

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)60(1)
gel. VB zur öffent. Anh am
19.10.2022 - IfSG
14.10.2022



Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V. zum Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 09.09.2022

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Das Bundesverfassungsgericht hat am 16. Dezember 2021 eine Entscheidung zur möglichen Diskriminierung von Menschen mit Behinderung bei der Zuteilung knapper überlebenswichtiger intensivmedizinischer Ressourcen getroffen, der sogenannten Triage (1 BvR 1541/20). Darin fordert es den Gesetzgeber auf, unverzüglich einen wirksamen Schutz vor Benachteiligung aufgrund von Behinderung gesetzlich zu regeln.

Die Regelung soll nun über eine Ergänzung im Infektionsschutzgesetz in § 5 c Abs. 1 bis 5 erfolgen.

Sie erstreckt sich auf alle Patienten, die aufgrund einer übertragbaren Krankheit intensivmedizinisch behandelt werden müssen, und zwar unabhängig von der jeweiligen Ursache der Behandlungsbedürftigkeit. Eine Entscheidung darüber, welcher Patient intensivmedizinisch behandelt wird und welcher Patient aufgrund nicht vorhandener Ressourcen nicht, setzt grundsätzlich voraus, dass alle anderen organisatorischen Maßnahmen, wie z. B. Verlegungen und Verschiebung planbarer Behandlungen etc., zuvor ausgeschöpft wurden.

Eine Zuteilungsentscheidung darf nur unter Berücksichtigung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit getroffen werden. Dabei ist eine Benachteiligung aufgrund einer Behinderung, des Grades der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder sexuellen Orientierung unzulässig.

Neben den materiell-rechtlichen Vorgaben enthält der Entwurf Verfahrensvorschriften, z. B. zur erforderlichen Qualifikation und Erfahrung der Intensivmediziner, die eine Zuteilungsentscheidung treffen. Des Weiteren werden ein Mehraugenprinzip sowie die Hinzuziehung einer Person mit behinderungsspezifischer Fachexpertise bei Patienten mit Behinderung oder Komorbidität eingeführt. Ebenso werden Dokumentationspflichten über Zuteilungsentscheidungen und Verfahrensregelungen für Kliniken mit Intensivstationen geregelt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass der Gesetzgeber die Zuteilung nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten regeln wird, Kritikpunkte am Referentenentwurf aufgreift und Forderungen des VdK mit dem vorliegenden Kabinettsentwurf umsetzt.

Vorrangig ist für den VdK, dass Bund und Länder mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln Triage-Situationen verhindern und dazu wirksame Maßnahmen treffen. Dazu gehört neben einem Monitoring des Infektionsgeschehens und der Umsetzung wirksamer Infektionsschutzmaßnahmen für vulnerable Personengruppen auch, dass der Bundesgesetzgeber durch eine veränderte Krankenhausfinanzierung für ausreichende Behandlungskapazitäten sorgt. Dabei muss er verbindliche gesetzliche Regelungen zur Verlegung von Patienten, z. B. über Bundesländergrenzen hinweg oder ins europäische Ausland, treffen.

Der VdK begrüßt, dass der Abbruch einer intensivmedizinischen Behandlung zugunsten eines Patienten mit größeren Überlebenschancen (sog. „Ex-Post-Triage“) ausdrücklich untersagt wird.

Des Weiteren begrüßt der VdK, dass das normierte Benachteiligungsverbot sich auf alle Diskriminierungsmerkmale des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) bezieht. Erfreulicherweise wurde das Benachteiligungsverbot zusätzlich auf den Grad der Gebrechlichkeit ausgeweitet. Insbesondere für behinderte, ältere oder pflegebedürftige Menschen, die auf Hilfsmittel oder Assistenz angewiesen sind, bestünde andernfalls die Gefahr, dass Gebrechlichkeit bei der Zuteilungsentscheidung zur Benachteiligung dieser Personengruppen führt.

