

Bundesministerium für Gesundheit
Friedrichstr. 108
10117 Berlin

20.07.2022

Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Sehr geehrte Damen und Herren,

der mit Schreiben vom 14.06.2022 verteilte Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes sieht die Einführung eines § 5c in das Infektionsschutzgesetz (IfSG) vor.

Bei einer Mangelsituation, in welcher die Kapazitäten nicht für eine Individualversorgung ausreichen, muss zwangsläufig über die Verwendung der zur Verfügung stehenden Ressourcen entschieden werden. In der ethischen Abwägung begeben wir uns dabei von einer individualethischen auf eine gesellschaftsethische Ebene mit dem Ziel des besten Einsatzes der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Dies allein ist keine neue Situation, sondern Alltag aus Situationen, die als Massenansturm von Verletzten (MANV) bezeichnet werden. Für diese plötzlich auftretenden Mangelsituationen wurden Sichtungskategorien als Arbeitsgrundlage entwickelt. Auch bei einem solchen Großschadensereignis gibt es konsenterte Regeln, zu denen sich Weyma Lübke 2006 im Beitrag „Katastrophenmedizin. Übliche Rechtfertigung für Triage zweifelhaft“ [Dtsch Arztebl 2006; 103(37):A 2362-2368] geäußert hat. Sie vertritt den Ex-ante-Konsens und konstituiert damit das Vertrauen von uns allen auf die effiziente Ressourcenverteilung.

In einer *individualethischen* Betrachtung ist die Zuteilung von medizinisch sinnvollen Maßnahmen und Ressourcen nachvollziehbar durch das Motiv der besten Versorgung für die betroffene Person. Dies betrifft auch personal- und ressourcenintensive Maßnahmen wie etwa Wunsch und Erwartung, dass bei einem Herz-Kreislaufstillstand mit einer Wiederbelebung begonnen wird. Eine solche nachvollziehbar gewünschte Reanimation bindet in einer Mangelsituation Kapazitäten, die damit nicht dem Grundsatz der Behandlung von möglichst vielen Personen mit Überlebenschancen folgt. Somit steht eine individualethische Perspektive erwartbar mit einer *gesellschaftsethischen* Betrachtung, die eine möglichst gerechte Versorgung der gesamten Bevölkerung sicherstellen möchte, in Spannung. Dies erfordert klare Regelungen für die Zuteilung in Mangelsituationen.

So wünschenswert die Garantie der Individualversorgung in allen Lebenssituationen ist, wird dieser Wunsch situativ an durch Prävention kurzfristig nicht zu beseitigen Faktoren wie Wetter, Zugang zur Einsatzstelle, Verfügbarkeit von Rettungskräften und Mangel an Ausrüstung scheitern.

Wir werden den Zustand der immer ausreichenden Ressourcen nicht erreichen und somit situativ eine „Auswahlentscheidung über die Verteilung“ vornehmen müssen.

Eine bislang nicht explizit geregelte Güterabwägung nun gesetzlich zu regeln bringt Klarheit für alle Beteiligten. Notstandsregelungen auszudifferenzieren bringt Transparenz und Orientierung. Insofern begrüßen wir diese Entwicklung ausdrücklich. Allerdings wirft der vorgestellte Referentenentwurf einige Fragen auf, die wir im Weiteren näher beleuchten werden:

- (1) Der vorgeschlagene § 5c IfSG bezieht sich ausschließlich auf Zuteilungsentscheidungen bezüglich Ressourcen der Intensivmedizin bei Pandemien. Diese Engführung auf Pandemien sollte auf andere Situationen der Überlastung bzw. des Mangels an Ressourcen ausgeweitet werden.

