

DGNC- Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie

04.07.2022

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (RefV_GE zur Änderung des IFSG) vom 14.Juni 2022

Deadline: 22.Juli 2022 (Dienstschluss)

Die Notwendigkeit dieses Gesetzes wurde aufgrund **des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 16. Dezember 2021** zwingend erforderlich (. In diesem heißt es unter 1. *Der Gesetzgeber hat Art.3 Abs.3 Satz 2 GG verletzt weil er es unterlassen hat, Vorkehrungen zu treffen, damit niemand wegen einer Behinderung bei der Zuteilung überlebenswichtiger, nicht für alle zur Verfügung stehender intensivmedizinischer Ressourcen benachteiligt wird.*

In dem Abschnitt Gründe (Seite 3-37) wird dezidiert auf den Begriff der Triage (Absatz 1) und der Priorisierung (z.B. Abschnitt 118) eingegangen und zusammenfassend die Stellungnahmen von Bundestag, Bundesrat, Bundesregierung, von Verbänden und verschiedenen Organisationen u.a. einschließlich der aktuellen Literatur aufgeführt. Die DGNC ist direkt über die DIVI (8, 9, 36, 37, 114, 115, 116, 119, 120 einschl. einer S1-Leitlinie) und indirekt über die BÄK (Abschnitt 10, 34, 35, 57) beteiligt.

Vom **Bundesministerium für Gesundheit** liegt jetzt (14.Juni 2022) der **Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes** vor.

Unsere Stellungnahme folgt der zentralen Regelungen des Entwurfs in dem Anschreiben des BMG vom 14.Juni 2022 und dem Gesetzentwurf:

ad 1 Anschreiben: „Anwendungsbereich des Regelungsentwurfs bezieht sich ausschließlich auf den Fall der pandemiebedingten Knappheit intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten.“...und ***ad 2 Anschreiben:*** Klarstellung ..im Rahmen der Entscheidungsfindung das allgemeine ***Benachteiligungsverbot gilt siehe auch §5c Absatz 1:... niemand darf....insbesondere wegen einer Behinderung...:***

Stellungnahme:

Wir sehen einen Widerspruch zum Entwurf Artikel 1 2.Abschnitt in dem es heißt „*Koordinierung, epidemische Lage von nationaler Tragweite und pandemiebedingte Sondervorschriften*“. Unter § 5c erfolgt die Beschränkung auf „*die Zuteilung von pandemiebedingt nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten (Zuteilungsentscheidung)*“..

In dem Entwurf wird ausschließlich auf pandemiebedingte infektiöse Erkrankungen abgehoben. Damit findet von vornherein eine Ungleichbehandlung im Vergleich zu anderen Notfallsituationen statt. Beispiele sind: Massenkarambolage auf der Autobahn, Terrorangriff (z.B. Breitscheidplatz), Flutkatastrophe (z.B. Ahrweiler), Flugzeugabsturz (z.B. Ramstein), Zugunfall (z.B. Garmisch-Partenkirchen), Pandemien (z.B. Grippeepidemie von 2018 mit immerhin 30.000 Toten),

Chemieunfall, Flächenbrand, AKW- Unfall u.a. ein. Dies ist unsererseits aus ethischen Gründen nicht vertretbar.

Weiterhin bedarf es einer bundesgesetzlichen Klärung wann eine Pandemie beginnt und wann diese endet. Bekanntlich ist die WHO in einem Umstrukturierungsprozess. Deshalb sollte unbedingt eine nationale oder europäische Regelung gesetzlich festgelegt werden.

Das Benachteiligungsverbot entsprechend dem §5c Absatz 1 ist selbstverständlich richtig.

ad 3 des Anschreibens : „Entscheidung über die Zuteilung darf nur unter Berücksichtigung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit erfolgen“ ; § 5c 2 und ad 4 Komorbiditäten dürfen nur dann berücksichtigt werden wenn sie die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern“

Stellungnahme:

Die BÄK spricht sich gegen eine gesetzliche Regelung der Triage aus (35). Die DIVI sieht eine Einschränkung dann, wenn Behandlungsbedürftige „nach individueller Prognose die Behandlung auf der Intensivstation trotz aller Bemühungen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht überleben würden“ (116).

