



[DIVI e.V. · Schumannstraße 2 · 10117 Berlin](#)

Frau Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit
z. Hd. Frau Anja Lüdke
Leiterin Sekretariat PA14
Platz der Republik 1
11011 Berlin

16.10.2022

Einladung zur öffentlichen Anhörung am Mittwoch, 19.10.2022
Gesetzentwurf der Bundesregierung*
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des
Infektionsschutzgesetzes BT-Drucksache 20/3877

Sehr geehrte Frau Kappert-Gonther,
sehr geehrte Damen und Herren,
die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin (DIVI) bedankt sich ausdrücklich für die Teilnahme zur öffentlichen Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes“ und zur Möglichkeit einer schriftlichen Stellungnahme. Wir möchten zu dem Gesetzentwurf wie folgt Stellung nehmen:

§5c Absatz (1)

Niemand darf bei einer ärztlichen Entscheidung über die Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten (Zuteilungsentscheidung) benachteiligt werden, insbesondere nicht wegen einer Behinderung, des Grades der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung.

Die DIVI hatte gemeinsam mit der Akademie für Ethik in der Medizin und 6 weiteren Fachgesellschaften in der Empfehlung „Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie“ (Version3 vom 14.12.2021 betont, eine Priorisierung sei „nicht zulässig aufgrund des kalendarischen Alters, aufgrund sozialer

Präsident

Prof. Dr. med. G. Marx, FRCA

Vizepräsidenten

Prof. Dr. med. U. Janssens
Prof. Dr. med. F. Walcher

Generalsekretär

Prof. Dr. med. F. Hoffmann

Schatzmeister

Prof. Dr. med. B. Böttiger

Schriftführer

Prof. Dr. med. C. Waydhas

Vertreter der

außerordentlichen Mitglieder

Dr. med. M. Deininger

Vertreterin der

Gesundheitsfachberufe

Frau Dr. Teresa Deffner

Beisitzer

Prof. Dr. Sebastian Brenner
Prof. Dr. med. S. Kluge
Prof. Dr. med. S. Schwab
Prof. Dr. med. A. Unterberg

Geschäftsstelle der DIVI

med. Geschäftsführer
Prof. Dr. med. A. Markewitz
Geschäftsführer
Volker Parvu, Dipl. Inf.
Schumann Str. 2
10117 Berlin
Tel +49 30 4000 5607
Fax +49 30 4000 5637

Eingetragen im Vereinsregister

Düsseldorf VR5548
St.Nr. 27/640/59133

Bankverbindung

Deutsche Bank Köln
IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00
BIC DEUTDE33XXX

Merkmale oder aufgrund bestimmter Grunderkrankungen oder Behinderungen und auch nicht aufgrund des SARS-CoV-2-Impfstatus“ [1]. Damit decken sich die Empfehlungen der DIVI an dieser Stelle mit dem Gesetzentwurf.

In dem vorliegenden Gesetzentwurf sollte zudem klar gestellt werden, dass eine Priorisierung (Zuteilungsentscheidung) nicht nur innerhalb der Gruppe der COVID-19-Erkrankten erfolgen, sondern alle Patienten einbeziehen sollte, die einer Intensivbehandlung bedürfen, unabhängig davon, wo sie gerade versorgt werden (Allgemeinstation, Notaufnahme/Intermediate-Care Station oder Intensivstation). Diese Hinweise finden sich zwar in der Begründung aber nicht im Gesetzestext selbst.

§5c Absatz (2)

Eine Zuteilungsentscheidung darf nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten getroffen werden. Komorbiditäten dürfen bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit nur berücksichtigt werden, soweit sie aufgrund ihrer Schwere oder Kombination die auf die aktuelle Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern. Kriterien, die sich auf die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit nicht auswirken, wie insbesondere 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. Bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sind von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen.

