

## **Stellungnahme**

### **zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes“**

#### **Schreiben des BMG vom 14. Juni 2022, Az. 316-162800/006**

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) begrüßt, dass die Bundesregierung dem Auftrag des Bundesverfassungsgerichts in seinem Beschluss vom 16. Dezember 2021 (Az. 1 BvR 1541/20) nachkommen will, Menschen wirksam vor einer Benachteiligung wegen ihrer Behinderung auch in besonderen Situationen zu schützen, wie sie bei Verknappung überlebenswichtiger intensivmedizinischer Ressourcen, z. B. im Rahmen einer Pandemie, entstehen können.

Der Hauptvorstand der DVfR hat sich in seiner Sitzung am 28. Juni 2022 mit dem o. g. Referentenentwurf beschäftigt und nach ausführlicher Diskussion beschlossen, durch den Vorsitzenden eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf abzugeben, die den Diskussionsstand innerhalb der DVfR wiedergibt.

Der vorliegende Referentenentwurf vom 2. Juni 2022 sieht vor, dass die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts zur Triage über eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes umgesetzt werden sollen, und zwar durch Einfügung eines neuen § 5c im Abschnitt 2 „Koordinierung, epidemische Lage von nationaler Tragweite und pandemiebedingte Sondervorschriften“.

#### **1. Vermeidung von Situationen einer pandemiebedingten Triage**

Die wichtigste und sicherste Strategie zur Rettung des Lebens schwer erkrankter Bürgerinnen und Bürger sowie zur Vermeidung von Diskriminierungen im Falle einer Triage ist die Bereitstellung ausreichender Behandlungskapazitäten. In der Gesetzesbegründung wird im allgemeinen Teil unter I. sowie im besonderen Teil zu Artikel 1 Nr. 3 (Ergänzung von § 5 um einen § 5c) ausführlich auf die Notwendigkeit hingewiesen, dass durch anderweitige organisatorische Maßnahmen alle Möglichkeiten der Bereitstellung von Behandlungsplätzen ausgeschöpft werden sollen. *„Nicht ausreichende intensivmedizinische Ressourcen liegen vor, wenn in der konkreten intensivmedizinischen Behandlungssituation im Krankenhaus alle materiellen und personellen regionalen und überregionalen Behandlungskapazitäten ausgeschöpft sind.“* Dies wird von der DVfR ausdrücklich begrüßt. Sie spricht sich aber dafür aus, dies nicht nur in der Gesetzesbegründung, sondern auch im Gesetz selbst festzuhalten.

Das Krankenhaus sollte verpflichtet werden, im Falle einer Triage die Gründe für die Feststellung, dass die Behandlungskapazitäten ausgeschöpft sind, nachprüfbar und transparent zu dokumentieren. Die Landesregierungen sollten das Recht erhalten, diese zumindest nachträglich zu prüfen.

## 2. Zu den Kriterien für die Zuteilungsentscheidung

Dem Gesetzentwurf liegt das erkennbare Bemühen zugrunde, klare Entscheidungskriterien für den Fall einer pandemiebedingten Triage zu entwickeln. Der Gesetzentwurf enthält dazu einen Negativkatalog mit Kriterien, die in einer Zuteilungsentscheidung explizit nicht herangezogen werden dürfen.

- Eine Einschätzung der Gebrechlichkeit von Patientinnen und Patienten, wie sie in den Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) aus dem Jahr 2020 vorgeschlagen wird, darf nicht in die Priorisierung einfließen. Dies wird begrüßt.
- Auch das Alter, das Vorliegen einer Behinderung, die verbleibende Lebenserwartung und die vermeintliche Lebensqualität der Patientinnen und Patienten dürfen nicht für die Priorisierung berücksichtigt werden. Dies wird begrüßt.
- Bei einer Festlegung auf eine Priorisierung anhand der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit wird in Kauf genommen, dass Menschen mit Behinderungen zumindest mittelbar aufgrund ihrer häufig schlechteren aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit weiterhin benachteiligt werden können. Eine Einigung auf dieses Zuteilungskriterium ist eine unvollkommene Lösung in einem ethischen Dilemma, in dem wir als Gesellschaft nur die Möglichkeit haben, uns für das am wenigsten schlechte Verfahren zu entscheiden.