Die enge Orientierung des Referentenentwurfs am Beschluss des Bundesverfassungsgerichts hält der VdK für sachgerecht. Eine Zuteilungsentscheidung darf laut Gesetzentwurf nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenschancen getroffen werden. Die Beurteilung medizinischer Sachverhalte im Einzelfall obliegt laut Bundesverfassungsgericht der Letztverantwortung des medizinischen Personals. Danach scheidet die in der politischen Debatte immer wieder ins Spiel gebrachte Randomisierung der Patientenauswahl (Zufallsprinzip) aus. Der VdK lehnt es ausdrücklich ab, die Verteilung von Behandlungskapazitäten in einer Triage-Situation dem Zufall zu überlassen.

Der VdK begrüßt die Aufnahme von Negativkriterien, die nicht bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenschancen berücksichtigt werden dürfen. Einen entsprechenden Negativkriterienkatalog hatte der VdK im Vorfeld gemeinsam mit den Verbänden im Deutschen Behindertenrat (DBR) gefordert.

Der VdK begrüßt ebenfalls das Mehraugenprinzip sowie die zusätzliche Einbeziehung einer Person mit behinderungsspezifischer Fachexpertise, wenn Menschen mit Behinderungen oder Komorbidität von der Zuteilungsentscheidung betroffen sind. Der VdK begrüßt ausdrücklich, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Ausnahme aus Gründen der Dringlichkeit nun aus dem Gesetzentwurf gestrichen wurde. Eine solche Regelung hätte andernfalls dazu geführt, dass die vorgesehene Hinzuziehung der Person mit besonderen Kenntnissen zu Behinderung und Komorbidität in Praxis unter dem Vorwand der Dringlichkeit ständig umgangen worden wäre.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung ausdrücklich Vorgaben des Gesetzgebers zur Aus-, Fort- und Weiterbildung medizinischen Personals zu Diskriminierungsrisiken von Menschen mit Behinderungen angeregt. Diese fehlen im Gesetzentwurf. Obwohl der Bundesgesetzgeber nur eine eingeschränkte Gesetzgebungskompetenz hierfür hat, hält der VdK es für unbedingt erforderlich, dass Gesetzgeber in Bund und Ländern jetzt schnellstmöglich tätig werden.

Im Gesetzentwurf fehlen eine Meldepflicht der Kliniken zu Triage-Fällen an eine zentrale Stelle und eine Evaluation dieser Fälle. Der VdK hält dies für dringend erforderlich. Falls es in Deutschland dazu kommen sollte, dass Menschen aufgrund fehlender intensivmedizinischer Ressourcen sterben, muss der Gesetzgeber aufgrund der Datenlage entsprechend nachsteuern können.

2. Verfahren im Falle pandemiebedingt nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten (§ 5 c Abs. 1 – 5 IfSG)

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten und zu fehlenden Regelungen Stellung.

2.1. Benachteiligungsverbot (§ 5 c Abs. 1 IfSG)

Niemand darf bei einer ärztlichen Entscheidung über die Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten wegen einer Behinderung, des Grades der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung benachteiligt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass das normierte Benachteiligungsverbot sich auf alle Diskriminierungsmerkmale des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) bezieht.

Ebenso begrüßt der VdK, dass darüber hinaus das Kriterium des Grades der Gebrechlichkeit aufgenommen wurde. Insbesondere für behinderte, ältere und pflegebedürftige Menschen, die auf Hilfsmittel oder Assistenz angewiesen sind, bestünde andernfalls die Gefahr, dass die Berücksichtigung von Gebrechlichkeit bei der Zuteilungsentscheidung zur Benachteiligung führt. Regelungen, wie in Italien oder der Schweiz, bei denen ältere Menschen durch bestimmte Altersgrenzen bzw. ein hohes Lebensalter in Kombination mit Gebrechlichkeit zurückgestellt oder von der Behandlung ausgeschlossen werden können, wären für den VdK völlig inakzeptabel. Mit der hier vorliegenden Regelung scheidet die Anwendung der umstrittenen „Gebrechlichkeitsskala“ („Clinical Frailty Scale“ (CFS) und ähnlichen Instrumenten aus. Entsprechende Leitlinien und Empfehlungen, die bisher eine „erhöhte Gebrechlichkeit“ als Kriterium für eine geringe Erfolgsaussicht definiert haben, sind an der Stelle nicht anzuwenden oder aber zu überarbeiten. Auch das Bundesverfassungsgericht hat klargestellt, dass eine skalengeleitete Berücksichtigung von Gebrechlichkeit das Benachteiligungsrisiko erhöht.

