

DMSG-Bundesverband e.V. · Krausenstr. 50 · 30171 Hannover

Bundesministerium für Gesundheit
Frau Ministerialrätin Girnau
Friedrichstraße 198
10117 Berlin

Datum
20.07.2022

Durchwahl / Name
0511 968340
Ref. GS

Unser Zeichen

Referentenentwurf für ein Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Sehr geehrte Frau Ministerialrätin Girnau,
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns als DMSG Bundesverband e.V. für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Referentenentwurf „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes“, von der wir gerne nachfolgend Gebrauch machen möchten:

Die in dem Entwurf gewählten Formulierungen sind aus unserer Sicht nicht ausreichend, um angemessene Vorkehrungen für Menschen mit Behinderungen zu treffen. Denn es besteht auch weiterhin die Gefahr, dass Komorbiditäten und Behinderungen gleichgesetzt bzw. unzutreffend abgegrenzt werden.

Der Gesetzesentwurf enthält eine Fülle von unbestimmten Rechtsbegriffen und Gründen aus der Entscheidung des BVerfG zum Aktenzeichen 1 BvR 1541/20, ohne diese konkret zu definieren. Insbesondere mangelt es an einer genauen Definition und Abgrenzung von Komorbidität und Behinderung, so dass damit zu rechnen ist, dass der Entwurf nicht dazu führen wird, eine Benachteiligung aufgrund einer Behinderung bei der Zuteilung pandemiebedingt nicht ausreichender überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten zu verhindern.

Gerade dies gilt es aber zu verhindern. Hier sind daher Nachbesserungen aus diesseitiger Sicht dringend erforderlich.

Denn das BVerfG hat in seinem Beschluss vom 16.12.2021 zum Kriterium der klinischen Erfolgsaussichten der Empfehlungen der DIVI in Rdnr. 118 ausdrücklich ausgeführt:

„Ein Risiko birgt gleichwohl, dass in den Empfehlungen schwere andere Erkrankungen im Sinne von Komorbiditäten und die Gebrechlichkeit als negative Indikatoren für schlechte Erfolgsaussichten der intensivmedizinischen Behandlung bezeichnet werden (3.2.1). Zwar sollen vorhandene „Komorbiditäten“ ausdrücklich nur dann Eingang in die Auswahlentscheidung finden, wenn sie „in ihrer Schwere oder Kombination die Überlebenswahrscheinlichkeit bei einer Intensivtherapie erheblich verringern“ (3.2.1). Das begegnet für sich genommen ebenfalls keinen Bedenken. Doch besteht auch hier das Risiko, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit nicht eindeutig nur auf die aktuelle Krankheit bezogen wird. Denn es ist nicht ausgeschlossen, dass eine Behinderung pauschal mit Komorbiditäten in Verbindung gebracht oder stereotyp mit schlechten Genesungsaussichten verbunden wird.“

In § 5 c Abs. 2 S.2 des Entwurfes heißt es:

„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 verbleibende mittel- oder langfristige Lebenserwartung, die Gebrechlichkeit und die Lebensqualität keine geeigneten Kriterien, um die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit zu beurteilen.“

Die hier gewählte Formulierung genügt aus obigen Gründen nicht der in der obigen Entscheidung des BVerfG aufgeführten Kriterien. Die Gefahr der Gleichstellung von Komorbidität und Behinderung im Rahmen der Beurteilung besteht nach wie vor.

Wir fordern daher eine Konkretisierung der genannten Begrifflichkeiten im Gesetzestext sowie detaillierte Hinweise in der Gesetzesbegründung; hier ist der Gesetzgeber gefordert.

Soweit es in der Gesetzesbegründung hierzu heißt:

„Als Ergänzung hierzu werden in Satz 3 Kriterien genannt, die bei der Entscheidung nicht berücksichtigt werden dürfen. Es handelt sich hierbei um diejenigen Kriterien, die das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung ausdrücklich als untauglich verworfen hat (BVerfG, a.a.O., Rn. 117 - 119). Mit der Aufnahme eines Negativkatalogs im Zusammenspiel mit dem in Satz 1 verankerten positiven Kriterium der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit wird den Behandlern ein guter

Orientierungsrahmen an die Hand gegeben“ ist damit der vom BVerfG genannten Gefahr, dass eine Behinderung pauschal mit Komorbidität in Verbindung gebracht wird, nicht genügend Rechnung getan.

Was das Verfahren der Zuteilungsentscheidung anbelangt, so sieht § 5 c Abs.3 des Entwurfes ein Zwei-Augen-Prinzip und eine verpflichtende Mehrheitsentscheidung vor. Soweit hier nach § 5 c Abs.3 S.2 eine dritte gleichwertig qualifizierte ärztliche Person hinzugezogen werden soll (weil zuvor kein Konsens zwischen den zwei Fachärzten erzielt wurde), mangelt es an konkret formulierten Qualitätsanforderungen an diese dritte Person.

§ 5 c Abs.3 S. 3 ist aus diesseitiger Sicht nicht eindeutig formuliert.

Ferner ist das Verfahren der Entscheidungsfindung in diesem Fall nicht nachvollziehbar aufgeführt. Dies halten wir für dringend erforderlich.

In § 5 c Abs.3 S.4 des Entwurfes heißt es weiter:

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

In den dem Gesetzesentwurf zugrundeliegenden Fallkonstellationen handelt es sich aus unserer Sicht immer um Situationen, die „dringlich“ sind, womit durch Satz 5 unseres Erachtens die Gefahr besteht, dass die Regelung aus Satz 4 ausgehebelt wird. Die Beteiligung einer weiteren Person mit entsprechender Fachexpertise ist daher in jedem Fall festzuschreiben.

Ergänzend halten wir es für notwendig, dass die Anforderungen, die an die Fachexpertise zu stellen sind, bereits in diesem Gesetz detailliert aufgeführt sind. Ebenso verhält es sich mit der Aus- und Fortbildungsverpflichtung der Ärzte für diese Fälle.

Zudem erwarten wir, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung dieses Verfahrens bereits mit kodifiziert wird, um die Wirkungen evaluieren und ggf. schnell korrigieren zu können.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Kerstin Radtke-Schwenzer

Referentin Ref. Gesundheits- und Sozialpolitik

Über die DMSG:

Der DMSG Bundesverband e.V., 1952/1953 als Zusammenschluss medizinischer Fachleute gegründet, vertritt die Belange Multiple Sklerose Erkrankter und organisiert deren sozialmedizinische Nachsorge.

Die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft mit Bundesverband, 16 Landesverbänden und derzeit 900 örtlichen Kontaktgruppen ist eine starke Gemeinschaft von MS Erkrankten, ihren Angehörigen, 4.230 engagierten ehrenamtlichen Helfern und 245 hauptberuflichen Mitarbeitern. Insgesamt hat die DMSG rund 45.000 Mitglieder.

Mit ihren umfangreichen Dienstleistungen und Angeboten ist sie heute Selbsthilfe und Fachverband zugleich, aber auch die Interessenvertretung MS Erkrankter in Deutschland. Schirmherr des DMSG Bundesverbandes ist Christian Wulff, Bundespräsident a.D.