



Wortprotokoll der 41. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 19. Oktober 2022, 14:15 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Saal 3 101) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 6

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

BT-Drucksache 20/3877

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Rechtsausschuss

Wirtschaftsausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung



Sachverständige (SV) Verbände/Institutionen

- AbilityWatch e. V.
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)
- Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (AIO)
- Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e. V. (AKEK)
- AWO Bundesverband e. V. (AWO)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankungen und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)
- BDH Bundesverband Rehabilitation e. V. (BDH)
- Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA)
- BKK Dachverband e. V. (BKK)
- Bochumer Zentrum für Disability Studies (BODYD)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO)
- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e. V. (BIVA)
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB)
- Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie)
- Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm)
- Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e. V. (BSK)
- Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e. V. (BAND)
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (BVLH)
- Deutscher Caritas Verband e. V. (Caritas)
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP)
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. – Angehörigenbeirat (CBP)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DAIzG)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG)
- Deutscher Behindertenrat (DBR)
- Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (BBSV)
- Deutscher Ethikrat
- Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV)
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO)
- Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e. V. (DGIIN)



- Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e. V. (DGKM)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e. V. (DGMP)
- Deutsche Gesellschaft für NeuroIntensiv- und Notfallmedizin e. V. (DGNI)
- Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e. V. (DIGAB)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)
- Deutsches Institut für Menschenrechte e. V. (DIMR)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e. V. (dmsg)
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM)
- Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)
- Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)
- Deutsche Rheuma Liga Bundesverband e. V. (Rheuma-Liga)
- Deutscher Schwerhörigenbund e. V. (DSB)
- Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)
- Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (Diakonie)
- Ethikzentrum May Wachter (Ethikzentrum)
- Forum behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ)
- Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL)
- Johanniter Unfall Hilfe e. V. (Johanniter)
- Kommissariat der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin (Katholisches Büro)
- Marburger Bund Bundesverband e. V. (MB)
- Max-Planck-Institut zur Erforschung von Kriminalität, Sicherheit und Recht, Abteilung Strafrecht (MPI-CSL)
- Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (MFT)
- Netzwerk Artikel 3
- Netzwerk für Inklusion, Teilhabe, Selbstbestimmung und Assistenz e. V. (NITSA)
- Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Der Paritätische)
- Runder Tisch "Triage"
- Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)
- Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK)
- Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)
- Zentralkomitee der deutschen Katholiken e. V. (ZdK)
- Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der BÄK – Zentrale Ethikkommission (ZEKO)



Einzelverständige (ESV)

- Prof. Dr. Steffen Augsberg (Justus-Liebig-Universität Gießen)
- Arne Frankenstein (Landesbehindertenbeauftragter der Freien Hansestadt Bremen)
- Prof. Dr. Helmut Frister (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf)
- Dr. Maria del Pilar Andrino Garcia (Gesundheitszentrum Franz Sales Haus in Essen)
- Prof. Dr. Martin Kulla (Bundeswehrkrankenhaus Ulm)
- Prof. Dr. Oliver Tolmein (Rechtsanwalt, Kanzlei Mensch und Rechte Hamburg, Prozessbevollmächtigter der Verfassungsbeschwerdeführer)



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Sitzungsbeginn: 14:34 Uhr

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

BT-Drucksache 20/3877

Die **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Liebe Zuschauende, sehr geehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertreter in der Bundesregierung, liebe Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheitsausschuss und vor allem auch heute aus den mitberatenden Ausschüssen, insbesondere aus dem Rechtsausschuss und aus dem Ausschuss für Arbeit und Soziales. Ich begrüße Sie ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting ist. Einige Sachverständige sind hier im Raum. Die allermeisten, es sind etwa 70 Expertinnen und Experten eingeladen, sind heute online zugeschaltet. Ich möchte Sie, die im digitalen Raum dabei sind, bitten, den vollständigen Namen in Webex einzutragen, damit wir wissen, wer an der Anhörung teilnimmt, und außerdem alle ihre Mikrofone zunächst stumm zu schalten. Weitere Anmerkungen zum Verfahren mache ich gleich.

Wir beschäftigen uns in dieser Anhörung heute mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes“ auf Drucksache 20/3877, in der Öffentlichkeit auch als „Triage-Gesetz“ benannt. Meine sehr geehrten Damen und Herren, das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 entschieden, dass sich aus Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 ...

[technische Probleme]

Ich würde gleich noch einmal offiziell alles von Anfang an machen, weil das es ist ja notwendig, dass alle, die teilnehmen, wirklich wissen, was gerade der Fall ist. Ich höre, dass jemand von der Technik kommt und das irgendwie sicherstellt. So lange werden wir pausieren, weil es natürlich notwendig ist, dass wir hier eine gute Beratungsatmosphäre haben.

[technische Probleme]

Liebe zuschauende Damen und Herren, verehrte Sachverständige, Vertreterinnen der Bundesregierung, Kollegen der diversen Ausschüsse, ich begrüße Sie alle sehr herzlich zur öffentlichen Anhörung, die, wie wir jetzt schon festgestellt haben, eine Mischung ist aus Präsenzsitzung und Online-Meeting. An alle Sachverständigen im digitalen Raum: Tragen Sie sich bitte mit ihrem vollen Namen ein, damit wir wissen, wer an der Anhörung teilnimmt und schalten Sie Ihre Mikrofone zunächst stumm.

Wir beschäftigen uns in dieser Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes“ auf der Drucksache 20/3877, auch „Triage-Gesetz“ genannt. Das BVerfG, und dass wissen alle, die hier zugegen sind, hat mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 entschieden, dass sich aus Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 Grundgesetz (GG) für den Staat ein Auftrag ergibt, Menschen wirksam vor einer Benachteiligung durch Dritte wegen ihrer Behinderung zu schützen. Besteht das Risiko, dass Menschen bei der Zuteilung knapper, überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Ressourcen wegen einer Behinderung benachteiligt werden, verdichtet sich dieser Schutzauftrag nach den Festlegungen des BVerfG zu einer konkreten Schutzpflicht. In diesem Fall muss eine gesetzliche Regelung hinreichend wirksamen Schutz vor einer Benachteiligung wegen einer Behinderung bewirken. Der vorliegende Gesetzentwurf hat genau das zum Ziel, diesen Vorgaben des BVerfG durch die Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) Rechnung zu tragen. Der Gesetzentwurf sieht eine Regelung vor, nach der die Entscheidung über die Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener, überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nur nach der aktuellen und kurzfristigen Überlebenschance der betroffenen PatientInnen getroffen werden darf. Die Regelung stellt zugleich klar, dass bei einer Zuteilungsentscheidung niemand benachteiligt werden darf, insbesondere nicht wegen einer Behinderung des Grades der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechtes oder der sexuellen Orientierung. Darüber hinaus enthält der Entwurf Regelungen zum Verfahren, mit dem die Zuteilungsentscheidungen zu treffen



sind. Das ganz grob zum Inhalt des Gesetzentwurfes. In dieser Anhörung werden wir auch grundsätzliche Anforderungen für ein inklusives Gesundheitssystem adressieren können. So haben es die Obleute miteinander vereinbart.

Bevor wir beginnen, will ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf machen. Für die Anhörung stehen uns ab dem Moment, wo ich die erste Frage aufrufe, 120 Minuten zur Verfügung. Das ist ungewöhnlich lange für eine Anhörung, das ist absichtlich so beschlossen worden, damit wir sehr viele Expertinnen und Experten anhören können. Diese 120 Minuten werden entsprechend der Stärke der Fraktionen auf drei Frageblöcke aufgeteilt. Insgesamt haben die Fraktionen folgende Fragezeiten – Fragezeit heißt immer Frage und Antwort – zur Verfügung: SPD 34 Minuten, CDU/CSU 33 Minuten, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 19 Minuten, FDP 15 Minuten, AfD 13 und DIE LINKE. 6 Minuten. Das bedeutet, je kürzer sich die Fragenden und die Sachverständigen fassen, umso mehr Fragen werden insgesamt für die einzelnen Fraktionen möglich. Wenn Sie als Sachverständige online teilnehmen, einige sind hier im Raum, aber die allermeisten sind online dabei, und aufgerufen werden, denken Sie bitte daran, Ihr Mikrofon und Ihre Kamera freizuschalten und jedes Mal wieder Namen und Verband zu nennen, für den Sie da sind. Das ist ein bisschen kontraintuitiv. Wenn Sie mehrfach aufgerufen werden, machen Sie es bitte jedes Mal, das ist wichtig für das Protokoll, aber auch für die Zuschauenden, die vielleicht später noch einmal reinhören, damit diese genau wissen, wer gerade spricht. Sobald Sie mit Ihrem Redebeitrag beginnen, sind Sie hier bei uns im Saal auf einem Würfel mitten im Saal groß im Bild zu sehen. Diese Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen, das zeigt auch, wie bedeutsam diese Anhörung eingeschätzt wird. Das Wortprotokoll wird auf der Internetseite des Ausschusses im Anschluss veröffentlicht werden. Vielen Dank allen Sachverständigen, die da sind. Vielen Dank an alle Sachverständigen, die im Vorfeld eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Des Weiteren bitte ich alle hier im Raum befindlichen Personen um Ausschaltung ihrer Mobiltelefone. Falls es klingelt spenden Sie fünf Euro für einen guten Zweck. Die Gäste auf der Besuchertribüne darf ich darauf hinweisen, dass weder Beifallsbekundungen noch Zwischenrufe, noch Missfallens Bekundungen ge-

stattet sind. Das sind die Regeln im Deutschen Bundestag. Jetzt beginnen wir mit der ersten Frage.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Ethikrat. Wir haben vom BVerfG den Auftrag erhalten, Menschen vor einer Benachteiligung wegen ihrer Behinderung bei der Zuteilung knapper, überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Ressourcen zu schützen. Gewährleisten die vorgesehenen Regelungen nach Ihrer Einschätzung einen ausreichenden Schutz vor Diskriminierung?

SV **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl** (Deutscher Ethikrat): Ich spreche hier als Mitglied des Deutschen Ethikrates, aber nicht in Gänze für ihn, weil wir uns nämlich mit dieser speziellen Materie, insbesondere mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht en Detail befasst haben und deshalb auch kein Urteil gebildet haben, das ich hier vortragen könnte. Dem Grunde nach ist die Regelungen ein Schritt in das, was der Deutsche Ethikrat allgemein formuliert hat in seiner jüngsten Erklärung „Pandemie: Vulnerabilität und Resilienz“. Wir haben dort empfohlen, dass insbesondere für die Fälle von Triage im engen Sinne des Wortes ausreichender Schutz gewährleistet werden muss. Dass hier überhaupt ein Gesetz vorliegt, ist ein erster Schritt in diese Richtung. Ob die Frage der Kriterien, die prozeduralen Fragen lasse ich mal außen vor, also die Erfolgsaussicht, die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit das einzige valide Kriterium sein kann und wie es vor allen Dingen auch festgestellt wird und inwieweit nicht tatsächlich auch unbewusste Voreingenommenheiten in das Urteil der Entscheiderinnen und Entscheider einfließen können, beispielsweise, dass doch alters- oder behinderungsassoziierte Momente in die Beurteilung der Überlebenswahrscheinlichkeit einfließen, können wir nicht ausschließen. Von daher müsste tatsächlich auch in Erwägung gezogen werden, ob nicht auch andere Kriterien, flächendeckendere Kriterien eine Rolle spielen könnten, beispielsweise das Kriterium, was klassisch in der Notfallmedizin derzeit angewandt wird, nämlich „first come, first serve“ oder auch das Randomisierungskriterium. Beide Kriterien haben Vor- wie Nachteile. Das wäre aus unserer Sicht, oder aus meiner Sicht in jedem Fall, zu bedenken.



Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage richtet sich an die ESVe Dr. Maria del Pilar Andrino Garcia, an den VdK und an die BAG SELBSTHILFE. Ziel des Gesetzentwurfes ist, das Risiko einer Diskriminierung insbesondere aufgrund einer Behinderung zu reduzieren. Hierzu sieht der Gesetzentwurf auch ausdrücklich den Ausschluss der sogenannten Ex-Post-Triage vor. Wie bewerten Sie diese Regelung?

ESVe **Dr. Maria del Pilar Andrino Garcia**: Die Ex-Post-Triage würde aus meiner Sicht eindeutig nicht nur die Diskriminierung, die ohnehin vorliegt, verschärfen, sondern sogar noch weithin ermöglichen. Eine Ex-Post-Triage bedeutet am Ende, dass Menschen mit einer scheinbar geringeren Wahrscheinlichkeit des Überlebens in dem Moment, wo jemand mit einer scheinbar höheren Wahrscheinlichkeit des Überlebens dazu kommt, seitens eines Arztes gewissermaßen von dem Intensivplatz beseitigt werden könnten. A: Es ist nicht zumutbar für einen Arzt das durchzuführen. B: Es ist nicht zumutbar für den Patienten, dass dieses in dieser Form angewandt wird. Daher kann ich der Ex-Post-Triage in keiner Weise zustimmen. Im Gegenteil, sie würde die Diskriminierung verschärfen und noch weitgehender ermöglichen.

SVe **Dorothee Czennia** (Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK)): Wir haben über zwei Millionen Mitglieder und 75 Prozent davon haben eine Behinderung. Wir halten es für ganz wichtig und richtig, dass die Ex-Post-Triage ausdrücklich verboten ist im Gesetz. Wir halten es für ethisch nicht vertretbar, dass eine begonnene Behandlung jederzeit abgebrochen werden kann – weder für die Patienten noch für Angehörige. Wir halten es aber auch nicht für Zumutbar für Ärzte, ehrlich gesagt. Wir halten es für einen riesen Unterschied, auch strafrechtlich, ob eine Pflichtenkollision vorliegt, also ein Arzt zwei Patienten und nur eine Maschine zur Verfügung hat, denn dann liegt eindeutig eine Pflichtenkollision vor. Das ist etwas ganz anderes, als wenn man aktiv hergeht und die Beatmungsmaschine abstellt, um sie einem anderen Patienten zu geben, dessen Überlebenschance man für erfolgreicher oder erfolgversprechender hält. Unberührt davon ist die Tatsache, dass sich natürlich ein Behandlungsziel ändern

kann. Das heißt, wenn jemand eigentlich im Sterbeprozess liegt, dann halten wir es für völlig vertretbar zu fragen, vielleicht auch in Absprache mit den Angehörigen: Sollen wir diesen Patienten nicht in Würde sterben lassen und der palliativmedizinischen Behandlung übergeben? Insofern, es gab nie eine ausdrückliche Erlaubnis für die Ex-Post-Triage. Das muss auch so bleiben. Die benötigen wir auch nicht, die Erlaubnis für die Ex-Post-Triage. Ich finde es sehr bedauerlich, dass Ärzteverbände sich dafür vehement einsetzen, weil das genau dieses Problem ist, dass dann Vertrauen gestört wird. Viele haben eben auch ein Vertrauensproblem gegenüber der Ärzteschaft. Das teilen wir so nicht in allen Fällen, aber das ist eben eine Forderung, die nicht wirklich vertrauensbildend ist.

SVe **Dr. Siiri Doka** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankungen und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Ich kann mich meinen Vorrednerinnen im Wesentlichen anschließen. Auch wir sehen das als rechtlich nicht gedeckt an. Frau Czennia hat das Thema Pflichtenkollision angesprochen. Da ist unsere Wahrnehmung, dass nach wie vor die herrschende Meinung in der Literatur ist, das Ganze als Totschlag zu werten. Man würde im Nachhinein eine solche, so eingestufte Tat legitimieren. Das ist aus unserer Sicht schwer vermittelbar. Frau Czennia hat auch dargestellt, dass es für die Angehörigen eine enorme Belastung sein kann, wenn Sie immer befürchten müssen, dass der Patient von der Beatmung abgenommen wird. Das ist eine ständige Angst, mit der die Angehörigen dann auch leben müssen. Insgesamt ist natürlich für uns auch die Frage, inwieweit man bei einer so unkalkulierbaren Erkrankung wie COVID 19 überhaupt beurteilen kann, wann tatsächlich die Erfolgsaussichten schlecht oder nicht mehr so gut sind wie die des Anderen. Insofern könnte das durchaus auch so sein, dass man das dann im Nachhinein als Totschlag werten müsste, selbst wenn die Ex-Post-Triage legitimiert wäre. Also insgesamt sehen wir das Ganze als extrem unkalkulierbar und extrem belastend für die Angehörigen an.



Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an das Max-Planck-Institut. Zur Umsetzung des Beschlusses des BVerfG sieht der Gesetzentwurf Regelungen zu den maßgeblichen inhaltlichen Kriterien für die Zuteilungsentscheidung sowie Verfahrensvorschriften vor. Genügen diese Regelungen nach Ihrer juristischen Einschätzungen den verfassungsrechtlichen Anforderungen des BVerfG?

SVe **Tatjana Hörnle** (Max-Planck-Institut zur Erforschung von Kriminalität, Sicherheit und Recht, Abteilung Strafrecht (MPI-CSL)): Um es kurz zu machen: Ja, die jetzt vorliegenden Regeln entsprechen voll diesen Anforderungen, denn das BVerfG hat mehrfach erwähnt, dass die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit, das Gericht suggeriert sogar ein naheliegendes Kriterium, es taucht mehrfach in dem Beschluss auf ... Zu dem Punkt, der der problematischste ist, der Ex-Post-Triage, steht nichts in diesem Beschluss. Auch darauf muss man noch einmal hinweisen. Das heißt, der Gesetzgeber hätte da mehr Spielräume. Ich würde, wenn ich eine Prognose anstellen müsste, dies ist immer ein bisschen gefährlich, aber wenn man es tun würde, davon ausgehen, dass das BVerfG eine Zulassung der Ex-Post-Triage nicht aufheben würde. Denn wenn man die Logik einschlägt, dass die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit ein zentrales Kriterium sein soll, dann muss man das logischerweise machen, indem auf alle Patienten gleichermaßen dieses Kriterium anwendet.

Abg. **Mehmed Ali Takis** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer (BÄK) und an den Deutschen Ethikrat. Maßgeblich für eine Zuteilungsentscheidung im Falle einer Triage ist nach dem Gesetzentwurf die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit. Inwieweit ist dies aus ihrer Sicht ein geeignetes Kriterium für die Zuteilungsentscheidung?

SV **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl** (Deutscher Ethikrat): Die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit ist ein zentrales Kriterium überhaupt über die Zuteilung. Maßgeblich ist aber die vergleichsweise höhere Überlebenswahrscheinlichkeit. Wir

müssen hier trennen. Die Überlebenswahrscheinlichkeit mit Blick auf die Stellung einer medizinischen Indikation steht hier außer Frage, die muss immer und muss übrigens re-iterativ erfolgen, aber unabhängig von Knappheitsbedingungen. Ob sie in einer konkreten Situation, die sinnvollere ist, setzt voraus, ich kann valide innerhalb einer kurzen Zeit einen Vergleich anstellen, und zwar einen Vergleich, der alle Patientinnen und Patienten mit einbezieht und nicht nur COVID-19-Patienten. Und zweitens, ob sich das hinreichend präzise gewichten lässt, 80 gegen 60, 80 gegen 40. Da stellen sich tatsächlich Fragen, die man klären muss. Sollte das möglich sein, ist das sicherlich ein durchaus akzeptables Kriterium.

SV **Dr. Johannes Albert Gehle** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich bin auch Intensivmediziner und natürlich reden wir über die Überlebenswahrscheinlichkeit von Patienten, die wir gegenüber stellen. Was allerdings mit der kurzfristigen ..., das heißt, was ist damit genau gemeint, also welches Zeitfenster, was heißt das, die nächste Woche, die nächsten 14 Tage? Das ist sehr schwierig. Es wurde gerade gesagt, die Abwägung, also 60, 80, 70, 75 Prozent ist eigentlich nach medizinischen Kriterien auch aus Sicht der BÄK fast unmöglich.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie an die BÄK. Die Zuteilungsentscheidung soll von zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten, die im Bereich Intensivmedizin praktizieren, getroffen werden. Besteht kein Einvernehmen zwischen diesen beiden Ärztinnen und Ärzten ist eine weitere gleichqualifizierte Ärztin oder ein weiterer gleich qualifizierter Arzt hinzuzuziehen. Die Begutachtung und die Mitwirkung an der Zuteilungsentscheidung und die Hinzuziehung können auch telemedizinisch erfolgen. Wie bewerten Sie dieses Mehraugenprinzip? Inwieweit halten Sie das in der Praxis insbesondere auch für kleine Krankenhäuser für umsetzbar?

SVe **Ina Haag** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir halten auf jeden Fall das vorgeschlagene Verfahren, was hier für die ärztliche Zuteilungsentscheidung vorgesehen ist, grundsätzlich



für eine inhaltlich und fachlich nachvollziehbare Vorgehensweise und befürworten den entsprechenden Vorschlag, der hier gemacht wurde. Wir begrüßen vor allen Dingen, dass die noch im Referentenentwurf vorgesehene Vorgabe, dass zusätzlich die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin vorhanden sein muss, nun im Regierungsentwurf gestrichen wurde, weil das auf jeden Fall dazu beitragen wird, dass auch kleinere Krankenhäuser diese Vorgaben besser umsetzen können.

SV Dr. Johannes Albert Gehle (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich verweise auch auf unsere schriftliche Stellungnahme. Die Frage ist halt, und das ist eben das Problem, was wir haben ... Natürlich sind wir für eine abgestimmte und auch unter Kollegen evaluierte Meinungsbildung. Allerdings das Wort „Triage“ bedeutet eigentlich eine Sekundenentscheidung. Da merkt man schon, dass die Diskussion bei dem Wort „Triage“ eventuell auch in die falsche Richtung geht. Das heißt, wenn ich wirklich in einer Situation bin, wo vier Patienten kämen und ich hätte nur ein Intensivbett, dann brauche ich die anderen drei Kollegen auch, damit sie sich um die anderen drei Patienten kümmern. Ob dann ein abgestimmtes Verfahren, wie es im Gesetzesentwurf drin steht, möglich wäre, wage ich als Intensivmediziner zu bezweifeln. Darüber hinaus ziehen wir als Intensivmediziner natürlich auch die Meinung der Pflegekräfte mit ein. Das heißt, das ist immer ein abgestimmtes Vorgehen, soweit es möglich ist. Das heißt, die Frage ist ja erstmal die, in welchem Zeitfenster kann das Ganze dann passieren? In dem Moment, wo der Druck da ist, werden wir diese Menschen brauchen. Wir haben das auch in der COVID-Pandemie gezeigt, dass wir Räumlichkeiten, die eben nicht bis zu diesem Zeitpunkt Intensivstationen waren, mit Intensivbetten eingerichtet haben. Dann brauchen wir natürlich die Kolleginnen und Kollegen mit Intensivverfahren, weil wir in einer etwas schlechteren Umgebung auch Patienten versorgen wollen. Von daher halten wir das kurzfristige Moment für fast nicht durchführbar.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage geht an den VdK und noch einmal an die BÄK. Über die Zuteilungsentscheidung nach dem Kriterium der aktuellen und kurzfristigen Überlebenschancen haben wir gesprochen. Teilweise wird aber

auch eine Zuteilungsentscheidung auf der Grundlage einer Randomisierung gefordert. Wie bewerten Sie den Ansatz einer Randomisierung als Grundlage?

SVe Dorothee Czennia (Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK)): Der VdK lehnt Randomisierung ausdrücklich ab. Wir sagen, dass eine solche Entscheidung nicht per Losverfahren oder wie auch immer getroffen werden darf. Ich will Ihnen auch sagen warum. Wir haben uns sehr dafür eingesetzt, dass verfahrensrechtliche Absicherungen kommen, dass es also nicht nur bei einem materiell-rechtlichen Programmsatz bleibt, wie Menschen mit Behinderung dürfen nicht benachteiligt werden, sondern dass das flankiert wird durch verfahrensrechtliche Vorschriften wie Mehraugenprinzip und so weiter. Deswegen sind wir auch froh, dass diese Sachen ins Gesetz Eingang gefunden haben. Ein Zufallsentscheid würde unserer Ansicht nach all diese verfahrensrechtlich flankierenden Maßnahmen eigentlich ad absurdum führen. Für eine Losentscheidung brauchen wir keine gut ausgebildeten Intensivmediziner und so weiter, da brauchen wir eigentlich auch keine Dokumentationspflicht. Zweiter Punkt ist, dass eine Triage-Entscheidung, sollte sie jemals getroffen werden, Gott bewahre, das müssen wir immer verhindern, mit allen Mitteln, überprüfbar sein muss. Eine Zufallsentscheidung, je früher man sie ansetzt, wäre nicht überprüfbar, oder würde sicherlich auch zu mehr Rechtsunsicherheit führen, weil natürlich dann Patienten und Angehörige alles daran setzen würden, diese Entscheidung aufzuhalten und Rechtsmittel dagegen einlegen würden. Uns ist überhaupt nicht klar, welche Instrumente eingesetzt werden könnten. Vorstellbar sind technische oder digitale Lösungen mit Algorithmen. Nur auch Algorithmen müssen programmiert werden und gefüttert werden mit Daten. Auch da muss sichergestellt werden, dass diese zugefütterten Daten diskriminierungsfrei sind. Für uns als VdK steht Randomisierung auch in einem Widerspruch zur Professionalisierung. Wir haben gesehen in den beiden Wellen, dass Ärzte und Pflegepersonal gerade auf den Intensivstationen Unglaubliches geleistet haben. Sie haben Erfahrungen gesammelt, die Forschung geht weiter, man weiß, wie die Patienten gelagert werden müssen, welche Medikamente gegeben werden



können und welche eher nicht und so weiter. Für uns steht ein Losverfahren oder ein Zufallsentscheid im absoluten Widerspruch dazu.

SV Dr. Johannes Albert Gehle (Bundesärztekammer (BÄK)): Da ist meiner Vorrednerin wenig hinzuzufügen. Es ließe sich weder mit der Berufsordnung der Ärzte noch mit der Weiterbildungsordnung noch mit der durch die Ausbildungsordnung festgeschriebenen, staatlich geprüften Beruf noch mit der Deklaration des Weltärztebundes vereinbaren. Es wäre eine unärztliche Entscheidung, so würde ich das zusammenfassen.

Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den ESV Prof. Dr. Steffen Augsberg. Ergibt sich aus Ihrer Sicht zwingend aus dem Beschluss des BVerfG, dass die Umsetzung der Regelung zur Triage im IfSG und nur dort erfolgen muss? Können Sie sich vorstellen, dass auch auf andere Triage-Situationen ausgeweitet werden könnte?

ESV Prof. Dr. Steffen Augsberg (Justus-Liebig-Universität Gießen): Den ersten Teil der Frage kann man ganz klar mit einem Nein beantworten. Das BVerfG hat natürlich einen konkreten Fall zu entscheiden. Es bindet aber damit den Gesetzgeber insoweit nicht, dass nur in diesem Anwendungsbereich tatsächlich Regelungen getroffen werden können. Das heißt, der Gesetzgeber ist sehr wohl im Stande, diese entsprechenden Überlegungen auszuweiten und auch auf andere Bereiche auszudehnen. Dass das alles andere als fernliegend ist, zeigt sich im vorliegenden Gesetzentwurf, der sehr zu Recht davon ausgeht, dass nicht etwa nur Patienten einbezogen werden, die aufgrund einer Infektionskrankheit entsprechenden Knappheitsbedingungen ... [ausgesetzt sind], sondern dass das nur die Ursache der entsprechenden Knappheit ist. Deshalb ist das nicht nur möglich, sondern in gewisser Weise sogar wahrscheinlich, dass solche Situationen auch in anderen Bereichen entstehen können. Es wäre auch durchaus sinnvoll, glaube ich, das entsprechend auszudehnen. Im Grunde zeigt sich hier natürlich so ein bisschen die tragische Situation die dem Ganzen zu Grunde liegt. Der Versuch, den dieses Gesetz unternimmt, ist offensichtlich der, das jetzt möglichst kleinteilig abzarbeiten. Dabei besteht aber das Risiko, dass die

eigentlichen Schwierigkeiten, ich will nicht sagen, unter den Teppich gekehrt aber doch so ein bisschen als zu schlicht dargestellt werden. Nehmen Sie Absatz 1, mit dem das alles losgeht: Da sollen Benachteiligungen verhindert, ausgeschlossen werden. Die Triage besteht zwangsläufig als Benachteiligung. Wir werden Benachteiligung auch mit diesem Gesetz nicht verhindern können. Worum es uns geht, ist, dass wir bestimmte diskriminierende Praktiken nicht mehr gestatten oder diesen Praktiken wirkungsvollere Hürden in den Weg legen. Das ist ein Problem, was sich auch an anderer Stelle stellt. Insofern wäre die Antwort letztlich, dass es keineswegs zwingend ist, das im IfSG zu machen. Es ist aus meiner Sicht nicht mal sehr sinnmachend. Das ist mit Blick auf den konkreten Anwendungsbereich des IfSG, den Sachbereich den eigentlich die Triage-Regelung abdecken müsste, sogar in gewisser Weise zweifelhaft, ob das kompetenziell an der richtigen Stelle untergebracht ist.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den ESV Prof. Dr. Martin Kulla. In welchen Konstellationen, in welchem Kontext sind Triagen von Ihrem Erfahrungshintergrund her überhaupt denkbar?

ESV Prof. Dr. Martin Kulla (Bundeswehrkrankenhaus Ulm): Eine Vorsichtung, eine Sichtung, eine Priorisierung, eine Ersteinschätzung in der Notaufnahme oder eben auch eine Triage findet eigentlich überall im ärztlichen Handeln statt, arbeitstäglich; sei es in der Präklinik, wenn ich entscheiden muss, wer wird zuerst ins Krankenhaus gefahren und wer nicht; sei es bei längeren, strategischen Patiententransporten, beispielsweise von Banda Aceh wieder zurück nach Europa; sei es bei Terror-Schadenslagen, was natürlich bei uns zum Glück seltener ist, aber auch ABC-Lagen oder bei Katastrophen, Busunglücken, aber auch, um wieder zurück zu kommen, zu dem, was sehr häufig ist, im Routinebetrieb in einem Krankenhaus; welchen Patienten operiere ich an erster Stelle, welchen an zweiter, dritter, vierter Stelle. Wer bekommt, allein schon aus dem OP-Betrieb, die knappen Intensivbetten, die wir immer haben. Es ist also ein Umstand, den wir ubiquitär im ärztlichen Leben haben.



Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Eine Frage habe ich an das Bochumer Institut für Disability Studies (BODYS). Wären aus Ihrer Sicht zumindest auch Regelungen außerhalb der intensivmedizinischen Behandlung von Patienten mit Infektionskrankheiten wünschenswert, die der potenziellen Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen vorbeugen?

