



Stellungnahme
des Kommissariats der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin –
zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutz-
gesetzes
(BT-Drucksache 20/3877)

anlässlich der öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des
Deutschen Bundestags am Mittwoch, dem 19. Oktober 2022

Das Katholische Büro dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Die katholische Kirche begrüßt, dass der Regierungsentwurf der Bundesregierung vom 10. Oktober 2022 im Vergleich zum Referentenentwurf vom 14. Juni 2022 inhaltlich weiterentwickelt und erforderliche Klarstellungen bzw. Änderungen im Gesetz bzw. der Begründung teilweise aufgenommen worden sind¹. Bei der Ausgestaltung des Verfahrens ist eine Lösung zu finden, die den berechtigten Schutzaspekten benachteiligter Personengruppen nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts² strukturell Rechnung trägt und gleichzeitig den Ärzten und Ärztinnen die erforderliche Freiheit lässt, im Einzelfall weiterhin eine verantwortliche Entscheidung in der belastenden Dilemma- und Extremsituation einer Triage treffen zu können. Der Bundesrat hat am 7. Oktober 2022 kritisch zum Regierungsentwurf Stellung genommen (BT-Drs. 20/3877, Anlage 3). Bei folgenden vier Punkten besteht aus unserer Sicht noch Anpassungs- bzw. Klarstellungsbedarf:

1. **Stärkung des Grundsatzes der Prävention und Vorrang der Verhinderung von Triage-Situationen durch Klarstellung in § 5c Abs.1 a neu IfSG-E (Übernahme des Ergänzungsvorschlags des Bundesrats, BT-Drs. 20/3877)**
2. **Festhalten an Unzulässigkeit der Ex-Post-Triage**
3. **Übertragung des Verfahrens vor Zuteilungsentscheidung auf die Entscheidung über den Abbruch der Behandlung wegen Wegfalls der Indikation (§ 5c Abs.2 Satz 5 (neu) IfSG-E: entsprechende Anwendung der § 5c Abs.3 und 4 IfSG-E).**
4. **Evaluierung des Gesetzes in drei Jahren**

¹ Vgl. Stellungnahme des Katholischen Büros zum Referentenentwurf vom 9. Juli 2022, <https://www.kathbuero.de/index.php/stellungnahmen/items/stellungnahme-zum-gesetz-zur-aenderung-des-infektionsschutzgesetzes.html>.

² Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 16. Dezember 2021 (Az.1 BvR 1541/20).

Alter, Behinderung, verbleibende Lebenserwartung, Grad der Gebrechlichkeit oder Lebensqualität dürfen nach § 5c Abs.1 IfSG-E keine Kriterien für die Zuteilungsentscheidung sein. Der verfahrensmäßigen Einbindung von Personen mit Fachexpertise für die Behinderung oder Vorerkrankung in die intensivmedizinische Zuteilungsentscheidung kommt dementsprechend eine wichtige Bedeutung im legislativen Schutzkonzept zu. Die katholische Kirche begrüßt die im Vergleich zum Referentenentwurf in § 5c Abs.3 S.4 IfSG-E erfolgte faktische Stärkung dieses Verfahrenselements durch die vorgenommenen Änderungen (Streichung der ursprünglich vorgesehenen Dringlichkeitsausnahme; Erweiterung des zulässigen Personenkreises, Zulässigkeit der telemedizinischen Konsultationsmöglichkeit, Berücksichtigung der Fachexpertise einer Person, die die Belange des Patienten oder der Patientin kennt). Für die Sicherstellung der Praktikabilität des Verfahrens in der Praxis ist hilfreich, dass es bei den entscheidungsberechtigten Fachärzten und Fachärztinnen nach § 5c Abs.3 S.1 und S.2 IfSG-E nicht auf den Nachweis von Fort- und Weiterbildungen, sondern auf die praktische Erfahrung ankommt³. Mittel- und langfristig gesehen dürfte es hilfreich sein, wenn der Gesetzgeber gemeinsam mit der Bundesärztekammer die erforderlichen spezifischen Fort- und Weiterbildungsbedarfe erörtert und in Ergänzung zu dieser Regelung an anderer Stelle angeht⁴.

