

Stellungnahme

Triage

Bundesgeschäftsstelle
Abteilung Sozialpolitik

Bei Rückfragen:

Tel. 030 726222-0

Fax 030 726222-328

sozialpolitik@sovd.de

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

BT-Drucksache 20/3877

1 Zusammenfassung des Gesetzentwurfs

Mit einer Ergänzung im Infektionsschutzgesetz soll eine Benachteiligung aufgrund einer Behinderung bei der Zuteilung pandemiebedingt nicht ausreichender überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten verhindert werden. Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 (1 BvR 1541/20) entschieden, dass sich aus Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 Grundgesetz (GG) für den Staat ein Auftrag ergibt, Menschen wirksam vor einer Benachteiligung wegen ihrer Behinderung durch Dritte zu schützen. Dieser Schutzauftrag könne sich in bestimmten Konstellationen ausgeprägter Schutzbedürftigkeit zu einer konkreten Schutzpflicht verdichten. Dazu gehörten die gezielte, als Angriff auf die Menschenwürde zu wertende Ausgrenzung von Personen wegen einer Behinderung, eine mit der Benachteiligung wegen Behinderung einhergehende Gefahr für hochrangige grundrechtlich geschützte Rechtsgüter wie das Leben oder auch Situationen struktureller Ungleichheit. Der Schutzauftrag verdichtet sich, weil das Risiko der Benachteiligung wegen einer Behinderung bei der Zuteilung knapper, überlebenswichtiger intensivmedizinischer Ressourcen bestehe. Zur Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts sieht der Referentenentwurf die folgenden zentralen Regelungen vor:

- Der Anwendungsbereich beschränkt sich ausschließlich auf Fälle nicht ausreichend vorhandener, überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten aufgrund einer übertragbaren Krankheit und gilt für alle intensivpflichtigen Patient*innen, denen noch keine überlebenswichtige

intensivmedizinische Behandlungskapazität zugeteilt worden ist und unabhängig von der jeweiligen Ursache der intensivmedizinischen Behandlungsbedürftigkeit;

- Die Klarstellung eines allgemeinen Benachteiligungsverbots;
- Die Entscheidung über die Zuteilung nur unter Berücksichtigung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit;
- Der Ausschluss der Berücksichtigung von Komorbiditäten, soweit diese nicht in ihrer Schwere oder Kombination die auf die aktuelle Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern;
- Ausdrücklicher Ausschluss der sogenannten Ex-Post-Triage;
- Die Regelung eines Mehraugen-Prinzips;
- Die Regelung von Dokumentationspflichten, sowie
- Die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Sicherstellung der Zuständigkeiten und der Verfahrensabläufe.

2 Gesamtbewertung

Menschen mit Behinderungen, chronisch kranke Menschen sowie ältere und pflegebedürftige Menschen mit Beeinträchtigungen machen vielfach diskriminierende Erfahrungen – auch im Gesundheitswesen. In Zeiten knapper Ressourcen, beispielsweise in Pandemien, fürchten sie, bei Zuteilung knapper, überlebenswichtiger intensivmedizinischer Ressourcen (Triage) unzulässig benachteiligt zu werden. Mit seinem Beschluss vom 28. Dezember 2021 (BVerfG 1 BvR 154/20) erkennt das Bundesverfassungsgericht an, dass „eine Behinderung pauschal mit Komorbiditäten in Verbindung gebracht oder stereotyp mit schlechten Genesungsaussichten verbunden wird“. Es hat den Gesetzgeber aufgefordert, gesetzliche Vorkehrungen zu treffen, um die Beschwerdeführenden wirksam vor einer solchen Benachteiligung zu schützen. Für den SoVD sind dabei zentrale Eckpunkte wichtig, die sich weitgehend in dem Entwurf wiederfinden.

Vorrangig gilt es, Triagesituationen mit allen zur Verfügung stehenden Kräften und Mitteln – wo immer es geht – zu verhindern. Hierfür müssen Bund und Länder gemeinsam wirksame Vorkehrungen treffen. Der Bundesgesetzgeber steht in der Pflicht, indem er etwa durch eine veränderte Krankenhausfinanzierung für ausreichend freie Behandlungskapazitäten sorgt oder auch verbindliche Regeln zur Verlegung von Patient*innen, auch über Bundesländergrenzen hinweg, für den „Fall der Fälle“ (derzeit sog. Kleeblattverfahren) schafft. Privatisierungen und ökonomischen Druck im Gesundheitssystem kritisiert der SoVD seit Langem. In der Krise zeigen sich die Probleme deutlicher denn je. Die zunehmend marktähnlich organisierte Kranken- und Pflegeversorgung muss so reguliert werden, dass vorhandene Mittel zum Wohle der Menschen und nicht zur Renditegewinnung privater Unternehmen eingesetzt werden.