SVe **Prof. Dr. Theresia Degener** (Bochumer Zentrum für Disability Studies (BODYS)): Diese Frage möchte ich mit einer Erinnerung an die Entstehungsgeschichte der UN-Behindertenrechtskonvention beantworten. Weihnachten 2004 gab es den damals schlimmsten Tsunami im Indischen Ozean und ganze Landstriche und Länder wurden verwüstet. Schnell stellte sich heraus, dass bei den Todesopfern die Mehrzahl behinderte und alte Menschen waren. Warum? Weil sie keinen Zugang zu Rettungswegen und Informationen hatten. Das war der Grund, dass Artikel 11 in die UN-Behindertenrechtskonvention aufgenommen wurde. Der besagt, dass Vertragsstaaten in Gefahrensituationen einschließlich bewaffneter Konflikte, humanitärer Notlagen und Naturkatastrophen den Schutz und die Sicherheit von Menschen mit Behinderung gleichberechtigt zu gewährleisten haben. Weil wir es eben nicht nur mit einer Corona-Pandemie zu tun haben, sondern auch mit weiteren Überflutungen und anderen Katastrophen zu rechnen ist, müssten Regelungen außerhalb der intensivmedizinischen Behandlung von PatientInnen mit Infektionskrankheiten getroffen werden.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die DKG. In der Triage-Situation sind die Behandlungskapazitäten knapp. In der Regel besteht außerdem größte Eile zur medizinischen Versorgung. Wie bewerten Sie die vorgesehenen Entscheidungsabläufe zum Patientenschutz?

SVe **Ina Haag** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir haben schon ausgeführt vorhin, dass wir als DKG das vorgesehene Verfahren grundsätzlich für nachvollziehbar halten. Wir sind aber der Meinung, dass darüber hinaus im Gesetz auch zum Ausdruck kommen muss, dass die vorgesehenen Entscheidungsabläufe nur dann eingehalten werden können, wenn die Dringlichkeit der

Zuteilungsentscheidung dies überhaupt noch erlaubt. Es wird besonders dringende und zeitkritische Fälle geben, in denen die Anforderungen, die jetzt hier vorgesehen sind, einfach nicht erfüllt werden können. Darüber hinaus sind wir der Meinung, dass auf jeden Fall im Krankenhausalltag zur Umsetzbarkeit erheblich beitragen wird, wenn ganz klar eingegrenzt ist, für welche Fälle diese vorgeschlagenen Regelungen gelten und für welche nicht. Wir haben jetzt hier den Anknüpfungspunkt der ansteckenden Krankheit, der übertragenen Krankheit und dieser Begriff ist unseres Erachtens zu unspezifisch. Hier müsste man entweder in die eine Richtung gehen und das Ganze zurückführen auf den Begriff der Pandemie, wie es im Referentenentwurf vorgesehen war, oder man müsste eben in die andere Richtung gehen und das in anderer Weise klar stellen. Aber wir plädieren dafür, das auf jeden Fall klar einzugrenzen, um es handhabbar zu machen. Wir wollen noch auf die Hinzuziehung zusätzlicher Fachexpertise für eine Behinderung oder Komorbidität hinweisen, die ja in den vorgeschlagenen Regelungen zusätzlich noch vorgesehen ist. Insbesondere der Begriff der Komorbidität bietet einen sehr weiten Interpretationsspielraum. Eine so weitgehende Regelung kann dazu führen, dass eine zusätzliche, weitere Fachexpertise auch in Fällen einbezogen werden muss, in denen zum Beispiel eine Komorbidität gar keinen Zusammenhang zur eigentlichen Zuteilungsentscheidung aufweist. Daher ist unseres Erachtens eine Eingrenzung auf die Fälle notwendig, in denen die schon beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte die aktuelle und kurzfristige Überlebenschancen wegen spezifischer Besonderheiten nicht zuverlässig beurteilen können. Zusätzlich dazu ist diese Vorgabe auch unter eine Dringlichkeitsausnahme zu stellen.

Abg. **Simone Borhardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die BÄK. Wie bewerten Sie die Notwendigkeit und die Möglichkeit der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Ärzte in Bezug auf den Schutz vor Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen in Triage-Situationen?

SV **Dr. Johannes Albert Gehle** (Bundesärztekammer (BÄK)): Zum einen möchte ich darauf hinweisen, dass es teilweise schon in unserer Weiterbildungsordnung abgebildet ist. So haben wir einen



behandlungsbezogenen allgemeinen Inhalt für alle Ärzte zu Besonderheiten bei der Betreuung von Menschen mit Behinderungen. Diverse fachärztliche Weiterbildung erfolgt entsprechend in die Richtung; quasi gibt es Kompetenzen, die beschrieben sind, die erlernt und nachgewiesen werden müssen, sodass es also nicht so ist, dass sich ein Arzt bis heute nicht damit beschäftigt. Darüber hinaus haben wir einen ganzen Fortbildungskatalog, der sich mit der Betreuung von Menschen mit Behinderungen beschäftigt. Wir sind bei den medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZE) und genauso wie bei denen für Kinder sehr engagiert in der Ärzteschaft und tragen das auch weit nach vorne, sodass ich sage, dass sowohl in der Fort- als auch in der Weiterbildung im Prinzip eine Implementierung stattgefunden hat. Das könnte man natürlich noch schärfen, aber es muss natürlich auch in den gesamten Rahmen passen.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an BODYS, an die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL) und an das Forum der behinderten Juristinnen und Juristen (FbJJ), die man möglichst kurz beantworten kann. Die Ampelregierung hat im Koalitionsvertrag gesagt, dass sie bei besonderen Gesetzen, die Menschen mit Behinderung betreffen, diese mehr als früher einbinden will in die Gesetzgebung. Könnten Sie uns erläutern, wie Menschen mit Behinderungen und ihre Expertise in eigener Sache bei diesem Thema einbezogen werden müssten? Wie bewerten Sie bis jetzt die Möglichkeit der Beteiligung beim Zustandekommen des Gesetzes?

Sve **Prof. Dr. Theresia Degener** (Bochumer Zentrum für Disability Studies (BODYS)): Die Verbände-Konsultation wie auch unsere Beteiligung am Zustandekommen dieses Gesetzentwurfes waren nicht ausreichend, um das Partizipationsgebot der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gemäß Artikel 4 Absatz 3 umzusetzen. Der Referentenentwurf wurde hinter verschlossenen Türen geschrieben. Erst auf Druck der öffentlichen Medien wurde er uns überhaupt zugänglich gemacht. Die Gelegenheiten für Stellungnahmen waren äußerst kurzfristig und zu Unzeiten und weder barrierefrei noch auf Augenhöhe. Das heißt, eine wirksame und bedeutsame Partizipation, wie sie vom

UN-BRK-Ausschuss in seinen allgemeinen Bemerkungen Nummer 7 von 2018 empfohlen wurde und ausgeführt wurde, wurde nicht umgesetzt. Da kann man dann konkret nachlesen, wie es auszusehen hätte. Es wäre insbesondere wichtig gewesen, die Erfahrungen behinderter Menschen mit Krankenhausbehandlung, mit Ärzten hier zur Kenntnis zu nehmen. Das ist immer sehr schön, wenn die BÄK und andere medizinische Verbände uns erklären, was sie alles wissen über Behinderte, aber die Alltagserfahrung von behinderten Patientinnen und Patienten sind hier ausschlaggebend. Unsere Lebenserfahrung, die gestützt wird von Forschung, ist eben die, dass behinderte Menschen in Deutschland im Gesundheitswesen strukturell benachteiligt sind, dass insbesondere Vorurteile gegenüber behinderten Menschen als leidende Menschen, unglückliche Menschen beim medizinischen Personal vorherrschen. Diese Sichtweise konnte nicht zur Wirksamkeit gelangen in diesem Gesetzesverfahren.

SV **Alexander Ahrens** (Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL)): Wir sind eine Selbstvertretungsorganisation von behinderten Menschen. Man muss ganz klar sagen, dieser ganze Prozess hier ist dadurch zustande gekommen, weil sieben mutige, behinderte Menschen auf eigene Kosten Verfassungsbeschwerde eingelegt haben. Weder die letzte Regierung noch die aktuelle Regierung hat sich für dieses Thema interessiert. Es wurden willkürliche Leitlinien eines Vereins, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), zur Triage-Einschätzung überhaupt erst einmal erstellt. Den ganzen Partizipationsprozess empfinden wir als total mangelhaft. Es wurden diese ganzen Gespenster von der Ex-Post-Triage durch die Flure geschleucht. Den Menschen wurde Angst gemacht. Es wurde willkürlich eingeladen. Wir haben da kein System entdeckt. Man hätte jetzt mit diesem Gesetzentwurf einmal die Chance und den Mut ergreifen können, von Anfang an behinderte Menschen zu beteiligen, statt wieder hinter geschlossenen Türen, wie Frau Prof. Dr. Degener es schon gesagt hat, sich wieder etwas zurecht zu basteln. Wir müssen ganz deutlich sagen: Behinderung ist nicht gleich krank. Aber das erleben behinderte Menschen jeden Tag oder jedes Mal, wenn sie eine Arztpraxis aufsuchen, wenn sie ins Krankenhaus



gehen. Das Personal ist davon regelrecht überfordert. Wir brauchen überall Schulungen in den Approbationen, in den Ausbildungsberufen. Jetzt muss es hinein, das menschenrechtliche Modell von Behinderung muss dort einziehen und zwar jetzt, um nachhaltig eine faire Triage überhaupt regeln zu können. Dazu müssen auch behinderte Menschen an diesen Weiterbildungen beteiligt werden.

SVe **Nancy Poser** (Forum der behinderten Juristinnen und Juristen (FbJJ)): Ich kann eigentlich meinen beiden Vorgängern kaum noch was hinzufügen, außer dass ich das bestätigen kann, dass wir wirklich hier ständig durch den Prozess gescheucht wurden mit relativ kurzfristigen Termi- nen, mit Fristen für Stellungnahme zu Unzeiten, wo dann jeder irgendwie sehen mussten, dass er mit seinem eigentlichen Job, dem wir fast alle auch mit unserer Behinderung natürlich nachgehen, irgendwie hinkriegen. Das ist keine Beteiligung, das hat mit Partizipation rein gar nichts zu tun. Wir hätten uns gewünscht, dass im Vorfeld, bevor irgendwelche Entwürfe aus der Tasche gezaubert werden, mit uns gesprochen wird, dass man gegebenenfalls auch fachkompetente Gesprächsrunden anberaumt, wenn man hätte wirklich von unseren Erfahrungen lernen wollen. Diese Bereitschaft haben wir hier in keiner Weise erkannt.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den ESV Arne Frankenstein. Der aktuelle Gesetzentwurf bezieht sich eng auf die Frage der Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener, überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten. Welche Problemstellungen, die über das im Gesetzentwurf adressierte Szenario hinausgehen, sollten Ihrer Meinung nach im Rahmen nachfolgender Gesetzgebungsverfahren geregelt werden? Sollte das aktuelle Gesetz darum befristet und evaluiert werden?

ESV **Arne Frankenstein**: Der vorliegende Gesetzentwurf ist aus meiner Sicht nicht hinreichend, um die Vorgaben des BVerfG aus seinem Beschluss vom 16.12.2021 zu erfüllen. Er braucht selbst dann, wenn man die Bedenken gegenüber diesem

Gesetzentwurf noch ausräumt, ein Bündel an Maßnahmen, um einen wirksamen Schutz von behinderten Menschen wegen Diskriminierung im Gesundheitswesen insgesamt herzustellen. Das gilt für den Fall nicht ausreichend vorhandener Behandlungskapazitäten, aber auch darüber hinaus. Das Gesetz sollte deshalb aus meiner Sicht ganz unbedingt befristet werden und nach einem Jahr umfassend, wissenschaftlich evaluiert werden. Ich glaube, dass eine Evaluation auch dann geboten ist, wenn keine Triage-Situationen als solche evaluiert werden können. In die Evaluationen sind insbesondere auch die Selbstvertretungsorganisationen von behinderten Menschen als auch die Behindertenbeauftragten für die Belange von Menschen mit Behinderung einzubeziehen. Sie sollten sich aus meiner Sicht auf mindestens zwei Kernfragen beziehen. Erstens: Sind die verankerter Verfahrensregeln ausreichend und wie werden sie in die Klinikabläufe wirksam integriert? Zweitens: Wie kann in Ansehung eines faktisch nicht inklusiven und diskriminierungsfreien Gesundheitswesens der Vollzug der umfassenden gesetzlichen Benachteiligungsverbote in der Praxis sichergestellt werden? Welche Vorkehrungen müssen dafür getroffen werden? Wie können Musterbeispiele aussehen? Wie können diese flächendeckend Geltung erhalten? Als weitere dringend vorzusehende gesetzliche Maßnahme des Bundes, mit der aus meiner Sicht auch nicht gewartet werden sollte, sondern für die ich auch eine begleitende Entschließung anrege, betrachte ich folgende: Erstens, eine Klarstellung im § 19 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG), dass von diesem auch der ärztliche Behandlungsvertrag umfasst ist. Wirksamer Antidiskriminierungsschutz setzt eben auch effektive Rechtsdurchsetzungsmöglichkeiten voraus. Die sollten in das AGG implementiert werden. Zweitens, die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle bei den Krankenkassen im Regelungsbereich des SGB V (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), an die sich behinderte Menschen bei Verstößen gegen das Benachteiligungsverbot ganz zentral wenden können. Meine Anregung wäre, dass man dafür die Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen entsprechend erweitert. Als weitere zwingend vorzusehende untergesetzliche Maßnahme erachte ich zudem die Anpassung der Approbationsordnung für Ärzte durch das Bundesministerium für Gesundheit. Wichtig dahingehend ist, dass das Ziel aufgenommen wird, Fertigkeiten



und Umgang mit vulnerablen Menschen und deren Diskriminierungsrisiken zu erwerben. Zudem sollten die Länder dringend aufgefordert werden, im Rahmen ihrer gesetzlichen Zuständigkeiten wirksame Maßnahmen zur Vermeidung der Triage vor der Triage zu entwickeln, da es aus meiner Sicht in der Pandemie so war, dass die wirksame Verhinderung von Benachteiligung behinderter Menschen in diesem Bereich, was sich wissenschaftlich, aber auch in der Praxis zeigen lässt, nicht verhindert werden konnte, sodass dort insbesondere wirksame Schutzmaßnahmen erforderlich sind.

Abg. Corinna Rüffer (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die ESVe Dr. Maria del Pilar Andrino Garcia. Ich würde Sie gerne fragen – und das passt auch gut zu der vorausgegangenen Frage: Reden wir hier über einen theoretischen Sachverhalt oder gibt es tatsächlich Anhaltspunkte dafür, dass wir in der Pandemie Probleme gehabt haben mit der medizinischen Unterversorgung behinderter Menschen? Mit Blick auf das, was Prof. Dr. Lob-Hüdepohl bezogen auf das Kriterium ausgeführt hat und mit all Ihrer ärztlichen Praxis: Ist es aus Ihrer Sicht wirklich möglich, die Überlebenswahrscheinlichkeiten von Menschen innerhalb einer Gruppe so deutlich zu benennen, wie das Kriterium es im Gesetz erfordert?