Am 13.05.2022 wurde der 5-Punkte-Plan 2.0 zur Versorgung von Verletzten in Kriegs-, Terror- und Katastrophensituationen vorgestellt. Dieser thematisiert in Punkt 2 die „Optimierung der interdisziplinären Erstversorgung in der Klinik bei einem MANV oder TerrorMANV mittels einer Beschreibung personeller, fachlicher und materieller Empfehlungen für die teambasierte und interdisziplinäre Erstversorgung in einer lebensbedrohlichen Einsatzlage.“ [<https://www.dgu-online.de/fileadmin/dgu-online/Dokumente/9.Presse/Pressemappen/20220513PressemappeNotfallkonferenz.pdf>]

Neben der mit § 5c IfSG thematisierten Zuteilungsentscheidungen bei einer Pandemie müssen die Entscheidungsgrundsätze bei einem Massenanfall von Verletzten (MANV) und einem Massenanfall von Verletzten bei Terrorlagen (TerrorMANV) rechtlich geregelt werden ohne einen Rückgriff auf die Auffangnormen der §§ 34 und 323c StGB (rechtfertigender Notstand und unterlassene Hilfeleistung). Insbesondere beim rechtfertigen Notstand (§ 34 StGB) besteht die Gefahr einer uneindeutigen Entscheidungsrealität durch die unterschiedlichen ethischen Wertvorstellungen der beteiligten und verantwortlichen Personen.

Zudem werden bei nicht ausreichenden Ressourcen der intensivmedizinischen Versorgung auch weitere Bereiche nicht mehr in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Die abgewiesenen eigentlich intensivpflichtigen Personen müssen aufgrund der zu erwartenden hohen Symptomlast medizinisch versorgt werden, wahrscheinlich in Form einer Sterbebegleitung. Auch palliativmedizinische Ressourcen sind begrenzt. Ebenso sind Situationen vorstellbar, in denen es zu einem Massenanfall krankenhaus- aber nicht intensivpflichtiger Patient:innen kommt. Auch hierfür müssen die Grundsätze der Triage gelten.

- (2) In der Begründung des Referentenentwurfs des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes zur Einführung eines § 5c in das Infektionsschutzgesetz ist auf Seite 16 zu finden: *„Erst wenn alle verfügbaren Behandlungskapazitäten ausgeschöpft worden sind, ist von nicht mehr ausreichenden*

intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten auszugehen, aufgrund derer eine Zuteilungsentscheidung nach Maßgabe des § 5c notwendig ist.“

Wie genau ist dies gedacht? Wer soll das Vorliegen dieser Bedingungen bzw. die Überlastung des Gesundheitswesens feststellen? Eine Präzisierung ist hier erforderlich, damit genaue Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Abläufe festgelegt werden.

- Sie weisen zur Belegung von Krankenhauskapazitäten auf bereits eingerichtete Koordinierungsstellen hin. Könnten diese dort arbeitenden Personen mit einem guten Überblick über die Belegung und damit über die Kapazitäten nicht auch jene Personen sein, die eine Überlastung des Gesundheitswesens feststellen? Es ist erforderlich, eine klare interessenunabhängige Zuständigkeit zur Feststellung dieser Situation festzulegen bzw. eine Beauftragung dazu festzulegen.
- Was ist die Bewertungsgrundlage dafür, dass „alle verfügbaren Behandlungskapazitäten ausgeschöpft sind“? Soll dies den Zustand beschreiben, dass in allen Krankenhäusern in Deutschland alle Versorgungskapazitäten ausgeschöpft sind? Oder soll diese Feststellung auch regional gelten? Nach unserer Beobachtung sind nicht alle Patient:innen gleichermaßen transportfähig, sodass eine Kleeblattverlegung nicht immer möglich sein wird. Aus den Berichten und selbst erlebten Ethik-Fallberatungen im Winter 2021/2022 hatten wir Regionen in Thüringen, in denen keine Intensivkapazitäten verfügbar waren. Dennoch haben wir von Verantwortungsträger:innen nicht das Eingeständnis der Anwendung von Triage gemäß der Empfehlungen der DIVI wahrgenommen. Die Motivation wurde nicht expliziert und es bleibt unklar, wieso zu dieser Zeit immer noch das Bild einer möglichen Individualversorgung gezeichnet wurde.
- Die Bewertung der Verschiebbarkeit von Operationen ist unklar. Welche Operationen werden als nicht zeitkritisch eingestuft? Auch in diesem Zusammenhang muss eine gerechte Abwägung vorgenommen werden. So kann beispielsweise nicht vorhergesagt werden, ob eine Tumorpatient:in durch eine Verschiebung der Operation früher verstirbt, weil sich zwischenzeitlich Metastasen gebildet haben.