Ressourcen sind – auch in Mangelsituationen – diskriminierungsfrei zu verteilen. Auch wegen des Diskriminierungsverbots des Art. 3 Abs. 3 GG sind sozialer Status, Alter, Geschlecht, Nationalität, religiöse Zugehörigkeit, Versicherungsstatus, Behinderung oder abstrakte Grunderkrankungen keine legitimen Kriterien. Eine „Gebrechlichkeitsskala“ ist abzulehnen, denn sie impliziert, dass Ältere und Menschen mit Behinderungen per se schlechtere Behandlungsaussichten hätten und würde sie in Triage-Situationen unzulässig benachteiligen. Es darf nicht schematisch entschieden werden, sondern nur individuell und konkret anhand der Schwere der Erkrankung und der Erfolgsaussicht der konkret geplanten Behandlung. Das Verfahren der Zuteilung medizinischer Ressourcen müsse fair, sachlich begründet und transparent sein. Gründe müssen fortlaufend und im Einzelfall überprüfbar dokumentiert werden.

3 Zu den einzelnen Regelungskomplexen

■ Anwendungsbereich erweitern

Die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts sollen durch eine Ergänzung im Infektionsschutzgesetz mit § 5c Absätze 1 bis 5 (NEU) umgesetzt werden. Dieser regelt die Entscheidung zum Verfahren im Falle pandemiebedingt nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten. Der Anwendungsbereich beschränkt sich ausschließlich auf Fälle nicht ausreichend vorhandener, überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten aufgrund einer übertragbaren Krankheit und gilt für alle intensivpflichtigen Patient*innen, unabhängig von der jeweiligen Ursache der intensivmedizinischen Behandlungsbedürftigkeit.

SoVD-Bewertung: Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften zum Umgang mit einer Triage-Situation können eine gesetzliche Regelung nicht ersetzen, zumal ihre rechtliche Bindungswirkung und damit ein gleichheitssicherndes Vorgehen äußerst fraglich sind. Eine gesetzliche Regelung halten wir für zwingend erforderlich. Angesichts der vom Bundesverfassungsgericht festgestellten Verletzung des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG – und nicht zuletzt wegen der aktuell erneut steigenden Infektionszahlen – besteht dringender gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir grundsätzlich den Gesetzentwurf, mit dem der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts umgesetzt und die bestehende Schutzpflicht aus Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 GG erfüllt werden soll.

Zurecht erstreckt sich die Regelung bei einer pandemischen Behandlungsknappheit auf alle Patient*innen, die (während einer Pandemie) der intensivmedizinischen Behandlung bedürfen – unabhängig von der jeweiligen Ursache der intensivmedizinischen

Behandlungsbedürftigkeit. Die Behandlungsbedürftigkeit kann also Folge einer Infektionskrankheit sein oder auf anderen medizinischen Gründen beruhen.

Allerdings ist der **Anwendungsbereich** auf Fälle nicht ausreichend vorhandener, überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten aufgrund einer übertragbaren Krankheit begrenzt. Gesetzliche Regelungen zur diskriminierungsfreien Entscheidung über die Zuteilung nicht ausreichender, intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten müssen aber **auch außerhalb des Infektionsschutzgesetzes, nämlich generell**, gelten. Das Risiko der Benachteiligung wegen einer Behinderung bei der Zuteilung knapper, überlebenswichtiger intensivmedizinischer Ressourcen besteht überall, d.h. auch bei jenseits von übertragbaren Krankheiten begründeter Knappheit, beispielsweise bei einem Massenanfall von Verletzten (MANV) oder anderweitig Erkrankten in Katastrophenfällen wie Eisenbahnunfällen oder Bombenattentaten, großflächigen ABC-Einsatzlagen oder Flugzeugabstürzen.