I. Noch vorhandener Anpassungsbedarf im Einzelnen:

Die Triage beschreibt eine ethische Dilemmasituation, in der im engen Sinne eine gerechte Entscheidung nicht möglich ist. Im Fall einer unüberbrückbaren Kluft von medizinischen Ressourcen und Behandlungsbedarf in Folge einer pandemischen Überlastung des Gesundheitssystems ist die Entscheidung für das Leben einer Person und gegen das Leben einer anderen Person nur im Sinne einer *Ultima Ratio* zulässig, gerechtfertigt und sogar geboten. Allerdings gelten mit Blick auf die Tragweite der ärztlichen Entscheidung dafür strenge, am besten gesetzliche Rahmenseetzungen. Es handelt sich nach Ausschluss aller Alternativen um ein letztes Mittel, um so viel Humanität und Leben zu bewahren, wie es die Situation zulässt. Das schließt die Verpflichtung ein, die Ultima-Ratio-Situation durch Sicherstellung der medizinischen Versorgung auch im Hinblick auf Not-, Katastrophen- und Pandemiefälle so gut wie nur irgend möglich zu vermeiden (Prävention).

Die Entwurfsverfasser haben sich dazu entschlossen, Verfahrensregeln für die ärztliche Zuteilungsentscheidung nur für erforderliche Priorisierungsentscheidungen bei nicht ausreichend vorhandenen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten aufgrund einer übertragbaren Krankheit vorzugeben und diese im Infektionsschutzgesetz (IfSG) zu regeln. Mehraugenprinzip und Abklärung der intensivmedizinischen Beurteilung im Team sollen die vom Bundesverfassungsgericht bestätigte Gefahr von unbewussten

³ Begründung des Regierungsentwurfs zu Absatz 3, S.21.

⁴ Begründung (Zielsetzung und Notwendigkeit von Regelung), Ziff.I S.8.

stereotypen Annahmen zum Nachteil von behinderten und alten Menschen entgegenwirken.

1. Stärkung des Grundsatzes der Prävention und Vorrang der Verhinderung von Triage-Situationen durch Klarstellung in § 5a Abs.1 a neu IfSG-E (Übernahme des Ergänzungsvorschlags des Bundesrats, BT-Drs. 20/3877)

Das Risiko von Triage-Situationen kann durch geeignete organisatorische Maßnahmen und eine deutschlandweite strategische Verlegung von Patienten und Patientinnen nach dem sog. Kleeblatt-Konzept gesenkt werden. Dem Bundesrat ist zuzustimmen, dass die Kriterien, wann von einer Triage-Situation auszugehen ist, mindestens genauso entscheidend sind wie die spätere Auflösung der Dilemma- und Triagesituation. Durch Beschreibung der Grundvoraussetzung der Triage-Situation im Gesetz (und nicht nur Erwähnung in der Begründung⁵) stärkt den Vorrang der Prävention. Den zur Vermeidung einer Triage-Situation erforderlichen verantwortlichen Ressourcenplanung wird ebenso wie kurzfristig erforderlichen Koordinationsbemühungen der Krankenhäuser untereinander die erforderliche Wichtigkeit verliehen. Die Bundesregierung hat in Ihrer Gegenäußerung zu Stellungnahme des Bundesrates in diesem Punkt eine Überprüfung angekündigt.

Nach § 5c Abs.1 ist entsprechend des Vorschlags des Bundesrats ein neuer Abs.1a IfSG-E einzufügen:

„(1a) Eine Zuteilungsentscheidung setzt voraus, dass in der konkreten Behandlungssituation alle regional und überregional verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten ausgeschöpft sind und die indizierte intensivmedizinische Behandlung betroffener Patienten und Patientinnen unter Beachtung ihres Willens nicht anderweitig sichergestellt werden kann.“

2. Festhalten an Unzulässigkeit der Ex-Post-Triage

Aus ethischen wie rechtlichen Gründen entschieden abzulehnen ist es, eine weiterhin aussichtsreiche Behandlung abubrechen, etwa weil ein weiterer Patient oder eine weitere Patientin mit noch besserer Prognose hinzugekommen ist. Bei einer weiterhin bestehenden Indikation scheidet nach einer erfolgten Zuteilungsentscheidung ein Vergleich zwischen den Überlebenschancen unterschiedlicher Patienten und Patientinnen aus. Geschützt wird das durch die Behandlungsaufnahme geschaffene Vertrauen auf Fortsetzung der eigenen Behandlung. Zu begrüßen ist deshalb, dass § 5c Abs.2 S.4 IfSG-E *„bereits zugewiesene überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten (...) von der Zuteilungsentscheidung“* ausnimmt und die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung auf die kritische Stellungnahme des Bundesrates vom 12.10.2022 (BT-Drs. 20/3953) an diesem wichtigen Grundsatz festhält.