(3) Die regionale Auslastung der verfügbaren Behandlungskapazitäten hat zu einer Veränderung des Entscheidungsverhaltens bei einer Einweisung ins Krankenhaus durch Hausärzt:innen geführt. Dies wird unter dem Begriff der **stillen Triage** geführt. Hierunter verstehen wir die fremdbestimmte Entscheidung, dass eine sonst medizinisch sinnvolle Behandlung nicht begonnen wird und damit der Person eine Behandlung vorenthalten wird. Explizit geht es dabei nicht um den Verzicht auf eine medizinische Behandlung durch den Willen der betreffenden Person in Umsetzung einer Behandlungsentscheidung gem. § 1901a BGB. Es geht beispielsweise um mögliche Folgen von Abfragen von Gesundheitsämtern an Einrichtungen der Altenhilfe, mit wievielen Patient:innen im Extremfall zu rechnen sei und die daraus resultierende Fehleinschätzung und Falschinterpretation, dass mit der Abfrage eine Bitte gemeint sei, möglichst wenige Patient:innen aus Einrichtungen der Altenhilfe in Krankenhäuser

einzuweisen. Dies Vorenthalten von sinnvoller medizinischer und gewünschter Behandlung ist eine spezielle Form der Unterversorgung, die im Rahmen der Pandemie zu beobachten war.

Als Anregung weisen wir in diesen Zusammenhang auf das Beratungsangebot gem. § 132g SGB V (Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase / Advance Care Planning) hin, mit welchem der Behandlungswille von Bewohner:innen in Einrichtungen der Altenhilfe und besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe durch eine unterstützte Form der Entscheidungsfindung dokumentiert werden kann. Damit wird die Patientenautonomie gestärkt und Handlungssicherheit für Pflegende und andere Entscheidungspersonen in Notfällen verbessert. Instrumente von Advance Care Planning (ACP) sind neben den bekannten Vorsorgedokumenten wie Vollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung Notfallbögen. Sie werden in § 9 Absatz 3 der Rahmenvereinbarung zum § 132g SGB V vom 13.12.2017 beschrieben und sind zur Dokumentation des Behandlungswillens speziell für Notfallsituationen vorgesehen. So können ungewünschte und damit unnötige Krankenseinweisungen und intensive Behandlungen vermieden werden bei gleichzeitiger Wahrung der Selbstbestimmung. Exemplarisch nennen wir dazu den vom Runden Tisch ACP Erfurt entwickelten Notfallbogen [Wachter, May, Meinig, Hochberg: Der Erfurter Notfallbogen, Thüringer Ärzteblatt, 2021, Ausgabe 6, S. 33-36].

- (4) Der nicht abschließend gefasste Negativkatalog in § 5c Absatz 1 IfSG ist eine Klarstellung. Für einen situativen Kriterienkatalog für konkrete Pandemiesituationen könnte ein Verweis im Gesetzestext hilfreich sein, dass dieser analog zu § 3 Absatz 1 Nummer 2 TPG dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entspricht.

Ein situativ geltender Kriterienkatalog muss geeignet sein, eine objektive Reihenfolge der Behandlungsdringlichkeit ermitteln zu können. Nur so kann eine durch Ärzt:innen subjektiv unterschiedlich angewendete Kriterienauswahl und -gewichtung vermieden werden. Wenn eine gesetzliche Regelung von Zuteilungsentscheidung von überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten Rechtssicherheit bieten soll, kann sie sich nicht mit einem Negativkatalog begnügen, sondern muss die Rahmenbedingungen klar festlegen. Diese müssen fachlichen medizinischen Standards entsprechen und praktisch umsetzbar sein. Ob der Gesetzgeber dies konkret festlegt oder ein entsprechendes fachkundiges Gremium damit beauftragt ist festzulegen.

