

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**20(14)60(28)**  
gel. VB zur öffent. Anh. am  
19.10.2022 - IfSG  
18.10.2022



VERBAND DER  
UNIVERSITÄTSKLINIKA  
DEUTSCHLANDS



medizinischer  
fakultätentag

## STELLUNGNAHME des

Verbandes der  
Universitätsklinika  
Deutschlands (VUD)

und des Medizinischen  
Fakultätentages (MFT)

(zusammen als Deutsche  
Hochschulmedizin e. V.)

zum Gesetzentwurf  
„Zweites Gesetz zur Änderung des  
Infektionsschutzgesetzes“  
(„Triage“)

Oktober 2022

---

Forschen. Lehren. Heilen.

---

© Deutsche Hochschulmedizin (DHM) 2022

**Kontakt**

Verband der Universitätsklinika

Deutschlands e.V. (VUD)

Jens Busmann

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

[info@uniklinika.de](mailto:info@uniklinika.de)

[www.uniklinika.de](http://www.uniklinika.de)

Tel. +49 (0)30 3940517-0

# Inhalt

---

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>4</b>
<b>II. Zu den Regelungen im Einzelnen (Artikel 1, Nr. 3) .....</b>	<b>5</b>
<b>III. Weitere Anmerkung .....</b>	<b>10</b>

# I. Vorbemerkung

Der vorliegende Gesetzentwurf soll den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 16. Dezember 2021 umsetzen, um wirksamen Schutz vor einer Benachteiligung wegen einer Behinderung zu bewirken.

Mit dem nun vorliegenden Gesetzentwurf ist gegenüber dem Referentenentwurf die Eingrenzung auf Pandemiesituationen verlassen worden und stattdessen die Erweiterung auf Situationen erfolgt, in denen durch übertragbare Krankheiten nicht ausreichend überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen.

Dass in Deutschland in der bisherigen Pandemie - trotz regional enormer Infektions- und Hospitalisierungsraten - keine Triage-Entscheidungen vorgenommen werden mussten, ist den getroffenen Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene sowie den besonderen Anstrengungen von Universitätsklinika und anderer Krankenhäuser zu verdanken. Insbesondere die Bundesländer, deren Intensivbehandlungskapazitäten sehr stark beansprucht waren, haben eine Vielfalt an Maßnahmen zur Verhinderung von Triage-Situationen getroffen. Gleichzeitig bestanden Regelungen des Bundes, um den Krankenhäusern zu ermöglichen, Intensivkapazitäten für mögliche COVID-Patient:innen freizuhalten (Freihaltepauschalen, Aussetzen der Pflegepersonalgrenzen, etc.).

Aus aktueller Sicht ist allerdings festzuhalten, dass die entsprechenden Normsetzungskompetenzen für den Bund und Länder durch das Infektionsschutzgesetz sukzessive auslaufen werden. Es fehlen daher eindeutige, rechtssichere Maßnahmen und Verfahren seitens Bund und Länder, mit der festgestellt wird, ob die Voraussetzungen für § 5c IfSG vorliegen oder ob regionale, überregionale oder Kleeblatt-Verlegungen zu erfolgen haben. Hierfür ist es zwingend erforderlich, auf der entsprechenden Zuständigkeitsebene mit hierfür geeigneten Instrumenten die Überlastung des (stationären) Gesundheitssystems sowohl auf der Ebene einzelner Leistungserbringer als auch als Gesamtsystem fortlaufend gemonitort und ggf. durch geeignete Maßnahmen eingegriffen und entsprechend abgeholfen wird.

Der Gesetzentwurf nimmt hierfür ausschließlich die einzelnen Krankenhäuser in die Pflicht und übersieht dabei, dass die notwendigen (über)regionalen steuernden und koordinierenden Maßnahmen nicht von diesen alleine durchgesetzt werden können. Deren Umsetzung muss eine hoheitliche Aufgabe sein, die von Bund oder Ländern zu übernehmen ist. Entsprechende verpflichtende Regelungen für den Bund bzw. die Länder fehlen allerdings im Gesetzentwurf.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Rahmenbedingungen können nicht im Sinne der Patient:innen sein und waren sicherlich auch so nicht durch den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts intendiert. Der Gesetzentwurf bringt die Krankenhäuser und Krankenhausärzte in eine Lage, in der sie nicht die in einer derartigen Situation zwingend erforderliche Rechtssicherheit zum Wohle von Patient:innen haben. Der Gesetzentwurf muss unbedingt, wie oben dargelegt, um Vorgaben zur (über-)regionalen Gesamtkoordination und -steuerung einer öffentlichen Instanz ergänzt werden.

