



**Bundesverband
Selbsthilfe
Körperbehinderter e.V.**

Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. · Kurfürstenstr. 131 · 10785 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
11055 Berlin

Mail: 316@bmg.bund.de

**Referentin für Gesundheits-
und Sozialpolitik**

Andrea Fabris

Büro Berlin

Kurfürstenstr. 131
Nebeneingang links
10785 Berlin
Tel.: 030 8 14 52 68 -53
Fax: 030 8 14 52 68 -59
E-Mail: berlin@bsk-ev.org

Sitz des Verbandes

Altkrautheimer Straße 20
74238 Krautheim
Tel.: 06294 4281-0
Fax: 06294 4281-79
www.bsk-ev.org

Datum: 27.06.2022

Unser Zeichen:

Sehr geehrte Frau Girnau,

der Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e.V. (BSK e.V.) bedankt sich für die Möglichkeit zum Referentenentwurf zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes Stellung zu nehmen.

Der BSK e.V. begrüßt, dass der Gesetzgeber vorliegend den Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 16.12.2021 umsetzen will. Oberstes Ziel muss sein, dass eine Triage Situation nie eintreten wird. Es muss alles getan werden, dass ausreichend Personal, Material und Medikamente dort vorhanden sind, wo sie benötigt werden. Es muss allen Menschen möglich sein, eine adäquate medizinische Hilfe zu erhalten. Dabei muss die Selbstbestimmung eines Jeden beachtet werden. Unsere Anmerkungen finden Sie im Folgenden.

Allgemeines

Die Corona-Pandemie hat sehr deutlich gezeigt, dass auch das, relativ gut aufgestellte, deutsche Gesundheitswesen an seine Grenzen kommen kann. Mehrfach wurde berichtet, dass Menschen mit Behinderungen nicht ausreichend intensivmedizinisch behandelt wurden. Durch das sogenannte Kleeblattsystem wurde das im Laufe der Pandemie weitestgehend vermieden, jedoch stellt sich die Frage, wie Ärzt:innen in anderen Situationen, mit begrenzten Behandlungskapazitäten umgehen. In Aus- und Weiterbildung sind Menschen mit Behinderungen in der Regel kein Thema. So war es nur konsequent, dass sich das Bundesverfassungsgericht mit der Thematik der Triage auseinandersetzen musste.

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE76 6012 0500 0007 7021 00
BIC BFSWDE33STG

Geschäftskonto:

Sparkasse Neckartal-Odenwald
IBAN DE89 6745 0048 0004 0707 51
BIC SOLADES1MOS

Gemeinnützigkeit:

Gemeinnützigkeit
zuerkannt durch das
Finanzamt Öhringen
Steuer-Nr.: 76001/30101

**Der
BSK
trägt
das:**



Der BSK ist Mitglied bei:



Der Gesetzgeber hat sich bisher immer um eine entsprechende Regelung gedrückt. Mit dem nun vorgelegten Referentenentwurf soll diese Lücke geschlossen werden. Die grundlegende Herausforderung der Triage – nämlich Leben gegen Leben abwägen zu müssen – wird mit diesem Referentenentwurf nicht endgültig geklärt. Es bleibt immer eine medizinische und ethische Extremsituation.