ESVe Dr. Maria del Pilar Andrino Garcia: Es hat eine Vor-Triage in dem Format gegeben, dass wir von 2020 bis 2022 hinreichend viele, leider traurige Hinweise bekommen haben, dass Menschen mit Behinderung zum Teil weder im Krankenhaus aufgenommen worden sind, noch behandelt worden sind im Rahmen ihrer COVID-Erkrankung, weil ihnen gemutmaßt wurde, dass sie bei Aufnahme im Krankenhaus möglicherweise einen Intensivplatz zu lange belegen würden und dass es sich – in Anführungszeichen – womöglich gar nicht lohnen könnte aufgrund ihrer Behinderung. Darüber habe ich so viele Listen und könnte so viele Fälle beibringen, dass es gar nicht in Frage zu stellen ist, ob es eine Vor-Triage gegeben hat. Daraus entwickelt sich zwar der Gedanke, dass es eine Triage als solches seit 2000 nicht gegeben hätte. Real betrachtet mag es sein, dass sie in den Krankenhäusern nicht stattgefunden hat, aber sie hat vor den Krankenhäusern stattgefunden. Das ist natürlich eine einfache Art, Triage zu negieren. Sie

hat aber stattgefunden und zwar in einem Maße, das wir auch als MZEB – ich hab ein solches – feststellen müssen, weil es auch seitens der Ärztekammer benannt wurde, dass wir Fälle und Menschen haben, die das berichten können. Zum Sachverhalt zwei, die Fragestellung, ob man hinreichend kurzfristig und aktuell Lebenswahrscheinlichkeiten im Vergleich von Menschen zu Menschen darstellen kann: Ich möchte den Kolleginnen, den Kollegen sehen, die mir das in dieser Art und Weise darstellen kann, insbesondere, weil keine Behinderung ohne eine Komorbidität einhergeht. Es ist förmlich unmöglich in einem Format einen Vergleich anzusetzen. Aber davon ab müssen wir uns ethisch-moralisch und menschenrechtlich immer noch die Frage stellen, inwiefern es überhaupt eine Maßgabe geben kann für einen Arzt oder eine Ärztin zu sagen, eine Vergleichbarkeit von zwei Wahrscheinlichkeiten ermöglicht es zu sagen, dass jemand nicht einen Intensivplatz bekommen sollte.

Abg. Dr. Janosch Dahmen (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde meine Frage gerne DIVI richten. Wir haben jetzt in verschiedenen Stellungnahmen deutlich gehört, dass es Einschränkungen im Gesundheitswesen in verschiedenen Szenarien eingeschränkte Ressourcen im Alltag immer wieder gibt. Was muss der Gesetzgeber beachten, wenn wir uns jetzt ein Gesetz geben, um zu verhindern, dass Therapiezieländerungen, die es im Alltag immer wieder gibt, vor dem Hintergrund eines solchen Gesetzes nicht in Konflikt geraten?

SV Prof. Dr. Uwe Janssens (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Wir sehen es mit großer Sorge, dass im Gesetzestext, der nun diese Ex-Post-Priorisierung, wie wir sie gerne nennen, und nicht Triage komplett ausblendet, dass gar keine Berücksichtigung, Sicherstellungen der Rechtssicherheit für Ärztinnen und Ärzte und Behandlungsteams getroffen werden, wie wir tatsächlich in diesem ganz großen Kaleidoskop auf der Intensivstation zukünftig in diesen sehr kritischen Situationen, aber auch prinzipiell in Zukunft umgehen, wenn plötzlich eine nahezu Kriminalisierung von Ärztinnen und Ärzten, wie wir das hier auch schon gehört haben, Totschlag und solche Bemerkungen, in den Raum gestellt wird. Seit Jahren kämpfen wir dafür, dass wir eine menschenwürdige Medizin



machen und uns wirklich große Mühe geben, bei einer nicht mehr vorliegenden medizinischen Indikation beziehungsweise wenn der Patientenwille sich gegen eine Weiterbehandlung richtet, hier Therapiezieländerungen vorzunehmen. Die Frage ist tatsächlich und die stellt sich sehr, sehr evident anlässlich dieses Gesetzestextes: Wie werden wir zukünftig als Ärztinnen und Ärzte in solch einer Situation, wo wir keine Ressourcen mehr zur Verfügung haben, wir aber trotzdem 40 Patienten gegebenenfalls auf sehr großen Intensivstationen haben, wo sich bei dem ein oder anderen die Frage stellt, ist hier noch eine medizinische Indikation gegeben, wie werden wir verlässlich und vertrauensvoll – wo doch mehrfach, der Begriff des Vertrauens gefallen ist – dann Maßnahmen zu Therapiezielen noch vornehmen können, ohne dass uns sofort der Vorwurf gemacht wird: Wenn eine Therapiezieländerung und sterben zulassen bei fehlender Indikation gegeben ist? Die Abgrenzung sehen wir überhaupt nicht gegeben im vorliegenden Gesetzestext. Ganz im Gegenteil, hier ist „one-size-fits-all“. Wir werden jetzt und in Zukunft auch uns die Fragen im Alltag stellen lassen, ob hier eine Abgrenzung überhaupt noch nötig ist. Viele Ärztinnen und Ärzte habe ganz große Sorgen, dass sie ad hoc mit Fragen des Totschlages konfrontiert werden, wenn sie auf Intensivstationen auch in solchen sehr tragischen Entscheidungssituationen nach ganz großer Abwägung und dem Mehr-Augen-Prinzip, solche Entscheidungen treffen. Hier muss dringend eine Nachschärfung und Klarstellung erfolgen, damit die Rechtssicherheit für medizinisches korrektes, patientenzentriertes Handeln zukünftig gegeben ist.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Ich möchte gerne bei ESV Prof. Dr. Helmut Frister beginnen und würde mich freuen, wenn Sie kurz zusammengefasst ausführen könnten, wie Sie den Gesetzesentwurf aus juristischer und medizin-ethischer Perspektiver bewerten.

ESV **Prof. Dr. Helmut Frister** (Universität Düsseldorf): Insgesamt finde ich, dass der Gesetzesentwurf eine recht abgewogene Erfüllung des Gesetzauftrages des BVerfG ist. Ich finde positiv, dass dieses Diskriminierungsverbot in Absatz 1 ausdrücklich verankert und nicht nur auf Behinde-

rung, sondern auf andere Diskriminierungen ausgedehnt wird. Ich finde es auch positiv, wie das Verfahren geregelt ist. Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, dass das ein sehr anspruchsvolles Verfahren ist, was bei kleinen Häusern Probleme bereiten kann. Aber gleichwohl, glaube ich, muss man ein solch anspruchsvolles Verfahren vorschreiben. Ich finde es auch richtig, dass auf das Kriterium des Überlebens der aktuellen Erkrankung, der Wahrscheinlichkeit des Überlebens der aktuellen Erkrankung abgestellt wird. Ich fühle mich in den bisherigen Ausführungen insofern bestätigt, dass ich nicht gesehen habe, dass es überhaupt ein anderes Kriterium geben könnte. Gegen das Losverfahren ist schon viel gesagt worden. Da muss ich nichts ergänzen. Das Kriterium „wer zuerst kommt“ ist nur dann eine Lösung, wenn nicht zwei Personen gleichzeitig kommen und das ist eigentlich der Fall, den die Erfolgswahrscheinlichkeit des Überlebens erfassen will. Insgesamt ist das, glaube ich, eine sinnvolle Regelung mit einem aus meiner Sicht großen Wermutstropfen. Dass ich dem Ausschluss der bereits zugeleiteten Behandlungsressourcen aus der Verteilung sehr skeptisch gegenüber stehe, weil dieser Ausschluss dazu führt, dass das meines Erachtens sinnvolle Kriterium der Erfolgswahrscheinlichkeit kaum noch einen Anwendungsbereich hat. Es wird nur dann angewendet, bis die Intensivstationen zu sind. Wenn sie tatsächlich zu sind, der Ernstfall eingetreten ist, von dem wir alle nicht hoffen, dass er eintreten wird, spielt dieses Kriterium keine Rolle mehr. Das halte ich für sehr problematisch.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Ich würde gerne beim ESV Prof. Dr. Frister weitermachen, bevor ich mich dann den medizinischen Fragestellungen zuwende. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, dass Ihr Kollege im Ethikrat, Herr Kruij, der an Mukoviszidose erkrankt sei, sie geben habe, hier für die Zulassung der Ex-Post-Triage zu werben. Wie das zusammengeht und was der Hintergrund ist, würde ich Sie bitten, uns zu erläutern.

ESV **Prof. Dr. Helmut Frister** (Universität Düsseldorf): Mein Kollege Stephan Kruij ist selbst an Mukoviszidose erkrankt und lebt mit dieser Krankheit bereits 57 Jahre und ist Vorsitzender des Ver-



eines Mukoviszidose e. V. Er ist von Beruf Physiker und Patentprüfer und gewohnt, Risiken sehr nüchtern abzuschätzen. Er hat mir einfach gesagt, dass er davon ausgeht, wenn man das Kriterium der aktuellen Überlebenswahrscheinlichkeit verwendet und dann auch die bereits zugeteilten Behandlungsressourcen mit einbezieht, dass dann für jeden einzelnen Patienten die Chance eine intensivmedizinische Behandlung zu erhalten am höchsten ist. Das gilt in gleicher Weise für nicht behinderte wie für behinderte Personen. Außerdem hat er mir gesagt, dass behinderte Personen wie er, die mit einem relativ großen Risiko eines schweren Verlaufs leben, deshalb besonders angewiesen sind auf eine intensivmedizinische Behandlung und dass sie darauf eine relativ hohe Chance haben. Diese Chance, so sagt er, wird eben durch die Zulassung der Ex-Post-Triage erhöht.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Einmal noch ESV Prof. Dr. Frister und zwar mit zwei kleinen Aspekten. Zum einen wird hier die Befristung des Gesetzes thematisiert und zum anderen wird darüber diskutiert, ob wir nicht auch über die pandemiebedingte Triage hinaus als Bundesgesetzgeber etwas regeln müssten. Könnten Sie bitte dazu etwas sagen?

ESV **Prof. Dr. Helmut Frister** (Universität Düsseldorf): Zunächst zur Befristung des Gesetzes, das halte ich für etwas problematisch. Das BVerfG hat ausdrücklich aufgegeben, eine Regelung zu schaffen und Behinderte vor einer Diskriminierung zu schützen. Wenn man dieses Gesetz nun befristet, dann bedeutet es ja auch, es kann auslaufen, ohne dass eine Neuregelung geschaffen wird. Das, glaube ich, wäre problematisch. Befristen tut man Gesetze normalerweise, wenn man nicht genau weiß, ob man sie braucht. Dieses Gesetz braucht man, das ist klar. Das schließt nicht aus, dass man ein solches Gesetz auch evaluieren und gegebenenfalls dann ändern kann, wenn die Evaluation nicht positiv ausfällt. Aber befristen würde ich es nicht. Was die Frage der Regelungen über die Pandemie hinaus angeht, so ist es sicherlich richtig, das hat Herr Augsberg ... *[akustische Störung]* ... denkbar sind. Allerdings verstehe ich auch, dass es mit der Gesetzgebungskompetenz des Bundes, wenn man das allumfassend regeln will, Schwierigkeiten ge-

ben könnte. Deshalb wäre mein Vorschlag, jedenfalls mit dieser Regelung, so wie sie jetzt ist, zu beginnen und man könnte vielleicht die Begründung noch dadurch ergänzen, dass das Wertungen sind, die man gegebenenfalls auch auf andere Bereiche übertragen könnte.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine erste Frage geht an die BÄK. Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht vor, dass Ex-Post-Triage verboten werden soll. Wer also bereits behandelt wird, dessen Behandlung soll nicht abgebrochen werden, egal wie sich seine Prognose entwickelt. Verstehe ich das richtig, dass dann in einer Situation, in der die medizinischen Kapazitäten nicht für alle ausreichen, möglicherweise Menschen mit großen Überlebenschancen sterben müssen, weil andere, bei denen man ziemlich sicher weiß, dass sie sterben werden, für Stunden, Tage oder Wochen weiter entsprechend versorgt werden?

SV **Dr. Johannes Albert Gehle** (Bundesärztekammer (BÄK)): Das könnte die Folge sein, Herr Prof. Dr. Frister hat das ausgeführt, Herr Prof. Dr. Janssens auch. Das könnte natürlich auch Menschen treffen, die wir jetzt quasi diskriminierungsfrei stellen wollen, von Alter über Behinderungen, über alles andere darüber hinaus. Wenn die Ressourcen begrenzt sind, wir sprechen eher von Zuteilung begrenzter Ressourcen, das ist mehrfach hier gesagt worden, können wir natürlich nicht die Menschen mit einbeziehen, die auf der Intensivstation schon liegen. Dann ist das für uns eine sehr schwierige Situation, weil wir auch bei Therapiezieländerungen schwieriger mit Angehörigen besprechen können. Wir gehen nicht davon aus, dass wir dann freie Kapazitäten haben, freie Kapazitäten hätten, auch die Verlegung eines Intensivpatienten gegebenenfalls in eine nicht komplette Intensivumgebung – wie ich das eben gesagt habe, sozusagen eine Ersatzintensivstation – nach dem Verständnis dieses Gesetzes der BÄK schwierig, weil er dann eine schlechtere Überwachungssituation am Ende hätte, sodass es alle, die nicht auf der Intensivstation liegen, so lange ausschließt, bis es wieder ein freies Bett dort gibt.



Abg. **Martin Sichert** (AfD): Noch einmal eine kurze Nachfrage an die BÄK: Sehe ich das richtig, dass das, was Prof. Dr. Frister gerade schon erwähnt hat, dann faktisch jetzt eigentlich zum Kriterium wird, wer zuerst kommt, der bekommt die Behandlung und eben nicht die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit dann das relevante Kriterium ist? Weil ja, ich sage jetzt mal: Wenn jemand zu Ihnen kommt und der braucht einen Intensivplatz und Sie haben nur noch einen zur Verfügung und der hat nur eine 20-prozentige Überlebenswahrscheinlichkeit, dann werden Sie ... meines Erachtens wird doch dann demjenigen dieser Intensivplatz zur Verfügung gestellt. Wenn dann zwei Stunden später einer kommt und der hat eine 90-prozentige Überlebenswahrscheinlichkeit, wenn ich den intensivmedizinisch behandeln würde, oder müsste ansonsten sterben, dann bekommt der doch keinen Platz, oder sehe ich das falsch?

SV **Dr. Johannes Albert Gehle** (Bundesärztekammer (BÄK)): Genau so steht es in der Stellungnahme der BÄK auch drin. Es wäre faktisch ein „First-Come-Gesetz“. Damit würden wir sagen, sind das die Folgen.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Kurze Frage an die BÄK noch einmal. Wie sehen Sie das denn aus medizinischer Sicht? Die Ärzte haben ja ihren Beruf ergriffen, um Menschen bestmöglich zu helfen. Kommen die Ärzte nicht irgendwo in einen elementaren Gewissenkonflikt.

SV **Dr. Johannes Albert Gehle** (Bundesärztekammer (BÄK)): Auch das muss ich leider bestätigen. Teilweise hat schon die Diskussion um das Gesetz – ich bin Leiter einer Intensivstation mit 29 Betten – zu großer Verunsicherung bei den Kollegen geführt, die darüber tagesaktuell immer wieder diskutieren. Die Therapiezieländerung, so hat es Herr Prof. Dr. Jansen zu Recht gesagt, ist Bestandteil intensivmedizinischen Handelns. Die Frage, wie frei wir da noch sind, mit der Angst sozusagen strafrechtlich gegebenenfalls aber auch berufsrechtlich belangt zu werden, ist eine große Diskussion auf den Intensivstationen. Das sollte man berücksichtigen.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Dann wüsste ich gerne vom Deutschen Ethikrat, wie er das sieht, dass man Menschen, die auf Intensivstationen sind und beispielsweise nur noch eine fünfprozentige Überlebenswahrscheinlichkeit haben, langfristig weiter behandelt, während man auf der anderen Seite Patienten, die beispielsweise eine 90-prozentige Überlebenswahrscheinlichkeit haben, das notwendige Intensivbett verwehrt? Halten Sie das für ethisch vertretbar?

