

Moralische Probleme und Dilemmata in der Corona-Krise

In Pandemiezeiten verändern sich die ethischen Fragestellungen im Sozial- und Gesundheitswesen

Carola Fromm, M.A.

Dieser Artikel befasst sich mit ethischen Fragestellungen im Sozial- und Gesundheitswesen im Kontext einer Pandemie. Die Corona-Krise erfordert eine Auseinandersetzung mit normativ gültigen ethischen Grundorientierungen, die ins Wanken geraten. Der moralische Druck in Behandlungsteams wächst, Ängste und Unsicherheiten zeigen sich im Umgang mit der Erkrankung COVID 19. Die Wichtigkeit einer strukturierten ethischen Reflektion in Behandlungsteams kommt eine besondere Bedeutung zu. Es wird exemplarisch ein moralisches Problem anhand des Besuchsverbots expliziert und ein moralisches Dilemma am Beispiel der Zuteilung von knappen Ressourcen in der Intensivmedizin.

EINLEITUNG

Das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 fordert alle Menschen in der Gesellschaft heraus, stellt sie auf die Probe. Das daraus entstehende Krankheitsbild und die Erkrankung COVID 19 beansprucht das Gesundheitssystem auf allen Ebenen. Die Mitarbeitenden im Sozial- und Gesundheitswesen stehen vor neuen organisatorischen, medizinischen, pflegerischen und ethischen Herausforderungen.

ETHISCHE FRAGESTELLUNGEN IN PANDEMIEZEITEN

Die ethischen Fragestellungen in der Corona-Krise lösen nicht nur in der Intensivmedizin, sondern auch in der Akut- und Langzeitpflege Unsicherheiten und Ängste aus. Insbesondere Mediziner und Pflegende, Patienten und An- und Zugehörige stehen global vor neuen ethischen Fragestellungen. In der Angewandten Ethik im Sozial- und Gesundheitswesen herrscht ein hoher Handlungsdruck:

Was sollen wir tun, wenn für schwerkranke beatmungspflichtige Patienten, die in Pandemiezeiten mit COVID-19 zu erwarten sind, nicht genügend Beatmungsmaschinen zur Verfügung stehen? Werde ich als Patient nicht mehr adäquat versorgt, weil ich zur älteren Generation gehöre und unter Vorerkrankungen leide? Wie kann ich als An- oder Zugehörige meinen Pflegebedürftigkeit leisten, wenn Besuchsverbote in Kliniken und Pflegeeinrichtungen gelten? Wie kann und soll ich mich als Mitarbeitende im Gesundheitswesen bei patientennahen Tätigkeiten vor Ansteckung schützen, wenn das Material dafür nicht vorhanden ist oder knapp wird? Welches moralische Handeln ist in diesen Situationen gut bzw. richtig? Diese Fragen und viele mehr sind nicht einfach zu beantworten.

KONTAKT-BZW. BESUCHSVERBOT IN KLINIKEN UND PFLEGEINRICHTUNGEN

Ein **moralisches Problem** macht sich durch eine Irritation, ein ungutes Gefühl bemerkbar. Dadurch entsteht ein ethischer Konflikt. Wir sehen oder beobachten eine Situation, die mit unseren moralischen Intuitionen, unserem Gewissen und unserer moralischen Prägung im Widerspruch steht. Die moralische Beurteilung scheint eindeutig zu sein (Monteverde 2012). Dies zeigt sich z.B. beim Kontakt- bzw. Besuchsverbot von An- und Zugehörigen in Langzeiteinrichtungen und in Kliniken, die Autonomie und die Freiheit der beteiligten Akteure wird deutlich eingeschränkt. In diesen Situationen sind mehrere Handlungsoptionen denkbar und die betroffenen Werte, Grundorientierungen und Prinzipien nicht gleichrangig. Die vier medizinethischen Prinzipien (Principlism) Autonomie, Gutes tun, Nicht-Schaden, und Gerechtigkeit können Orientierungshilfe in Entscheidungssituationen geben (Beauchamp und Childress 1994). Es kann achtsam und fürsorglich abgewogen werden, ob das Besuchsverbot Ausnahmen zulässt und das Prinzip „Gutes tun“ des „Nicht-Schadens“ oder die „Autonomie“ zum Tragen kommt. Unter Berücksichtigung von care- und tugendethischen Aspekten kann es gelingen eine gute Entscheidung zu treffen (Monteverde 2012). Das Besuchsverbot kann zum Beispiel gelockert werden, wenn ein Pflegebedürftiger im Sterben liegt oder ein krankes Kind seine Mutter zur Genesung braucht. An- und Zugehörige dürfen demnach erst nach einer achtsamen Güterabwägung Kontakt mit der kranken oder pflegebedürftigen Person aufnehmen. Die ethische Problematik wird aus verschiedenen Perspektiven der beteiligten Akteure betrachtet. Es gibt in der Regel eine gangbare Lösung für alle Beteiligten in der Situation, die Solidarität und Verantwortungsbewusstsein abverlangt, da der Blick in einer Pandemie nicht nur auf die einzelne Person gerichtet sein darf, sondern auf die gesam-

