



BAGSO e.V. ■■■ Noeggerathstr. 49 ■■■ 53111 Bonn

Bundesministerium für
Gesundheit
11055 Berlin

- via E-Mail -

■■■
Bundesarbeitsgemeinschaft
der Seniorenorganisationen e.V.
Noeggerathstr. 49
53111 Bonn
Telefon 0228 / 24 99 93-0
Fax 0228 / 24 99 93-20
www.bagso.de

■■■
Anna Brückner
Telefon 0228 / 24 99 93-26
brueckner@bagso.de

Bonn, 22.07.2022

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken Ihnen für die Möglichkeit, zu dem o.g. Referentenentwurf Stellung zu nehmen.

Vorbemerkung:

Die BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen begrüßt grundsätzlich die durch die beabsichtigte Gesetzesänderung folgende Klarstellung, dass die Zuteilungsentscheidung für intensivmedizinische Behandlungskapazitäten nicht aufgrund des Alters und anderer Merkmale (z.B. des Vorliegens einer Behinderung) verwehrt werden darf (§ 5c Abs. 1 und 2). Der Gesetzesentwurf greift insoweit Forderungen auf, die auch die BAGSO und deren Mitgliedsverbände¹ in der Vergangenheit bereits gestellt hatten: Gesetzliche Regelungen zur Triage müssen sich auf verfassungs- und menschenrechtliche Grundlagen stützen und dürfen ältere Menschen, Menschen mit Demenz sowie Menschen mit Behinderungen nicht benachteiligen. Ein Ausschluss dieser Personengruppen

¹ Beispielsweise hat sich die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. im April 2020 einem Positionspapier des Dachverbandes Alzheimer Europe angeschlossen, in dem wesentliche Punkte für die Zuteilungsentscheidung benannt wurden (vgl. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/Stellungnahmen/Alzheimer_Europe_Position_Triage_deutsch.pdf). Der Sozialverband Deutschland (SoVD) sprach sich im Mai 2020 gegen die Verwendung „abstrakter Kriterien“ bei Triage-Situationen aus (vgl. https://www.sovd.de/fileadmin/bundesverband/pdf/Sozial-Infos/Menschen_mit_Behinderung/Sozialinfo-Corona-Triage-sovd2020.pdf).

von der intensivmedizinischen Versorgung käme einer verfassungswidrigen Diskriminierung gleich.²

Mit Sorge sieht die BAGSO jedoch das Risiko für mittelbare Diskriminierungen dieser Personengruppen, insbesondere wenn eine Kumulation von Diskriminierungsrisiken (z.B. ältere Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen mit Demenz) vorliegt. Fraglich bleibt aus unserer Sicht, inwieweit die vorgesehene gesetzliche Regelung dieser Gefahr – insbesondere im Hinblick auf ältere Menschen – wirksam begegnen kann. Dass Diskriminierungen aufgrund des Alters im Gesundheitswesen häufig vorkommen, belegen u.a. Daten aus dem Deutschen Alterssurvey³. Es sind verschiedene Ursachen von Altersdiskriminierung festzustellen, die einzeln und im Zusammenspiel Einfluss auf die medizinische Versorgungssituation älterer Menschen nehmen, z.B. Diskriminierung aufgrund negativer Altersbilder und -stereotype, aufgrund des unzureichenden/fehlenden Wissens des medizinischen und pflegerischen Personals, aufgrund einer Rationierung von medizinischen Leistungen und ungleichen Zugangschancen zur ärztlichen Versorgung. Diskriminierungen solcher Art können letztlich zu einer „Triage vor der Triage“ führen. So wurden während der Corona-Pandemie Hinweise bekannt, dass infizierte Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen nicht ins Krankenhaus eingewiesen und intensivmedizinisch behandelt wurden⁴. Andere Erscheinungsformen von Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen umfassen beispielsweise das Abraten und Vorenthalten von Therapien und anderen Leistungen, eine ausbleibende Differentialdiagnostik, diskriminierende Kommunikation („Elderspeak“) oder den Aufbau von Zugangsbarrieren.

Aufklärung, Information und Sensibilisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen sind geeignete Mittel, um (Alters-)diskriminierung und (un-)bewusste Stereotypisierung zu vermeiden. Aus diesem Grund begrüßt die BAGSO die in der Begründung des Gesetzesentwurfs angeführten ergänzenden Maßnahmen der Aus-, Fort-

² Wenngleich das Merkmal „Lebensalter“ nicht explizit als Diskriminierungsverbot in Art. 3 Abs. 3 GG genannt ist, gilt für ältere Menschen gemäß Art. 1 GG grundsätzlich der gleiche Schutz. Um diesen sicherzustellen, setzt sich die BAGSO für eine Erweiterung von Art. 3 Abs. 3 GG um das Merkmal „Lebensalter“ ein.