SV **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl** (Deutscher Ethikrat): Wie der Deutsche Ethikrat in Gänze dazu steht, kann ich nicht sagen. Ich habe das einleitend erläutert. Grundsätzlich gilt bei einer fünfprozentigen Überlebenswahrscheinlichkeit, dass möglicherweise die medizinische Indikation als solche infrage steht, und zwar unabhängig von der Frage, ob es bessere oder geringere Überlebenswahrscheinlichkeiten gibt. Insofern ist es hier eine ganz gewöhnliche Re-Evaluation eines Behandlungserfolges, die natürlich auch zu einem Therapiezielende beziehungsweise zu einer Therapiezieländerung übergehen kann. Aber ansonsten hat der Deutsche Ethikrat in seiner ursprünglich anderen Zusammensetzung eine Ex-Post-Triage schon aus rechtlichen Gründen ausgeschlossen. Aber das ist eine Stellungnahme, die zweieinhalb Jahre alt ist, die sich ausdrücklich der neue Ethikrat nicht zu Eigen gemacht hat, allerdings auch nicht zurückgewiesen hat.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine nächste Frage geht wieder an die BÄK. Als Mediziner kennen Sie das ärztliche Gelöbnis, dass unter anderem den folgenden Satz beinhaltet: „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder jegliche andere Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientinnen oder meinen Patienten treten.“ Empfinden Sie nicht einen Gesetzentwurf, der genau diese Kriterien vorsieht und den Ärzten unterstellt, dass sie sich nicht an das ärztliche Gelöbnis halten würden, als sowohl unnötig als auch ein Ausdruck größten Misstrauens gegenüber dem Berufsstand der Ärzte?



SV Dr. Johannes Albert Gehle (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich habe das Gelöbnis gerade vor mir liegen, weil es Teil aller Berufsordnungen der Ärzteschaft ist. Natürlich müssten wir jetzt schon im Prinzip, wenn ein Arzt dagegen verstoßen würde, als BÄK entsprechend tätig werden. Von daher halten wir das für geregelt. Ja, es ist dann natürlich so, es ist auch mehrfach gesagt worden, dass es auch bei vielen Kollegen als Misstrauensvotum dem ärztlichen Berufsstand entgegensteht.

Abg. Sören Pellmann (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den ESV Prof. Dr. Oliver Tolmein. In welcher Weise müssten die Bundesregierung und die Ampelkoalition den vorgelegten Gesetzentwurf noch ändern, damit dieser aus Ihrer Sicht den Beschluss des BVerfG Rechnung trägt und damit verfassungskonform wird?

ESV Prof. Dr. Oliver Tolmein: Das BVerfG will im Kern mit seinem Beschluss erreichen, was wir mit unserer Verfassungsbeschwerde auch erreichen wollten, dass Diskriminierung verhindert wird. Das schafft der Gesetzentwurf nicht, weil wirksame Verfahrensregelungen fehlen und weil der Versuch, das diskriminierungsträchtige Kriterium der Überlebenschance, wir haben das hier schon gehört verschiedentlich, dadurch zu retten, dass man deklaratorisch versucht, Komorbidität von Behinderungen zu trennen und dann noch den unbestimmten Rechtsbegriff „erheblich verringert“ dazwischen zwängt, nicht funktioniert, weil es dafür keine Werte, keine Erfahrungen, keine evidenzbasierten Maßstäbe gibt. Was soll man also tun, um das zu retten? Auf jeden Fall bessere, schärfere Verfahrensregelungen machen. Dazu habe ich in meiner schriftlichen Stellungnahme einiges ausgeführt. Ein meines Erachtens realistischeres Zuteilungskriterium, die medizinische Indikation, muss natürlich vorhanden sein, das ist ganz klar, und Zeit – „first come, first serve“ – und ein Randomisierungskriterium anderer Art, über das man sich erst einmal vernünftig unterhalten müsste, bevor man sagt, das geht alles nicht. Wir haben gesehen, dass die Überlebenschance in den ersten Stellungnahmen von den Ärzten sagen, das ist auch das, was ich von Intensivmedizinern, mit denen ich gelegentlich auch zu tun habe – nicht alle sind im Vorstand

der DIVI – , dass das, was hier in diesem Gesetzentwurf drin steht, keine realistischen, operational realisierbaren Kriterien sind. So, und dann muss man sich jetzt überlegen, versucht man das noch irgendwie zu feilen? Ich glaube nicht, dass das funktionieren wird, weil das Kriterium, nach dem hier prozentual unterschieden werden soll, und es ist eben in der Regel nicht so einfach, dass man sagt, da haben wir fünf Prozent, da haben wir 90 Prozent, also werden wir uns ja wohl für die 90 Prozent entscheiden müssen, sondern schon die Prozentangaben sind ja ganz schwierig. Wir haben hier alle möglichen Krankheiten. Wie stellen wir denn eine kurzfristige Überlebenschance von einem sehr kranken Krebspatienten, der gerade nach einer Operation auf die Intensivstation gekommen ist, der kurzfristige Überlebenschance eines COVID-19-Patienten, der einen ganz anderen Behandlungsbedarf hat, gegenüber? Das wird nicht funktionieren. Deswegen muss man andere Kriterien haben und über die müsste man offen diskutieren. 2009 war das Thema Randomisierung in der juristischen Diskussion und auch in Teilen der ärztlichen Diskussion noch ein sehr ernstes und seriöses Kriterium. Erfolgswahrscheinlichkeit galt danach, galt stattdessen als ein außerordentlich problematisches. Da sieht man auch, Zeiten ändern offensichtlich etwas. Die Argumente dafür sind aber meines Erachtens gar nicht besser geworden für dieses Kriterium der Überlebenschance.

Abg. Dirk Heidenblut (SPD): Meine Frage geht an die DKG. Ist eine Patientin oder ein Patient mit einer Behinderung oder Komorbidität von der Zuteilungsentscheidung betroffen, sieht der Gesetzentwurf zusätzlich vor, dass die Einschätzung einer hinzuzuziehenden Person berücksichtigt werden muss, durch deren Fachexpertise den besonderen Belangen dieser Patientin oder dieses Patienten Rechnung getragen werden kann. Würden Sie bitte kurz sagen, wie Sie die Hinzuziehungsregelung bewerten und ob diese für kleinere Krankenhäuser insbesondere umsetzbar ist?

SVe Ina Haag (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir halten diese Regelung für sehr weitgehend, weil gerade, das hatte ich schon ausgeführt, der Begriff der Komorbidität sehr weitge-



hend ist. Das bietet einen großen Interpretationsspielraum und kann dazu führen, dass man in jedem denkbaren Fall einer Behinderung oder Komorbidität diese weitere zusätzliche Fachexpertise hinzuziehen muss, obwohl das vielleicht für die eigentliche Zuteilungsentscheidung im Einzelfall gar nicht die Rolle spielt, oder da gar kein Zusammenhang im Einzelfall festzustellen ist. Deshalb gehen wir davon aus, man sollte das eingrenzen auf die Fälle, wo die bereits beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte das aufgrund von Besonderheiten nicht zuverlässig einschätzen können und dass nur in den Fällen noch zusätzliche Expertise hinzuzuziehen ist. Auf jeden Fall wäre es aber zumindest sinnvoll, die im Referentenentwurf vorgesehene Dringlichkeitsausnahme wieder aufzunehmen, um hier eine entsprechende Eingrenzung vorzusehen. Was wir allerdings positiv anmerken, ist, dass jetzt auch eine Einbeziehung von Pflegefachkräften möglich ist, weil diese natürlich aufgrund der intensiven Betreuung und Beziehung zum jeweiligen Patienten, zur Patientin auch eine wichtige Rolle spielen und die Einbeziehung auf jeden Fall weiterhilft, diese Vorgabe in kleineren Krankenhäusern umzusetzen.

Abg. **Martina Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an die BÄK. Sind die im Fall eines Verstoßes gegen § 5c IfSG möglichen berufsrechtlichen Sanktionen bis hin zum Widerruf der Approbation aus Ihrer Sicht ausreichend, um die Einhaltung der Vorgabe des § 5c IfSG zu gewährleisten?

SV **Dr. Johannes Albert Gehle** (Bundesärztekammer (BÄK)): Soweit ich das verstanden habe, weil der Ton wirklich sehr leise war, ist die Frage, ob die berufsrechtlich möglichen Maßnahmen ausreichend, um das einzuhalten. Ich würde das im Ende bejahen, auch wenn ich gegen diese Maßnahmen bin. Allerdings muss ich darauf hinweisen, dass der Entzug der Approbation in vielen Bundesländern durch die Landesbehörden stattfindet und nicht durch die Ärztekammer.

Abg. **Mehmet Ali Takis** (SPD): Meine Frage geht an die DIVI. Sind die Kriterien zur Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenschancen

im Gesetzentwurf aus Ihrer Sicht ausreichend beschrieben? Bitte führen Sie gegebenenfalls zu notwendigen Ergänzungen aus.

SV **Prof. Dr. Uwe Janssens** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Die Kriterien zur kurzfristigen Erfolgsaussicht: Sie werden im Hintergrundtext noch einmal auf das Empfehlungspapier der DIVI mit sieben anderen Fachgesellschaften verwiesen. In der Tat wurde mehrfach hier in der Diskussion schon darauf abgezielt, inwieweit überhaupt Ärztinnen und Ärzte in der Lage sind, eine kurzfristige Erfolgsaussicht ... Wir halten „kurzfristig“ für den falschen Begriff. Wir haben mehrfach darauf hingewiesen. Es muss sich auf die akute intensivmedizinische Behandlungssituation beziehen, wie sie gerade bei COVID-19 durchaus Monate betragen kann. Also da ist hier der Begriff der Kurzfristigkeit sehr unscharf und müsste dringend geschärft werden. Wir haben ganz klare Kriterien in unserem klinischen Alltag, die wirklich sehr, sehr viele sind. Wir haben auf der einen Seite den Patienten mit seinen Begleiterkrankungen und seinen Vorerkrankungen, die verschiedene Organe betreffen, die tatsächlich sehr differenziert eingestuft werden, erstens. Zweitens, wir haben den Patienten mit seiner akuten Erkrankung, das heißt der Schweregrad der Grunderkrankung, egal COVID-19 nicht COVID-19, schwerer Herzschock, schwere septischer Schock, schweres Nierenversagen, Multiorganversagen. Wir haben hunderte von Einzel Faktoren, die wir tagtäglich patientenbezogen, organbezogen zueinander zuordnen und daraus aus einem großem Mosaik eine Prognoseabschätzung für die nächsten Stunden, Tage, aber auch vielleicht Wochen abzielen. Auf der anderen Seite haben wir den Patienten mit seinen patientenzentrierten Wünschen, Behandlungswünschen, die vorformuliert sind, oder über die Angehörigen uns zugetragen werden. Das ist ein Kaleidoskop, das können Sie mit Sicherheit nicht in ein Gesetz gießen. Ich glaube, es wäre auch völlig falsch, wenn wir anfangen würden, einen Kriterienkatalog in ein Gesetzestext zu gießen. Denn dann würden wir irgendwelche Faktoren ausschließen, wo dann wieder einer sagt, da fehlt uns was. Wir plädieren ganz klar, dass hier das Vertrauen der Ärzteschaft, den Intensivmedizinerinnen und Intensivmediziner ausgesprochen wird, in einem Mehr-Augen-Prozess, interprofessionell im Zusammenhang auch



mit den Pflegenden sehr kritische, auch tragische Entscheidungen sowohl in der Notaufnahme, wo es sehr viel schwieriger ist, aber auch im intensivmedizinischen Alltag zu treffen. Deshalb glauben wir nicht, dass Sie mit einer weiteren Formulierung hier den Gesetzestext schärfen, sondern ganz im Gegenteil, es wird tatsächlich die ärztliche Handlungssicherheit weiter eingegrenzt und es würden weitere rechtliche Fragen auftreten, die wir dann nicht mehr klären können.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Ich würde die Frage gerne sowohl an den VdK als auch an den Marburger Bund stellen. Inwieweit trägt aus Ihrer Sicht bereits der Negativkatalog in § 5c Absatz 2 Satz 3 IfSG dazu bei, ausreichenden Diskriminierungsschutz zu leisten?

SVe **Dorothee Czennia** (Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK)): Wir begrüßen, dass dieser Negativkriterienkatalog aufgenommen wurde. Das hatte der VdK auch im Vorfeld, auch gemeinsam mit anderen Verbänden, dem Deutschen Behindertenrat so gefordert. Wir finden das gut und richtig und zumindest erhöht es den Schutz.

SVe **Dr. Susanne Johna** (Vorsitzende des Marburger Bundes, Bundesverband e. V.): Wir sind tatsächlich der Meinung, dass der Schutz von behinderten Menschen genauso wie von älteren Menschen und so weiter, über unsere ärztlichen Kriterien, über das Genfer Gelöbnis ganz klar in der Ärzteschaft tief verankert ist. Die Stellungnahme beispielsweise auch der BÄK, die Orientierungshilfe auch zur Triage, die schon Anfang des zweiten Jahres der Pandemie geschrieben wurde, hat ganz klar beschrieben, dass Behinderungen für uns keinerlei Kriterium sind in dieser Entscheidung. Sie könnte allenfalls dann ein Kriterium sein, wenn die Behinderung, die akut vorliegende Behinderung auf die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit einen direkten Einfluss hat. Insofern glauben wir nicht, dass das das entscheidende Kriterium ist. Ich möchte, weil es mir die ganze Zeit hier fehlt, noch einen Satz dazu sagen. Wir sprechen mit Recht darüber, dass Vertrauen entzogen werden könnte, wenn intensivmedizinische Behandlungskapazitäten weggenommen wird. Wir nehmen aber einfach dann nur an einer anderen

Stelle Behandlungskapazität weg, nämlich in der Notaufnahme oder im Rettungswagen. Insofern sollten wir auch Verständnis für die Patienten haben, denen wir an diesen Stellen Behandlungskapazität wegnehmen würden.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage geht an die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung und an die ESVe Dr. Maria del Pilar Andrino Garcia. Der Begründung des Gesetzentwurfes ist zu entnehmen, dass eine zeitnahe Ergänzung der Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte um Inhalte zur behinderungsspezifischen Besonderheiten erfolgen soll. Sehen Sie den Bedarf veränderter Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Mediziner bezogen auf Menschen mit Behinderung? Wenn ja: Was ist hierbei zu berücksichtigen?

SVe **Dinah Radtke** (Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e. V. (DIGAB)): Auf jeden Fall sehe ich die Wichtigkeit der Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Pflegepersonal im Hinblick auf Behinderung, weil auch Ärztinnen und Ärzte Vorteile im Hinblick auf Lebensqualität, Lebenserwartung gegenüber behinderten Menschen haben. Da ist noch ganz viel Schulungsbedarf notwendig.

ESVe **Dr. Maria del Pilar Andrino Garcia**: Ja, es ist notwendig, dass wir Fort- und Weiterbildung in diesem Gesamtprozess sehen. Aber, das muss ich unbedingt anmerken, es wird nichts an dem Problem der Schutzpflichtsituation, die das BVerfG eingeräumt hat, weshalb das Gesetz auch geschrieben wird, vollumfänglich ändern können. Es gibt, wenn Sie sich das so vorstellen, viel zu viele einzelne verschiedene, sehr variable genetische Syndrome und ähnliches. Das kann ein Arzt nicht alles lernen. Es bedarf des Spezialisten und des zusätzlichen Arztes. Es hat aber für mich weitab mit dem, was eigentlich das BVerfG erreichen wollte mit diesem Gesetz, nicht vollumfänglich etwas zu tun. Das ist ein ganz anderes Problem.

Abg. **Martine Stamm-Fibich** (SPD): Meine Frage geht an die BAG SELBSTHILFE. Das BVerfG hat in seinem Beschluss festgestellt, dass sich die Risiken



einer Diskriminierung von Menschen mit Behinderung im Fall nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten unter anderem aufgrund von mangelndem Fachwissen, einer unzureichenden Sensibilisierung für behinderungsspezifische Besonderheiten, aber auch aufgrund subjektiver Momente ergeben können. Wie bewerten Sie diesen Hinweis im Hinblick auf den vorliegenden Gesetzentwurf.