- (5) Die Begründung für § 5c Absatz 2 Satz 4 IfSG (ausgeschlossene Zuteilungsentscheidung bei bereits zugeteilten überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten) fällt bemerkenswert knapp aus. Auf der einen Seite bringt diese Regelung für bereits in einer Behandlung befindlichen Patient:innen Klarheit. Andererseits ist dieser apodiktische Ausschluss eine mögliche Ursache für Meinungsverschiedenheiten und stellt eine Abkehr von der Entscheidungslogik der S1-Leitlinie „Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie“ (Registriernummer 040-013) in Version 3 vom 14.12.2021 dar. Dort werden zwei Formen von Priorisierungsentscheidungen vorgestellt:

1. Entscheidungen, bei welchen Patienten intensivmedizinische Maßnahmen begonnen werden (ex-ante-Triage);
2. Entscheidungen, bei welchen Patienten bereits eingeleitete intensivmedizinische Maßnahmen beendet werden (ex-post-Triage).

Wenn die bereits zugeteilten überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten nicht in die Triage einbezogen werden dürfen, hat das gravierende Folgen: eine bereits auf der Intensivstation behandelte Person 1 mit einer schlechteren klinischen Erfolgsaussicht wird weiter behandelt, während eine andere Person 2 mit einer wesentlich besseren klinischen Erfolgsaussicht keine Behandlungsmöglichkeit angeboten bekommt (immer unter der Bedingung einer weiter bestehenden medizinischen Indikation zur Fortsetzung der weiteren intensivmedizinischen Behandlung). Somit wird Person 2, wenn es keine Möglichkeit auf Versorgung in einem anderen Krankenhaus in Ermangelung freier verfügbarer lebenserhaltender Behandlungskapazitäten gibt, palliativmedizinisch behandelt werden. Bei einer quälenden Atemnot entspricht dies einer Sedierung, also der medikamentösen Bewußtseinsdämpfung oder -ausschaltung. Nach unserer Auffassung entspricht dies gerade nicht dem Grundsatz „mache das Beste mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen“.

Mit einem Ausschluss der ex-post-Triage wird eine rein *individualethische* Betrachtung aus Perspektive von Person 1 vorgenommen und die Überlebenschancen von Person 2 ausgeblendet.

Bei einer Überlastung des Gesundheitswesens ist für eine faire und gerechte Verteilung der Ressourcen eine *gesellschaftsethische* Perspektive erforderlich.

Beim Analogiebeispiel des Massenanfalls von Verletzten (MANV) hat dies individualethisch zur Folge, dass es zu einem gerechten Interessenausgleich kommen muss. Konkret bedeutet dies beim MANV, dass eine Patient:in im Herz-Kreislaufstillstand nicht reanimiert wird. Dies ist eine finale Entscheidung, denn der Beginn der Reanimation zu einem späteren Zeitpunkt, wenn dann bei der erneuten Patientensichtung Ressourcen frei geworden sind, wird höchstwahrscheinlich wenig Erfolg bringen.

Soll die kategoriale Unterscheidung darin liegen, dass im skizzierten fiktiven Beispiel Person 1 vom Beatmungsgerät abgenommen wird? Dies bedeutet zweifellos aktives Tun. Zur strafrechtlichen Äquivalenz von aktivem Tun und Unterlassen hat der Bundesgerichtshof mit der Entscheidung vom 25.06.2010 (2 StR 454/09) festgestellt:

Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.

Grundlage für die Entscheidung des BGH stellt der einer Behandlung entgegenstehende Wille der Patient:in dar. Diese Entscheidung der Patient:in

umzusetzen darf in den beiden geschilderten Ausprägungen einer Unterlassung oder einem aktiven Tun erfolgen.