- Der Gesetzentwurf sollte eindeutig klarstellen, auf welchen Zeitraum sich die Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten bezieht. Der Gesetzentwurf spricht hier von „aktueller“ und „kurzfristiger“ Überlebenswahrscheinlichkeit. Unsere Empfehlung [1] war an dieser Stelle präziser. Hierbei sollte sich eine Zuteilungsentscheidung am „Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht orientieren, hier definiert als die Wahrscheinlichkeit, die aktuelle Erkrankungssituation zu überleben.“ Die zeitlich Eingrenzung „kurzfristig“ ist aus medizinischer Sicht unpräzise. Viel eher sollte genau benannt werden, dass sich eine Zuteilungsentscheidung auf die Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten in Bezug auf die aktuelle Intensivbehandlung bezieht. Diese kann im Einzelfall Wochen bis Monate erfordern [2, 7, 10, 11, 12].
- Die DIVI betont, dass niemand aufgrund des Alters oder der Gebrechlichkeit per se und als alleiniges Kriterium bei den Zuteilungsentscheidungen benachteiligt werden darf. Es darf dennoch nicht übersehen und vor allem negiert werden, dass das Lebensalter und/oder eine vorbestehende Gebrechlichkeit bei Personen über 65 Jahren nachweislich einen Einfluss nicht nur auf die akute Überlebenswahrscheinlichkeit einer Intensivbehandlung sondern auch auf die Langzeitprognose sowie die Lebensqualität nach überlebter Intensivtherapie nehmen. Dieses wird durch zahlreiche Untersuchungen bei großen intensivmedizinischen Kollektiven vor aber auch während der Coronapandemie belegt [3, 4, 5, 6, 13, 14, 15].

Daher ist dem kategorische Ausschluss von Alter und Gebrechlichkeit durch den Gesetzentwurf bei der ärztlichen Beurteilung und Indikationsstellung eines Intensivpatienten wissenschaftlich nicht korrekt. In der ärztlichen Einschätzung, Beurteilung und schließlich bei der Indikationsstellung für oder gegen eine Behandlung spielen multiple patientenbezogene Faktoren eine Rolle. Niemals wird eine Entscheidung auf Grund eines Einzelmerkmals getroffen, sondern immer unter Berücksichtigung sehr vieler Faktoren, die die vorbestehende Begleiterkrankungen und den akuten Krankheitsschweregrad einbeziehen - immer unter Berücksichtigung des Patientenwillens. Das gesetzgeberische Verbot der Berücksichtigung von Faktoren wie Alter und vorbestehende Gebrechlichkeit greift elementar in die ärztliche Indikationsstellung ein und erschwert eine gebotene, patientenzentrierte Entscheidung. Unabhängig von einer nationalen und internationalen Notlage der Pandemie mit nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehenden (intensiv)medizinischen Ressourcen wird dieses vom Gesetzentwurf vorgesehene Gebot für (intensiv)medizinische Entscheidungen auch zukünftig bei der Indikationsstellung für Ärztinnen und Ärzten bedeuten, dass elementare prognostisch relevante Faktoren wie Alter und Gebrechlichkeit, die wissenschaftlich belegt einen unabhängigen Einfluss auf die aktuelle Überlebenswahrscheinlichkeit von Intensivpatienten nehmen, nicht mehr bei einer Entscheidungsfindung berücksichtigt werden dürfen. Dieses sollte der Gesetzgeber dringend bedenken.

- Das gesetzliche Verbot, bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten bei der Zuteilungsentscheidung (Priorisierung) zu berücksichtigen, wird von der DIVI als außerordentlich problematisch angesehen. Hieraus ergeben sich nicht nur bei einer absoluten Ressourcenknappheit im Rahmen einer nicht mehr beherrschbaren Pandemie, sondern auch für zukünftige (rechtliche) Entscheidungssituationen von Ärztinnen und Ärzten in der Intensiv- und Notfallmedizin im klinischen Alltag Schwierigkeiten, die möglicherweise zu einer Einschränkung der Handlungs- und Entscheidungsunfähigkeit im klinischen Alltag führen wird.
 - Die Einschätzung, ob eine Intensivbehandlung einer(s) schwer erkrankten Patientin(en) vor dem Hintergrund eines patientenzentrierten Therapieziel noch sinnvoll ist, zählt sicherlich zu den schwierigsten Herausforderungen im klinischen Alltag. Prinzipiell werden Patienten auf eine Intensivstation mit einem kurativen Therapieansatz aufgenommen. Ziel ist es, dass die betroffenen Patienten, möglicherweise mit verbleibenden Einschränkungen, ein Leben unabhängig von der Intensivstation führen können. Somit ermöglicht die Intensivmedizin im Erfolgsfall das Überleben und die Rückkehr des Patienten in ein möglichst unabhängiges und selbstbestimmtes Leben [8, 9]. Im Rahmen von Behandlungsprozessen muss immer wieder die Frage nach dem Sinn der Behandlung gestellt werden. Diese bezieht sich auf das Therapieziel und die davon abhängenden diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen.

Zur Prüfung der Sinnlosigkeit von Behandlungskonzepten oder Behandlungsmaßnahmen ist zu klären:

- Kann das angestrebte Therapieziel nach professioneller Einschätzung erreicht werden?
- Wird dieses Therapieziel vom Patienten gewünscht?
- Sind die Belastungen während der Behandlung durch die erreichbare Lebensqualität / Lebensperspektive aus Patientensicht gerechtfertigt?