Im Einzelnen

1. Der Referentenentwurf sieht lediglich eine Ergänzung des Infektionsschutzgesetzes vor. Das bedeutet aber auch, dass bei Betrachtung der Stellung im Gesetz diese Regelungen ausschließlich für Situationen im Bereich des Infektionsschutzgesetzes anzuwenden sind und zwar ausschließlich dann, wenn eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ ausgerufen wurde. In sämtlichen anderen möglichen Fällen knapper medizinischer Ressourcen soll die Regelung des § 5c IfSG neu nicht zur Anwendung kommen. Von daher drängt sich die Frage auf, ob nicht eine eigenständige gesetzliche Regelung hier zielführender wäre. In einem eigenen Gesetz.
2. Völlig fehlt unseres Erachtens der Hinweis, dass vor der Anwendung des § 5c IfSG neu sämtliche organisatorischen Maßnahmen, wie Verteilung von Intensivpatienten nach dem Kleeblattsystem, Verschieben von Behandlungen und ausreichende Bereitstellung von behandlungsspezifischen Medikamenten in der Fläche, ergriffen werden müssen, um eine Triage-Situation zu vermeiden.
3. Eine letztendliche Randomisierung von Patient:innen mit ähnlicher oder derselben Überlebenswahrscheinlichkeit ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen. Stattdessen benennt der Gesetzgeber Kriterien, die nicht in eine Zuteilungsentscheidung mit einbezogen werden dürfen. (Negativ-Katalog) Diese Vorgehensweise begrüßen wir grundsätzlich. Die Problematik für eine Regelung durch den Gesetzgeber besteht gerade bei medizinischen Entscheidungen darin, dass diese Entscheidung immer individuell getroffen werden müssen. Hier kann der Gesetzgeber allenfalls Leitplanken geben, innerhalb derer sich die Entscheidung bewegen kann und muss. Der hier benannte „Negativ-Katalog“, also die Kriterien die nicht bei einer Zuteilungsentscheidung angewandt werden dürfen, spiegelt den Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes wider. Auch die Tatsache, dass eine Zuteilungsentscheidung lediglich aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit getroffen werden darf, ist Ausfluss des Beschlusses. Gleichwohl wird die Entscheidung darüber wie in solcher Triage Situation zu verfahren ist, dem medizinische Fachpersonal überlassen. Auch ist die Frage nach der Definition der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit im Referentenentwurf nicht beantwortet. Um welche Zeitspanne geht es bei kurzfristig und wie wird verhindert, dass der oben angesprochene Negativkatalog nicht doch Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit hat. Immerhin ist jedem klar, dass Menschen mit Behinderungen in der Regel Komorbiditäten aufweisen, die dann

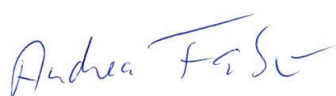
womöglich zur Verringerung der Überlebenschancen führen. Wie der Gesetzgeber dieses Problem lösen will, ist uns nicht klar.

4. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass Behinderung, Alter und Gebrechlichkeit auf keinen Fall geeignete Kriterien für eine Zuteilungsentscheidung sind und dies auch entsprechend im Referentenentwurf berücksichtigt wurde. Als schwierig sehen wir an, dass es sich hier um unbestimmte Begriffe handelt. Was bedeutet im Falle der Zuteilungsentscheidung eine kurzfristige Überlebenschance? Wie ist diese zu definieren? Eine unklare bzw. keine Definition bezüglich dieses Begriffes führt wieder dazu, dass Ärzte und deren Organisationen diese gesetzliche Lücke füllen und es hier nicht klar ist, ob dann diskriminierungsfrei eine Zuteilungsentscheidung getroffen wird.
5. Dass die Ex-post-Triage nun definitiv ausgeschlossen ist, ist positiv hervorzuheben.
6. Ausdrücklich zu begrüßen ist, dass die Entscheidung über die Zuteilung von intensivmedizinischen Ressourcen dem Mehraugenprinzip folgt. So kann es nicht zu einer Entscheidung eines Mediziners/-in allein kommen. Das darüberhinausgehende Gebot, dass bei Menschen mit Behinderungen oder Vorerkrankungen eine weitere Person mit entsprechender Fachexpertise hinzugezogen wird und bei der Zuteilungsentscheidung deren Einschätzung zu berücksichtigen ist, ist ausdrücklich positiv hervorzuheben. Für uns stellt sich hier jedoch die Frage wie angesichts des Fachärztemangels diese Regelung dann auch wirklich umgesetzt wird. Gerade die Möglichkeit in § 5c Absatz 3 Satz 5 IfSG neu könnte dazu führen, dass im Zweifel dann immer auf die Dringlichkeit verwiesen und somit dann keine weitere Person mit Fachexpertise hinzugezogen wird. Hier sollte explizit die Möglichkeiten eines telemedizinischen Konsils ins Gesetz geschrieben werden. Eine Dokumentationspflicht allein schützt nicht vor Missbrauch. Im Sinne aller darf es im Gesetz keine Klausel geben, mit der sich Mediziner:innen dem grundlegenden Überlegungen aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes entziehen können.
7. Die Regelung in § 5 Absatz 3 Satz 4 IfSG neu ist noch unter einem anderen Gesichtspunkt problematisch. Wenn Patienten nicht nur eine Vorerkrankung haben, sondern mehrere zusammentreffen, stellt sich die Frage, welche Person mit Fachexpertise als dritte Person hinzugezogen werden muss. Das lässt der Gesetzgeber völlig offen und stellt es ins Benehmen des Krankenträgers hier eine Regelung zu finden. Hier ist zwingend nachzubessern. Darüber hinaus spricht der Referentenentwurf hier von „einer Person“. Welche grundsätzliche fachliche Qualifikation hier vorliegen muss, bleibt gänzlich außen vor. Nach unserer Ansicht sollte es sich zumindest um eine Person aus einer medizinischen Berufsgruppe handeln. Unser Vorschlag: „Sind Menschen mit Behinderungen oder Vorerkrankungen von der Zuteilungsentscheidung betroffen, muss die Einschätzung einer weiteren hinzugezogenen *medizinischen* Person mit entsprechender