Oberste Priorität und Pflicht des Staates zur Erfüllung seiner Schutzpflichten muss die **Vermeidung eines Mangels an intensivmedizinischer Versorgung** sein. Hierzu gilt es vorrangig, Triagesituationen mit allen zur Verfügung stehenden Kräften und Mitteln – wo immer es geht – zu verhindern. Wie der Entwurf zurecht klarstellt, setzt eine Allokationsentscheidung nach dem neuen § 5c IfSG voraus, dass zuvor alle materiellen und personellen Behandlungskapazitäten regional und überregional ausgeschöpft worden sein müssen. Erforderlich ist insbesondere eine ausreichend hohe Zahl an Intensivbetten, Beatmungsgeräten und Fachpersonal. Die zunehmend profitorientierte Kranken- und Pflegeversorgung muss so reguliert werden, dass vorhandene Ressourcen zum Wohle der Menschen und nicht zur Renditegewinnung privater Unternehmen eingesetzt werden. Die Folgen von Privatisierungen und ökonomischem Druck im Gesundheitssystem zeigen sich in der Corona-Krise deutlicher denn je. Gemeinsam stehen Bund und Länder in der Pflicht, wirksame Vorkehrungen zu treffen, etwa durch eine veränderte Krankenhausfinanzierung, die für ausreichend Betten- und Ressourcenkapazitäten sorgt. Notwendig sind auch verbindliche Regeln zur Verlegung von Patient*innen über Bundesländergrenzen hinweg (sog. Kleeblattverfahren) oder auch ins Ausland, um einen Kollaps des deutschen Gesundheitssystems und letztlich Triagesituationen zu verhindern. Hier muss der Gesetzgeber dringend handeln und darf die Entscheidungen nicht den vielfach unter Wettbewerbs- und Sparzwängen agierenden Akteuren im Gesundheitssystem überantworten.

■ Allgemeines Benachteiligungsverbot wichtig

In § 5c Abs. 1 (NEU) wird klargestellt, dass niemand bei einer ärztlichen Entscheidung über die Zuteilung von pandemiebedingt nicht ausreichend vorhandenen,

überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten (Zuteilungsentscheidung) insbesondere wegen einer Behinderung, der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung benachteiligt werden darf.

SoVD-Bewertung: Das vorangestellte und klarstellende Benachteiligungsverbot ist wichtig. Keinesfalls – auch nicht in Mangelsituationen – dürfen sozialer Status, Alter, Geschlecht, Nationalität, religiöse Zugehörigkeit, Versicherungsstatus, Behinderung, Gebrechlichkeit oder abstrakte Grunderkrankungen per se legitime Kriterien sein, um eine intensivmedizinische Behandlung zu versagen. Die Aufzählung der unzulässigen Diskriminierungskriterien orientiert sich an der Aufzählung in § 1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG). Die Ergänzung der Aufzählung um das Kriterium der **Gebrechlichkeit** wird ausdrücklich begrüßt. Vorherige Gesetzesentwürfe haben die Gebrechlichkeit bislang nicht ausdrücklich ausgeschlossen. Vielmehr wird sie gar in der Liste der Kriterien für Priorisierungsentscheidungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) zur Ermittlung der Priorisierung der Behandlungsbedürftigen nach dem Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht herangezogen. Abstrakte Kriterien, wie sie in der „Gebrechlichkeitsskala“ zum Ausdruck kommen, lehnt der SoVD klar ab. Warum sollte jemand, der bei anspruchsvolleren Aktivitäten des täglichen Lebens, etwa schwerer Hausarbeit, (lediglich) „Hilfe benötigt“ (Stufe 5, „leicht gebrechlich“), beim Zugang zur intensivmedizinischen Versorgung schlechter stehen als sogenannte „fitter“ Menschen der Stufe 2? Die Skala legt den Verdacht nahe, dass Ältere und Menschen mit Behinderungen per se schlechtere Aussichten auf Behandlung haben und in Triage-Situationen diskriminiert werden. Schematische Lösungen darf es in solch ethisch grundlegenden Situationen nicht geben. **Aus diesen Gründen sollte auch § 1 AGG um das Kriterium der Gebrechlichkeit ergänzt werden.**

■ Aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit als maßgebliches Entscheidungskriterium wird befürwortet

Nach § 5 Abs. 2 (NEU) darf eine Zuteilungsentscheidung nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patient*innen getroffen werden. Komorbiditäten dürfen nur berücksichtigt werden, soweit sie aufgrund ihrer Schwere oder Kombination die auf die aktuelle Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern. Insbesondere sind eine Behinderung, das Alter, die verbleibende mittel- oder langfristige Lebenserwartung, die Gebrechlichkeit und die Lebensqualität keine geeigneten Kriterien, um die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit zu beurteilen.