SVe Dr. Siiri Doka (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankungen und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir würden uns, wie bereits dargestellt, wünschen, dass wir zeitnah stärker auch in die Aus- und Fortbildung der Ärzte reinkommen, damit auch Sensibilisierungen bei den Ärzten stattfinden. Denn es wurde schon seitens der Ärzteschaft darauf verwiesen, dass man sich mit dem Thema Behinderungen befasst, aber das kommt in der Praxis oft leider nicht an. Wir brauchen dringend stärker Fortbildungen. Wir brauchen auch stärker das Engagement der Ärzte für diesen Bereich.

Abg. Wilfried Oellers (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den VdK und an die ISL. Es geht auch um das gerade schon angesprochene Thema der Aus- und Weiterbildung. Das BVerfG macht auch hier Vorgaben, wie die Weiterbildung gerade des medizinischen Personals erfolgen sollte oder regt dies zumindest an. Welche Potenziale sehen Sie hier für den Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene tätig zu werden? Welche positiven Effekte können durch die Implementierung von Regelungen für Aus-, Fort- und Weiterbildung hier erreicht werden?

SVe Dorothee Czennia (Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK)): Wir setzen uns auch dafür ein, dass Bund und Länder insgesamt mehr Vorgaben machen. Wir erleben es auch so, und es ist noch nicht einmal auf die Intensivmediziner bezogen, dass im Gesundheitswesen Menschen mit Behinderung immer noch unglaublichen Diskriminierungen ausgesetzt sind. Das glauben Sie teilweise nicht, dass Menschen, Frauen, die ein Kind mit Behinderungen haben, von einem Arzt gesagt bekommen: „Selbst Schuld, Sie hätten ja abtreiben

können“. So etwas gibt es. Das darf nicht passieren. Das zeigt, wie groß der Fortbildungsbedarf ist insgesamt. Wir stellen uns vor, dass kurzfristig sicherlich auch das intensivmedizinische Personal, also die Ärzte aber auch die Pflegekräfte, einen Schulungsbedarf haben, sensibilisiert werden müssen für den menschenrechtlichen Ansatz, für den Abbau von Unsicherheiten im Umgang von Menschen mit Behinderung, aber vielleicht auch im Sinne Sensibilisierung für barrierefreie Kommunikation. Aber mittel- und langfristig sollte das in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte auch reinbeschrieben werden. Das kann man nicht in diesem Gesetz machen, das wissen wir. Wir wissen auch, dass man schon an der Approbationsordnung, glaube ich, arbeitet. Wir wollen, dass Menschen mit Behinderung und ihre Verbände einbezogen werden in diesen Prozess. Aber wir halten das für dringend erforderlich und glauben auch, dass das wichtig ist, weil wir zum Beispiel heute auch gehört haben, dass vom Gesetzgeber erwartet wird, er muss sozusagen Ärzte frei von jeglicher individueller Mitverantwortung oder Schuld stellen, weil ihr Handeln per se, als rechtmäßig festgeschrieben werden soll. Das sehen wir anders. Es ist Aufgabe des Gesetzgebers für Diskriminierungsschutz zu sorgen. Das darf nicht in die Hände von wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder Ärzteverbände gegeben werden.

SV Alexander Ahrens (Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL)): Welche positiven Effekte? Wir leben seit Jahrzehnten in Sonderwelten. Wer hier im Raum kennt behinderte Menschen wirklich persönlich? Ich glaube jetzt auf Arbeitsebene, aber wenn man privat nachfragt, wird es wahrscheinlich eher schwierig werden, weil wir, wie gesagt in getrennten Welten leben und dadurch sozusagen sich natürlich auch Denkmuster und Denk-Konstrukte jahrzehntelang aufgebaut haben. Nur mal so als Info: Ich sollte auch nur ein Jahr alt werden, soviel zum Thema Überlebenswahrscheinlichkeit und das hat irgendwie nicht so hingehauen. Jede Arztpraxis, jedes Klinikum muss ein Konzept aufstellen, wie man Barrierefreiheit herstellen kann, wie man auch barrierefreie Kommunikation sicherstellen kann. Wie kann eine Art Awareness-Team, wie kann Assistenz und Krankenhaus sichergestellt werden? Plus diese Schulungen, diese menschenrechtliche Schulung, dass man einfach ein Gesamtbild hat, das



man von Anfang an ... [akustische Störung] ... dass wir, wenn es so kompliziert ist, das in irgendwelche Approbationsordnungen reinzubekommen, dann halt von unten hoch steuern, dass man in die Arztpraxen reingeht, direkt in die Kliniken, dass man mehr Personal aufstockt, mehr Geld auch hineinfließt. Es muss auch zügig umgesetzt werden. Natürlich müssen auch behinderte Menschen beteiligt werden von Anfang an. Es gibt genug Konzepte, wie man das auch machen kann, denn nichts über uns, ohne uns, das ist das Credo.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an DIVI. Was für einen tatsächlichen Unterschied bedeuten die Vorgaben des neuen § 5c IfSG gegenüber den bisher bestehenden Regeln und der bestehenden Praxis bei Triagen? Was würde sich in der Praxis durch die Neuregelung ändern?

SV **Prof. Dr. Uwe Janssens** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Die derzeitige Triage, wir haben ja schon Herrn Prof. Dr. Kulla gehört, der das ja kurz mal ausgeführt hat ... Wir haben ganz klar von unserer Fachgesellschaft und den beteiligten anderen Fachgesellschaften inklusive der Akademie Ethik in der Medizin und ganz bewusst, das sage ich hier an der Stelle nochmals, das Wort Triage vermieden. Wir sind da auch nach wie vor außerordentlich unglücklich darüber. Wir haben hier nicht den schönfärberischen Begriff der Priorisierungsentscheidungen bei eingeschränkten Ressourcen gewählt. Das ist in der Tat nicht eine semantische Abänderung, sondern es ist ein ganz anderer Charakter. Tatsächlich ist es so, um es noch einmal auszuführen, wir haben die Situation in der Notaufnahme, wir haben es heute mehrfach gehört, und wir haben die Situation auf der Intensivstation, die voll ist – alle notwendigen Apparaturen, um Menschenleben zu erhalten, in der Regel sind das Beatmungsgeräte oder Herz-Kreislauf unterstützende Apparaturen, sind belegt. In der Tat ist das Gebot, dass Patientinnen und Patienten, die in einer sehr kritischen Phase sind ... Wir haben auf der anderen Seite viele Menschen mit und ohne Behinderung, mit und ohne COVID-19, die in die Notaufnahme, die in Altenpflegeheimen, wo auch immer sie sich befinden, auf dem Weg in das Krankenhaus sind, dass wir uns an dieser Stelle be-

wusst im Jahr 2020 angesichts der Bilder aus Bergamo entschieden haben, für diese tragische Entscheidungssituation Empfehlungen zu erarbeiten, dass wir für diese außerordentlich tragische, ärztliche Entscheidungssituation dann in die Lage versetzt werden, tatsächliche utilitaristisch möglichst vielen Menschen das Leben zu retten. Wir haben eben schon Fragen aus dem Gremium der Politik dazu gehört. Es ist für uns schon ein neues Momentum, dass wir jetzt an der Stelle quasi ausgebremst werden und gesagt wird, das dürft ihr nicht mehr. Das dürft ihr nicht mehr und kategorisch, das dürft ihr nicht mehr mit keinem Kriterium der Welt wird hier ... der Bundesgesundheitsminister hat es ganz klar und lapidar erklärt, dass ist ethisch nicht mehr gerechtfertigt. Ich habe nie, auch in keiner Stellungnahme, auch im Deutschen Bundestag haben wir nicht vernommen, was denn die Begründung dafür wäre, dass wir das an der Stelle als Ärztinnen und Ärzte in den tragischen Entscheidungssituationen nicht mehr machen dürfen. Wir haben heute mehrfach gehört, die Konsequenz daraus wird sein, dass, wenn wir in so eine Situation reinkommen, wir haben nichts mehr, dass dann am Ende tatsächlich mehr Menschenleben geopfert werden. Das ist für uns Ärztinnen und Ärzte und auch für die Behandlungsteams so tragisch. Alles ist schwer ertragbar.

Abg. **Simone Borhardt** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den ESV Prof. Dr. Steffen Augsberg. Wie bewerten Sie es, dass das IfSG zwar eine Vielzahl von Meldepflichten und Sanktionen vorsieht, der vorliegende Gesetzentwurf aber für die Vorgaben zur Triage im neuen § 5c IfSG auf eben solche Meldepflichten und Sanktionen verzichtet.

ESV **Prof. Dr. Steffen Augsberg** (Justus-Liebig-Universität Gießen): Ich glaube, das muss man differenzieren. Bei den Meldepflichten ist es noch relativ einfach, da kann man schlicht sagen, das wäre ein Grad, das ist etwas, was wir gerade in der Pandemie erlebt haben, dass zur Information und Koordination besserer Austausch, entsprechende Meldepflichten, durchaus hilfreich wirken können. Insofern ist das etwas, was man sich insoweit wünschen würde. Bei den Sanktionen ist das komplexer und schwieriger zu beurteilen, weil man einerseits sagen muss, dass es irgendwie merkwürdig wirkt, dass dieses Gesetz sich zu Sanktionen gar



nicht äußert und dann nur in der Begründung drinsteht, dass insoweit doch das Berufsrecht wahrscheinlich einspringen würde und ansonsten auch auf allgemeine Regeln des Strafrechts verwiesen wird. Also schon deshalb könnte man sich fragen: Ist es nicht sinnvoll, dass man eine etwas präzisere Regelung reinnimmt, die vielleicht auch feststellt, dass zwischen einer diskriminatorischen Fehlallokation und einem Fehler im Dokumentationsprozess doch erhebliche Unterschiede bestehen, die man auch was das Sanktionsregime angeht, präziser benennen sollte? Der zweite Punkt ist aber noch problematischer, denn ich halte diese Aussage, dass die Neuregelung ... [akustische Störung] ... unzweifelhaft. Also, dass das ganz neutral gegenüber dem Strafrecht ist, wird im Strafrecht, von Strafrechtlern jedenfalls in Zweifel gezogen. Das würde heißen, dass wir unter Umständen diese neue Rechtswidrigkeit im IfSG auch berücksichtigen müssten bei der Frage, ob das eine gleichwertige Pflichtenkollision ist. Das kann bedeuten, dass auf einmal die strafrechtliche Verantwortung, wir reden dann von Tötungsdelikten, jedenfalls Fahrlässigkeit und Versuch, auch in die Ex-Ante-Triage hineingenommen würde. Da kommt also eine erhebliche Rechtsunsicherheit zum Tragen. Insofern ist es, glaube ich, dringend erforderlich, an dieser Stelle klarstellend entsprechend zu normieren, was man sich genau vorstellt, und dass es möglicherweise eben gerade keine Auswirkungen auf das Strafrecht haben soll. Das sollte nicht nur so en passant in der Begründung verschwimmen.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an den ESV Prof. Dr. Martin Kulla. Was passiert mit den Patienten, die aufgrund einer Triage eine knappe Ressource nicht bekommen haben? Welche Vorgaben für Triage gibt es in der Bundeswehr beziehungsweise der Nato.

ESV **Prof. Dr. Martin Kulla** (Bundeswehrkrankenhaus Ulm): Es ist auf gar keinen Fall so, dass in einer Priorisierungsentscheidung oder einer Zuweisungsentscheidung, auch wenn sie quoad vitam bezüglich der Ressource oder des Patienten laufen sollte, der Patient nicht mehr behandelt wird. Dieser Gedanke ist grundsätzlich falsch. In allen Dokumenten, in allen Ausbildungen vom Studium, Facharzt Ausbildung, Zusatzweiterbildung Leitender Notarzt, in Nato-Dokumenten, in Dokumenten

der Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern und so weiter und sofort, auch in Bundeswehrdokumenten wird immer wieder klar hervorgehoben, dass es drei Dinge sind, die wichtig sind bei einer solchen Entscheidung. Man muss darauf vorbereitet sein, man braucht ein gutes Team, das die Entscheidungskriterien kennt, und man muss den Entscheidungsprozess immer wieder repetitiv wiederholen. Eine Priorisierungs-, Triage-, Zuweisungsentscheidung, ganz egal, wie man es nennen möchte, ist nicht einmalig. Und als Letztes: Sie betrifft immer alle Patienten in dem System, das völlig überlastet ist, und betrifft nicht nur die letzten Patienten die hereinkommen. Was ich auch gelernt habe über die vielen Jahre, ist, dass man als Arzt, der quasi direkt am Patienten arbeitet, auch wenn man klinischer Direktor ist, oder Chefarzt, man eigentlich nie das Bild für das gesamte Gesundheitssystem, für den gesamten Bereich, für den Landkreis hat. Da ist unsere Frage, oder meine Frage an die Kommission, warum in dem Gesetz keine Empfehlungen enthalten sind, wer denn überhaupt eine Triage quoad vitam auslöst. Ist das das Krankenhaus, eine einzelne Abteilung, der Landtag, das Gesundheitsamt oder ein Amtsrichter? Warum wird diese Entscheidung auf den einzelnen Arzt heruntergebrochen? Und wer beendet eine solche Phase wieder, wo erkannt wird, dass das Gesamtsystem überlastet ist? Wer stellt fest, weil wir organisiert haben, dass wir die Patienten in ein anderes Land bringen können, dass wir wieder genug Ressourcen haben und jetzt wird nicht mehr quoad vitam priorisiert werden muss? Das sind die Dinge, die ich gelernt habe in den Zeiten. Ich bedanke mich, dass ich das sagen durfte.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich erneut an den ESV Arne Frankenstein. Ich gehe noch einmal auf die Zulassung der Ex-Post-Triage ein beziehungsweise darauf, dass der Gesetzesentwurf das ausklammert. Wir haben hier aber auch andere Sachverständige gehört. Was spricht aus Ihrer Sicht gegen die Zulassung der Ex-Post-Triage?

SV **Arne Frankenstein** (Landesbehindertenbeauftragter der Freien Hansestadt Bremen): Ich halte den Ausschluss der Ex-Post-Triage für zwingend



verfassungsrechtlich geboten. Den Ausschluss aufzuheben würde das Gesetz aus meiner Sicht verfassungswidrig machen. Die Ex-Post-Triage ist mit der Menschenwürde nicht zu vereinbaren. Wenn eine lebensrettende Behandlung zugunsten einer anderen Person mit vorgeblich oder vermeintlich besseren Chancen abgebrochen wird, wird die Person, an der der Behandlungsabbruch vollzogen wird, zum Objekt gemacht. Hier liegt auch aus meiner Sicht ein wesentlicher Unterschied zur Position die meisten Menschenleben zu retten. Diese findet zwar einen Anker, das haben wir jetzt auch gehört, im ärztlichen Selbstverständnis, aber nicht in der Verfassung. Dass die Ex-Post-Triage ausgeschlossen werden soll gesetzgeberisch, genügt aber aus meiner Sicht nicht, um sie wirksam zu verhindern. Sie muss aus meiner Sicht verboten werden. Als Regelungsort einer solchen Strafnorm schlage ich das IfSG vor. Sie könnte aber auch im Strafgesetzbuch geregelt werden. Verzichtet man auf eine Verbotsnorm, droht aus meiner Sicht unter Berücksichtigung der strafrechtlich und ethisch mittlerweile, das haben wir auch gehört, umstrittenen Bewertung des Behandlungsabbruchs auch unter Berücksichtigung aller ärztlicher Sorgfalt, die ich gar nicht in Zweifel ziehen möchte, eine Strafbarkeitslücke, die nicht geschlossen werden könnte. Nicht hinzunehmen wäre aus meiner Sicht, wenn Ärztinnen und Ärzte bei einem solchen Behandlungsabbruch, der ausdrücklich contra legem erfolgen würde, straffrei ausgehen könnten. Deshalb lehne ich die Ex-Post-Triage ab und schlage gleichzeitig eine entsprechende Strafrechtsnorm vor.