Vollständig unberücksichtigt bleibt im Gesetzentwurf auch, dass die knappste Ressource bei der intensivmedizinischen Versorgung die pflegerischen und ärztlichen Kräfte sind. Der Gesetzentwurf geht nur von einem Mangel an Beatmungsgeräten aus. Gleichzeitig wird im Gesetzentwurf ein sehr personalintensives und bürokratisches Verfahren vorgesehen, welches diese knappe Personalressource zusätzlich unnötig bindet.

Abschließend muss festgehalten werden, dass die Universitätsklinika ähnlich wie der Bundesrat den Erfüllungsaufwand des Gesetzes erheblich höher erachten als im Gesetz angegeben.

## II. Zu den Regelungen im Einzelnen (Artikel 1, Nr. 3)

### 1. Voranstellen eines neuen Absatzes (vor § 5c IfSG-E) bzw. Verortung an anderer Stelle

#### **Änderungsbedarf:**

Vor Absatz 1 ist ein neuer Absatz voranzustellen bzw. ggf. auch an anderen Stellen im IfSG / entsprechenden Gesetzen klarzustellen, dass bereits rechtzeitig vor Verknappung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sowohl vom Bund als auch von den Bundesländern gesetzliche / normative Regelungen zu treffen sind, um Triage-Situationen zu verhindern.

Dies ist außerordentlich wichtig, da die im COVID-19-SchG vorgenommenen Änderungen im Infektionsschutzgesetz auf die zwischenzeitlich beendete epidemische Notlage nationaler Tragweite begrenzt war und demnächst dann sukzessive alle Regelungen auslaufen werden.

Damit ist es fraglich, wie und zu wessen Kosten die in der Gesetzesbegründung genannten regionalen und überregionalen Verlegungen erfolgen können. Auch wenn die Finanzierung der „Kleeblatt-Flüge“ gewährleistet ist, ist die Finanzierung von (Ab-) Verlegungen zwischen Krankenhäusern auf „zwingende medizinische Gründe“ beschränkt (vgl. § 60 Abs. 2 SGB V). Daher sind entsprechende Regelungen erforderlich, z.B. durch Aufnahme des Sachverhalts „zur Vermeidung nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten“ in § 60 Abs. 2 SGB V. Darüber hinaus sind allerdings weitere Maßnahmen seitens Bund oder Länder zu treffen, bevor die Verfahrens- bzw. Triage-Entscheidungen auf die Krankenhäuser und Krankenhausärzte verlagert werden. Vor allem, da den Krankenhäusern gar nicht die entsprechenden Übersichten / Daten vorliegen.

Die Verlagerung der Schutzpflicht aus Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG ganz zum Ende der Prozesskette ohne Festlegung von Kompetenzen / Finanzierung / Maßnahmen zur Verhinderung dieser Überlastungssituationen seitens Bund / Land / Regionen wird absehbar scheitern und erhebliche Konsequenzen für die Motivation der Ärzte und der Pflegekräfte nach sich ziehen.

Regelungen, die ein Scheitern verhindern könnten, sind u.a.:

Festlegung von Versorgungsregionen mit steuernder Funktion eines Gremiums / Stabs zur Planung, Entscheidung und Organisation sowie als ständige Kommunikations- und Austauschplattform:

- systemisch
  - Nutzung von IVENA oder alternativer entsprechender Softwarelösungen zu aktuellen (Intensiv-)Bettenbelegungen und freien Kapazitäten in der Versorgungsregion. Dies dient auch einer Effizienzsteigerung im Rettungsdienst.
  - Prognose und Monitoring
  - Steuerung und Supervision
- operativ
  - Zu-/Abverlegungen zur intensivmedizinischen Kapazitätssteuerung innerhalb und zwischen Versorgungsregionen und -stufen
  - Herstellung von Aufnahmebereitschaft in Krankenhäusern
  - Personaleinsatz inklusive Regelungen zur Aufrechterhaltung der kritischen Infrastruktur
- übergeordnete Themen
  - Verschiebung von elektiven Operationen in den entsprechenden Versorgungsregionen mit knappen Intensivkapazitäten (Gesamtfestlegung in Regionen/ Bundesländern mit finanziellen Ausgleichsregelungen)
  - Übernahme der Kosten für intensivmedizinische Interhospital-Verlegungen durch die Krankenkassen oder durch Bund oder Land - durch Schaffung entsprechender Bundes- oder Landes-Gesetze bzw. -Verordnungen
  - Aussetzung der bestehenden Sanktionierung bei Nichterfüllung der PpUGV bzw. der Personalvorgaben in den entsprechenden G-BA-Richtlinien
  - Ausgleichszahlungen und Freihaltepauschalen (auch für Umstrukturierung der Stationen, Aufrüstung der Aufwchräume für beatmete Intensivpatient:innen mit wiederum reduzierten Operationsmöglichkeiten als Folge)
  - Bereitstellung von Impfstoff und Arzneimitteln für Kliniken, vulnerable Gruppen und Bevölkerung; inkl. der entsprechenden Finanzierung der Leistungen in den Krankenhäusern

## 2. § 5c Abs. 2

### a. Satz 1 - 3:

#### **Inhalt der Regelung:**

Das einzig zulässige Kriterium für die Zuteilungsentscheidung ist die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit. Satz 2 sieht vor, dass Komorbiditäten (Schwere oder Kombinationen) nur dann berücksichtigt werden dürfen, soweit diese die auf die aktuelle Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern. Satz 3 regelt, dass insbesondere Behinderung oder Gebrechlichkeit keine geeigneten Kriterien sind, um die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit zu beurteilen.

**Bewertung:**

Es erweckt den Anschein, dass „Komorbiditäten“, die bei erheblicher Verringerung der kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit berücksichtigt werden können, von „Behinderung“ eindeutig abgegrenzt werden könnten. Hingegen dürfen „Behinderungen“ gemäß Satz 3 nicht als Kriterium für die aktuelle oder kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit herangezogen werden.

Es bestehen erhebliche Schnittmengen zwischen Funktionseinschränkungen durch Komorbiditäten bzw. durch Behinderungen: Bereits die Tabelle zum Grad der Behinderungen der Versorgungsmedizin-Verordnung (GdB-Tabelle) enthält u.a. eine Vielzahl an somatischen Erkrankungen („Komorbiditäten“). Die im Gesetzentwurf enthaltenen unterschiedlichen Rechtsfolgen bei Komorbidität und bei Behinderung sind somit nicht umsetzbar.

Demnach würden beispielsweise Patient:innen mit einer dauernden Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades (z.B. durch eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung) eine GdB-Anerkennung von 80% haben. Andererseits gibt es die Fallkonstellationen, dass Patient:innen mit der gleichen Erkrankung bei identischer Lungenfunktionseinschränkung keinen Antrag auf GdB gestellt haben.

Bei völlig identischen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen - allerdings einmal mit und einmal ohne GdB-Anerkennung - hätte dies nach § 5c IfSG-E zwei völlig gegensätzliche Rechtsfolgen: Einmal darf die Erkrankung (durch die GdB anerkannt) nicht bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit berücksichtigt werden, und einmal muss die Erkrankung (ohne GdB-Beantragung) bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit berücksichtigt werden.

Somit sind die im Gesetzentwurf enthaltenen unterschiedlichen Rechtsfolgen bezüglich Komorbidität und Behinderung im § 5c IfSG-E nicht umsetzbar, da bereits die GdB-Tabelle somatische Erkrankungen („Komorbiditäten“) als „Behinderungen“ klassifiziert.

**Änderungsvorschlag (in den Regelungen und in der entsprechenden Gesetzesbegründung):**

Nach Satz 3 folgenden Satz einfügen: Funktionseinschränkungen von somatischen Erkrankungen bzw. Komorbiditäten, die zu dem Grad der Behinderung geführt haben, sind bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit zu berücksichtigen.