SoVD-Bewertung: Für die nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten aufgrund einer übertragbaren Krankheit erscheint die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit als alleiniges und **maßgebliches Entscheidungskriterium geeignet** zu sein. Mit der Vorgabe wird ein wesentliches Kriterium aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (vgl. BVerfGE Rdnr. 123) in der Vorschrift zugrunde gelegt. Bei der klinischen Erfolgsaussicht im Sinne des kurzfristigen Überlebens der aktuellen Erkrankung handelt es sich nach dem Bundesverfassungsgericht um ein verfassungsrechtlich zulässiges Zuteilungskriterium. Dieses Kriterium zielt aus Sicht des Bundesverfassungsgerichtes nicht auf eine Bewertung menschlichen Lebens, sondern allein auf die Erfolgsaussichten der nach der aktuellen Erkrankung angezeigten Intensivtherapie ab (BVerfG, a.a.O., Rn. 116, 118, 123). Die kurzfristige und aktuelle Überlebenswahrscheinlichkeit erfordert vielmehr die konkrete Einschätzung des Gesundheitszustands und der Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patient*innen zum Zeitpunkt der Zuteilungsentscheidung. Letztlich soll damit jede*r einzelne betroffene Patient*in als Individuum und Mensch mit seinen – allein für die Entscheidung geeigneten – Facetten wahrgenommen werden. Das reduziert die Gefahr auch unbewusster Stereotypisierung.

Soweit nach Satz 2 **Komorbiditäten** nur berücksichtigt werden dürfen, soweit sie aufgrund ihrer Schwere oder Kombination die auf die aktuelle Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern, ist dies nachvollziehbar. Wir sehen wie das Bundesverfassungsgericht bei der uneingeschränkten Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten die Gefahr, dass deren pauschale Berücksichtigung im Rahmen der Entscheidungsfindung zu einer stereotypen Annahme einer generell schlechteren Genesungsaussicht führt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Behinderungen pauschal mit Komorbiditäten in Verbindung gebracht werden und ebenfalls zu einer stereotypen Annahme einer generell schlechteren Genesungsaussicht führen. Anders verhält es sich, wenn sie einerseits in ihrer Schwere oder Kombination die Überlebenswahrscheinlichkeit bei der anstehenden Intensivtherapie erheblich verringern und sich andererseits die Wahrscheinlichkeit eindeutig nur auf das Überleben der aktuellen Krankheit beziehen (so auch das BVerfG, a.a.O., Rn. 111 ff.).

Auf große Zustimmung trifft der in Satz 3 verankerte **Negativkatalog** von Kriterien, die bei der Entscheidung ausdrücklich nicht berücksichtigt werden dürfen. Es handelt sich hierbei um diejenigen Kriterien, die das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung ausdrücklich als untauglich verworfen hat (BVerfG, a.a.O., Rn. 117 - 119). Einen Negativkatalog hatte der SoVD im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens der zugrundeliegenden Verfassungsbeschwerde (a.a.O., Rn. 44) empfohlen. Der Negativkatalog bietet im Zusammenspiel mit dem in Satz 1 verankerten positiven

Kriterium der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit den Behandelnden unterstützende Orientierungspunkte für die Entscheidung.

Für den SoVD steht fest: Intensivmedizinische Notfälle können sich dynamisch entwickeln und unter den verschiedensten Voraussetzungen stattfinden, sodass es unmöglich ist, alle Fallkonstellationen vollständig abzubilden. **Die letztendliche Entscheidung** muss daher in der Akutsituation von erfahrenen Intensivmediziner*innen in Orientierung an dem in § 5c (NEU) definierten Kriterium und unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur evidenzbasierten Einschätzung der kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit getroffen werden. Auch das Bundesverfassungsgericht hat in dem Beschluss vom 16. Dezember 2021 ausdrücklich betont, dass die Letztverantwortung für die Beurteilung medizinischer Sachverhalte in den konkreten Einzelfällen bei dem ärztlichen Personal liegt (BVerfG, a.a.O., Rn. 127).

■ Ausschluss der Ex-Post-Triage ist richtig

Gemäß § 5c Abs. 2 Satz 4 (NEU) sind bereits zugeteilte, überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen (Ex-Post-Triage).