³ Vgl. hierzu und im Folgenden: Bartig et al. (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=2

⁴ Betroffenenverbänden wie dem BIVA Pflegeschutzbund wurde mehrfach der Verdacht geäußert, dass in Pflegeeinrichtungen ärztliche Hilfe bzw. der Rettungsdienst nicht (rechtzeitig) gerufen wurde. Auch Rechercheteams des öffentlich-rechtlichen Rundfunks (vgl. z.B. <https://www.deutschlandfunk.de/doku-zu-corona-im-pflegeheim-die-kommunikative-quarantaene-100.html> und <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-triage-pflegeheime-100.html>) berichteten hierzu.

und Weiterbildung von ärztlichem Personal zu behinderungsspezifischen Besonderheiten. Wir empfehlen eindringlich, diese um gerontologische und geriatrische Kenntnisse zu ergänzen und auch auf das Pflegepersonal auszuweiten.

Die BAGSO begrüßt ferner, dass der Gesetzesentwurf ausdrücklich darauf verweist, dass § 5c IfSG nur für den Fall geschaffen wird, dass intensivmedizinische Behandlungskapazitäten nicht ausreichen und voraussetzt, „dass zuvor alle materiellen und personellen Behandlungskapazitäten regional und überregional ausgeschöpft worden sind.“ Darüber hinaus mahnt die BAGSO an, präventive Maßnahmen im Gesundheitswesen zu ergreifen, die einer Überlastung der intensivmedizinischen Ressourcen vorbeugen, v.a. die personelle Stärkung von pflegerischem und medizinischem Personal in der stationären (und ambulanten) Akutversorgung. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf den wachsenden geriatrischen Behandlungsbedarf und aufgrund der Zunahme von Pflegebedürftigen in der Bevölkerung in den kommenden Jahren. Schließlich stellt das vorgesehene Triage-Verfahren unter alleiniger Berücksichtigung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenschance lediglich das (im Vergleich zu anderen Methoden wie „first come, first serve“ und Randomisierung) am wenigsten schlechte Verfahren in einer fatalen Situation dar, die es mit allen organisatorisch leistbaren Mitteln zu vermeiden gilt.

Zu einzelnen Vorschriften:

Konkretisierungsbedarf sieht die BAGSO in **§ 5c Abs. 3 Satz 5**: Die jetzige Formulierung („Dies gilt nicht, soweit die Dringlichkeit der intensivmedizinischen Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen oder Patienten der Beteiligung nach Satz 4 entgegensteht“) schließt nicht aus, dass in der Praxis leichtfertig mit der Forderung nach Satz 4 (Einbezug einer weiteren Person mit entsprechender Fachexpertise) umgegangen und die Ausnahme somit zur Regel wird. Das Risiko für eine Aushebelung dieser Regelung erscheint umso wahrscheinlicher, als die Intensivmedizin stets von „Dringlichkeit“ geprägt ist. Ein Unterlassen sollte deshalb zumindest verpflichtend begründet und die Gegebenheiten dokumentiert werden müssen.

Wenngleich ein Mehraugenprinzip seitens der BAGSO befürwortet wird, sehen wir mit Skepsis, ob das Heranziehen zweier Fachärztinnen und -ärzte eine ausgewogene Entscheidung herbeiführen kann. Aus Sicht der BAGSO ist bei älteren Intensivpatientinnen

und -patienten insbesondere eine „geriatrische Brille“ gefordert; Fachärztinnen und -ärzte für Geriatrie (Konsildienste) können und müssen hier eingebunden werden.

§ 5c Abs. 5 verpflichtet die Krankenhäuser, die Zuständigkeiten und Entscheidungsabläufe in einer Verfahrensanweisung festzulegen, deren Einhaltung sicherzustellen und deren Weiterentwicklungsbedarf regelmäßig zu überprüfen. In der Begründung des Gesetzesentwurfs wird zudem darauf hingewiesen, dass die Vorschrift jedem Krankenhaus erlaube, „individuelle, eigene, auf lokale Gegebenheiten adaptierte Verfahrensanweisungen zu entwerfen und zu implementieren.“ Für die ethische Entscheidungsunterstützung wurden in Krankenhäusern zunehmend klinische Ethikkomitees eingerichtet, die als interdisziplinäres und multiprofessionelles Beratungsgremium häufig u.a. für die Erarbeitung von Leitlinien, die Fort-/Weiterbildung von Personal in ethischen Belangen und die ethische Fallberatung zuständig sind⁵. Aus Sicht der BAGSO gilt es, klinische Ethikkomitees verpflichtend in jedem Krankenhaus einzurichten und in Triage-Entscheidungen einzubeziehen: bei der Erarbeitung von Verfahrensanweisungen, bei der Fort-/Weiterbildung des Personals sowie durch eine fallbezogene Beratung, z.B. durch die Bereitstellung eines „ethischen Notdienstes“. Dies gilt insbesondere aufgrund der Tatsache, dass mit der Triage keine rein medizinische, sondern auch eine ethische und menschenrechtliche Entscheidung getroffen werden muss.

Die Verfahrensanweisungen der Krankenhäuser für intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sind transparent und für die Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Sie müssen aus Sicht der BAGSO zudem durch unabhängige Stellen (in regelmäßigen Abständen) evaluiert werden. Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben ist von den zuständigen Aufsichtsbehörden sicherzustellen.

Mit freundlichen Grüßen



Anna Brückner

Referentin für Gesundheits- und Pflegepolitik

⁵ Vgl. Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEKO) der Bundesärztekammer zu „Ethikberatung in der klinischen Medizin“, <https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/ethikberatung-in-der-klinischen-medicin>