⁵ Begründung A I, S.7.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf vom 7. Oktober 2022 auf bestehende Unsicherheiten in der ärztlichen Praxis hingewiesen. Der Gesetzgeber sollte aus Gründen der Rechtsicherheit und des Wesentlichkeitsgrundsatzes noch klarer zum Ausdruck bringen, dass die Ex-Post-Triage unzulässig ist. Denn in der Praxis gibt es diesbezüglich gegenläufige unverbindliche Empfehlungen – wie etwa die S1-Leitlinie „Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie“ der DIVI (hier:3.3.2.). Es ist sicherzustellen, dass diese in der Praxis *keinerlei Beachtung* mehr finden.

3. Übertragung des Verfahrens vor Zuteilungsentscheidung auf die Entscheidung über den Abbruch der Behandlung wegen Wegfalls der Indikation

Warten in Knappheitssituationen eine größere Anzahl von Personen mit einer besseren Überlebenswahrscheinlichkeit auf intensivmedizinische Behandlung, ist nicht auszuschließen, dass sich der ärztliche Entscheidungsdruck faktisch in Richtung negativer Indikation bei den Patienten und Patientinnen an den Geräten verlagert. Insbesondere bei Menschen mit Behinderung, Komorbiditäten und/oder älteren Menschen dürfte auch *nach* erfolgter Zuteilungsentscheidung die abstrakte Gefahr einer unbewusst stereotypisierenden Diskriminierung weiter fortbestehen.

Der Gesetzesentwurf schließt diese Schutzlücke nicht. Im Gegenteil, durch das Nebeneinander von zwei unterschiedlichen Schutzregimen (vor und nach der Zuteilungsentscheidung) entsteht eine gewisse Schiefelage und Rechtsunsicherheit. Hergestellt werden sollte ein Gleichlauf, indem die gem. § 5c Abs.3 und Abs.4 IfSG-E neu eingeführten Verfahren (*Vier-Augen-Prinzip, verpflichtende Einbeziehung von Personen mit entsprechender Fachkunde, Dokumentation*) übertragen werden auf die Entscheidung des Abbruchs der jeweiligen intensivmedizinischen Behandlung nach bereits erfolgter Zuteilungsentscheidung wegen Wegfalls der Indikation. Die Einhaltung dieses Verfahrens und die verpflichtende Einbindung von Personen mit behindertenspezifischer Fachexpertise auch bei dieser Entscheidung (Abbruch der Behandlung wegen Wegfalls der Indikation) führte zudem zu mehr Rechtssicherheit für die Ärzteschaft.

§ 5c Abs.2 IfSG-E wäre nach Satz 4 um einen neuen Satz 5 zu ergänzen:

„Für die Entscheidung über den Abbruch der Behandlung wegen Wegfalls der Indikation gelten § 5c Abs.3 und Abs.4 entsprechend.“

4. Evaluierung des Gesetzes in drei Jahren

Die Verabschiedung des vorliegenden Gesetzes wird in jedem Fall Signalwirkung auch für weiter anstehende, nicht ausdrücklich gesetzlich geregelte Priorisierungsentscheidungen im Gesundheitswesen haben. Das gilt insbesondere für die grundsätzliche Relevanz des Kriteriums der Erfolgs- bzw. aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit in Relation zu anderen ggf. alternativ oder ergänzend in Betracht kommenden Auswahlkriterien.

Eine Evaluierung der neuen Regelungen in drei Jahren sollte in § 5c IfSG-E z.B. gesetzlich festgelegt werden. Der Verweis auf die Überprüfung der Verfahrensabläufe auf Weiterentwicklungsbedarf durch die Krankenhäuser in § 5c Abs.5 IfSG-E reicht nicht aus. Der Gesetzgeber sollte selbst überprüfen, ob die nun vorgesehenen Regelungen einen wirksamen Schutz vor einer Benachteiligung wegen der Behinderung oder eines der anderen Merkmale nach § 5c Abs. 1 bewirken.

Berlin, den 18. Oktober 2022