

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)60(33)
gel. VB zur öffent. Anh. am
19.10.2022 - IfSG
19.10.2022



Stellungnahme des BDH Bundesverband Rehabilitation zum

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

(Gesetzesentwurf der Bundesregierung)

18.10.2022

Kontakt

BDH Bundesverband Rehabilitation Lievelingsweg 125
53119 Bonn
Tel. 0228 – 969 84 0
Fax: 0228 – 969 84 99
bundesverband@bdh-reha.de
www.bdh-reha.de

Ansprechpartnerin

Ass. jur. Ulrike Abel
Tel. 03834 – 871 100
ulrike.abel@bdh-reha.de

Der BDH Bundesverband Rehabilitation, vor mehr als 100 Jahren gegründet, gehört zu den größten deutschen Fachverbänden für Rehabilitation, ist Sozialverband und gemeinnütziger Träger von Zentren für Neurorehabilitation, Intensiv- und Beatmungsmedizin und weiteren medizinischen Einrichtungen. Die BDH-Kliniken sind Qualitätsführer in der neurologischen (Früh-)Rehabilitation, Intensiv- und Beatmungsmedizin.

Bundesweit bietet der Verband soziale und sozialrechtliche Beratung für Menschen mit (chronischer) Erkrankung, Behinderung und Pflegebedürftigkeit sowie für deren Familien und professionelle Vertretung vor Behörden und den Instanzen der Sozialgerichtsbarkeit.

In über 60 Kreisverbänden werden darüber hinaus mehr als 10.000 Mitglieder und ihre Familien in ihren besonderen Lebenssituationen ehrenamtlich sozial begleitet.

Der BDH Bundesverband Rehabilitation finanziert sich ausschließlich durch Mitgliedsbeiträge und Beiträge seiner Kliniken. Er ist sowohl parteipolitisch als auch konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs

Der Gesetzgeber ist durch das Triage-Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 16. Dezember 2021 aufgefordert worden, seine bestehende Schutzpflicht aus Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 Grundgesetz umzusetzen, um bei pandemiebedingt nicht ausreichenden intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten Menschen mit Behinderung nicht zu benachteiligen. Bislang fehlten Vorkehrungen, um diese Gefahr zu verhindern. Fachliche Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) sind nicht verbindlich. Da sich Betroffene in der akuten Situation der Behandlungsbedürftigkeit weder selbst davor schützen noch dem ausweichen könnten, sah das Bundesverfassungsgericht den Gesetzgeber in der Pflicht, Regelungen zu ihrem Schutz zu treffen.

Einschätzung des BDH Bundesverband Rehabilitation

Der BDH Bundesverband Rehabilitation tritt für die Stärkung und Durchsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens ein.

Wir begrüßen deshalb ausdrücklich die geplante Schaffung verbindlicher gesetzlicher Regelungen, um im Falle pandemiebedingter Engpässe die Gefahr auszuschließen, dass Menschen mit chronischer Erkrankung und Behinderung pauschal eine geringere Überlebenschance eingeräumt wird. Auch im Falle einer Pandemie darf es entsprechend des ethischen Grundsatzes der Lebenswertindifferenz keine Bewertung oder Abwertung menschlichen Lebens geben. Jedes Leben ist gleich viel wert.

Wir begrüßen ebenso die Beteiligung von ausgewählter behindertenspezifischer Fachexpertise im Gesetzgebungsverfahren, um ein legitimes und akzeptiertes Verfahren zur Umsetzung von Regelungen im Falle einer Triage zu entwickeln. Wir stehen hinter den Basispositionen des Deutschen Behindertenrates (DBR) vom 26. Januar 2022.

[Übergreifende Basispositionen des DBR zur Umsetzung des „Triage-Urteils“ des BVerfG](#)

Als Fachorganisation und gemeinnütziger Klinikträger setzen wir uns zugleich entschieden dafür ein, dass alles getan wird, Triage-Situationen – wo immer es geht – zu verhindern. Hierfür müssen Bund und Länder gemeinsam wirksame Vorkehrungen treffen.

Ein Monitoring des Infektionsgeschehens, die Schaffung der rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen sowie die Umsetzung angemessener und wirksamer Infektionsschutzmaßnahmen nach Empfehlungen medizinischer Expertinnen und Experten (u.a. aus dem Kreis der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften) erscheinen dafür unabdingbar.

Es müssen Kapazitäten geschaffen werden, um in enger Abstimmung mit den erstbehandelnden Akutkrankenhäusern eine zeitnahe Übernahme von Patientinnen und Patienten zu realisieren und zu garantieren, so dass wieder freie intensivmedizinische Behandlungskapazitäten in den Akuthäusern entstehen.

Jüngste Erfahrungen haben gezeigt, dass Pandemiegeschehen in Kliniken der Akut-Versorgung von hoher Arbeitsverdichtung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie von z.T. eklatantem Fachkräftemangel gekennzeichnet sind. Gesetzliche Regelungen brauchen auch die entsprechenden Rahmenbedingungen zur Gewährleistung ihrer Umsetzung.