Lässt sich die strafrechtliche Äquivalenz von aktivem Tun und Unterlassen auf Zuteilungsentscheidungen übertragen? Grundlage für Zuteilungsentscheidungen gem. § 5c IfSG ist die medizinische Sinnhaftigkeit der überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlung. Diese ist bei Person 1 und Person 2 in unserem Beispiel gegeben. Bei einer Binnendifferenzierung dieser medizinischen Sinnhaftigkeit einer überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlung ist diese zum Entscheidungszeitpunkt t1 bei Person 2 in höherem Maße gegeben als bei Person 1. Wenn nun die (zugegebenermaßen emotional fordernde) Entscheidung lautet, dass die überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlung von Person 1 beendet und eine symptomatische Palliativbehandlung folgt, dann ist diese Therapiezieländerung eine finale Entscheidung, wenn eine vollständige Abhängigkeit von einer künstlichen Beatmung besteht. Diese überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlung lässt sich für Person 1 nicht so einfach überbrücken und anderweitig fortsetzen, denn dann hätten wir ja keinen Entscheidungskonflikt und die Behandlungsmöglichkeiten würden ausgeweitet. Dies aber genau wird bei einem absoluten Mangel nicht möglich sein.

Die Motivation des Beginns der überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlung von Person 2 im Zeitpunkt t1 liegt in der besseren Prognose von Person 2 im direkten Vergleich zu Person 1. Wenn diese Möglichkeit nun kategorisch ausgeschlossen wird, führt dies dazu, dass eine aussichtsreichere überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlung von Person 2 unterlassen wird, um eine weniger erfolgversprechende Behandlung von Person 1 fortzusetzen. Dies genau wäre im Widerspruch zur bislang bei MANV gängigen Entscheidungslogik mit der konkreten Ausprägung, dass die Frage gestellt wird, welche Person am meisten von der Behandlungsmöglichkeit profitieren wird. Dies ist zweifellos Person 2. Allein die Vermeidung einer Entscheidung mit der Folge einer aus der Mangelsituation resultierenden Therapiezieländerung von Person 1 mag aus einer ethischen Bewertung nicht zu überzeugen.

Ein Ausschluss der Möglichkeit einer ex-post-Triage bei einer pandemischen Überlastung des Gesundheitswesens steht im Widerspruch zur Entscheidungslogik bei MANV.

Allein das Vermeiden von aktiven Maßnahmen zur Umsetzung der Therapiezieländerungen kann nicht als Begründung für den Ausschluss einer ex-post-Triage herhalten. Das Umsetzen von Entscheidungen zum Beenden intensivmedizinischer Maßnahmen gehören zum medizinischen Alltag, wenn (1) eine begonnene Behandlung in Unkenntnis des Willens begonnen wurde und nicht oder nicht mehr gewünscht ist (siehe BGH 25.06.2010) oder (2) eine begonnene Behandlung nicht mehr indiziert ist und das ursprünglich verfolgte Therapieziel damit nicht mehr verfolgt werden kann.

Individualethisch werden bei Verbot der ex-post-Triage alle Menschen (Person 1), die eine überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlung erlangt haben, dies als beruhigende Situation wahrnehmen. Schließlich wissen sie, dass ihnen diese

Behandlung nicht mehr durch andere Patient:innen streitig gemacht werden kann. Gleichzeitig werden in einer ebenfalls individualethischen Betrachtung diejenigen Menschen (Person 2) verzweifeln, die mit einer hohen Dringlichkeit und einer besseren Erfolgsaussicht keine Behandlungsmöglichkeiten erhalten und trotz ebendieser besseren Prognose auf eine symptomatische Palliativbehandlung verwiesen werden.

Wir verwenden die Beschreibung der Konkurrenz zwischen Person 1 und Person 2 bewusst, um den Entscheidungskonflikt zu beschreiben. Nun ist die Therapiezieländerung von Person 1 bei einer hinzukommenden Person 2 mit besserer Prognose keineswegs von den behandelnden Ärzt:innen intendiert, sondern die unvermeidbare Nebenfolge der Verfolgung des Ziels des bestmöglichen Einsatzes der knappheitsbedingten limitierten Ressourcen.