In der Gesetzesbegründung zu Abs. 1 wird klargestellt, dass das Benachteiligungsverbot auch dann gilt, wenn die ärztliche Entscheidung unter Verwendung von Algorithmen zur Wissens- und Handlungsunterstützung getroffen wird. Sollten damit algorithmenbasierte Prognosen und Entscheidungsinstrumente gemeint sein, wie sie z. T. schon in Notaufnahmestationen eingesetzt werden, dann bitten wir um Klarstellung und Übernahme in den Gesetzestext. Auch bei der Aufnahme ins Krankenhaus muss sichergestellt sein, dass niemand aufgrund seiner

Behinderung, des Alters oder der anderen im Gesetz genannten Diskriminierungsmerkmale benachteiligt wird, gar nicht erst ins Krankenhaus aufgenommen wird und damit von vornherein der Weg zu einer intensivmedizinischen Behandlung verschlossen bleibt.

2.2. Zuteilungskriterien (§ 5c Abs. 2 IfSG)

Eine Zuteilungsentscheidung darf nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit getroffen werden. Komorbiditäten dürfen bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit nur dann berücksichtigt werden, wenn sie aufgrund ihrer Schwere oder Kombination die auf die aktuelle Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern. Eine Behinderung, das Alter, die verbleibende mittel- oder langfristige Lebenserwartung, der Grad der Gebrechlichkeit und die Lebensqualität dürfen bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit nicht berücksichtigt werden.

Eine Ex-Post-Triage, der Abbruch einer bereits begonnenen Behandlung zugunsten eines anderen Patienten mit besserer Prognose, ist ausdrücklich untersagt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Orientierung an der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit entspricht den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts. Das zugrundeliegende Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht, also die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient die aktuelle Erkrankung mit Hilfe der Intensivtherapie überleben wird, hält der VdK für sachgerecht.

Der VdK begrüßt die Aufnahme von Negativkriterien, die bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit keine Rolle spielen dürfen. In genau diesen möglichen Beurteilungskriterien hatte das Bundesverfassungsgericht ein Einfallstor für Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen gesehen. Einen entsprechenden Negativkriterienkatalog hatte der VdK im Vorfeld gemeinsam mit den Verbänden im Deutschen Behindertenrat (DBR) gefordert. Der VdK begrüßt, dass gegenüber dem Referentenentwurf die Kriterien nicht nur als „nicht geeignet“ bezeichnet werden, sondern die Unzulässigkeit klargestellt wird.

Der VdK begrüßt das Verbot einer „Ex-Post-Triage“. Zwischenzeitlich öffentlich gewordene Pläne, im Gesetz auch Regelungen zur Ex-Post-Triage zu treffen, haben große Ängste und Verunsicherung bei vielen älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen ausgelöst. Eine solche Regelung wäre nach Ansicht des VdK ethisch nicht vertretbar und weder für die Patienten, ihre Angehörigen noch für das medizinische Personal auf den Intensivstationen zumutbar gewesen.

2.3. Entscheidungsprozess (§ 5 c Abs. 3 IfSG)

Eine Zuteilungsentscheidung ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Sie muss einvernehmlich von zwei Fachärzten getroffen werden, die aktuell im Bereich Intensivmedizin praktizieren und die über eine mehrjährige Erfahrung in diesem Bereich verfügen. Beide müssen den Patienten unabhängig voneinander begutachten. Besteht kein Einvernehmen muss ein dritter, gleich qualifizierter Arzt hinzugezogen werden. Nur einer der Ärzte darf bei

einer Zuteilungsentscheidung unmittelbar in die Behandlung des Patienten eingebunden gewesen sein. Die Hinzuziehung des zweiten und ggf. dritten Intensivmediziners ist per telemedizinischer Konsultation möglich.

Sind von der Zuteilungsentscheidung Menschen mit Behinderung oder Komorbidität betroffen, muss eine weitere Person hinzugezogen werden, durch deren Fachexpertise den besonderen Belangen des Patienten Rechnung getragen werden kann. Ihre Einschätzung ist bei der Entscheidung zu berücksichtigen. Die Hinzuziehung kann ebenfalls per Telemedizin erfolgen. Eine Stimmberechtigung ist allerdings nicht gegeben.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass das Mehraugenprinzip nun verpflichtend gesetzlich geregelt wird und die Entscheidung im Konsens getroffen werden muss.