**b. Satz 4:****Inhalt der Regelung:**

Satz 4 sieht vor, dass bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen sind.

**Bewertung:**

Hier sind weitere Festlegungen im Gesetz zu treffen, die regeln, wie in Situationen umzugehen ist, wenn beispielsweise während der - bei infektiösen Erkrankungen i.d.R. längeren - intensivmedizinischen Behandlungen z.B. Komplikationen eintreten, die die ursprüngliche bei der Zuteilungsentscheidung aktuelle oder kurzfristige Überlebenschance verschlechtert.

In diesen Situationen müssen belegte intensivmedizinische Behandlungskapazitäten zur Disposition stehen, wenn im intensivmedizinischen Verlauf die individuellen akuten Erfolgsaussichten des Patient:innen, also die Wahrscheinlichkeit, die aktuelle Erkrankungssituation durch Intensivtherapie zu überleben, erheblich sinken. Das weitere Vorgehen sollte dann - wie in diesen Situationen üblich - durch den Einbezug des Ethik-Komitees (oder ein anderes Entscheidungs- und Priorisierungsteam) erfolgen.

Dies entspricht bereits jetzt dem üblichen Vorgehen auf Intensivstationen. Es ist kontinuierlich zu prüfen, ob die Erfolgsaussichten noch mit entsprechender Wahrscheinlichkeit gegeben sind oder durch - während der intensivmedizinischen Behandlung - eingetretene Komplikationen die ursprünglichen Therapieziele nicht mehr realistisch erreichbar sind. Sollten diese als nicht mehr realistisch erreichbar angesehen werden, ist diesem durch Änderung des Therapieziels – beispielsweise von kurativ in palliativ – zu begegnen.

**Änderungsvorschlag:**

Folgende Präzisierung und Ergänzung in der Begründung zu Satz 4: „Satz 4 gilt nicht, wenn durch während des intensivmedizinischen Verlaufs eingetretene Komplikationen die Erkrankungssituation verschlechtert und die ursprünglich formulierten Therapieziele nicht mehr erreichbar sind. Falls möglich, ist hier ein sogenanntes „Ethik-Komitee“ hinzuzuziehen und die Entscheidung entsprechend zu dokumentieren.“

**3. § 5c Abs. 3:****a. Satz 1 - 4****Inhalt der Regelung:**

Die Zuteilungsentscheidung erfolgt durch zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrene und in der Intensivmedizin praktizierende Fachärzt:innen. Im Dissensfall ist eine weitere, gleichwertig qualifizierte ärztliche Person hinzuzuziehen.

**Bewertung:**

Die Qualifikationsanforderung „*mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen und gleichzeitig im Bereich Intensivmedizin praktizierenden Facharzt:innen*“ ist zwar auf der einen Seite nachvollziehbar, auf der anderen Seite schränkt es den entsprechend qualifizierten Personenkreis erheblich ein. Es ist davon auszugehen, dass es nicht genügend entsprechend qualifizierte Personen 24/7 geben wird. Dieser so qualifizierte und damit ausgesprochen kleine Personenkreis müsste dann deutlich mehr Rufbereitschafts- und Wochenenddienste ableisten.



Wie Pflegekräfte sind auch diese Fachärzt:innen eine begrenzte Ressource in der Intensivmedizin. Weitere Nacht-Dienste, erhebliche Dokumentationspflichten nach Absatz 4 inkl. der in der Gesetzesbegründung auf Seite 18 beschriebenen möglichen berufsrechtlichen Sanktionen bis hin zum Widerruf der Approbation werden die Berufsattraktivität von „Intensivmediziner:innen“ weiter senken, so dass es zur weiteren Ressourcenverknappung kommt.

Gleichzeitig sind diese Ärzt:innen verpflichtet, eine weitere Person mit Fachexpertise der besonderen Belange für Patient:innen mit Behinderung und Komorbidität hinzuzuziehen (behandelnde/r Arzt/Ärztin, Pflegekraft, etc.). Da diese Personen in der Regel nicht 24/7 zur Verfügung stehen, ist unklar, wie die - ohnehin schon durch die vollen Intensivstationen - belasteten Ärzt:innen dies ohne weitere erhebliche zeitliche Belastung umsetzen sollen. Alleine die Suche nach diesen Personengruppen, deren Erreichbarkeit sowie der möglichen Organisation eines gemeinsamen Termins kostet erhebliche Zeitressourcen, die wiederum der Behandlung der Intensivpatient:innen entzogen wird.