Abg. **Corinna Rüffer** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an BODYDYS. Welche Bedeutung sprechen Sie einer menschenrechtskonformen Triage-Regelung in Deutschland im Hinblick auf deren internationale Ausstrahlung zu? Vielleicht sagen Sie ein paar Punkte, was so eine Regelung beinhalten müsste, oder aus Ihrer Sicht ausmacht, so rum vielleicht?

SVe **Prof. Dr. Theresia Degener** (Bochumer Zentrum für Disability Studies (BODYDYS)): Die internationale Gemeinschaft schaut auf Deutschland. Das ist vollkommen klar. Wir werden das erste Land weltweit sein, das ein Triage-Gesetz verabschiedet. Das gegenwärtige Gesetz muss, das hat das FbJJ deutlich gesagt, als Selektionsgesetz eingestuft

werden, weil es nicht hinreichend den Anforderungen der UN-BRK entspricht. Dazu ebenfalls noch einmal eine Erinnerung aus der Entstehungsgeschichte: Kurzfristig wurde 2004, als wir die UN-BRK schrieben, überlegt: Sollen wir auf ein Recht auf Leben in der UN-BAK verzichten angesichts der internationalen Debatten um Abtreibung und Todesstrafe? Dies ist so schwierig. Ich durfte damals Deutschland vertreten und bin aufgestanden und habe gesagt, dass Deutschland aufgrund seiner Geschichte, aufgrund der Ermordung von 300 000 Menschen, die als behindert und lebensunwert gelesen wurden, nie und nimmer es hinnehmen kann, dass in der UN-BAK kein Recht auf Leben steht. Das Ergebnis ist eine robuste UN-BAK, die das Menschenrechtsmodell von Behinderung vertritt. Das Modell orientiert sich insbesondere an der Lebenswertindifferenz. Das ist eine Antwort auf unsere Geschichte. Deswegen haben wir eine besondere Verantwortung. Das hat nichts damit zu tun, ob wir heute die Ärzte als genügend geschichtsbewusst einstufen oder nicht, sondern das hat was mit dieser historischen Verantwortung zu tun und damit, dass die internationale Gemeinschaft auf uns schaut. Deswegen muss dieses Gesetz noch einmal entsprechend den von uns vorgelegten Änderungsvorschlägen geändert werden, um es in Übereinstimmung mit der UN-BAK zu bringen, die nach der Auffassung des BVerfG Maßstab für die Auslegung unserer Verfassung ist.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Deutschen Ethikrat. Der aktuelle Gesetzentwurf bezieht sich sehr eng auf die Frage der Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit und bei nicht ausreichend vorhandener, überlebenswichtiger Kapazitäten. Welche Problemstellungen sind über dieses Gesetz hinaus wichtig und sollten Ihrer Meinung nach im Rahmen dann folgender Gesetzgebungsverfahren geregelt werden? Sollte dieses Gesetz befristet und evaluiert werden?

SV **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl** (Deutscher Ethikrat): Ich glaube, dass dieses Gesetz in jedem Fall evaluiert werden muss. Das ist eine Allausage, hinsichtlich mindestens dreier Sachverhalte. Einmal die prozeduralen Regelungen die erfolgen, ob sie auch tatsächlich angemessen sind für das Diskriminierungsausschlussziel. Zweitens, darauf



habe ich eben schon hingewiesen, deswegen will ich das nur nennen, ob die Kriterien valide sind. Drittens, das scheint mir in einer besonderen Weise bedenkenswert zu sein, weil es von dem Gesetz eigentlich gar nicht erfasst wird, nämlich das Phänomen der sogenannten Grauen Triage. Frau Dr. Maria del Pilar Andrino Garcia hat es Vor-Triage genannt, oder die Vorpriorisierungsentscheidung, wie auch immer. Ich glaube, das ist ein ganz entscheidender Punkt. Unter der sogenannten Grauen Triage ist ein Sachverhalt zu verstehen, den wir gerade in der Pandemie gesehen haben, dass zahlreiche Patientinnen und Patienten aus stationären Einrichtungen der Altenhilfe gar nicht erst einer klinischen Behandlung zugeführt wurden; und das jetzt nicht nur, weil sie selbst eine Behandlung verweigerten, das ist natürlich ihr gutes Recht und es ist immer zu akzeptieren, sondern aus den Gründen, dass möglicherweise viel zu früh, in Ansehung der erwartbaren Konkurrenzsituation, die ein konkretes Krankenhaus oder die generelle Situation im Gesundheitswesen betrifft, frühzeitig als sogenannte Hoffnungsfälle kategorisiert wurden. Das, glaube ich, ist ein ganz entscheidender Punkt, dass sich sozusagen in die Diagnosestellung unwillkürlich solche Erwartungshaltungen einschleichen. Das wird hier durch das Gesetz kaum bedacht und müsste nach meinem Dafürhalten in jedem Fall ausgewertet werden. Also ein solches Gesetz, von dem wir hoffen, dass es eigentlich nie zur Anwendung kommen muss und insofern auch nicht evaluiert werden kann, weil wir hoffen, dass diese Situationen vermieden werden können, aber wenn es dazu kommt, sollte das in jedem Fall in den Blick genommen werden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne fragen, ob der Deutsche Ethikrat konkrete Hinweise hätten, die wir als Fragestellung in die Evaluation mit hineinnehmen sollten?

SV **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl** (Deutscher Ethikrat): Da gestehe ich freimütig, dass ich etwas überfragt bin. Also diese ersten beiden Fälle sind ausreichend durch Kriterien hinterlegt, also ob es prozedurale Regelungen sind. Ob die Komplexität der prozeduralen Regelungen eigentlich eine Überforderung darstellt, insbesondere auch mit Blick auf das gesamte Gesundheitswesen, muss mit den

Auswirkungen auf die anderen Fallkonstellationen bedacht werden. Die Vertreterin des Marburger Bundes hat darauf auch hingewiesen. Zweitens natürlich auch, inwieweit das mit der kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit, wo viele Faktoren eingehen, ob das überhaupt ausreichend valide ist.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Ich möchte gerne eine Frage an mehrere Sachverständige richten, je nachdem wieviel Zeit ist. Wie bewerten Sie den vorliegenden Gesetzentwurf mit Blick auf die Kriterien, die einer Zuteilungsentscheidung zu Grunde gelegt werden soll? Beginnen möchte ich gerne mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

SV **Prof. Dr. Frank Wappler** (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)): Das, was wir im § 5c IfSG sehen, ist, dass es vor allen Dingen ganz viele Ausschlusskriterien gibt. Wenn man sich diese Ausschlusskriterien anschaut, dann stehen die im krassen Widerspruch zu den Studienergebnissen, die im letzten und in diesem Jahr publiziert worden sind in Bezug auf die Überlebenswahrscheinlichkeit. Das ist ein Problem. Das zweite Problem besteht darin, dass geschrieben steht im Text, dass sie unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur evidenzbasierten Einschätzung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit getroffen werden. Nun ist es ja so bei einem Gesetz, das steht für sich selber da. Wir haben aber hier aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, das heißt, wir haben einen dynamischen Prozess. Es ist überhaupt nicht klar, wie dieser dynamische Prozess an ein eher starren Gesetzestext angepasst werden und mit diesem leben soll. Das heißt, es kann eigentlich nur zu einem definierten Zeitpunkt eine aktuelle wissenschaftliche Erkenntnis geben, die dann danach aber keine Gültigkeit mehr hat. Damit können wir im Prinzip nicht arbeiten, weil sämtliche weiteren Studien, die kommen werden und neue Evidenz schaffen, mit diesem Gesetzentwurf letztendlich ausgeschlossen werden.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): An die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaft Notärzte Deutschlands (BAND).



[technische Probleme]

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Die Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebedürftige Menschen.

SV **Markus Sutorius** (Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetreffene Menschen e. V. (BIVA)): Aus unserer Sicht sind diese gesamten Kriterien für die kurzfristige Überlebenschance, wenn ich mich da einem meiner Vorredner anschließen darf, auch Kriterien, die den Menschen selber, der so beurteilt werden soll, in seiner Würde betreffen. Will sagen, auch er wird dadurch zu einem Objekt degradiert, sodass auch hier Artikel 1 GG sicherlich betroffen ist. Man müsste also genau dieses Kriterium durchaus weiter dahingehend differenzieren, dass sehr viel konkretere Tatbestände in die Gesetzesfassung mit aufgenommen werden müssten.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

SV **Prof. Dr. Georg Marckmann** (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF)): Das Kriterium der Überlebenschance ist grundsätzlich ein gutes Kriterium, weil es sicherstellt, dass die Wahrscheinlichkeit für den Einzelnen am größten ist, dass er tatsächlich eine effektive Behandlung bekommen kann. Das Problem sind aber die Anwendungsbedingungen. Das ist schon mehrfach erwähnt worden. Der Ausschluss der Ex-Post-Triage macht es eigentlich fast unmöglich, dieses Kriterium wirklich verlässlich anzuwenden. Das hat dann Konsequenzen insbesondere für vulnerable Patientengruppen. Insofern muss man sagen, dass der aktuelle Gesetzentwurf eigentlich seinen Zweck nicht erfüllt, nämlich vulnerable Patientengruppen vor Diskriminierung zu schützen. Zum einen, wenn man nur vor Beginn der Intensivtherapie die Überlebenschance einschätzen kann. Das ist oft mit einer sehr großen Unsicherheit möglich. Frau Dr. Maria del Pilar Andriano Garcia hat zu Recht gesagt, wenn das jemand ist mit einer seltenen Erkrankung, den muss man erst einmal intensivmedizinisch behandeln, dann kann

man verlässlicher einschätzen, wie die Überlebenschance ist. Das Zweite ist, dass wir einfach mehr Todesfälle haben werden, das heißt, die Überlebenschance des Einzelnen wird geringer, wenn wir die Ex-Post-Triage ausschließen. Warum? Wir werden viele Patientinnen und Patienten mit einer sehr schlechten Prognose auf der Intensivstation haben, die sehr lange Intensivbetten belegen. Für alle nachfolgenden wird es ganz schwierig, noch an eine Intensivtherapie heranzukommen. Wer leidet darunter am meisten? Menschen, die ein hohes Alter haben, Menschen, die Behinderungen oder Beeinträchtigungen haben, und Menschen, die Vorerkrankungen haben. Das heißt, eigentlich muss man sagen, dass der Ausschluss der Ex-Post-Triage den Sinn des Gesetzes in das Gegenteil verkehrt. Das ist, finde ich, absolut untragbar.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Den Deutschen Pflegerat.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Der Deutsche Pflegerat hat abgesagt. Die technischen Probleme der Verbindung zur BAND sind behoben.

SV **Prof. Dr. Thomas Wurmb** (Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands – BAND e. V.): Wir haben eine Situation vielleicht noch nicht ausreichend bedacht. Wenn man die Prämisse für die Anwendung der Zuteilungsentscheidung betrachtet, dann haben wir alle intensivmedizinischen Kapazitäten in Deutschland verbraucht. Das heißt, wir haben eine Katastrophensituation par excellence. Wir werden hier eine künstliche Trennung machen in diejenigen, die vorher kamen und eine intensivmedizinische Behandlung erfahren, und in diejenigen, die danach kommen. Das wird in der Quantität so viel sein, dass diese zwei Ex-Post-Triage Gruppen, sozusagen die eine Gruppe und die andere Ex-Ante-Triage Gruppe, künstlich getrennt werden; und diejenigen, die zu spät kamen, sicherlich mit deutlichen Abweichungen von den in Deutschland üblichen medizinischen Standards versucht werden zu retten. Das muss man auch hervorheben. Wir werden diese Patienten natürlich auch versuchen zu retten. Aber die Gesamtsituation wird vor diesen beiden Gruppen nicht Halt machen und es wird aufgrund



von Personalmangel, Materialmangel, Raummangel zu einer Durchmischung beziehungsweise zu einem Absinken der Standards in beiden Gruppen kommen. Über kurz oder lang werden wir auch die Patienten mit einbeziehen müssen in die Gesamtscheidung, die letztendlich künstlich vorher da waren und die anderen kamen später. Eine Vermischung dieser Prinzipien nämlich „first come, first serve“ für die einen Patienten, die anderen erhalten dann letztendlich nach den Zuteilungskriterien die medizinischen Behandlungsressourcen. Ich glaube, dass wir hier eine Künstlichkeit in diesem Gesetz drin haben, die der Realität dann am Ende nicht standhalten wird. Auch dies bitte ich dringend zu beachten, wenn ein solches Gesetz verabschiedet wird.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine nächste Frage geht an die BÄK. Wir wissen ja, dass intensivmedizinische Behandlung durchaus Wochen oder Monate dauern kann. Im Gesetzentwurf ist die Rede von kurzfristiger Überlebenschance als Kriterium dafür, wer diese knappen medizinischen Ressourcen dann erhält. Das ist aber nirgendwo genau definiert. Wenn man nun jemanden hat, der beispielsweise aufgrund einer Krebserkrankung nur noch einige Tage oder Wochen zu leben hat, ist das dann zu berücksichtigen, oder nicht? Wie würden Sie diese Regelung verstehen? Sind Sie, wie wir auch, der Meinung, dass dieser Begriff kurzfristige Überlebenschance besser durch eine klarere und bestimmtere Regelung ersetzt werden sollte, damit die Ärzte einfach Rechtssicherheit haben?

SV Dr. **Johannes Albert Gehle** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir haben zu diesem Begriff schon sehr viel diskutiert. Ich würde noch ein Beispiel bringen aus der normalen Situation einer Intensivmedizin, wo zwei Patienten kommen und man hat nur noch ein Bett frei. Man guckt natürlich nicht nur auf die kurzfristige Überlebenschance, sondern auch auf die Transportfähigkeit oder auf die Möglichkeit einer anderen Versorgung, die eher gleichwertig ist und die angemessen und zugewandt ist. Natürlich würden wir, wir behandeln heute gerade bei den modernen Krebsverfahren auch viele Krebspatienten intensivmedizinisch, das ist eigentlich Tagesalltag, das sicherlich nicht als Kriterium heranziehen. Das Problem ist, dass

diese Überlebenschance sich tagesaktuell, das ist ja gerade von mehreren Fachgesellschaften auch dargestellt worden, immer wieder ändern kann. Wir haben verschiedene Scoring-Systeme in der Intensivmedizin, die tagesaktuell das Ganze wieder neu bewerten würden. Daher noch einmal auch die Bitte, es nicht auf „first come, first serve“ zu beziehen.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Ich hätte noch einmal eine Frage an die BÄK. Dieser Gesetzentwurf schreibt unter anderem vor, dass niemand aufgrund von Alter, Behinderung und Gebrechlichkeit diskriminiert werden darf. Aus anderen politischen Bereichen kennen wir das Phänomen, dass sich dann in der Praxis eine Bevorzugung nach diesen Kriterien ergeben kann, weil der Arzt an sich sagt, er möchte sich nicht juristisch angreifbar und nicht mal in den Verdacht kommen möchten, dass er jemanden gesetzeswidrig benachteiligt hat. Es besteht also die Gefahr, dass der Arzt sich im Zweifelsfall, wenn er sich entscheiden muss, ob er eine 25-jährige Mutter von kleinen Kindern oder einen 90-jährigen behinderten, gebrechlichen alten Mann behandeln muss und beide die gleiche kurzfristige Überlebenschance haben, die Entscheidung dann zu Gunsten des 90-jährigen, gebrechlichen, alten Mannes fällt, weil der Arzt nicht in den Verdacht kommen möchte, nach Alter, Gebrechlichkeit oder Behinderung zu diskriminieren. Halten Sie das für realistisch?