Der vorliegende Gesetzestext erwähnt nur cursorisch, dass Ärztinnen und Ärzte berechtigt sind, eine Therapiezieländerung bei Fehlen der oben genannten Voraussetzungen vorzunehmen – immer vorausgesetzt eine medizinische Indikation besteht nicht mehr oder der Patientenwille richtet sich gegen eine Fortführung der Behandlung. Völlig offen gelassen wird aber wie im klinischen Alltag diese Situation während einer intensivmedizinischen Behandlung einer(s) Patientin(en) gegen das Verbot des Gesetzgebers abgegrenzt werden kann, bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten bei der Zuteilungsentscheidung (Priorisierung) zu berücksichtigen. Hier ist zu befürchten, dass auf Grund der erheblichen, möglicherweise medikolegalen, aber auch berufsrechtlichen Konsequenzen für die entscheidenden Ärztinnen und Ärzte eine gebotene Therapiezieländerung bei einer(m) Patientin(en) nicht mehr vorgenommen werden wird. Die sich daraus ableitenden Folgen sind durchaus dramatisch und ernst zu nehmen. Die möglicherweise zur Verfügung stehenden Ressourcen werden auf unabsehbare Zeit weiter zusätzlich eingeschränkt, da eine Intensivtherapie ad ultimo bis zum Tod der/des Patientin(en) weiter fortgeführt werden wird.

Auch in allen zukünftigen klinischen Entscheidungssituationen jenseits der Pandemie kann das Verbot, bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten bei der Zuteilungsentscheidung (Priorisierung) zu berücksichtigen, nachhaltige Unsicherheiten bei Ärztinnen und Ärzten aber natürlich auch bei Patientinnen, Patienten sowie deren Zugehörigen hervorrufen. Ergibt sich im Behandlungsverlauf, dass eine medizinische Indikation zur Fortführung einer Intensivtherapie nicht mehr vorliegt und eine Therapiezieländerung vorgenommen werden soll, ist es denkbar, dass sich gerade bei Zugehörigen Fragen nach der Zulässigkeit einer solchen Entscheidung stellen. Hierbei spielen dann Vermutungen einer relativen Ressourcenknappheit eine nicht unwahrscheinliche Rolle und es könnte der Vorwurf geäußert werden, dass die Therapiezieländerung nicht vor dem Hintergrund einer medizinischen Indikation, sondern angesichts implizierter Ressourcenknappheit vorgenommen werden soll. Die DIVI befürchtet, dass die im Gesetzestext vorgesehene Regelung zukünftig indirekt als Grundregel angesehen wird und jede Entscheidung zur Therapiezieländerung auf Intensivstationen juristisch potenziell angreifbar macht. Hier ist eine gesetzgeberische Präzisierung unbedingt angezeigt und für eine Rechtssicherheit von Ärztinnen und Ärzten zu sorgen.

- Die vorgesehene Regelung wird Entscheidungen zur Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen in den prähospitalen Sektor, sicherlich aber in die Notaufnahmen verlagern. Der Gesetzgeber lässt hierbei völlig außer Acht, dass diese sehr komplexen und elementaren Entscheidungen einen umfassenden Kenntnisstand zum aktuellen Gesundheitszustand der/des Patientin(en) erfordern und darüber hinaus für diese weitreichenden Entscheidungen umfangreiche Informationen zu Vorerkrankungen der/des Patientin(en) aber auch seinen Behandlungswünschen, Wertvorstellungen und Lebenszielen bzw. Lebensentwürfen vorliegen sollte. In der Notaufnahmesituation sind solche umfangreichen Informationen kaum in dem gewünschten und erforderlichen Umfang einzuholen. Die professionelle Einschätzung der klinischen Erfolgsaussicht ist nur außerordentlich ungenau und in dieser Situation kaum, wenn gar nicht mit der erforderlichen Sicherheit zu treffen. Es lassen sich erst nach Stunden, wenn nicht sogar erst nach Tagen valide Aussagen über die Überlebenswahrscheinlichkeit der akuten und schweren Erkrankung treffen. Ausgenommen davon sind Patientinnen/Patienten, die von vorneherein in eine Zuteilungsentscheidung auf Grund des Patientenwillens oder fehlender medizinischer Indikation nicht einbezogen werden.
Bei vielen akut und schwer erkrankten Patientinnen/Patienten sind Entscheidungen zur Sinnhaftigkeit einer Behandlung erst nach Einleitung einer intensivmedizinischen Therapie zu treffen. Ein solcher Therapieversuch (zeitlich begrenzter Therapieversuch) ermöglicht es, dem Behandlungsteam abzuschätzen, ob die/der Patientin/Patient von einer intensivmedizinischen Therapie profitiert oder nicht. Angesichts des geplanten gesetzgeberischen Verbots, bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten bei der Zuteilungsentscheidung (Priorisierung) zu berücksichtigen, werden diese Patientinnen/Patienten von vorneherein bei fehlenden Ressourcen von einer Intensivtherapie ausgeschlossen und dem Sterben überlassen. Hieraus ergeben sich für Ärztinnen und Ärzte erhebliche Belastungen: Ihnen wird gesetzgeberisch die Möglichkeit genommen, möglichst viele Menschenleben zu retten.
- Viele schwer erkrankte Patientinnen und Patienten müssen schon präklinisch oder spätestens in der Notaufnahme intubiert und beatmet werden. Diese Entscheidungen werden von den Behandlungsteams präklinisch und/oder in der Notaufnahme vor dem Hintergrund der akuten Notsituation in Unkenntnis weiterer prognosebestimmender Zusatzinformationen getroffen. Wird diesen Patientinnen/Patienten die letzte verbleibende intensivmedizinische Behandlungskapazität zugeteilt und stellt sich im weiteren Behandlungsverlauf heraus, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit der akuten Erkrankung unrealistisch ist, darf dem Gesetzestext folgend diese intensivmedizinische Ressource keiner/keinem anderen Patientin/Patienten zur Verfügung gestellt