Wir halten die Zuteilung nur unter Berücksichtigung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit in der vorliegenden Form für nicht ausreichend. Unsererseits wäre auch als Kriterium die aktuelle Situation vor Ort hinsichtlich des zu erwartenden organisatorischen, medizinischen und evtl. operativen Aufwandes zu berücksichtigen.

Die Nennung von Komorbiditäten ist wichtig und ein entscheidender Teil einer Triage. Die Bedeutung von Komorbiditäten hat sich nach den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Literatur zu richten. Dass das kalendarische Alter bei der COVID-Pandemie ausgenommen wird, ist verständlich, da sowieso die Mehrzahl der Todesfälle im Alter über 60 Jahren auftreten. Dies betrifft jedoch nicht das biologische Alter.

ad 5 des Anschreibens: „ausdrücklicher Ausschluss des Abbruchs einer bereits begonnenen Behandlung.. und im Entwurf: §5c Satz 2... Bereits zugeweilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sind von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen.(sog. Ex-post Triage)

Stellungnahme:

Dies ist sehr zu begrüßen und richtig. Es kann nicht eine Intensivpatientin oder Intensivpatient vom Beatmungsgerät genommen werden, um einem anderen neu aufgenommenen Patienten Platz zu schaffen.

***ad 6 des Anschreibens: Regelung eines Mehraugen-Prinzips
Entwurf :ad 5c Satz 3.Die Zuteilungsentscheidung ist von 2 mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen, praktizierenden Fachärztinnen und Fachärzten...***

Stellungnahme Zuteilungsentscheidung Intensivmedizin:

Die ausschließliche Berücksichtigung von Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (Intensivmediziner) bei der Zuteilungsentscheidung entspricht nicht der gegenwärtigen Versorgungsstruktur von Notfällen in Deutschland. Die Wirklichkeit ist eine andere. Alle Notaufnahmen erfolgen über eine zentrale Notaufnahme der Klinik oder des Klinikums. In dieser Notaufnahme ist der direkte Zugriff auf alle wichtigen diagnostischen Mittel von der CT bis zum Herzkatheter vorhanden. Die ist gerade bei Corona-Pandemie besonders wichtig, da eine Vielzahl an Patientinnen und Patienten nicht durch Corona lebensgefährlich erkrankt sind, sondern durch andere Erkrankungen wie einen Herzinfarkt. **Es sollten daher alle Zuteilungsentscheidungen für Notfallbehandlungen in den Regelungsbereich der Gesetzesänderung einbezogen werden, unabhängig davon, ob sie sich auf Intensiv- oder anderen Stationen beziehen.**

Die Organisation des Notallsystems, der Rettungstransporte und der Notaufnahmen in eine Akutklinik ist in Deutschland im internationalen und europäischen Vergleich hervorragend. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass Deutschland im internationalen Vergleich die meisten Intensivstationen, Intensivbetten, Intensivmediziner und Intensivpflegekräfte in Bezug auf die Bevölkerung hat: Entsprechend der Statistik der BÄK vom 31.12.2021 sind in Deutschland 11 342 Ärztinnen/Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin vorhanden. Dazu kommen noch 76 Ärztinnen/Ärzte mit der Weiterbildung zur Anästhesiologie und Intensivmedizin hinzu. Weiterhin müssen alle Ärztinnen und Ärzte zur Facharztanerkennung in den großen Fächern wie Innere, Chirurgie, Kinderheilkunde, Neurochirurgie, Neurologie u.a. mindestens eine Intensivmedizinische Weiterbildung von 6 Monaten ableisten. Im Bereich der Notfallmedizin weist die BÄK-Statistik 51.531 Ärztinnen und Ärzte mit dieser Zusatzweiterbildung auf.

Die Organisation von Notfällen in einer Akutklinik oder -Klinikum in Deutschland ist folgende:

1. Die Notaufnahmen finden in der Regel **nicht** über die Intensivstationen statt, sondern über die zentrale Notaufnahme der Akutklinik oder des Akutklinikums.
2. Die Aufnahmen von Notfällen erfolgt zunächst über eine zentrale Leitstelle zusammen mit einem zentralen ärztlichen Leiter regional bezogen auf die Bundesländer (z. B Saarland), auf Städte (z. B. Hamburg) und Regionen (z. B. in NRW). Organisatorisch werden diese in der Regel betrieben von entsprechenden Rettungszweckverbänden der Länder.
3. Nach Information der Leitstelle über die nationale Rufnummer wird der RTW und die Notärztin oder der Notarzt (NAW) aktiviert. Diese treffen als erste an der Stelle des Ereignisses ein. Beispiele sind: Massenkarambolage auf der Autobahn, Terrorangriff (z.B. Breidscheidplatz), Flutkatastrophe (z.B. Ahrweiler), Flugzeugabsturz (z.B. Ramstein), Zugunfall (z.B. Garmisch-Partenkirchen), Pandemien (z.B. Grippeepidemie von 2018, Covid-19), Chemieunfall, Flächenbrand, AKW- Unfall u.a. ein. Hierbei erfolgt die 1.Triage durch die Notärztin /den Notarzt; sie/er entscheidet, wer reanimiert werden muss, wer mit

dem Hubschrauber transportiert und wer mit dem NAW oder RTW transportiert werden muss.

4. Der Notarzt bestimmt auch die Dauer der Reanimation (Wiederbelebung). Selbstverständlich richtet sich die Dauer nach dem Einzelfall, insbesondere dem Alter und den Komorbiditäten entsprechend den wissenschaftlich belegten Erfordernissen. So wird ein 12-jähriges Mädchen, das im Winter ins Wasser gefallen ist, länger reanimiert evtl. noch auf dem Transport ins Krankenhaus und in die Klinik als ein älterer hoch übergewichtiger Mann. **Entscheidungsmaßstab für die Fortführung bzw. Beendigung einer Reanimation ist allein deren Erfolgsaussicht im Einzelfall gemäß wissenschaftlich-medizinischer Beurteilung.**
5. Die Rettungsleitstelle verteilt die Notfälle auf die einzelnen Akutkrankenhäuser, die im Landeskrankenhausplan als solche ausgewiesen sind. Hierbei findet, wenn vom Notarzt vor Ort keine Vorgaben erfolgen, eine 2. Triage statt. Bei Unfallverletzten findet die Versorgung in Deutschland in einem 3-stufigen System statt. Bei nicht lebensbedrohlichen Verletzungen erfolgt die Verlegung in ein Krankenhaus der unteren Versorgungsstufe. Mehrfachverletzte werden sofern irgend möglich in die Kliniken der Maximalversorgung (Stufe 3) transportiert.
6. Die Patientin oder der Patient wird dann in die zentrale Notaufnahme der Akutklinik eingewiesen. Hier erfolgt dann die diagnostische Abklärung und die 3.Triage.

In dem vorliegenden Entwurf wird ohne weitere Begründung nur der Intensivmediziner angesprochen. Es wäre völlig absurd, auf eine Intensivstation mehrere Intensivfälle gleichzeitig aufzunehmen, die dann diagnostiziert werden müssten. d.h. der Patient müsste dann zur weiteren Diagnostik im Klinikum evtl. zum MRT weiter transportiert werden. Hierbei würde unnötig Zeit verloren gehen. Dies würde nicht nur zu einer zusätzlichen Gefährdung der Patientin oder des Patienten führen, sondern auch zu einem Chaos auf dieser Station. Bekanntlich hat sich gerade bei dieser Pandemie herausgestellt, dass eine Vielzahl von Infizierten nicht lebensgefährlich an COVID-19 erkrankt, sondern z.B. akut durch einen Herzinfarkt gefährdet (Patient mit COVID-19). **Es darf keinen „Verdrängungswettbewerb“ geben. Menschen mit z.B. kardiopulmonaler Insuffizienz dürfen nicht bloß aufgrund ihres infektiologischen Status ungleich behandelt werden.**

Hier ist auch ein Dilemma bei der angeführten gesetzlichen Regelung der direkten Aufnahme von Patienten auf eine Intensivstation zu sehen. Vielleicht ist gerade auf einer anderen Intensivstation ein Bett frei geworden, von dem der beteiligte Intensivmediziner keine Information hat. Diese Information ist aber in der zentralen Notaufnahme vorhanden.

Stellungnahme Vieraugenprinzip:

Das Vieraugenprinzip wie vorgesehen ist grundsätzlich sinnvoll und wichtig.