SoVD-Bewertung: Wir begrüßen den eindeutigen und unmissverständlichen Ausschluss der Ex-Post-Triage ausdrücklich. Es wird klar und verständlich geregelt, dass bereits zugeteilte überlebenswichtige und intensivmedizinische Behandlungskapazitäten nicht mehr zur Disposition stehen, solange eine intensivmedizinische Behandlung noch indiziert ist und dem Patient*innenwillen entspricht. Dies schafft Anwendungs- und Rechtssicherheit.

■ Mehraugenprinzip ohne Ausnahme ist unabdingbar

Nach § 5c Abs. 3 (NEU) ist die Zuteilungsentscheidung von zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen, praktizierenden Fachärzt*innen mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin einvernehmlich zu treffen, die die Patient*innen unabhängig voneinander begutachtet haben. Besteht kein Einvernehmen, ist eine weitere, gleichwertig qualifizierte ärztliche Person hinzuzuziehen und sodann mehrheitlich zu entscheiden. Von den zu beteiligenden Fachärzt*innen darf nur ein*e Fachärzt*in in die unmittelbare Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patient*innen eingebunden sein.

Sind Menschen mit Behinderungen oder Vorerkrankungen von der Zuteilungsentscheidung betroffen, muss die Einschätzung einer weiteren

hinzugezogenen Person mit entsprechender Fachexpertise für die Behinderung oder die Vorerkrankung bei der Zuteilungsentscheidung berücksichtigt werden.

SoVD-Bewertung: Wir begrüßen die Normierung eines „**Mehraugenprinzip**“ als wichtige Kontrollmaßnahme für die Zuteilungsentscheidung sowie die Notwendigkeit der einvernehmlichen Entscheidung der beteiligten Ärzt*innen ausdrücklich. Hier folgt der Gesetzgeber zu Recht den Anregungen des Bundesverfassungsgerichts zu verfahrensregelnden Ausgestaltungsmöglichkeiten (BVerfG, a.a.O., Rn. 128 m.w.N.). Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens der o.g. Verfassungsbeschwerde (a.a.O.) hatte der SoVD ein Mehraugenprinzip im Allokationsverfahren ausdrücklich empfohlen (a.a.O.). Sinnvoll ist zudem, dass die Untersuchungen durch die am Allokationsverfahren beteiligten Ärzt*innen unabhängig voneinander erfolgen müssen. Das kann Risiken und gegenseitige Beeinflussungen reduzieren und Fehler und Missbrauch verringern.

Mit der einvernehmlichen Zuteilungsentscheidung von zwei bzw. mehrheitlichen Entscheidungen von drei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen, praktizierenden Fachärzt*innen mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin werden zwar durchaus hohe Anforderungen an die **fachlichen Voraussetzungen und Erfahrungen** gestellt. Dies ist jedoch grundsätzlich angebracht, um eine fundierte Einschätzung zu dem aktuellen Gesundheitszustand, dem bisherigen Behandlungsverlauf und den klinischen Erfolgsaussichten einer intensivmedizinischen Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patient*innen zu gewährleisten. Schließlich müssen die Fachärzt*innen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzen, um die Indikation zu prüfen, um dann die Dringlichkeit und konkrete Überlebenschancen beurteilen zu können. Insoweit ist der zur Entscheidungsfindung dienende fachliche Austausch zwischen zwei erfahrenen ärztlichen Personen geeignet, einer unbewussten Stereotypisierung insbesondere körperlich oder geistig beeinträchtigter, gesundheitlich vorbelasteter oder älterer Patient*innen zu entgehen.

Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass es sich um Regelungskonstellationen handelt, die eine Zuteilung in Zeiten nicht ausreichend überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten betrifft. Dies dürfte neben den materiellen Ressourcen vor allem auch für die begrenzt vorhandenen personellen Kapazitäten in Gestalt der Fachärzt*innen und des Pflegepersonals gelten. Zumindest für die Zuteilungsentscheidung ist daher neben der Zulässigkeit auch die Verfügbarkeit und Einsatzfähigkeit **telemedizinischer Konsultationen** notwendig, um kurzfristige Ausfälle und Unterbesetzungen in pandemischen Ausnahmesituationen (vorübergehend) zu überbrücken. Die Möglichkeit der telemedizinischen Konsultation nach Satz 5 (NEU) gilt richtigerweise für alle an der Zuteilungsentscheidung mitwirkenden und hinzuzuziehenden Personen. Insoweit müssen die telemedizinischen Möglichkeiten

gestärkt und zuverlässig flächendeckend einsatzbereit zur Verfügung stehen. Gleichwohl entlässt dies nicht Bund und Länder aus der essenziellen Pflicht, für notwendige Kapazitäten und Kapazitätsvorhaltungen in den Krankenhäusern Sorge zu tragen (siehe bereits oben). Keinesfalls darf es sehenden Auges infolge von langfristiger Unterbesetzung zu Verzögerungen in der Zuteilungsentscheidung kommen.

