



## **COVID-19-Pandemie: Aspekte der Betreuung von Angehörigen**

Die COVID-19-Pandemie hat das sanitäre System vor große Herausforderungen gestellt. Der Fokus lag dabei bei der Behandlung von COVID-19-Patient\*innen und dem Schutz der Bevölkerung. Kaum im Blickfeld standen die Angehörigen der Erkrankten, die im Krankenhaus aufgenommen oder isoliert waren.

Patient\*innen und Angehörige bilden aber eine Einheit: so wie die Angehörigen Einfluss auf das Wohlergehen der Patient\*innen haben, so hängt das Befinden der Angehörigen davon ab, wie es den Patient\*innen geht und wie sie in ihrer Krankheit betreut werden. Deshalb ist es im Interesse der Patient\*innen, dass sich das Behandlungsteam auch der jeweiligen Verwandten, Partner\*innen oder nahestehenden Personen annimmt. Aber auch das Gesundheitswesen selbst profitiert davon. Denn die Sorge um die Patient\*innen, die Belastungen durch die erlebte Hilflosigkeit und Isolation können zu physischen und psychischen Erkrankungen der Angehörigen führen und den Krankheitsverlauf der Patient\*innen negativ beeinflussen. Ist es das Ziel, die Patient\*innen in ihrem ganzen Leiden und Erleben der Erkrankung zu betreuen und zu begleiten, bleibt es unerlässlich, die Angehörigen miteinzuschließen. Der Einsatz für eine verbesserte Betreuung der Angehörigen spiegelt sich schlussendlich auch in einer größeren Zufriedenheit des Betreuungsteams wider.

Die Erfahrung in den Monaten des „Lockdowns“ hat gezeigt, dass die Angehörigen von Patient\*innen einer sehr großen Belastung ausgesetzt waren. Sie konnten die Erkrankten nicht mehr sehen; im Falle eines Ablebens konnte weder eine Begleitung noch eine Verabschiedung stattfinden. Alle im Krankenhaus aufgenommenen Patient\*innen waren zum Teil Wochen bis Monate isoliert. Daher stellt sich die dringende Frage, ob eine bessere Handhabung des Problems für die Zukunft möglich ist. Es ist notwendig, zeitnah über neue Umgangsmöglichkeiten nachzudenken, um in einer weiteren Notsituation schneller und effizienter handeln zu können.

Zunächst reagierte man mit der Aktivierung der Onlinekommunikation (insbesondere Videoanrufe) um einen Kontakt zwischen Angehörigen und Patient\*innen zu ermöglichen. Diese wurden bis jetzt jedoch nur ansatzweise genutzt. Es ist wichtig, die Kommunikation zwischen Angehörigen und Patient\*innen über Skype, Zoom, usw. zügig weiter auf- und auszubauen. Es wäre nötig, dem Gesundheitswesen dafür technische Geräte wie Tablets oder Computer zur Verfügung zu stellen. Für ein Gelingen müssen diese Projekte öffentlich finanziert und durch Schulungen des Personals und der Nutzer\*innen umgesetzt werden. Die Kommunikation zwischen den Angehörigen und dem Betreuungsteam kann ebenfalls über diese Medien ablaufen; die alleinige telefonische Kommunikation erweist sich oftmals als nicht ausreichend und zufriedenstellend. Bald erkannte man jedoch, dass diese Art der Onlinekommunikation und Interaktion für die betreuten Personen und die Angehörigen nicht ausreichte. Es bleibt die Notwendigkeit, weitere Wege der Nähe zu strukturieren.