Wie oben beschrieben, sind die knappste Ressource auf der Intensivstation nicht Beatmungsgeräte, sondern die Pflegekräfte und die Fachärzt:innen.

Daher sind alle geeigneten Fachärzt:innen (Anästhesist:innen, Intensivmediziner:innen, in der Notaufnahme oder im Rettungsdienst tätige Fachärzt:innen) aufzuführen, ohne Begrenzung auf „im Bereich Intensivmedizin praktizierend.“

#### **Änderungsvorschlag:**

Satz 1: Die Zuteilungsentscheidung ist von zwei intensivmedizinisch erfahrenen oder in der Anästhesie, Notaufnahme oder im Rettungsdienst tätigen Fachärzt:innen einvernehmlich zu treffen.

Nach Satz 4 („Ist eine Patientin oder ein Patient mit einer Behinderung oder einer Komorbidität von der Zuteilungsentscheidung betroffen, muss die Einschätzung einer hinzuzuziehenden Person berücksichtigt werden ....“) ist folgender Satz zu ergänzen:

Dies gilt nicht, soweit die Dringlichkeit der intensivmedizinischen Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen oder Patienten der Beteiligung nach Satz 4 entgegensteht.

#### **b. Satz 5:**

##### **Inhalt der Regelung:**

Die Begutachtung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patient:innen, die Mitwirkung oder Hinzuziehung der - in Absatz 3 genannten - Personengruppen kann in Form einer telemedizinischen Konsultation erfolgen. In der Gesetzesbegründung auf Seite 22 wird ausgeführt, dass z.B. eine qualifizierte Ärztin oder ein qualifizierter Arzt eines anderen Klinikums, [...], in die telemedizinische Entscheidung eingebunden werden kann.

**Bewertung:**

Es muss hinterfragt werden, ob die in Absatz 3 Satz 4 genannten Personengruppen tatsächlich über telemedizinische Infrastruktur verfügen (können).

Es ist auch fraglich, inwieweit sich Fachärzt:innen von anderen Kliniken an diesen Zuteilungsentscheidungen beteiligen können / würden. Insbesondere, wenn diese Krankenhäuser noch über intensivmedizinische Behandlungskapazitäten verfügen. Ein weiterer Punkt bzgl. der Beurteilung ist sicherlich auch, dass nicht die Beatmungsgeräte, sondern die Personalressourcen (oder ggf. intensivmedizinische Arzneimittel) die knappen limitierenden Faktoren sind. Dies ist für Ärzt:innen außerhalb der eigenen Klinik kaum/schwer beurteilbar (vgl. Pflegepersonaluntergrenzenverordnung, G-BA-Richtlinienvorgaben sowie die entsprechenden Sanktionierungen).

**Änderungsvorschlag:**

Der Satz 5 sollte wie folgt geändert werden: Die Mitwirkung an Zuteilungsentscheidungen kann in Form einer telemedizinischen Konsultation erfolgen; die Hinzuziehung der Personengruppe nach Satz 4 kann telefonisch erfolgen.

### III. Weitere Anmerkung

**Zur Gesetzesbegründung:**

Seite 8, 2. Absatz, Satz 1 *„Begleitend zu den in diesem Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen, die in der Ausnahmesituation aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten zur Anwendung kommen, soll zeitnah die Approbationsordnung für Ärzte um Inhalte zu behinderungsspezifischen Besonderheiten ergänzt werden.“*

**Anmerkung:**

Sofern diese Ergänzung in der kommenden Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) einfließen soll, weist die Deutsche Hochschulmedizin darauf hin, dass behinderungsspezifische Themen bereits jetzt im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) angelegt sind. Gemäß dem letzten Referentenentwurf zur ÄApprO wird der NKLM verbindliche Lehr- und Prüfungsgrundlage des Medizinstudiums. Die Bemühung zur Änderung und Finanzierung der ÄApprO müssen deshalb zügig vorankommen, damit der NKLM seine praktische Wirkung stärker entfalten kann.