te Gesellschaft. Vor allem ältere Menschen mit Vorerkrankungen gehören zu den vulnerablen Personengruppen, die in der Corona-Krise vor Ansteckung geschützt werden müssen. Institutionsabhängig geben Einrichtungen Regeln zum Umgang mit dem Besuchsverbot heraus, übernehmen die organisationsethische Verantwortung. In einem ethischen Konflikt sind vertrauensbildende Maßnahmen mit den Akteuren von Bedeutung, z.B. durch Deeskalation, Mediation, ggf. die Dienstanordnung einhalten. In wie weit diese Regelungen von der Gesellschaft kurz- und vor allem langfristig angenommen und toleriert werden, hängt davon ab, wie solidarisch und verantwortungsvoll sich die einzelne Person verhält und ob die Maßnahmen einer Verhältnismäßigkeit entsprechen und der Einzelne sie nachvollziehen kann. Freiheitseinschränkende Maßnahmen müssen immer kritisch betrachtet werden, nicht nur ethisch, sondern auch im sozialen und rechtlichen Kontext.

ZUTEILUNG VON KNAPPEN RESSOURCEN IN DER INTENSIVMEDIZIN

Beim **moralischen Dilemma** zeigt sich die Irritation durch eine Ratlosigkeit. Wir denken über eine moralisch heikle Situation nach und kommen zu der Einsicht, dass mindestens zwei ethische Prinzipien oder Werte miteinander korrelieren. Die moralische Beurteilung scheint nicht eindeutig zu sein (Monteverde 2012). Wir wissen nicht, was die richtige Lösung für das ethische Problem sein könnte. Sollten Mediziner und Pflegende in Dilemmasituationen dazu gezwungen sein ad hoc eine Triage vorzunehmen, also entscheiden müssen, welche unter den Patienten eine intensivmedizinische Behandlung und Versorgung benötigen, Priorität und damit etwa Beatmung oder eine extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) erhalten und wer nachrangig behandelt würde sind zwei Szenarien zu unterscheiden (DIVI 2020; Deutscher Ethikrat 2020):

Szenario 1, die sogenannte Triage bei Ex-ante-Konkurrenz: Hier geht es um die Fälle, in denen nicht genügend Beatmungsplätze für intensivpflichtige Patienten bereitgestellt werden können, obwohl eine Indikation dafür besteht. *„Die hier unausweichlichen Entscheidungen sind normativ weniger problematisch, wenngleich auch sie für die entscheidenden Personen mit schweren seelischen Belastungen verbunden sind. Patienten, denen danach die Behandlung vorenthalten wird, werden von den medizinischen Entscheidern nicht etwa durch Unterlassen „getötet“, sondern aus Gründen einer tragischen Unmöglichkeit vor dem krankheitsbedingten Sterben nicht gerettet. Hier gilt der Grundsatz, dass niemand zu Unmöglichem verpflichtet sein kann“* (Deutscher Ethikrat 2020, 4). Hier greifen die von den Fachgesellschaften veröffentlichten Handlungsempfehlungen, die transparent darlegen nach welchen wohlüberlegten Kriterien die Patienten intensivmedizinisch versorgt werden. Die Leitlinien stellen sicher, dass unfaire Einflüsse bei der Entscheidung ausgeschlossen werden. Das Recht bietet hierzu keine positiven Auswahlkriterien (DIVI 2020; Deutscher Ethikrat 2020).