Mit den vielfältigen diagnostischen Möglichkeiten und Testverfahren und mit dem Vorhandensein von persönlicher Schutzkleidung sollte es in bestimmten Situationen möglich gemacht werden, eine physische Präsenz der Angehörigen zu erlauben, was letztendlich auch eine verbesserte Patient\*innenversorgung bedeutet. Aus diesem Grunde ist es notwendig, vorab und im Hinblick auf eine zweite Welle, eine Vorgehensweise zu überlegen und auszuarbeiten, um die Handlungsabläufe diesbezüglich festzulegen. Dies sollte in Zusammenarbeit mit den Menschen erfolgen, welche involviert sind: Ärzt\*innen, Pfleg\*erinnen, Betreu\*erinnen. Besonders am Lebensende besteht für die Sterbende/den Sterbenden und für die Angehörigen das Grundbedürfnis nach Nähe, was virtuell nicht befriedigt werden kann.

Grundsätzlich sollte die Krankenhauseinweisung von multimorbiden alten Menschen mit einer COVID-19-Erkrankung sehr sorgfältig abgewogen werden. Damit eine gute Betreuung und Versorgung eventuell zu Hause im vertrauten Umfeld erfolgen kann, sollten frühzeitig oder spätestens bei Diagnosestellung der Infektion wichtige Fragen der Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen bei schwerer Erkrankung geklärt werden. Dabei können Instrumente wie eine Patientenverfügung oder eine Notfallverfügung nicht nur für Pflegenden und medizinische Fachkräfte eine sehr hilfreiche Grundlage für die Entscheidungsfindung sein, sondern auch die Angehörigen erheblich entlasten. Am stärksten gefährdet sind ältere Menschen, welche häufig multimorbid und gebrechlich sind. Die italienische Datenlage zeigt, dass das Durchschnittsalter der in Zusammenhang mit COVID-19-Verstorbenen 80 Jahre betrug.

Hierbei ist es aber wichtig, dass die Angehörigen eine entsprechende Unterstützung zu Hause erhalten, damit sie die Betreuung der Patient\*innen

bewältigen können und die unterstützende Begleitung des Erkrankten bis zum Schluss ermöglicht wird.

Für die Betreuung der Angehörigen, sei es zu Hause oder auch bei Einlieferung der Patientin/des Patienten ins Krankenhaus, ist es wichtig, ein Netz aufzubauen bzw. bestehende Netze zu stärken: Dienste wie Seelsorge, psychologischer Dienst, Palliative Care sind in diesem Sinne von unschätzbarem Nutzen. Dasselbe gilt auch für die Trauerbegleitung.

Im Falle einer erneuten Pandemie wäre die Einrichtung eines 24h-Nottelefons sinnvoll und hilfreich, um die schnelle Weitergabe von notwendigen Informationen, wie z.B. dem Verbleib der Patient\*innen bei Einlieferung ins Krankenhaus, Kommunikationszeiten, mögliche weitere Anlaufstellen, usw. zu ermöglichen. Um eine Vorgehensweise in den Krankenhäusern zu definieren, ist es notwendig, Sicherheitsprotokolle auszuarbeiten, welche an die besonderen Situationen angepasst werden müssen. Ähnliche Protokolle werden schon in anderen Ländern mit mehr oder weniger detaillierten und strengen Auflagen eingesetzt.

Es ist eine ethische Priorität und Verpflichtung, die Kommunikation und Interaktion der Patient\*innen mit ihren Angehörigen während des gesamten Krankheitsverlaufs aufrecht zu erhalten.

### **Chronische Patient\*innen und COVID-19**

Die akute Phase der Pandemie scheint vorbei und somit auch das Problem der Zuteilung von knappen intensivmedizinischen Behandlungsplätzen. Doch mit Abklingen dieser Phase wird ein anderes Problem sichtbar: während der Notsituation wurden große Anstrengungen vollbracht, um in dem teils schon überlasteten und mit knappen Ressourcen besetztem Gesundheitswesen Platz für die Welle der COVID-19 infizierten Patient\*innen zu schaffen. Es wurde dafür die Betreuung anderer nicht-COVID-19 Patient\*innen zurückgestellt und nicht dringende gesundheitliche Versorgungen wurden verschoben. Dies auf der einen Seite, um dem Ansturm von COVID-19 Patient\*innen gerecht zu werden, aber auf der anderen Seite auch um andere Patient\*innen vor einer möglichen Ansteckung zu schützen.