Der VdK hatte in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf Bedenken zur Umsetzbarkeit geäußert, weil darin als weitere Voraussetzung die Zusatzqualifikation „Intensivmedizin“ gefordert war. Im Hinblick darauf, dass auch mehrjährig erfahrene Intensivmediziner mit einer Zusatzqualifikation „Intensivmedizin“ eine knappe Ressource sind und vermieden werden sollte, dass Kliniken aufgrund mangelnder personeller Ressourcen sich vorzeitig aus der Versorgung intensivtherapiebedürftiger Patienten abmelden, hält der VdK einen Verzicht auf die Zusatzqualifikation für vertretbar.

Mit der Hinzuziehung einer weiteren Person bei Patienten mit einer Behinderung oder Komorbidität hat der Gesetzgeber ein zentrales Problem erkannt. Die Berücksichtigung behinderungsspezifischer Fachexpertise hält der VdK für richtig und notwendig. Geeignet wäre z. B. ein langjährig behandelnder Arzt oder „Vertrauensarzt“ des Patienten, der im Zweifelsfall auf Augenhöhe mit den entscheidenden Intensivmediziner sprechen kann und aussagefähig zur Krankengeschichte, aber auch zur Resilienz des behinderten oder vorerkrankten Patienten ist. Damit kann verhindert werden, dass aus Mangel an Fachkenntnissen zur Behinderung und Komorbidität die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit falsch eingeschätzt wird. Bei der hinzuzuziehenden Person mit Fachexpertise kann, muss es sich aber nicht, um einen Arzt handeln. In der Gesetzesbegründung ist klargestellt, dass es sich z. B. auch um eine Pflegefachkraft oder ein Mitglied der klinischen Ethikkommission handeln kann.

Das fehlende Stimmrecht hält der VdK für sachgerecht, denn eine Mitentscheidungskompetenz könnte möglicherweise haftungsrechtliche Probleme nach sich ziehen. Der VdK begrüßt, dass der Gesetzgeber hier entgegen ursprünglicher Planungen keine Ausnahme aufgrund der Dringlichkeit zulässt. Von den Kliniken mit Intensivstationen sind entsprechende Vorkehrungen zu treffen, dass beispielsweise digital jederzeit eine Person mit entsprechender Expertise hinzugezogen werden kann, ohne dadurch die lebenserforderliche Behandlung zu verzögern. Der Patientenwille, eine bestimmte Person mit Fachexpertise hinzuzuziehen, ist zu berücksichtigen.

Grundsätzlich sollten alle Kliniken, die über Intensivstationen verfügen, verpflichtet werden, Ethikkommissionen einzurichten, in denen auch behinderungsspezifische Expertise vorhanden und durch stetige Weiterbildung auszubauen ist.

2.4. Dokumentation (§ 5c Abs. 4 IfSG)

Die maßgeblichen Umstände und der Entscheidungsprozess sind von den Behandelnden zu dokumentieren. Für die Dokumentation gilt eine Aufbewahrungspflicht nach § 630f Abs. 3 BGB (zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung) sowie Rechte auf Einsichtnahme in die Patientenakte nach § 630g BGB.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass gegenüber der ursprünglichen Planung des Gesetzgebers die Dokumentationspflicht im vorliegenden Entwurf nachgeschärft wurde und auch der Entscheidungsprozess selbst zu dokumentieren ist. Die gegenüber dem Referentenentwurf geänderte Struktur der Regelung ist übersichtlicher und stellt klar, dass es hier um zwei voneinander getrennt zu dokumentierende Dinge geht.

Laut Gesetzesbegründung umfasst die Dokumentationspflicht den Patientenwillen, die jeweilige Indikation und Dringlichkeit, die klinische Erfolgsaussicht der intensivmedizinischen Behandlung oder deren Nichtvorliegen. Sofern Menschen mit Behinderungen oder Komorbiditäten von der Zuteilungsentscheidung betroffen sind, soll auch die Einlassung der zuständigen Person mit entsprechender Fachexpertise dokumentiert werden bzw. die Begründung zu deren Nicht-Heranziehung. Der VdK schlägt vor, diese Vorgaben nicht nur in der Gesetzesbegründung zu nennen, sondern in den Gesetzestext aufzunehmen. Wir begrüßen, dass der Aspekt der ggf. erforderlichen barrierefreien Kommunikation zumindest Eingang in die Gesetzesbegründung gefunden hat.