Szenario 2, die sogenannte Triage bei Ex-post-Konkurrenz: Hier geht es um Situationen, in denen alle verfügbaren Beatmungsplätze belegt sind, die Behandlung jedoch trotz Indikation abgebrochen wird, um einem anderen beatmungspflichtigen Patienten, bei gleicher Indikation das Leben mit dieser Beatmungsmaschine zu retten. *„Solche Entscheidungen sind erheblich problematischer. Hier können Grenzsituationen entstehen, die für das behandelnde Personal seelisch kaum zu bewältigen sind. Wer in einer solchen Lage eine Gewissensentscheidung trifft, die ethisch begründbar ist und transparenten – etwa von medizinischen Fachgesellschaften aufgestellten – Kriterien folgt, kann im Fall einer möglichen (straf-)rechtlichen Aufarbeitung des Geschehens mit einer entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung rechnen. Objektiv rechtens ist das aktive Beenden einer laufenden, weiterhin indizierten Behandlung zum Zweck der Rettung eines Dritten jedoch nicht.“* (Deutscher Ethikrat 2020, 4).

Um in diesen Dilemmasituationen nicht zu verzweifeln, haben sieben medizinische Fachgesellschaften in Deutschland gemeinsam am 25.03.2020 eine Handlungsempfehlung zu „Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19- Pandemie“ veröffentlicht, um den Herausforderungen in Pandemiezeiten begegnen zu können. Diese Empfehlung kann in ethisch schwierigen Entscheidungskontexten Orientierung für alle Betroffene bieten (DIVI 2020). Es erfordert transparente, medizinisch und ethisch gut begründeter Kriterien, falls eine notwendige Priorisierung bei knappen lebenserhaltenden Ressourcen anstehen sollte. Ein solches Vorgehen kann die Behandlungsteams entlasten und das Vertrauen der Bevölkerung in das Krisenmanagement in den Krankenhäusern stärken. *„Die Priorisierungen erfolgen dabei ausdrücklich nicht in der Absicht, Menschen oder Menschenleben zu bewerten, sondern aufgrund der Verpflichtung, mit den (begrenzten) Ressourcen möglichst vielen Patienten eine nutzbringende Teilhabe an der medizinischen Versorgung unter Krisenbedingungen zu ermöglichen.“* (DIVI 2020, 4). Das Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht wird zur Priorisierung von Patienten in den Empfehlungen vorgeschlagen (DIVI 2020). Dem Staat hingegen sind laut Verfassung jede unmittelbare oder mittelbare Unterscheidung nach Wert oder Dauer des Lebens untersagt (Deutscher Ethikrat 2020).

Fast zeitgleich hat der Deutsche Ethikrat am 27. März 2020 eine AD-HOC- Empfehlung „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“ veröffentlicht. Sie leistet u.a. ethische Orientierungshilfe, vor allem hinsichtlich Triage Situationen in der Corona-Krise. Zusammengefasst geht es in dieser Ad-hoc-Empfehlung darum, die Gesellschaft und Politik dafür zu sensibilisieren, die dargelegten Konfliktszenarien auch als normative Probleme zu verstehen (Deutscher Ethikrat 2020). Es wird deutlich, dass der Staat in Deutschland aufgrund der Verfassung keine konkreten Handlungsempfehlungen herausgeben kann.

ETHISCHE REFLEKTION IN BEHANDLUNGSTEAMS

Die Corona-Krise erfordert eine umfassende erweiterte ethische Reflektion, um mit den schwer aushaltbaren moralischen Problemen und Dilemmasituationen umgehen zu können. Die neue Herausforderung für Behandlungsteams besteht darin, dass der Fokus in der Corona-Krise nicht nur auf das Wohl des einzelnen Patienten ausgerichtet ist, wenn es um das Leben und den Tod bei vielen gleichartig erkrankten Menschen geht, die unter Umständen unabsehbar ist und zu Engpässen in der Versorgung führt. Dies kann zu Kollisionen zwischen grundsätzlichen Maßgaben der Ethik, des Berufsethos und des Rechts führen, wie den aktuell veröffentlichten Empfehlungen zur Corona-Krise des Deutschen Ethikrats (Deutscher Ethikrat 2020) und den klinisch-ethischen Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften zu entnehmen ist (DIVI 2020; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2020; Deutscher Ethikrat 2020). Dies betrifft auch Situationen, wie das Besuchsverbot in Kliniken und Pflegeeinrichtungen.

