) das Gesetz vom 10. Mai 2007 zur Bekämpfung bestimmter Formen von Diskriminierung.

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.<sup>9</sup> 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.

## 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.<sup>10</sup> 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

---

<sup>9</sup> Siehe neben dem Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten auch das Gesetz vom 4. November 2020 zur Festlegung verschiedener sozialer Maßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie.

<sup>10</sup> Siehe unter anderem die vom Europäischen Rat der Ärztekammern (CEOM) verabschiedeten „Principles of European Medical Ethics“: <http://www.ceom-ecmo.eu/view/principes-d-ethique-medicale-europeenne>.

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.

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<sup>11</sup>.

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.

## 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 Grundsätzen 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

---

<sup>11</sup> 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.*

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<sup>12</sup>.

## **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.

---

<sup>12</sup> Leitfaden für die Einlieferung eines Alten- und Pflegeheimbewohners mit nachgewiesenem/stark vermuteter COVID-19-Infektion. Version 2.0 vom 21. Oktober 2020, <https://geriatrie.be/media/2020/10/Leidraad-voor-artsen-ziekenhuisopname-bij-WZC-bewoner-met-COVID-19-23092020-1.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 (siehe 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<sup>13</sup>, 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<sup>14</sup>. 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. 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.

---

<sup>13</sup> Historisch gesehen wurden zahlreiche Kriterien definiert, erwogen und/oder angewandt, worunter 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 beispielsweise Kilner JF, *Who Lives? Who Dies? Ethical Criteria in Patient Selection*, London, Yale University Press, 1990.

<sup>14</sup> 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 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 sozialwirtschaftlichen 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 keinen 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 Generationen 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 Pflorgeteam getroffen. Daran sind meistens zwei – vorzugsweise drei – Mitglieder des Ärzteteams beteiligt. Die Einbeziehung von Gesundheitsdienstleistern aus verschiedenen Disziplinen und Bereichen, auch aus dem Pflorgeteam, 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.

## **3. 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 krankenhauserne 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.<sup>15</sup> 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.

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

---

<sup>15</sup> 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.

Möglichkeiten, für die der Gesetzgeber im Rahmen der heutigen Pandemie die notwendigen rechtlichen Rahmen geschaffen hat.<sup>16</sup> 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 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.

---

<sup>16</sup> Gesetz vom 4. November 2020 zur Festlegung verschiedener sozialer Maßnahmen infolge der COVID-19-Pandemie; Gesetz vom 6. November 2020 zur Ermächtigung von gesetzlich nicht befugten Personen, im Rahmen der Epidemie des Coronavirus COVID-19 zur Krankenpflege gehörende Tätigkeiten auszuüben.