Dies greift jedoch schwerlich am Ort und zum Zeitpunkt eines Massenanstalles von Notfällen. Die Anwesenheit von 2 Fachärztinnen und/oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin aus 2 verschiedenen Gebieten (z.B. Kardiologie,

Chirurgie) kann praktisch nicht umgesetzt werden. Dies ist bedingt durch die Organisationsstruktur. Der Betrieb einer Intensivmedizin erfolgt in der Regel im Schichtdienst. Dieser wird ärztlich durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin geführt. In den Akutkliniken der Maximalversorger liegen die intensivmedizinischen Einheiten oft räumlich getrennt, meist auch in unterschiedlichen Gebäuden, d.h. der 2. Intensivmediziner muss seinen Bereich für mindestens 30 bis 60 Minuten verlassen. Dies kann zu einer maximalen Gefährdung der zu betreuenden Patienten führen und muss deshalb von diesem abgelehnt werden (Organisationsverschulden). Eine mögliche Alternative besteht durch die Hinzuziehung einer Fachärztin oder eines Facharztes mit der **Zusatzbezeichnung Notfallmedizin** oder die Einrichtung eines zusätzlichen Dienstes (für eine Versorgung rund um die Uhr über 24 Stunden an 365 Tagen werden 6 Facharztstellen benötigt).

ad 7 Regelung von Dokumentationspflichten

Stellungnahme:

Hierbei bedarf es einer Spezifizierung

ad 8 Verpflichtung der Krankenhäuser (§5c Absatz 5) ..“Die Krankenhäuser überprüfen ihre Verfahrensabläufe regelmäßig auf Weiterentwicklungsbedarf“.

Stellungnahme:

Hier sollte spezifiziert werden was regelmäßig bedeutet. z.B. einmal jährlich, täglich, je nach Situation ?

Zusammenfassung:

- **Es ist wichtig, dass sich der Gesetzgeber mit der Herausforderung einer Zuteilungsbeschränkung (Triage) beschäftigt. Selbstverständlich hierbei ist, dass eine Behinderung zu keiner Benachteiligung führen darf.**

Ad 5c: Verfahren im Falle pandemiebedingt nicht ausreichender, überlebenswichtiger Intensivkapazitäten

- **Das Konzept der Zuteilungsentscheidung (Triage) nur für eine Krankheitsentität vorzusehen, halten wir für unvertretbar.** Wir sehen hierbei auch einen Widerspruch zum Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes. Dies trifft insbesondere auf die Coronaerkrankung zu, da bei einem beachtlichen Anteil an Infizierten, nicht die Infektion als solche lebensgefährdend ist, sondern eine im Vordergrund stehende Akuterkrankung wie ein Herzinfarkt.

Ad 5c Satz 3. Die Zuteilungsentscheidung ist von 2 mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen, praktizierenden Fachärztinnen und Fachärzten...

- Grundsätzlich ist wie vorgesehen das Vieraugenprinzip sinnvoll.

- Die ausschließliche Berücksichtigung von Fachärztinnen und Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin bei der Zuteilungsentscheidung entspricht nicht der gegenwärtigen Versorgungsstruktur von Notfällen in Deutschland. Die Wirklichkeit ist eine andere.
- Die Anwesenheit von 2 Fachärztinnen und/oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin aus 2 verschiedenen Gebieten (z.B. Kardiologie, Chirurgie) kann praktisch nicht umgesetzt werden.

Ad 5c Satz 2. Eine Zuteilungsentscheidung darf nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten getroffen werden. Komorbiditäten dürfen nur berücksichtigt werden soweit sie aufgrund ihrer Schwere oder Kombination die auf die aktuelle Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern. Insbesondere sind eine Behinderung, das Alter....

- Die alleinige Berücksichtigung der vermuteten Überlebenswahrscheinlichkeit halten wir für nicht ausreichend. Die Nennung von Komorbiditäten ist ein wichtiger Teil einer Triage. Die Bedeutung von Komorbiditäten hat sich nach den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Literatur zu richten. Dass das kalendarische Alter bei der COVID-Pandemie ausgenommen wird, ist verständlich, da sowieso die Mehrzahl der Todesfälle im Alter über 60 Jahren auftreten. Dies betrifft jedoch nicht das biologische Alter. Zusätzlich sehen wir den voraussichtlichen Aufwand für die Behandlung als ein weiteres mögliches Kriterium an.