Ethische Reflektionsmodelle unter Einbezug der obigen Empfehlungen bieten eine strukturierte Möglichkeit Konflikt- und Dilemmasituationen zu reflektieren, um dem moralischen Druck in den Behandlungsteams zu begegnen. Das Modell für ethische Reflektion von Marianne Rabe bietet eine praxisnahe Bearbeitung von Fällen (Rabe 2009). Das Modell zeichnet sich dadurch aus, dass neben der Fallanalyse auch normative Orientierungen explizit thematisiert werden. Es regt die Teilnehmenden dazu an ihre Argumentationsfähigkeit zu schulen und ethisch relevante Fragen, die die Situation betreffen heraus zu kristallisieren, ohne vorgegebenen Fragenkatalog. In den drei Schritten: Situationsanalyse, ethische Reflektion und Ergebnisse wird eine erlebte Situation geschildert und bearbeitet. Am Anfang der Diskussion eines Falles ermöglicht das Modell von Rabe, den Teilnehmenden Gefühle, wie z.B. Unbehagen oder Ängste zu äußern. Sie werden nicht als Störfaktor betrachtet, sondern ermöglichen einen eigenen Bezug zum Fall herzustellen. Es wird deutlich, wo der Klärungsbedarf liegt und führt zur Entlastung aller Beteiligten. Mit den zu eruierenden Handlungsmöglichkeiten und den möglichen Motiven der Teilnehmenden wird die Situationsanalyse fortgesetzt, um anschließend zu einem ethisch begründeten Konsens oder Dissens zu gelangen und notwendige praktischen Konsequenzen davon abzuleiten (Rabe 2009).

FAZIT

Die Corona-Krise macht deutlich, in welchen rechtlichen Grauzonen sich insbesondere Mediziner und auch Pflegenden in Dilemmasituationen bewegen. Die im Zuge der Pandemie aufgeworfenen Fragestellungen erfordern eine breite gesellschaftliche und politische Auseinandersetzung mit dem Ziel mehr Rechtssicherheit für die Handelnden zu schaffen. Behandlungsteams sind in Krisenzeiten hohen physischen und seelischen Belastungen ausgesetzt. Sie erfordern die Aufarbeitung moralisch belastender Situationen, um weiterhin eine professionelle Patientenversorgung zu gewährleisten. Die ethische Reflektion kann Mitarbeitende

dabei unterstützen, ihre persönlichen und berufsethischen Werte zu verbalisieren, um selbst gesund zu bleiben – davon profitieren alle, auch im Hinblick auf die knappen personellen Ressourcen im Sozial- und Gesundheitswesen.

Carola Fromm, M.A.
Kastanienweg 9
D-71739 Oberriexingen
carola@fromminet.de

LITERATUR

- Beauchamp, T., Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. 4. Auflage. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Deutscher Ethikrat (2020). *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise*. AD-HOC-Empfehlung. Abgerufen von <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> am 01.04.2020.
- Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2020). *Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie*. Von den Fachgesellschaften verabschiedete Fassung vom 25.03.2020. Abgerufen von <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file> am 27. März 2020.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2020). *Empfehlungen der DGP zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)*. Abgerufen von <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/empfehlungen-der-dgp.html> am 01.04.2020.
- Kluge, S., Janssens, U.; Welte, T., Weber-Carstens, S., Marx, G., Karagiannidis, C. (2020). *Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19*. Springer Verlag. Abgerufen von <https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-020-00674-3> am 01.04.2020.
- Monteverde, S. (Hrsg.) (2012). *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Rabe, M. (2009). *Ethik in der Pflegeausbildung*. Bern: Huber Verlag.