Der VdK regt nach wie vor an, dass die Dokumentationen über die Patienten, die aufgrund fehlender intensivmedizinischer Ressourcen nicht behandelt werden konnten, zusammen mit den Akten der Patienten, denen im Rahmen der gleichen Entscheidung eine Behandlung zuteilwurde, zwecks Evaluation zentral gesammelt werden (s. „Fehlende Regelungen 3.4 – Meldepflicht und Evaluation“).

2.5. Verfahrensanweisung (§ 5 c Abs. 5 IfSG)

Die Krankenhäuser mit Intensivstationen sind verpflichtet, Verfahrensanweisungen festzulegen, in denen als Mindestanforderungen zum einen konkret die Ärzte benannt sind, die an Zuteilungsentscheidungen mitwirken, und zum anderen die organisatorische Umsetzung der Entscheidungsabläufe festgelegt ist. Die Einhaltung der Verfahrensanweisung ist sicherzustellen und die Verfahrensabläufe nach Abs. 1 bis 4 sind jährlich und bei Notwendigkeit auf Weiterentwicklungsbedarf zu prüfen und anzupassen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass die Vorgaben in Abs. 5 nun konkretisiert wurden und die Verpflichtung aufgenommen wurde, dass die Verfahrensabläufe jährlich und bei Bedarf zu prüfen und weiterzuentwickeln sind. An seinem Vorschlag, die Verfahrensanweisungen der Krankenhäuser zentral bei einer unabhängigen Stelle zu sammeln und ergänzend eine entsprechende Übermittlungs- und Auskunftspflicht aufzunehmen, hält der VdK fest. Der VdK fordert weiterhin, dass die Mindestanforderungen an die Verfahrensanweisung auch die

Einheitlichkeit und Wiederauffindbarkeit der Dokumentation laut § 5c Abs. 1 Satz Nr. 4 IfSG umfasst. Eine Dokumentation ist nur etwas wert, wenn sie erstens direkt auffindbar ist und zweitens auch die Entscheidungsabläufe nach Abs. 3 einheitlich dokumentiert sind. Dazu kann zum Beispiel eine Dokumentation des vollen Namens der handelnden Personen, ihre Organisationseinheit und bei externen Hinzugezogenen die volle Adresse gehören.

3. Fehlende Regelungen

3.1. Gesetzliche Regelung für das Kleeblattsystem

Lediglich in der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass vor einer Triage-Entscheidung alle materiellen und personellen Behandlungskapazitäten regional und überregional ausgeschöpft sein müssen. Das sollte im Gesetzestext selbst klargestellt werden. Es wird verwiesen auf das sogenannte Kleeblattkonzept, nach dem die Bundesländer sich bei drohenden Überlastungssituationen mit benachbarten Bundesländern über die Verlegung von Patienten abstimmen. Dieses muss allerdings politisch „aktiviert“ werden und wird dann zwischen Bund, Ländern und dem Robert-Koch-Institut koordiniert. Das Verfahren hat bisher im Verlauf der Corona-Pandemie funktioniert.

Allerdings können die Bundesländer selbst entscheiden, ob und wann sie für ihr „Kleeblatt“ nach Hilfe ersuchen. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass Bundesländer zu lange abwarten. Der VdK schlägt daher vor, im Gesetz selbst verbindliche Regeln zur Verlegung von Patientinnen und Patienten über Bundesländergrenzen hinweg oder auch ins Ausland zu treffen, um so einen Kollaps des Gesundheitssystems zu verhindern und Triage-Situationen erst gar nicht entstehen zu lassen. Das „Kleeblatt-Verfahren“ sollte zentral auf Bundesebene gesteuert werden.

3.2. Umfassende Regelung von Triage fehlt

Abschnitt 2 des Infektionsschutzgesetzes soll von „Koordinierung und epidemische Lage von nationaler Tragweite“ in „Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit in besonderen Lagen“ umbenannt werden.