In der Begründung des Referentenentwurfs heißt es (Seite 5) Dabei ist zu beachten, dass vorrangig alle Anstrengungen unternommen werden müssen, um den Fall pandemiebedingt nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten zu verhindern....

- Ein derartiges Gesetz sollte deshalb über eine Absichtserklärung hinaus die Verantwortlichkeiten für einen Mangel an Intensivkapazitäten klar regeln (BMG, Gesundheits-, Sozialministerien, Träger und Klinikumsvorstand). Die Verantwortung für den Mangel an Intensivbetten kann in einem Industrieland wie Deutschland nicht auf den oder die diensthabende Intensivmedizinerin oder Intensivmediziner oder auf die Notärztin oder den Notarzt - die letzten in der Behandlungskette der Organisation eines Notfallsystems - abgeschoben werden. In dem vorliegenden Gesetzestext wird dies jedoch nicht berücksichtigt! Der Entwurf bleibt damit hinter dem Bericht der Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz über eine Pandemie durch Virus „Modi-SARS“ des Bundestages (Drucksache 17/12051 vom 3.01.2013) zurück.

An anderer Stelle der Begründung zu diesem Gesetz (Seite 5,6) heißt es... Dies kann insbesondere durch organisatorische Maßnahmen erfolgen, wie zum Beispiel durch die Verschiebung planbarer, nicht zeitkritischer Operationen ...

- Die einfache Übernahme dieser Formulierung aus der COVID- 19 Gesetzgebung am Anfang der Pandemie 2020 hält den Ergebnissen von aktuellen Untersuchungen nicht stand. Sie kann zu einem schwerwiegenden Schaden bei einzelnen Patientinnen und Patienten führen. Insbesondere sollten Patienten mit aufwendigen

diagnostischen und therapeutischen Verfahren wie bei z.B. Tumorerkrankungen ausgenommen werden. Bei vielen Erkrankungen kommt es nicht nur auf die Operation an, sondern dazu gehört leitliniengerecht die entsprechende Chemotherapie und Radiotherapie u.a. d.h. eine personalisierte Behandlungskette. Gerade die Pandemie hat gezeigt, dass gerade Tumorpatienten zu spät zur Behandlung gelangen können. Dies ist ethisch nicht zu rechtfertigen.

- Gegenwärtig und in Zukunft besteht die Herausforderung darin, dass sich Kliniken bei der zentralen Leitstelle mit der Begründung **abmelden**, dass keine freien Intensivbetten – meist bedingt durch den Personalmangel - vorhanden sind. Hier sollte in einem Gesetz die Verantwortlichkeiten klar verankert werden, dass der Träger bzw. der Vorstand der Klinik oder des Klinikums für die Abmeldung verantwortlich ist in Rücksprache mit den Gesundheitsministerien bzw. den Sozialministerien der Länder. Gleichfalls sollte in einem Gesetz festgelegt werden, dass die Länder (bzw. Gesundheitsministerien oder Sozialministerien) Vorhaltekosten z.B. für mindestens 10% der Intensivbetten finanzieren (Prävention). Weiterhin sollte in einem Gesetz festgelegt werden, dass eine Finanzierung der Intensivbetten durch die Krankenkassen nicht von einem bestimmten Prozentsatz der Belegung abhängig gemacht werden. In der Pandemie wurde dieser Prozentsatz auf 80 Prozent festgelegt; daraufhin sind Tausende von Intensivbetten geschlossen worden. Dies halten wir für unververtretbar nicht gerechtfertigt.

Befremdlich ist, dass in dem Gesetzestext ausschließlich von Krankenhäuser als Verwaltungseinheiten gesprochen wird und nicht von Kliniken, Klinikum oder Akutkliniken. Der Begriff Klinik weist daraufhin, dass wir es nicht mit einer Behörde zu tun haben, sondern mit einer ganz besonderen Organisationstruktur mit Betten und Patientinnen und Patienten.

Wir halten ein Gesetz, das die Zuteilungsentscheidung (Triage) festlegt, für absolut notwendig. Wir halten aber den vorliegenden Entwurf in wesentlichen Teilen für nicht ausreichend. Er bildet die Wirklichkeit der Organisation von Intensivstationen und Notaufnahmen bei Notfällen in Deutschland nicht umfassend ab.

**Prof . Dr. Wolf-Ingo Steudel
Generalsekretär
Mail: prof.steudel@uks.eu**