Diese Maßnahmen wurden als nötiges Opfer zum Schutz der Bevölkerung gesehen, um den fatalen Auswirkungen einer COVID-19 Ausbreitung entgegenzuwirken.

Jedoch schon inmitten des Notstandes nannten Mitarbeit\*erinnen des Gesundheitswesens die Unmöglichkeit von Facharztvisiten in dieser Zeit, die dadurch entstandene Unterversorgung von chronisch kranken Patient\*innen

und der damit verursachten Schäden, als bedenklich. Durch den Fokus auf die Behandlung der akuten Erkrankung durch COVID-19 wurden chronische Erkrankungen weniger betreut und ohne die langfristigen Konsequenzen abzuwägen, vernachlässigt. Das Recht auf Gleichbehandlung wurde nicht gewährleistet.

Auch Patient\*innen äußerten Sorgen und Ängste wegen der Verschiebung von Eingriffen auf unbestimmte Zeit. Gleichzeitig versuchten Personen selbst aus Angst vor Ansteckung, aber auch Isolierung, eine Einlieferung trotz schwerer Symptome zu vermeiden. Das führte dazu, dass Personen zuhause nicht ihrem Zustand entsprechend betreut werden konnten oder sogar verstarben. Es stellt sich die Frage, zu welchem Preis und auf wessen Kosten Leben gerettet werden. Welche Langzeitfolgen wird die Unterversorgung von chronisch kranken Patient\*innen mit Lungen, Herz-, rheumatischen, psychischen und vielen anderen Erkrankungen haben? Genauso ist noch nicht abzusehen, welche Folgen das Verschieben der Vorsorgeuntersuchungen für Tumorerkrankungen haben wird.

Trotz Abklingen des Notstandes muss sich *das* Gesundheitswesen zwei weiteren Herausforderungen stellen. Auf der einen Seite sind weitere COVID-19-Infektionen zu erwarten und deren Behandlung muss gewährleistet sein, auf der anderen Seite muss aber auch allen anderen nicht-COVID-19-Patient\*innen Rechnung getragen werden, deren Wartelisten sich massiv verlängert haben. Zugleich muss das Infektionsrisiko im Krankenhaus für andere betreute Personen so niedrig wie möglich gehalten werden, was wiederum zeitverzögernde Maßnahmen in der Behandlung von Patient\*innen mit sich bringt.

Bei Priorisierungen sind Mitarbeiter\*innen des Gesundheitswesens stark gefordert und belastet. Es müssen der Grad der klinischen Notwendigkeit und die Wartezeit berücksichtigt werden. Chronische Krankheitssituationen müssen beobachtet werden, um eine Akutisierung frühzeitig zu erkennen und behandeln zu können (z.B. bei Lähmungserscheinungen bei Bandscheibenvorfall). Eine kontinuierliche Risikobewertung und Flexibilität sind wichtig, da sich die Risiko-Nutzen-Analyse bei allem, was getan wird, verändern und weiterentwickeln kann.

Sollte es sich nicht um eine dringende Maßnahme handeln, so ist es doch wichtig, dass in der Zwischenzeit die Symptome der Person wie z.B. der Schmerz gut kontrolliert und andere unterstützende Maßnahmen aktiviert werden (wie z.B. Physiotherapie), um die Lebensqualität der Person möglichst gut zu erhalten.

Telemedizin kann hierbei hilfreich sein, sei es, um mit den Personen in Kontakt zu bleiben, die medizinische Situation zu bewerten und die nächsten Schritte zu planen, sei es um eine Ansammlung von Personen zu vermeiden.

Der Corona-Notstand hat dazu geführt, dass man durch den Fokus auf den Wald, die zu schützende Bevölkerung, den Baum, den Einzelnen mit dem Erleben seiner Krankheit, nicht mehr sieht.

Dr.<sup>in</sup> Bernadetta Moser und Irmgard Spiess, Mitglieder des Landesethikkomitees