SV Dr. **Johannes Albert Gehle** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wenn ich das jetzt mal als Arzt sagen darf, möchte ich in diese Situation niemals kommen. Man würde natürlich versuchen, ich will es mal klar und deutlich sagen, sogar mit beiden Angehörigen und Familiengruppen das zu diskutieren und darzustellen. Also eine einfache Entscheidung wird es in diesem Fall auf gar keinen Fall geben können; natürlich auch nicht eine Bevorzugung der Mutter, genau andersherum, wie man das jetzt auch gerade dargestellt hat. Ich setze da sehr auf das Verständnis der Menschen. Das ist ja das, was wir häufiger eigentlich erleben. Das ist auch ein Problem mit dem ganzen Gesetz, das wir haben, dass es auch viele ältere Menschen gerade gibt, die sagen, ja ich möchte einen Behandlungsversuch, aber nur eine gewisse Zeit und möchte dann, dass Sie mir sagen, wenn das jetzt zu Ende ist und



wann es eigentlich für mich nur Schaden nimmt. Im Rahmen des Alltäglichen, glaube ich, wird man dieses Problem dann lösen.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Die nächste Frage geht an die DIVI. Sie haben etwas sehr interessantes geäußert, nämlich dass dieses Gesetz Menschenleben kosten kann, wenn es tatsächlich zur Anwendung kommt. Könnten Sie das noch einmal genauer ausführen?

SV **Prof. Dr. Uwe Janssens** (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)): Ich schließe mich den Ausführungen von Prof. Dr. Marckmann an, der hat das gerade nahezu ganz plastisch auch ausgedrückt. Das heißt, durch die Wegnahme der Möglichkeiten in so einer tragischen Entscheidungssituation, wo die ganze Intensivstation – nehmen wir die Charité, die zu Hochzeiten 150 beatmete Intensivpatienten hatte, da waren viele Patienten bei, die hatten eine klare Erfolgsaussicht auch für den intensivmedizinischen Aufenthalt. Da waren aber doch einige dabei, die waren nicht im unmittelbaren Sterbeprozess, die waren aber schwerstkrank und da stellt sich das Behandlungsteam für Tage schon die Frage, ob hier die Erfolgsaussicht in zehn, 20 Tagen noch gegeben ist. Das sind diese Patienten, die durchaus in so einer tragischen Situation in die Entscheidungsfindung reinkommen. Dann haben wir auf der anderen Seite 30 Leute, die aus den verschiedenen Rettungsbezirken Berlins in die Charité kommen, um das mal ganz plastisch zu machen in der Situation. Und alle diese 30 müssen eine akute intensivmedizinische Behandlung haben. Alle 30 haben auch unterschiedliche Prognosen. Wir haben Dank des Gesetzes beziehungsweise in Folge des Gesetzes in der Intensivmedizin nicht mehr die Möglichkeit, an dieser Stelle eine Entscheidung zu treffen, die durchaus wirklich tragisch ist. Die möchte kein Arzt treffen und die dürfen wir nicht treffen. Das heißt, wir werden auf der einen Seite alle diejenigen, die theoretisch zur Verfügung gestanden haben, werden sterben; und auf der anderen Seite, um das plastisch zu sagen, auch diejenigen, die letztendlich ex ante in die Notaufnahme transportiert wurden. Das heißt, in der Summe werden wir definitiv mehr Menschenleben an der Stelle zu beklagen haben. Das ist für uns Ärztinnen und Ärzte eine ganz schwierige und

kaum zu ertragende Situation. Deshalb bitten wir dringend darum, dass man diese Aspekte nochmals bewertet und auch kein Misstrauen den Ärztinnen und Ärzten ausstellt, sondern das Vertrauen in uns legt, in die Gremien und den weiteren Entscheidungsprozess, dass hier in diesen wirklich außergewöhnlichen Situationen klare und auch gute Entscheidungen für alle getroffen werden.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Ich stelle noch eine kurze Frage an das MPI. Sie haben vorhin gesagt, dass, wenn man die kurzfristige Überlebenschance berücksichtigt, dann alle Patienten betrachtet werden müssen. Können Sie dazu noch einmal was sagen?

SVe **Tatjana Hörnle** (Max-Planck-Institut zur Erforschung von Kriminalität, Sicherheit und Recht, Abteilung Strafrecht (MPI-CSL)): Es läuft nach meiner Ansicht auf eine Kritik an dem Verbot der Neubewertung hinaus, aus den Gründen, die die medizinischen Kollegen bereits gesagt haben. Sie führen jetzt eine ganz einfache Entscheidungsregel ein, wenn das Gesetz kommt. Wer zuerst kommt, erhält den Behandlungsplatz. Wer später kommt, hat keinerlei Chance auf intensivmedizinische Behandlung mehr. Das ist für alle ... Ich finde es geradezu tragisch, ich schaue diesen Gesetzgebungsprozess von außen an und muss sagen, ich finde ihn tragisch, weil aus den besten Intentionen von allen Seiten wird es am Ende ein Gesetz werden, das eigentlich allen nur schadet. Die Mediziner sagen es und auch für Menschen mit Vorerkrankungen, mit Behinderungen wird es dazu führen, dass mehr Menschen sterben. Wie gesagt, die simple Entscheidungsregel, wär zuerst kommt, ist keine gute Regel.

Abg. **Susanne Hennig-Wellso** (DIE LINKE.): Vielen Dank für die wirklich guten Stellungnahmen hier in dieser Runde. Ich habe eine Frage an den Deutschen Ethikrat. Wie stehen Sie zur Randomisierung im Gegensatz zur medizinischen Entscheidung bei der Triage.

SV **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl** (Deutscher Ethikrat): Der Ethikrat hat sich als solches nicht mit dieser Frage beschäftigt, das muss ich aus-



drücklich vortragen. Es ist die Entscheidung zwischen willkürärmsten Kriterium, das wäre beispielsweise Randomisierung, gegenüber den Kriterien, die eben auch stark gemacht wurden, nämlich die Frage der Einschätzung der höheren Erfolgsaussicht kurzfristig, nicht auf die gesamte Lebenszeit. Das hat auch gute Argumente für sich dieses Kriterium; nicht nur übrigens das Kriterium, dass möglichst viele Menschenleben gerettet werden, das ist mit Sicherheit ein klares, wichtiges ethisches Prinzip. Aber es beißt sich, wir sprechen immer von einer sogenannten deontologischen Einhegung, das heißt, wenn es zu Lasten der Würde Einzelner geht, dann kann das Argument der größeren Zahl nicht mehr greifen. Das ist die Grenze. Hinsichtlich dieses Grundsatzes, müssen die unterschiedlichen Kriterien gewichtet werden. Wenn es sinnvoll sein könnte, dann ist natürlich das willkürärmste Kriterium vorzuziehen. Welches das konkret ist, das ist nicht die Aufgabe der Ethik zu bestimmen, sondern das ist die Frage etwa einer Evaluation.

Abg. **Susanne Hennig-Wellso** (DIE LINKE.): Ich frage die BÄK. Das BVerfG hat uns den Auftrag gegeben, die Triage in irgendeiner Form zu klären für Menschen mit Behinderung im Sinne von Nichtvernachlässigung beziehungsweise -diskriminierung. Wenn sich die BÄK jetzt ein Gesetz aussuchen könnte: Wie sehe es aus? Weil die Kritik an diesem vorliegenden Gesetz ist ja auch sehr hoch.

SV **Dr. Johannes Albert Gehle** (Bundesärztekammer (BÄK)): Das ist ein hohes Maß. Ich glaube, das ist der Stellungnahme der BÄK zum Teil zu entnehmen und auch der Stellungnahme der Fachgesellschaften. Wir sagen, man sollte es allen diesen überlassen, um klare Regelungen zu finden. Ich hatte eben schon darauf hingewiesen, auch in Fort- und Weiterbildung muss es vorgekommen. Ich habe hier gerade ein Curriculum vorliegen. Dort müssen wir auch vertiefen. Ich glaube es wäre gut aufgehoben, wie bei allem anderen auch, wenn wir Leitlinienprozesse bestreiten würden und das über die Leitlinienprozesse mit den Fachgesellschaften zusammen regeln würden.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich hätte noch einmal eine Frage an den ESV Prof. Dr. Steffen Augsberg. Wenn ich Sie richtig verstanden habe,

befürworten Sie auch gesetzliche Vorkehrungen bei Benachteiligung bei anderen Triage-Situationen, also außerhalb von Infektionskrankheiten und der Intensivmedizin. Wenn wir das jetzt nicht bekommen können, hätten die Regelungen im IfSG aus Ihrer Sicht Auswirkungen auf die anderen Triage-Situationen?

ESV **Prof. Dr. Steffen Augsberg** (Justus-Liebig-Universität Gießen): Das kann man in der Tat rückbeziehen auf das, was ich eben ausgeführt habe. Es ist erstens zweifelslos so, dass diese dramatische oder tragische Situation, die die Triage ausmacht, ihrer Natur nach auf Infektionskrankheiten beschränkt ist. Es gibt gute Gründe, sich auch auf andere Knappheitssituationen vorzubereiten, da die Grundsituation insoweit auch anderenorts auftreten kann. Der Konflikt, der uns hier alle beschäftigt, insoweit nicht einer ist, der zwangsläufig nur mit Infektionskrankheiten zu tun hat. Denken wir an eine Energieknappheit. Das ist heute leider Gottes realistischer als es vielleicht noch vor kurzer Zeit erschienen wäre. Das spricht natürlich dafür, dass, wenn man dort keine besonderen Regelungen hat, im speziellen Bereich des Infektionsschutzrechts aber eine bestehen sollte, sodass dann Überlegungen, die entsprechend übertragungsfähig sind, auch in diesen Bereich hinüber gerettet oder hinüber getragen werden. Das ist im Prinzip zunächst einmal unproblematisch. Das wird dann schwieriger, wenn man das sehr weit ausdehnt und in Bereiche hineingeht, die sich aus diesen tragischen Konstellationen irgendwie heraus begeben und eher in Richtung klassischer Priorisierungs- oder Post-Priorisierungsentscheidungen geht. Es gibt ein zweites Problem, das hängt mit dieser strafrechtlichen Unsicherheit zusammen. Wenn es so sein sollte, wie das strafrechtlich immerhin von wichtigen Kollegen vertreten wird, dass tatsächlich eine Regelung im IfSG ein spezifisches Diskriminierungsverbot nicht nur klarstellt, sondern mit strafrechtlich relevanter Wirkung normiert, dann ist es nicht ganz so einfach, diese entsprechende Überlegung aus dem IfSG in andere Bereiche zu übertragen, weil wir es dann im strafrechtlichen und verfassungsrechtlichen Analogieverbot des Artikel 103 Absatz 3 GG zu tun haben und insoweit dann letztlich doch bei dem ... *[akustische Störung]* ... dass es nur für diesen kleinen Teilbereich geregelt würde.



Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Dann würde ich noch das Deutsche Institut für Menschenrechte fragen, wie es aus seiner Sicht diesen Gesetzentwurf entscheidet. Da ist ja das Ex-Post-Triage-Verbot drin. Aber reichen alle anderen Regelungen aus Ihrer Erfahrung heraus als Schutz in Bezug auf den Beschluss des BVerfG?

SV **Dr. Leander Palleit** (Deutsches Institut für Menschenrechte): Der Gesetzentwurf reicht nicht aus nach unserer Erfahrung, weil er gegen den Verfassungsgrundsatz und auch Menschenrechtsgrundsatz der Gleichwertigkeit eines Lebens verstößt. Die Lebenszeitindifferenz ist schon genannt worden. Das gilt auch bereits für die Ex-Ante-Triage. Für die Ex-Post-Triage würde das genauso gelten. Also auch da würde ein Verstoß gegen die Gleichwertigkeit allen Lebens vorliegen. Das ist der zentrale Kritikpunkt aus menschenrechtlicher Sicht.

Abg. **Mehmet Ali Takis** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Ethikrat. Wir erinnern uns an das Frühjahr 2020 und an die Bilder aus Italien und Bergamo. Liegen uns auch aus wissenschaftlicher Sicht Erkenntnisse vor, wie andere Länder mit einer Triage-Situation und insbesondere auch mit einer Gesetzgebung momentan umgehen? Gibt es Erkenntnisse beispielsweise in Italien, wie damit umgegangen wird?

SV **Prof. Dr. Andreas Lob-Hüdepohl** (Deutscher Ethikrat): Die Frage übersteigt meine Informationen als Ethiker. Es gibt natürlich die Situation in Bergamo und in anderen Gegenden, wo sozusagen aus der Lameng entschieden wurde, triagesiert. Mir ist kein Gesetzgebungsverfahren in Italien bekannt, aber das kann ich nicht abschließend beurteilen.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Ich hätte noch eine Frage an die BÄK. Es ist ein bisschen eine Nachfrage zu dem, was heute schon zur Sprache kam, und zwar die sogenannte Vor-Triage oder Graue Triage ist es hier, glaube ich, auch genannt worden. Wie stehen Sie zu den ausgeführten Sachverhalten?

SV **Dr. Johannes Albert Gehele** (Bundesärztekammer (BÄK)): Natürlich hat es in dieser Zeit Gespräche auch in den Pflegeheimen gegeben. Viele Menschen, die dort gelebt haben, wollten gar nicht in die Krankenhäuser. Das muss man auch klar und deutlich sagen. Und auch politisch war das immer wieder eine Forderung, dass man den Menschen in ihrem Wohnumfeld ermöglichen müsste, in Quarantäne zu gehen und auch entsprechend, wenn Sie das wünschen, versorgt sterben. Dass gegen den Willen eines Patienten, jemand nicht in ein Krankenhaus verlegt worden ist, ist mir persönlich nicht bekannt. Ich habe auch keine Angaben von anderer Seite darüber, sodass ich sage, dass gerade die niedergelassenen Kollegen sehr verantwortungsvoll mit umgehen. Wir sehen aber durchaus natürlich auch das Risiko, dass diese ganze Diskussion genau dahin führt, dass sie in eine Rechtsunsicherheit gelangen und eigentlich die Gespräche, die sie jetzt mit Menschen und Angehörigen führen, oft nicht mehr so führen könnten, wie sie es jetzt tun, weil sie natürlich Angst haben müssten, wenn sich das auch noch auf die, wie sie sagen, Graue Triage, was eigentlich ein falscher Ausdruck ist, beziehen würde.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Ich würde gerne die gleiche Frage noch einmal an die DKG geben.

SVe **Ina Haag** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Also wir können uns nur den Ausführungen der BÄK hier anschließen. Uns liegen hierzu auch keine weiteren Erkenntnisse vor. Wir haben auf jeden Fall auch die Erfahrung gemacht, dass die niedergelassenen Kollegen sehr verantwortungsvoll mit der Problematik umgehen.

Die **stellvertretende Vorsitzende**: Danke sehr! Dann sind wir am Ende der Fragen und Antworten angekommen. Ich darf Ihnen allen, die Sie uns als Sachverständige zur Verfügung gestanden haben, sehr, sehr herzlich danken für diese wirklich sehr konzentrierte Diskussion und all das, was sie uns als Wissen zur Verfügung gestellt haben. Wir machen solche Anhörungen ja nicht, nur weil wir das müssen oder weil das so vorgesehen ist, sondern weil wir wirklich ein großes Interesse daran haben,



zu hören, was Sie alle beizutragen haben. Von daher ganz herzlichen Dank im Namen aller anwesenden Abgeordneten und auf Wiedersehen.

Schluss der Sitzung: 16.50 Uhr

gez.
Dr. Kirsten Kappert-Gonther
(Stellvertretende Vorsitzende)