2. Zur geplanten Ausgestaltung

Verfahren zur Entscheidungsfindung/Planung der Expertise vor Ort

Im Artikel 1, 2. Abschnitt, Paragraph 5c des Gesetzesvorhabens ist das geplante Verfahren bei aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten fixiert.

Dort heißt es unter § 5 c (3):

Die Zuteilungsentscheidung ist einvernehmlich von zwei Ärztinnen oder Ärzten zu treffen, die

1. Fachärztinnen oder Fachärzte sind,
2. im Bereich Intensivmedizin praktizieren,
3. über mehrjährige Erfahrung im Bereich Intensivmedizin verfügen und
4. die von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen und Patienten unabhängig voneinander begutachtet haben.

Besteht kein Einvernehmen, sind die von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen und Patienten von einer weiteren gleich qualifizierten Ärztin oder einem weiteren gleich qualifizierten Arzt zu begutachten und ist die Zuteilungsentscheidung mehrheitlich zu treffen. Von den an der Zuteilungsentscheidung beteiligten Ärztinnen und Ärzten darf nur eine Ärztin oder ein Arzt in die unmittelbare Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen oder Patienten eingebunden sein. Ist eine Patientin oder ein Patient mit einer Behinderung oder einer Komorbidität von der Zuteilungsentscheidung betroffen, muss die Einschätzung einer hinzuzuziehenden Person berücksichtigt werden, durch deren Fachexpertise den besonderen Belangen dieser Patientin oder dieses Patienten Rechnung getragen werden kann. Die Begutachtung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen und Patienten, die Mitwirkung an der Zuteilungsentscheidung sowie die Hinzuziehung nach Satz 4 kann in Form einer telemedizinischen Konsultation erfolgen.

Einschätzung des BDH Bundesverband Rehabilitation

Im vorliegenden Gesetzentwurf der Bundesregierung ist anders als im Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit darauf verzichtet worden, dass solche Zuteilungsentscheidungen nur von zwei – im Falle von Dissens der beiden sogar drei – Fachärztinnen oder Fachärzten mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin gefällt werden dürfen, von denen zudem noch höchstens eine in die Behandlung involviert sein darf.

Das begrüßt der BDH Bundesverband Rehabilitation ausdrücklich. Intensivmedizinisch praktizierende mehrjährig erfahrene Fachärztinnen und Fachärzte verfügen unserer Erfahrung nach über die notwendige Fachexpertise. Triage-Entscheidungssituationen gehören wohl zu den komplexesten und schwierigsten im Beruf von Medizinerinnen und Medizinern. Man wird ihnen aber nicht dadurch gerecht werden, wenn man nicht die knappe Ressource Arzt berücksichtigt.

Unsere Position möchten wir hier noch einmal bekräftigen:

1. Die Entwurfsbegründung (Seiten 13/14 des Referentenentwurfs) enthielt in der vorgenommenen Abschätzung der Anzahl intensivmedizinisch Zusatzqualifizierter Fachärztinnen und Fachärzte in Deutschland einen fundamentalen Fehler: In jedem der 1.117 Intensivbetten führenden Krankenhäusern arbeiten der zitierten Studie zufolge zwar durchschnittlich 13,9 Ärztinnen oder Ärzte auf der Intensivstation, davon sind aber nur durchschnittlich sieben fachärztlich qualifiziert und nur durchschnittlich vier tragen die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

(Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut 2017: Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin, www.dki.de)

Die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, auf die für Zuteilungsentscheidungen zurückgegriffen werden kann, ist also deutlich geringer als von den Verfassern des Gesetzentwurfs angenommen. Entsprechend wird ihre Verfügbarkeit rund um die Uhr in den meisten Kliniken dadurch realisiert, dass außerhalb der „normalen“ werktäglichen Arbeitszeit einzelne Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner (in den meisten Kliniken wohl nicht mehr als eine Person pro Intensivstation) im Bereitschafts- oder Rufbereitschaftsdienst vorgehalten werden, um bei Bedarf zum Einsatz zu kommen.

Die Dringlichkeit intensivmedizinischer Zuteilungsentscheidungen wird in vielen Fällen so groß sein, dass ein Aufschub in die nächste „normale“ werktägliche Arbeitszeit unmöglich wäre. Da die „normale“ werktägliche Arbeitszeit aber nur weniger als ein Viertel der Gesamtzeit (innerhalb eines Jahres) ausmacht, würde eine Vielzahl solcher Entscheidungen zu einer Zeit getroffen werden müssen, da in vielen Kliniken nur **ein** solcher intensivmedizinischer Spezialist bzw. solche Spezialistin zur Verfügung stünde. Womöglich gibt es sogar Kliniken mit Intensivstation, denen gar nicht rund um die Uhr medizinisches Fachpersonal mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin zur Verfügung steht, das man aber von der Versorgung intensivtherapiebedürftiger Patientinnen und Patienten gerade in einer pandemiebedingten Phase nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nicht ausschließen möchte.