Zwar hat das Bundesverfassungsgericht eine Regelungspflicht des Gesetzgebers für die Pandemie-Situation festgestellt, weil die Verfassungsbeschwerde sich konkret auf die Pandemie-Situation bezog. Daraus folgt aber nicht, dass der Gesetzgeber das Gleiche nicht auch für andere Triage-Situationen regeln kann. Im Gegenteil: an vielen Stellen der Entscheidung ist allgemein die Rede vom „Risiko einer Benachteiligung von Menschen aufgrund einer Behinderung bei der Verteilung von knappen intensivmedizinischen Behandlungsressourcen“. Eine Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen in einer Triage-Situation kann auch aus anderen Anlässen als einer Pandemie, z. B. bei Naturkatastrophen, Großunfällen etc., eintreten.

Der VdK befürwortet eine umfassende und rechtssichere Regelung für die Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen in sämtlichen sogenannten Triage-Situationen.

Angesichts des zeitlichen Handlungsdrucks durch die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts sowie der Gefahr, dass Inzidenzen wieder steigen oder mit neuen Virusvarianten zu

rechnen ist, sehen wir allerdings auch die Notwendigkeit, das Gesetz zeitnah zu verabschieden. Eine Vorbereitung auf das Verfahren, die Festlegung von Zuständigkeiten und Entscheidungsabläufen muss den Kliniken rechtzeitig vor der drohenden nächsten Überlastung möglich sein.

3.3. Weiterbildung für Ärzte und medizinisches Personal zu Diskriminierungsrisiken aufgrund einer Behinderung

Obwohl der Bundesgesetzgeber nur eine eingeschränkte Gesetzgebungskompetenz für Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten hat, hält der VdK es für unbedingt erforderlich, dass Gesetzgeber in Bund und Ländern hier schnellstmöglich tätig werden. Menschen mit Behinderungen und Vorerkrankungen sind nach wie vor von einem gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsversorgung und -information immer noch weitgehend ausgeschlossen. Das zeigt die fehlende Barrierefreiheit in Arztpraxen, der Mangel an relevanten Gesundheitsleistungen, unzureichende behinderungsspezifische Fachkenntnisse sowie negative Vorurteile und Stereotype beim medizinischen Personal.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung ausdrücklich Vorgaben des Gesetzgebers zur Aus- und Weiterbildung medizinischen Personals angeregt, die jetzt umzusetzen sind. Dazu gehört auch die kritische Reflexion einer vielfach defizitorientierten medizinischen Perspektive auf Behinderung, den Abbau stereotypisierender Sichtweisen und die Sensibilisierung für barrierefreie Kommunikation sowie den Abbau von Unsicherheiten im Umgang mit Menschen mit Behinderung. Das Gleiche gilt für die Vermeidung unbewusster Stereotype bezüglich des Alters, einschließlich demenzieller Erkrankungen sowie Stereotype bezüglich chronischer Erkrankungen. Hier sind ebenso fachliche Informationen, Aufklärung und Sensibilisierung notwendig.

Kurzfristig sollten sich die Weiterbildungsangebote pandemiebedingt auf die Akteure der Notfall- und Intensivmedizin konzentrieren. Mittel- und langfristig gehört das Thema Benachteiligung und Diskriminierungsrisiken behinderter Menschen allerdings verpflichtend in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und medizinischem Personal im gesamten Gesundheitswesen.

3.4. Meldepflicht und Evaluation

Darüber hinaus regt der VdK an, eine gesetzliche Meldepflicht für Triage-Fälle zu normieren und entsprechende Daten zentral, z. B. beim RKI, zu sammeln und regelmäßig auszuwerten. Zur Vermeidung von möglichen künftigen Triage-Situationen ist es wichtig, zu erkennen, in welchen Fällen, Kliniken und Bundesländer zu Zuteilungsentscheidungen über zu knappe intensivmedizinische Ressourcen gekommen sind und welche Patienten mit welchen Merkmalen unter bestimmten Bedingungen nicht versorgt wurden. Um eine Dokumentations- und Meldepflicht sicherzustellen, regt der VdK an, auch entsprechende ordnungsrechtliche Sanktionen einzuführen.