Deshalb konnte der Hauptvorstand der DVfR dieser Lösung nicht einvernehmlich zustimmen. Auf eine Mehrheitsentscheidung wurde bewusst verzichtet, da die Mitgliedschaft der DVfR sehr heterogen ist und die DVfR als Verband kein Mandat hat, in einer solchen Frage eine Mehrheitsentscheidung herbeizuführen. Insofern ist hier auf die jeweilige Positionierung der Mitglieder zu verweisen.

- Alternative Optionen, wie z. B. eine Zuteilung nach dem Prinzip „First come, first served“ oder mittels Randomisierung, wurden als in der Praxis nur schwer umsetzbar angesehen und ihnen wurde ebenfalls nicht einvernehmlich zugestimmt.

## 3. Zum Verfahren der Entscheidungsfindung

- Zuteilungsentscheidungen sollten, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, nach dem Mehraugenprinzip durch zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrene praktizierende Fachärztinnen und Fachärzte erfolgen. Dies wird dem Grunde nach begrüßt.
- Bei fehlendem Einvernehmen sollte eine dritte, gleichwertig qualifizierte Person einbezogen werden. Dies wird dem Grunde nach begrüßt.
- Die Zuteilungsentscheidung muss umfassend, nachvollziehbar und transparent dokumentiert werden. Dies wird begrüßt.
- Als Kriterien für die Qualifikation der beteiligten Ärztinnen und Ärzte sollte eine Facharztqualifikation Anästhesiologie oder eine Zusatzweiterbildung Intensivmedizin herangezogen werden. Dies wird dem Grunde nach begrüßt.
- Wenn Menschen mit Behinderungen oder Vorerkrankungen von der Zuteilungsentscheidung betroffen sind, muss die Einschätzung einer weiteren Person mit entsprechender Fachexpertise berücksichtigt werden. Dies wird begrüßt. Jedoch darf die im Gesetzentwurf hierfür vorgesehene Ausnahme aufgrund der gegebenen Dringlichkeit der intensivmedizinischen Behandlung nicht zur Regel werden.

- Es bleibt jedoch unklar, wie eine Begutachtung durch zwei, ggf. sogar drei Fachärztinnen oder Fachärzte, von denen nur eine Person in die unmittelbare Behandlung involviert sein darf, insbesondere in Zeiten pandemiebedingt noch geringerer personeller Ressourcen in den Krankenhäusern, und bei erheblichem Zeitdruck sichergestellt werden soll. Für eine sachgerechte und praktisch umsetzbare Entscheidungsfindung müssten u. a. folgende Voraussetzungen gegeben sein:
  - eine hinreichende personelle Ausstattung;
  - eine hinreichende technische Infrastruktur für den Einsatz telemedizinischer Mittel.

Hierzu enthält der Referentenentwurf keine Regelungen.

#### **4. Zu den Rahmenbedingungen im Krankenhaus zur wirksamen Verhinderung einer Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen im Falle einer Triage**

- Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten müssen eine Verfahrensanweisung für den Fall einer Triage festlegen und diese regelmäßig überprüfen und ggf. weiterentwickeln. Dies wird begrüßt. Aus Sicht der DVfR sollte für die Erstellung der Verfahrensanweisung eine Frist gesetzt werden. Darüber hinaus sollten die Krankenhäuser der Landesregierung jährlich über die getroffenen Maßnahmen berichten.
- Die Verfahrensanweisung sollte, wo die Strukturen dies zulassen, auch eine nachträgliche Evaluation und Bewertung der Priorisierungsentscheidung durch ein klinikeigenes Ethikkomitee beinhalten. Dies gilt auch für die Feststellung, dass die Behandlungskapazitäten ausgeschöpft waren.
- Den an Priorisierungsentscheidungen Beteiligten ist die Möglichkeit zu kollegialer Supervision und Reflektion zu geben.
- Information und Aufklärung über die intensivmedizinische Behandlung müssen verständlich sein und Krankenhäuser müssen Möglichkeiten einer barrierefreien Kommunikation vorhalten, wie beispielsweise Informationsmaterialien in Leichter Sprache und anderen Sprachen, Kontaktdaten von Gebärdensprachdolmetschenden, die im Bedarfsfall zu kontaktieren sind, sowie die Unterstützte Kommunikation. Die Möglichkeiten durch die gesetzlich geregelte Assistenz im Krankenhaus (vgl. insbesondere § 44b SGB V und § 113 SGB IX) sollten genutzt werden.

#### **5. Zu den Anforderungen an die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten**

- Die ärztliche Ausbildung muss um Inhalte zu behinderungsspezifischen Inhalten ergänzt werden; behinderungsspezifische Lerninhalte müssen in die Ärztliche Approbationsordnung aufgenommen werden. Dabei sind auch Triagesituationen zu berücksichtigen. Es ist notwendig, die Umsetzung dieser Anforderungen, die z. B. in den Nationalen Lernzielkatalog bereits aufgenommen sind, auch in der Ausbildung tatsächlich sicherzustellen sowie entsprechende Ergänzungen der Weiterbildungsordnungen vorzusehen. Die Umsetzung der bestehenden Vorgaben ist vielerorts unzulänglich, sei es aufgrund eines Mangels an entsprechend erfahrenen und qualifizierten Lehrenden, aufgrund fehlender Priorisierung des Themas durch Hochschulen und Ausbildungsstätten, sei es aufgrund geringen Interesses der Ärztinnen und Ärzte.
- Das Vorgehen im Falle einer pandemiebedingten Triage sollte verstärkt in die Fortbildungen der Ärztinnen und Ärzte aufgenommen werden.

- Welche weiteren Präzisierungen notwendig sind, sollte mit den Vertretern der Ausbildungsstätten (Hochschulen), der Bundesärztekammer und den Gremien der Selbstverwaltung sowie mit Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfe erörtert werden.

## **6. Zur Zulässigkeit einer Ex-Post-Triage**

Das Verbot einer Ex-Post-Triage in § 5c Abs. 2 letzter Satz wird begrüßt. Die Priorisierungsentscheidung darf nur zwischen Personen stattfinden, die vor einer Behandlung stehen; die Beendigung einer Behandlung im Rahmen einer Triage-Entscheidung hingegen ist nicht zulässig.

## **7. Verbot einer Triage vor der Triage**

- Ein diskriminierungsfreier Zugang zu intensivmedizinischer Behandlung erfordert, dass alle Menschen die gleichen Chancen haben, ins Krankenhaus aufgenommen zu werden, wenn sie Krankenhausbehandlung benötigen.
- Menschen, die in Pflegeeinrichtungen oder besonderen Wohnformen leben, dürfen nicht deshalb von einer Krankenhausaufnahme ausgeschlossen werden. Dies sollte gesetzlich klargestellt werden. Damit sind nicht nur die Krankenhäuser angesprochen, sondern auch die Einrichtungen der Pflege und der Eingliederungshilfe sowie die dort in der ambulanten Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Zu weiteren Aspekten und Begründungen wird auf die Positionierung der DVfR-Mitglieder verwiesen.

Heidelberg, den 20. Juli 2022

### **Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)**

Maaßstraße 26, 69123 Heidelberg

Telefon: 06221 187 901-0 | Fax: 06221 106 009

E-Mail: [info@dvfr.de](mailto:info@dvfr.de)

[www.dvfr.de](http://www.dvfr.de) | [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de)

### **Über die DVfR**

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist die einzige Vereinigung in Deutschland, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Reha-Einrichtungen und -Dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs zur Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.