Die Abwägungsrationalität des Verfolgens eines höherwertigen Zieles unter Inkaufnahme ungewünschter Nebenfolgen ist in der Palliativmedizin beim Einsatz von Medikamenten hinlänglich bekannt. Dies Prinzip der Doppelwirkung nach Thomas Aquin ist in die palliativmedizinische Entscheidungspraxis eingegangen und der Deutsche Ethikrat hat dies 2006 in der Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ so beschrieben:

Therapien am Lebensende sind alle medizinischen, d.h. auch palliativmedizinischen Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, Leben zu verlängern oder jedenfalls Leiden zu mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist. Der bisher in diesem Zusammenhang verwendete Begriff der „indirekten Sterbehilfe“ ist unzutreffend, weil das Handeln weder direkt noch indirekt auf den Tod des Patienten zielt.

Analog angewendet auf die Situation der ex-post-Triage zielt die Therapiezieländerung bei Person 1 zugunsten der Möglichkeit des Beginns der überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlung von Person 2 nicht auf den Tod von Person 1. Es wird im Zeitpunkt t1 eine Möglichkeit des Beginns der überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlung von Person 2 geschaffen, was unvermeidbar mit der Therapiezieländerung bei Person 1 verbunden ist. Dies ist eine tragische, aber unvermeidbare Entscheidung, wenn der Grundsatz des bestmöglichen Einsatzes einer limitierten überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlung verfolgt und umgesetzt werden soll.

Dass eine Möglichkeit der Fortsetzung der überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlung zum Zeitpunkt t2 auch für Person 1 besteht, wird Person 1 im Beispiel der Unmöglichkeit der Überbrückung eben dieser Behandlung nicht helfen, da Person 1 höchstwahrscheinlich bereits verstorben sein wird. Eben dies liegt aber auch beim MANV vor, wenn wie bereits dargestellt eine Person im Herz-Kreislaufstillstand mit durch die Situation zum Zeitpunkt t1 vorgegebener Sichtungskategorie IV (blau, ohne Überlebenschance = palliative Behandlung) nicht behandelt wird und zum späteren Zeitpunkt t2 eine Behandlung möglich wäre.

Die Anwendung der ex-post-Triage kategorisch auszuschließen erscheint aus den genannten Gründen bei aller Tragik der Situation aus einer gesellschaftsethischen Betrachtung nicht sachgerecht.

- (6) Zusätzlich zu den in § 5c Absatz 3 IfSG genannten Personen sollten Vertreter:innen der klinischen Ethikberatung als unterstützende Personen genannt werden. Die Aufgabe der Mitglieder des Klinischen Ethikkomitees bzw. der Gruppe der Klinischen Ethikberatung soll weiter eine Beratung darstellen und sie sollen nicht als Entscheidungsträger einbezogen werden. Die Möglichkeit zur Beratung durch Klinische Ethikberater:innen gewinnt zunehmend an Bedeutung und ist inzwischen ein Qualitätsmerkmal der Versorgung im Gesundheitswesen. Die Qualifikation der beratenden Ethikberater:innen sollte dem Qualifikationsstand K1 der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) entsprechen.

Zusammenfassung:

Die Intention der Rechtssicherheit bei Zuteilungsentscheidungen über eine überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlung bei pandemiebedingt nicht ausreichenden überlebenswichtigen, intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten folgt der Forderung des Bundesverfassungsgerichts zum Tätigwerden des Gesetzgebers durch den Beschluss vom 16.12.2021 (Aktenzeichen 1 BvR 1541/20).

Der Negativkatalog des § 5c Absatz 1 IfSG enthält unstrittige Diskriminierungsursachen. Wünschenswert ist ein Verweis auf einen situativ verbindlich festzulegenden Kriterienkatalog, um eine einheitliche Praxis der Zuteilungsentscheidungen zu ermöglichen.

