

Protokoll der 12. Video-Konferenz, 10. November 2020: «Klinische Ethik, Corona-Pandemie, aktuelle Herausforderungen»

Moderation

Settimio Monteverde, Tanja Krones, Tatjana Weidmann (Prot.), Sibylle Ackermann

1) Protokoll letztes Meeting

- Es gibt keine Bemerkungen zum Protokoll des Meetings vom 27.10.2020
- Das Protokoll wird verdankt.

2) Berichterstattung & Brainstorming

Bericht aus Genf

- Die Situation ist sehr angespannt, auf IPS, auf Intermediate Care und auf Normalstation. Die ethische Begleitgruppe setzt sich intensiv mit den möglichen Allokationsproblemen auseinander und macht wöchentlich ein Meeting um über die Herausforderungen auszutauschen. Bietet Pikettdienst für Entscheidungsfindung an. SAMW-RL konnten sie bislang nicht anwenden, da nationaler Entscheid fehlt, dass man auf «Stufe A» stehe.
- Transfer zwischen Spitälern: Klingt in der Theorie einfacher, als es in der Praxis ist. Bei Überweisungen in andere Spitäler werden Patienten einem zusätzlichen Risiko ausgesetzt. Identifikation der transferierbaren Patienten ist Triage in der Triage.

Bericht aus den Spitälern Wallis:

- Sehr erfreulicherweise seit einer Woche weniger Ansteckungen im Kanton, aber die Anzahl Zuweisungen auf die Intensivstation hat noch nicht abgenommen.
- Für die Gesundheitsfachpersonen ist es enorm belastend, angesichts der riesigen Welle triagieren zu müssen. Dass man nun verlegen kann, ist eine riesige Erleichterung.
- Es gibt viele Bestrebungen zur Entlastung des Personals (u.a. von Privatkliniken).
- Erfreulicherweise sind weniger Gesundheitsfachpersonen krank als vor 2 Wochen.
- In den EMS/APH ist die Situation jedoch dramatisch, sehr viele Fälle, enorm belastend für die Gesundheitsfachpersonen. Es herrscht ein extrem hoher Druck.
- Es hat sich als sehr wichtig herausgestellt, zwischen den einzelnen Kliniken darüber auszutauschen, was man unter "Triage" versteht. Dabei haben die SAMW-RL geholfen.

Thema «gerechte Verteilung der Patient*innen» unter den Spitälern

- Es gibt an unterschiedlichen Orten Diskussionen über Transferkriterien und Kriterien bzgl. der Aufnahme («Habt ihr keinen Patienten, der weniger alt etc. ist?»)
- In einzelnen Kantonen ist es schwierig, Patient*innen unter den Spitälern angemessen zu verteilen. Es gibt zwar eine offizielle Liste von «freien» Betten, trotzdem gibt es Spitäler die trotz «freien» Betten die Aufnahme einer Verlegung ablehnen.
- Es geht nicht nur um die IPS-Betten, sondern um die generellen Hospitalisationen. Solange es kein kantonales Dekret gibt, Leistungen herunterzufahren, bleibt die «Last» der Betreuung von Covid-Patient*innen «ungerecht» verteilt.
- Alle versuchen zurzeit auszubauen, um Rationierung zu vermeiden – u.a. Versuch Assistenzärzt*innen Anästhesie auf der IPS einzusetzen. Klappt allerdings nicht sehr gut.
- Es braucht für Covid-Patient*innen unbedingt eine vernünftige Refinanzierung.

3) SAMW-Richtlinien Triage auf Intensivstationen

- Grosse Medien-Resonanz auf die am 4. November veröffentlichte Triage-RL Version.
- Von fachlicher Seite viel positives, auch kritisches Feedback, das hilfreich zur weiteren Evolution und Verfeinerung der Kriterien und Verbesserung der RL ist.
- Kritische Feedbacks von Pro Senectute und Inclusion Handicap: RL seien diskriminierend (Alter resp. Behinderung und Frailty Score), vgl. z.B. Medienmitteilung von Inclusion Handicap www.inclusion-handicap.ch/de/medien/medienmitteilungen_2-473.html
- Im Zentrum steht die kurzfristige Prognose der intensiv-medizinischen Behandlung. RL ist keine starre Checkliste, sondern eine Orientierungshilfe für Teamentscheidung.

Diskussion

- Es ist unklar was es rechtlich bedeutet, wenn jemand nach Triage/Posteriorisierung stirbt, der sonst mit hoher Wahrscheinlichkeit hätte gerettet werden können. Es besteht Sorge, dass das strafrechtlich relevant ist (ausgewöhnlicher Todesfall?). Vorschlag: Diese Todesfälle in einer Liste erfassen. Für totale Rechtssicherheit müsste der Gesetzgeber etwas machen. SAMW-RL reicht rechtlich wohl nicht aus.
- In Deutschland wurde eine Verfassungsbeschwerde eingereicht (Lebensrechte seien grundrechtlich so relevant, dass der Gesetzgeber nicht dazu schweigen könne).
- Verfassungsrechtlich unstrittig: Ausschlaggebend ist nur die kurzfristige Prognose und das Maximierungsgebot bzgl. Menschenleben (und nicht bezüglich Lebensjahren).