Ausdrücklich positiv würdigen wir die weitergehende Einbeziehung einer Person mit entsprechender Fachexpertise, wenn **Menschen mit einer Behinderung oder Vorerkrankung** von der Zuteilungsentscheidung betroffen sind. Damit soll eine individuelle Ermittlung des Gesundheitszustands und eine zuverlässige Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit unter Berücksichtigung behinderungs- oder krankheitsspezifischer Besonderheiten ermöglicht werden. Dies kann spürbar dazu beitragen, der Gefahr entgegenzuwirken, dass Behinderungen oder Vorerkrankungen aus Mangel an Fachkenntnissen oder aus zeitlichen Gründen in der Akutsituation vorschnell und fälschlicherweise mit einer geringeren kurzfristigen und aktuellen Überlebenswahrscheinlichkeit in Verbindung gebracht werden. Bei den hinzuzuziehenden Personen sind auch andere Professionen (Pflege) denkbar. Die barrierefreie Einbeziehung der Angehörigenperspektive halten wir hier ebenfalls grundsätzlich für sehr wichtig.

Soweit in der Gesetzesbegründung klargestellt wird, dass diese „hinzugezogene Person in Bezug auf die Zuteilungsentscheidung jedoch **nicht stimmberechtigt** ist“ (vgl. Seite 22 des Gesetzentwurfs), ist dies sachgerecht. Schließlich ist für die Zuteilungsentscheidung eine fundierte Einschätzung zu dem aktuellen Gesundheitszustand, dem bisherigen Behandlungsverlauf und den klinischen Erfolgsaussichten einer intensivmedizinischen Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patient*innen erforderlich. Der Ausschluss von der Zuteilungsentscheidung soll nicht nur für ärztliche Personen mit entsprechender Fachexpertise für die Behinderung oder die Vorerkrankung gelten. Vielmehr ermöglicht Satz 4 auch die Hinzuziehung einer Vertreterin oder eines Vertreters eines selbstorganisierten Zusammenschlusses im Sinne des § 4a Absatz 1 Satz 1 und 2 des Achten Buches Sozialgesetzbuch. Insoweit war der Begründungstext des Referentenentwurfs missverständlich und wurde zurecht korrigiert (vgl. SoVD-Stellungnahme vom 22. Juli 2022, Seite 9)¹.

Größte Bedenken äußerten wir gegen den noch zuletzt im Referentenentwurf geregelten **Ausnahmetatbestand bei Dringlichkeit** (Satz 5 in der Fassung des

¹ Vgl. SoVD Stellungnahme vom 22. Juli 2022 unter <https://www.sovd.de/sozialpolitik/stellungnahmen/meldungen/triage-entwurf-eines-gesetzes-zur-aenderung-des-infektionsschutzgesetzes>.

Referentenentwurfs, vgl. SoVD-Stellungnahme vom 22. Juli 2022, a.a.O., Seite 9f.). Schließlich wird es nahezu regelmäßig in Triagesituationen um den zeitnahen und schnellstmöglichen Zugang zu einer intensivmedizinischen Versorgung schwerstkranker und akutgefährdeter Patient*innen gehen. Angesichts des „Ernst der Lage“ wird schlicht „ausnahmslos“ eine Dringlichkeit anzunehmen sein. Damit drohte die Ausnahme im Referentenentwurf zur Regel zu werden. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir ausdrücklich die ersatzlose Streichung der ehemaligen Ausnahmeregelung bei Dringlichkeit (Satz 5 alte Fassung).

■ Dokumentation, Einsichtsrecht und Evaluation sind notwendig

Nach § 5c Abs. 4 (NEU) sind die für die Zuteilungsentscheidung zugrunde gelegten Umstände, sowie, welche Personen an der Zuteilungsentscheidung mitgewirkt haben und hinzugezogen wurden, und wie sie abgestimmt oder Stellung genommen haben, zu dokumentieren. Die Aufbewahrungsfristen und das Einsichtsrecht in die Patientenakte nach § 630f Absatz 3 und § 630g des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) gelten entsprechend.