DIVI

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung
für Intensiv- und Notfallmedizin

werden ungeachtet der Tatsache, dass deren/dessen Überlebenswahrscheinlichkeit deutlich besser ist.

Die DIVI bittet Sie, die genannten Aspekte im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu bedenken und zu berücksichtigen und die aus unserer Sicht notwendigen Anpassungen im Gesetz vorzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Literatur

1. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (2021) *Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie* (3. überarbeitete Fassung vom 14.12.2021). In: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/040-013.html> Letzter Zugriff am 04.07.2022
2. Dongelmans DA, Termorshuizen F, Brinkman S et al. (2022) Characteristics and outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU: a nationwide cohort study on the comparison between the first and the consecutive upsurges of the second wave of the COVID-19 pandemic in the Netherlands. *Annals of Intensive Care* 12:5
3. Flaatten H, De Lange DW, Morandi A et al. (2017) The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years). *Intensive Care Med* 43:1820-1828
4. Guidet B, Jung C, Flaatten H et al. (2022) Increased 30-day mortality in very old ICU patients with COVID-19 compared to patients with respiratory failure without COVID-19. *Intensive Care Med* 48:435-447
5. Hägg S, Jylhävä J, Wang Y et al. (2020) Age, Frailty, and Comorbidity as Prognostic Factors for Short-Term Outcomes in Patients With Coronavirus Disease 2019 in Geriatric Care. *J Am Med Dir Assoc* 21:1555-1559.e1552
6. Hodgson CL, Higgins AM, Bailey MJ et al. (2022) Comparison of 6-Month Outcomes of Survivors of COVID-19 versus Non-COVID-19 Critical Illness. *Am J Respir Crit Care Med* 205:1159-1168
7. Karagiannidis C, Mostert C, Hentschker C et al. (2020) Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study. *Lancet Respir Med* 8:853-862
8. Neitzke G, Burchardi H, Duttge G et al. (2016) Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 111:486-492
9. Quintel M (2012) Ziele und Aufgaben der Intensivmedizin. In: Salomon F (Hrsg.) *Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin*. MWV, Berlin, p 19-28
10. Rees EM, Nightingale ES, Jafari Y et al. (2020) COVID-19 length of hospital stay: a systematic review and data synthesis. *BMC Medicine* 18:270
11. Schmidt M, Hajage D, Demoule A et al. (2021) Clinical characteristics and day-90 outcomes of 4244 critically ill adults with COVID-19: a prospective cohort study. *Intensive Care Medicine* 47:60-73
12. Tan E, Song J, Deane AM et al. (2021) Global Impact of Coronavirus Disease 2019 Infection Requiring Admission to the ICU: A Systematic Review and Meta-analysis. *Chest* 159:524-536
13. Vacheron CH, Bitker L, Thiollière F et al. (2022) Prognosis of Old Intensive Care COVID-19 Patients at a Glance: The Senior COVID Study. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 50:S57-s61
14. Welch C (2021) Age and frailty are independently associated with increased COVID-19 mortality and increased care needs in survivors: results of an international multi-centre study. *Age Ageing* 50:617-630
15. Zhang XM, Jiao J, Cao J et al. (2021) Frailty as a predictor of mortality among patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 21:186