Fachexpertise für die Behinderung oder die Vorerkrankung bei der Zuteilungsentscheidung berücksichtigt werden.“

8. Der Satz 5 muss gestrichen werden. Eine diskriminierungsfreie Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen kann nur dann sichergestellt werden, wenn Ärzte:innen über entsprechenden spezifisches Fachwissen verfügen, um eine entsprechende Entscheidung fällen zu können. Aus diesem Grund ist es unumgänglich eine Person mit entsprechender medizinischer Fachexpertise hinzu zu ziehen.
9. Gänzlich unberücksichtigt lässt der Referentenentwurf die rechtlichen Konsequenzen der Nichteinhaltung der gesetzlichen Regelungen. Die Krankenhäuser mit intensivmedizinischer Behandlungskapazität müssen verpflichtend Zuständigkeiten und Entscheidungsabläufe in einer Verfahrensanweisung festlegen. Es ist im Referentenentwurf allerdings nicht erwähnt bis zu welchem Zeitpunkt dies erfolgen muss. Hier würde sich folgender Wortlaut anbieten:“ Die Verfahrensanweisung ist bis spätestens 6 Monate nach Verkündung des Gesetzes zu erlassen und deren Weiterentwicklungsbedarf ist regelmäßig, mindestens aber alle drei Jahre zu überprüfen.“
Darüber hinaus fehlt völlig eine Rechtsfolge mit Sanktion, sofern die Verfahrensanweisung nicht bzw. nicht rechtzeitig erstellt wird.
10. Überaus wichtig in diesem Zusammenhang ist es, den Umgang mit Menschen mit Behinderungen verpflichtend in die Aus-, Fort- und Weiterbildung sämtlichen medizinischen Personals aufzunehmen. Hier darf es nicht bei einem Lippenbekenntnis des Gesetzgebers in der Begründung zum Referentenentwurf bleiben, sondern muss zwingend zeitnah umgesetzt und mit Inhalten gefüllt werden.
11. Zu guter Letzt der eigentlich wichtigste Punkt: Ein Gesetz, dass gut gemacht und gedacht ist aber in der Praxis nicht funktioniert wird auf allen Seiten nur Frustration hervorrufen. Oberstes Ziel muss es sein, dass für den Fall einer Triage, die Möglichkeiten vorhanden sind auch nach Recht und Gesetz zu handeln. Der Gesetzgeber muss sich die Frage stellen, was von dem ins Gesetz Geschriebene ist wirklich umsetzbar. Es müssen die Ressourcen geschaffen werden, dass ausreichend medizinisches Personal vorhanden ist um eine Triage Entscheidung zu treffen.

Mit freundlichen Grüßen



Andrea Fabris
Referentin für Gesundheits- und Sozialpolitik