2. Es ist auch fachlich nicht sachgerecht, dass nur diese Gruppe von Ärztinnen und Ärzten befähigt wäre, die in Rede stehenden Sachverhalte zu beurteilen. Nicht selten sind intensivmedizinisch versierte Fachärztinnen und Fachärzte in der intensivmedizinischen Gesundheitsversorgung tätig, die nicht über die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin verfügen.

In der Formulierung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung folgte der Gesetzgeber jetzt unserer Einschätzung. Wir möchten noch einmal betonen: Am Anspruch, dass solche schwerwiegenden Entscheidungen von den dafür am besten qualifizierten Ärztinnen und Ärzten getroffen werden sollten, kann natürlich kein Zweifel bestehen.

Wir begrüßen weiterhin, dass unsere Empfehlung, auch nichtärztliches Fachpersonal, insbesondere klinische Ethikkomitees, in die Entscheidung einzubeziehen, berücksichtigt wurde. Leider findet sich eine klare Aussage dazu nicht im Gesetzesentwurf. Jedoch geht dies aus der Gesetzesbegründung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung hervor. Danach muss es sich bei der „hinzuzuziehenden Person“ gem. § 5c Abs. 3 Satz 4 IfSchG nicht nur um Ärztinnen und Ärzte handeln. Es kommt auch die Einbeziehung von Pflegekräften, Mitglieder von klinischen Ethikkomitees oder einer Vertreterin oder eines Vertreters eines selbstorganisierten Zusammenschlusses in Betracht.

Kritisch sehen wir die im Gesetzentwurf der Bundesregierung geschaffene Möglichkeit, dass “die Begutachtung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen und Patienten, die Mitwirkung an der Zuteilungsentscheidung sowie die Hinzuziehung nach Satz 4...” durch eine telemedizinische Konsultation erfolgen kann. Das Verfahren nach Absatz 3 Satz 1, 2 und 4 setzt keine körperliche Anwesenheit der Ärztinnen oder der Ärzte sowie der hinzugezogenen Person voraus. Ausreichend ist z. B. auch eine telemedizinische Konsultation.

Wir möchten dazu nochmals auf unsere bereits geäußerten Bedenken hinweisen:

1. Es erscheint zweifelhaft, ob eine lediglich telemedizinisch beteiligte ärztliche Person die Patientin oder den Patienten unabhängig von den Kollegen vor Ort begutachten könnte. Eine eigene Untersuchung wäre nicht möglich, und die in die Entscheidung einzubeziehenden Informationen können nur durch die Kolleginnen und Kollegen vor Ort übermittelt werden.
2. Es existieren die für eine solche gesetzlich vorgeschriebene telemedizinische Inanspruchnahme nötigen Vernetzungsstrukturen zwischen allen (!) Intensivbetten führenden Krankenhäusern nicht. Ihre Schaffung würde auf jeden Fall zulasten der intensivmedizinisch qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzte gehen, deren Aufgaben- und Verantwortungsbereich dafür erweitert werden müsste. Die von den Verfassern des Gesetzentwurfs angestellte Kostenschätzung legt de facto einen Markt an intensiv-medizinisch-fachärztlicher Arbeitszeit zu Grunde, an dem sich Kliniken nach Bedarf bedienen können. In der Wirklichkeit allerdings sind es die personellen Ressourcen – nicht nur pflegerisch, sondern auch ärztlich – die Behandlungskapazitäten am häufigsten begrenzen. Bei ausgeschöpften intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sind also die Spezialistinnen und Spezialisten für diese Behandlung nicht frei verfügbar, um außerhalb ihres eigentlichen Zuständigkeitsbereichs hinzugezogen zu werden.

Aus Sicht des BDH ist es richtig, dass der Gesetzgeber im § 5c Absatz 2 einem Randomisierungsprinzip in der Entscheidungsfindung auch im Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht folgt, sondern das Verfahren auf sachlich-fachliche Grundlage stellt und das Mehraugenprinzip sowie die Informations- und Dokumentationspflicht integriert. Mit dem Ausschluss der Randomisierung setzt er damit das Urteil des Bundesverfassungsgerichts um. Eine zufallsbasierte Auswahl verträgt sich auch in keiner Weise mit dem ärztlichen Selbstverständnis zur gewissenhaften, am Wohle der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Berufsausübung.

Durch den Gesetzentwurf werden rechtliche Grenzen bei der Auswahl der Patientinnen und Patienten aufgezeigt und Transparenz hergestellt. Damit sieht der BDH Bundesverband Rehabilitation das Vertrauen in die Entscheidungsprozesse gestärkt.