4) SBK und «Stimmungsbild Pflege»

- Alle Mitglieder der SBK-Ethikkommission an ihren Arbeitsorten extrem gefordert. Beim SBK deshalb viele inhaltliche Projekte gezwungenermassen auf Eis.
- Die Situation für die Pflegenden ist SEHR anstrengend. Es wird erwartet, dass die Pflege Normalbetrieb und Covid oben drauf stemmt. Doch Covid-Betreuung ist mental enorm anstrengend, man muss täglich zusehen wie Leute sich rapide verschlechtern und auf die IPS müssen. Marathon, der bis in den Frühling durchgehalten werden muss.
- Es ist sehr aufwändig, aus anderen Abteilungen Pflegende einzuarbeiten. Die Arbeit ist auch belastet durch die erschwerten Kontakte mit den Angehörigen.
- Positiv ist, dass in der ersten Welle viel gelernt wurde bezüglich guter Organisation.
- Fürs Gesundheitspersonal ist neben den vielen Patienten auch belastend, dauernd mit neu rekrutiertem Personal zu arbeiten, bringt viel Unruhe in den Teams..
- Pflege spürt, dass Patienten auf Isolationsstation kränker sind als in der ersten Welle.

5) Thema «Silent Triage»

- Medikamente werden knapp (z.B. Remdesivir), aber auch High Flow und CPAP auf Station -> Wer bekommt welche Ressource? Nach welchen Kriterien?
- Daily business in den Covid-Stationen ist geprägt von Ressourcenknappheit (viel Diskussion über IPS). Bettenstationen sind nicht im Fokus.
- Es wird versucht, Patient*innen so lange wie möglich auf den Stationen zu halten und sie auf der Bettenstation durchzubringen, um IPS zu vermeiden.
- Beim Kader und Entscheidungsträger*innen ist eine gewisse Müdigkeit zu beobachten.
- Es gibt wenige Patient*innen, die wirklich auf IPS wollen. Am USZ sind Gespräche mit allen Patient*innen für ärztliche Notfallanordnung zwingend. Bzgl. Entscheidungen für IPS oder Operation etc. muss der Wille des Patienten vorliegen.

6) Thema «Visiting Policies»

- Zum Teil Probleme mit Besuchen, weil einige Angehörige es nicht verstehen, warum nun kein Besuch möglich ist. Enormer Gesprächs - und Erklärungsbedarf im REHA Bereich
- Grosse Unterschiede: Von komplettem Besuchsverbot über zunehmend restriktiv, mit Ausnahmen oder bis hin zu Besuche für alle Patienten/-innen möglich (mit Einschränkungen bzgl. Anzahl Personen im Zimmer, Anzahl Besucher pro Patient).
- Begründung des Besuchsverbots: Es braucht einheitliche Regeln, Argumente und Evidenz, wenn man etwas verfügt (Anzahl Personen pro Quadratmeter etc.).
- Besuch ist essentielles Bedürfnis von kranken Menschen. Dieses Bewusstsein ist bei Fachpersonen und bei der Priorisierung z.T. nicht durchgedrungen.
- In Covid-Zonen muss die Sicherheit der Besucher gewährleistet sein. Braucht viel Personalressourcen. Beschränkungen deshalb nötig, aber Besuche nicht unmöglich.
- Kontakte mit Angehörigen brauchen viel Zeit. Pflegende berichten, dass sie pro Tag bis zu 40 Telefonate von Angehörigen, Bekannten etc. erhalten
- Posttraumatische Belastungsstörung bei Angehörigen von Covid-Pat. werden in der Fachliteratur bereits angesprochen.

7) Varia

- Grosses Problem ist die Transparenz. Viele Dinge passieren «silent». Wie kann man Verpflichtung der Spitäler bzgl. Transparenz angehen? Ethische und rechtliche Verpflichtungen bzgl. Umsetzung und Durchsetzung der Transparenz?
- In der SAMW-RL hat es einen Passus bzgl. Entscheidungstransparenz.
- Wahrnehmung eines grossen moralischen Drucks, den Senior*innen empfinden, auf einen Spitalaufenthalt verzichten zu müssen.
- Präventive Entscheidung der Heime und Hausärzte, um Spitäler zu entlasten, ist problematisch. Vielleicht braucht es etwas an die Hausärzte adressiert.

8) Nächstes Meeting

Dienstag, 1. Dezember 2020, 19:00h – 20:15h

Link zur Teilnahme:

<https://uzh.zoom.us/j/94897412274?pwd=eFY4NU1pUXhWUnJOTWJMTWI1T01HQT09>

Meeting-ID: 948 9741 2274

Kenncode: 833745