Der kategorische Ausschluss von ex-post-Triage in § 5c Absatz 2 Satz 4 IfSG (ausgeschlossene Zuteilungsentscheidung bei bereits zugeteilten überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten) verwundert und führt zu Inkonsistenzen im Entscheidungsverhalten bei Katastrophen bzw. beim Massenansturm von Verletzten (MANV). Der Ausschluss von ex-post-Triage führt zu einer fundamentalen Änderung des Entscheidungsrationals bei der Verteilung von knappen Ressourcen bei einer gesamtgesellschaftlichen Betrachtung, da damit der bislang konsentiertere gesellschaftliche Grundsatz „mache das Beste mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen“ aufgegeben wird.

Zur Unterstützung der Entscheidungsträger:innen in diesen komplexen Zuteilungsentscheidungen über eine überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlung bei pandemiebedingt nicht ausreichenden überlebenswichtigen, intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten fordern wir die Einbindung von qualifizierten Vertreter:innen der Klinischen Ethikberatung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Arnd T. May

Anna Wachter

(zum Schutz der Umwelt elektronisch erstellt und daher ohne handschriftliche Unterschrift)

Dr. phil. Arnd May ist Klinischer Ethiker mit einem absolvierten Studium der Philosophie und beschäftigt sich seit Jahren mit Dilemmasituationen im Gesundheitswesen, die regelmäßig als Ethische Fallbesprechungen durch Ethikberatungsgremien wie etwa Klinische Ethikkomitees (KEK) bearbeitet werden. Durch die Ausbildung als Rettungssanitäter verfügt er über einen Einblick in den Alltag der präklinischen Notfallmedizin.

Anna Wachter ist Fachärztin für Innere Medizin mit Berufserfahrung in der Geriatrie, Palliativmedizin und Intensivmedizin, klinische Ethikerin und Beraterin zur Gesundheitlichen Versorgungsplanung (ACP-Beraterin).

„§ 5c IfSG

Verfahren im Falle pandemiebedingt nicht ausreichender überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten

- (1) Niemand darf bei einer ärztlichen Entscheidung über die Zuteilung von pandemiebedingt nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten (Zuteilungsentscheidung) insbesondere wegen einer Behinderung, der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung benachteiligt werden.
- (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 verbleibende mittel- oder langfristige Lebenserwartung, die Gebrechlichkeit und die Lebensqualität keine geeigneten Kriterien, um die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit zu beurteilen. Bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sind von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen.
- (3) Die Zuteilungsentscheidung ist von zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen praktizierenden Fachärztinnen oder Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin einvernehmlich zu treffen, die die Patientinnen oder Patienten unabhängig voneinander begutachtet haben. Besteht kein Einvernehmen, ist eine weitere, gleichwertig qualifizierte ärztliche Person hinzuzuziehen und sodann mehrheitlich zu entscheiden. Von den nach den Sätzen 1 und 2 zu beteiligenden Fachärztinnen und Fachärzten darf nur eine Fachärztin oder ein Facharzt in die unmittelbare Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen oder Patienten 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. Dies gilt nicht, soweit die Dringlichkeit der intensivmedizinischen Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen oder Patienten der Beteiligung nach Satz 4 entgegensteht.
- (4) Die für die Zuteilungsentscheidung maßgeblichen Umstände sowie der Entscheidungsprozess nach Absatz 3 sind von dem im Zeitpunkt der Entscheidung Behandelnden zu dokumentieren. § 630f Absatz 3 und § 630g des Bürgerlichen Gesetzbuches gelten entsprechend.
- (5) Die Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sind verpflichtet, die Zuständigkeiten und Entscheidungsabläufe nach den Absätzen 1 bis 4 in einer Verfahrensanweisung festzulegen und deren Einhaltung sicherzustellen. Die Krankenhäuser überprüfen ihre Verfahrensabläufe regelmäßig auf Weiterentwicklungsbedarf.“