

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden nimmt der DPR Stellung zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes.

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht nach § 5b die Einfügung des § 5c vor („Verfahren im Falle pandemiebedingt nicht ausreichender überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten“).

Die Absätze 1-5 konkretisieren das genaue Vorgehen, das wiederum den in April 2020 verabschiedeten Prozessbeschreibungen entspricht und sich während der Pandemie als Maßstab für ethisch-medizinisches Handeln etabliert hat.

Nummer 3 § 5c

Absatz 1

Stellungnahme

Der Absatz untermauert den Artikel 3 Absatz 3 Satz des Grundgesetzes (GG). Die klinisch-ethischen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft „*Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie*“, der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), 2. überarbeitete Fassung vom 17.04.2020, bestehend aus Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin (DGNI), Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), verweisen darüber hinaus darauf, dass eine Zuteilungsentscheidung und Priorisierung aufgrund des Gleichheitsgebots (S. 4f):

- *Nicht* vertretbar ist nur innerhalb der Gruppe der COVID-19-Erkrankten (oder einer anderen pandemischen Infektion)
- *Nicht* zulässig ist aufgrund des kalendarischen Alters, aufgrund sozialer Merkmale oder bestimmter Grunderkrankungen und Behinderungen

Änderungsvorschlag

Der DPR spricht sich dafür aus, dass sich die **Zuteilung von intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten nicht ausschließlich auf die Gruppe der pandemie-bedingten**

Erkrankten beziehen darf, sondern die Gesamtheit der intensivpflichtigen Patient*innen im Fokus hat.

Absatz 2

Die AG „Klinisch-ethische Empfehlungen-Entscheidungen „*Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie*“ verweisen darauf (S. 5f), dass in der klinischen Praxis zwei Fokusse unterschieden werden, wenn die intensivmedizinischen Kapazitäten *nicht* für alle Patient*innen ausreichen:

- Entscheidungen, bei welchen Patient*innen intensivmedizinische Maßnahmen begonnen werden
- Entscheidungen, bei welchen Patient*innen bereits eingeleitete intensivmedizinische Maßnahmen beendet werden.

Beide Entscheidungen hängen zusammen, und für beide Entscheidungen gelten die genannten Kriterien und Verfahren.

Die Entscheidungen sind regelmäßig zu re-evaluieren und ggf. anzupassen, insbesondere:

- Bei klinisch relevanter Zustandsveränderung der Patient*innen und/ oder
- Bei verändertem Verhältnis von Bedarf und zur Verfügung stehenden Mitteln

Änderungsvorschlag

Der DPR spricht sich dafür aus, dass bei einer ***klinisch relevanten Zustandsveränderung der Patient*innen eine Re-Evaluation erfolgen und bereits zugeweilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten neu bedacht werden müssen.***

Absatz 3

Der Absatz 3 des Gesetzes definiert die zuständigen Personen (zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrene praktizierende Fachärzt*innen mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin), die einvernehmlich eine Entscheidung zu treffen haben [...]. ***„Besteht kein Einvernehmen, ist eine weitere, gleichwertig qualifizierte ärztliche Person hinzuzuziehen und sodann mehrheitlich zu entscheiden.“***

An dieser Stelle reichen die Empfehlungen der AG weiter und sehen ***„ein Mehraugen-Prinzip“, d.h. eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit vor unter Beteiligung***

- ***von möglichst zwei intensivmedizinisch erfahrenen Ärzten, einschließlich Primär- und Sekundärbehandler*innen beteiligter Fachgebiete,***
- ***von möglichst mindestens einem erfahrenen Vertreter der Fachpflegenden (Fachpflegende für Intensivpflege und Anästhesie, Fachpflegende für Notfallpflege),***
- ***ggf. von weiteren Fachvertretern (z.B. Klinische Ethik), ggf. Schwerbehindertenvertreter)*** (3.1. Verfahren der Entscheidungsfindung, Seite 5)

Änderungsvorschlag

Der DPR spricht sich dafür aus, dass ***erfahrene Vertreter*innen der Fachpflegenden und weiteren Fachvertretern*innen*** ins Gesetz mit aufgenommen werden. Damit würde die nachfolgend hervorgehobene Formulierung im Gesetz konkretisiert:

Von den nach den Sätzen 1 und 2 zu beteiligenden Fachärzt*innen darf nur ein/e Fachärzt*in in die unmittelbare Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patient*innen eingebunden sein. Sind **Menschen mit Behinderungen oder Vorerkrankungen von der Zuteilungsentscheidung betroffen, muss die Einschätzung einer weiteren hinzugezogenen Person mit entsprechender Fachexpertise für die Behinderung oder die Vorerkrankung bei der Zuteilungsentscheidung berücksichtigt werden.**

Vorgabe 6 (Weitere Vorgabe): Sicherstellung der Einhaltung der Verfahrensanweisung; § 5c Absatz 5 IfSG

Auf der Seite 13 wird im letzten Absatz erläutert, dass man „davon ausgeht, dass sich die Verfahrensanweisungen vorrangig an Ärztinnen und Ärzte richten, die im intensivmedizinischen Bereich der Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten arbeiten.“

Stellungnahme

Der DPR sieht es als sachgerecht an, dass auch intensivpflegerisches Personal eingebunden wird.

Fazit

- Der DPR spricht sich dafür aus, dass sich die Zuteilung von intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten **nicht ausschließlich auf die Gruppe der pandemiebedingten Erkrankten beziehen darf, sondern auf die Gesamtheit der intensivpflichtigen Patient*innen**
- Der DPR spricht sich weiter dafür aus, dass bei einer **klinisch relevanten Zustandsveränderung der Patient*innen eine Re-Evaluation erfolgen und bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten neu überdacht werden müssen**
- Der DPR spricht sich finalisierend dafür aus, dass **erfahrene Vertreter*innen der Fachpflegenden** und **weitere Fachvertretern*innen** im Assessment der Priorisierung in das Gesetz aufgenommen werden

Berlin, 12.07.2022

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR

Alt- Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Fax: + 49 30 / 398 77 304

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de