SoVD-Bewertung: Eine vollständige und schriftliche **Dokumentation** der Zuteilungsentscheidung zugrunde gelegten Umstände sowie der beteiligten Personen und des Entscheidungsprozesses sind aus Gründen der Transparenz, Kontrolle und Evaluation notwendig und unerlässlich. Die Dokumentationspflicht soll zusätzlich absichern, dass typisierende Betrachtungen und Annahmen zu Behinderungen, Begleiterkrankungen oder zur sog. „Gebrechlichkeit“ nicht in die Entscheidung eingehen. Zurecht verweist Absatz 4 in diesem Zusammenhang auf die Regelungen Dokumentationsregel und Einsichtsrechte des Behandlungsvertrages nach §§ 630f Abs. 3 und 630g BGB. Unerlässlich ist in diesem Zusammenhang, dass **Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen** in der Dokumentation nur zulässig sind, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt und sichergestellt ist, wann sie vorgenommen worden sind und von wem. Insoweit sollte in § 5c Abs. 4 Satz 2 (NEU) aus Klarstellungsgründen auch auf § 630f Abs. 1 Satz 2 BGB unmittelbar Bezug genommen werden.

■ Vorgaben für Verfahrensabläufe sind ergänzungsbedürftig

Gemäß § 5c Abs. 5 (NEU) sind die Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten verpflichtet, die Zuständigkeiten und Entscheidungsabläufe in einer Verfahrensanweisung festzulegen und deren Einhaltung sicherzustellen. Die Krankenhäuser überprüfen ihre Verfahrensabläufe mindestens einmal im Jahr auf Weiterentwicklungsbedarf und Anpassung.

SoVD-Bewertung: Wünschenswert wären hier nähere Vorgaben des Gesetzgebers, um grundlegend bundeseinheitliche Rahmenbedingungen für die Verfahrensanweisung zu schaffen.

Unerlässlich ist zudem, dass Krankenhäuser verpflichtend Triagesituationen an eine zentrale Meldestelle melden müssen (**Meldepflicht**). Die Meldung muss auch die vollständige Dokumentation aller an der Zuteilungsentscheidung beteiligten Patient*innen umfassen. Über gemeldete Triagesituationen muss die **Öffentlichkeit** zeitnah unterrichtet werden. Dies gewährleistet nicht nur Transparenz über das Verfahren, sondern Versorgungsdefizite werden sichtbar.

Schließlich müssen Entscheidungen über die Zuteilung von nicht ausreichend vorhandenen, überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten nicht nur systematisch erfasst, sondern auch untersucht und ausgewertet werden, um notwendige Handlungsempfehlungen entwickeln zu können, damit künftige Triagesituationen vermieden werden. Eine mit engen Fristen versehene und gesetzlich verankerte **Evaluation** ist daher richtig.

■ Spezifische Vorgaben zur Aus- und Weiterbildung sind notwendig

Dringend erforderlich sind spezifische Vorgaben zur **Aus- und Weiterbildung** in der Medizin und Pflege, insbesondere des intensivmedizinischen Personals. Keinesfalls dürfen sich diese Angebote auf die sachgerechte Anwendung von Empfehlungen, etwa der DIVI zur Triage, beschränken. Vielmehr gilt es, dem defizitorientierten, medizinischen Blick auf Behinderung entgegenzuwirken und das menschenrechtliche Verständnis von Behinderung gerade auch im Gesundheitswesen zu verankern. Eine barrierefreie Kommunikation, die Sensibilisierung für Diskriminierungsrisiken, der Abbau von Unsicherheiten und Vorurteilen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen, die Vermittlung behinderungsspezifischer Kenntnisse und der Abbau stereotypisierender Sichtweisen – diese Themen sollten verpflichtend im Fokus der Aus-, Fort- und Weiterbildung stehen. Angesichts der anhaltenden Corona-Pandemie sollten sich die Angebote kurzfristig auf die Akteure der Notfall- und Intensivmedizin konzentrieren. Mittelfristig sind entsprechende Angebote dann systematisch verpflichtend auf das gesamte Gesundheitssystem zu erstrecken. Wir sehen Bund und Länder gleichermaßen in der Verantwortung, eine schnellstmögliche Umsetzung sicherzustellen.

Berlin, 17. Oktober 2022

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik