



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf
„Gesetz zur Änderung des
Infektionsschutzgesetzes“
(„Triage-Gesetz“)

Juli 2022

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2022

Kontakt

Verband der Universitätsklinika

Deutschlands e.V. (VUD)

Jens Busmann

Alt-Moabit 96

10559 Berlin

info@uniklinika.de

www.uniklinika.de

Tel. +49 (0)30 3940517-0

Inhalt

I. Vorbemerkung	4
II. Zu den Regelungen im Einzelnen (Artikel 1, Nr. 3)	5

I. Vorbemerkung

Der vorliegende Gesetzentwurf soll den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts umsetzen, in epidemischen Lagen nationaler Tragweite einen hinreichend wirksamen Schutz vor einer Benachteiligung wegen einer Behinderung zu bewirken.

Dass in Deutschland in der bisherigen Pandemie - trotz regional enormer Infektions- und Hospitalisierungsraten - keine Triage-Entscheidungen vorgenommen werden mussten, ist den getroffenen Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene sowie den besonderen Anstrengungen von Universitätsklinik und anderer Krankenhäuser zu verdanken. Insbesondere die Bundesländer, deren Intensivbehandlungskapazitäten sehr stark beansprucht waren, haben eine Vielfalt an Maßnahmen zur Verhinderung von Triage-Situationen getroffen. Gleichzeitig bestanden Regelungen des Bundes, um den Krankenhäusern zu ermöglichen, Intensivkapazitäten für mögliche COVID-Patienten freizuhalten (Freihaltepauschalen etc.).

In der Begründung wird ausgeführt, dass *„vorrangig alle Anstrengungen unternommen werden müssen, um den Fall pandemiebedingt nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten zu verhindern. [...] Dies kann insbesondere durch organisatorische Maßnahmen erfolgen, wie zum Beispiel durch die Verschiebung planbarer, nicht zeitkritischer Operationen oder die Verteilung betroffener Patient:innen in andere Krankenhäuser [auch] nach dem zur Verlegung von COVID-19-Intensivpatient:innen konzipierten sog. „Kleeblattkonzept“*. Darüber hinaus sieht die Gesetzesbegründung die (regionale) Verteilung von betroffenen Patient:innen in andere Krankenhäuser mit verfügbaren Behandlungskapazitäten sowie die Schaffung zusätzlicher räumlich-technischer Kapazitäten oder Nutzung ggf. vorhandener Ressourcen in der Notaufnahme vor.

Dabei adressiert der vorgesehene Entwurf ausschließlich die Krankenhäuser und übersieht, dass die notwendigen (über)regionalen steuernden und koordinierenden Maßnahmen nicht von diesen, sondern als hoheitliche Aufgabe nur durch Bund oder Länder getroffen werden können. Diese Verordnungskompetenzen für den Bund bzw. die Länder fehlen allerdings im Gesetzentwurf.

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen können nicht allein von den Krankenhäusern umgesetzt werden. Aufgrund der epidemischen Lage nationaler Tragweite haben lediglich einzelne Bundesländer entsprechende Regelungen gefasst. In Hessen wurde hierfür der Planungsstab stationäre Versorgung am Ministerium für Soziales und Integration eingerichtet.

Daher muss in geeigneter Weise rechtssicher vorangestellt werden, dass vor Triage-Entscheidungen tatsächlich alle Behandlungskapazitäten in einem Versorgungsgebiet oder einem Bundesland ausgeschöpft sind und nicht nur eine lokale oder regionale Überlastung vorliegt. Anderenfalls würde die staatlich garantierte Daseinsfürsorge nicht sichergestellt. Hierfür ist es zwingend erforderlich, auf der entsprechenden Zuständigkeitsebene – d.h. föderal – mit hierfür geeigneten Instrumenten die Überlastung des (stationären)

Gesundheitssystems sowohl auf der Ebene einzelner Leistungserbringer als auch als Gesamtsystem zu dokumentieren.

Für sich aus der Beobachtung des gesamten Versorgungssystems ergebenden entlastenden Maßnahmen, wie zum Beispiel Abverlegungen von Patienten aus überlasteten Kliniken / Gebieten, ist sicherzustellen, dass die Krankenkassen die Kosten dieser (über)regionalen Intensiv-Interhospitalverlegungen tragen. Auch die Verlegung von Patienten über das Kleeblatt-Konzept erfordert übergeordnete behördliche Instanzen, die den Überblick über die bundesweite Auslastung der Krankenhäuser haben und die Kompetenz besitzen, solche Verlegung zu veranlassen und umzusetzen (u.a. das Gemeinsame Melde- und Lagezentrum von Bund und Ländern (GMLZ)).

Ansonsten werden die Anforderungen, dass alle anderen Anstrengungen unternommen wurden, um eine Triage-Situation zu verhindern, alleine auf die (einzelnen) Krankenhäuser verlagert, die weder die notwendigen Informationen zur umfassenden Lageeinschätzung, noch die Mittel zur sachgerechten Reaktion besitzen. Dies ist ineffektiv, ineffizient und gefährlich. Einzelne Krankenhäuser haben keinerlei Steuerungs- und Weisungsbefugnis gegenüber anderen Krankenhäusern. Es bedarf daher der (über-)regionalen Gesamtkoordination und -steuerung einer öffentlichen Instanz mit entsprechenden Befugnissen, was im vorliegenden Gesetzentwurf noch zu ergänzen ist.

II. Zu den Regelungen im Einzelnen (Artikel 1, Nr. 3)

1. § 5c - Voranstellen eines neuen Absatzes

Änderungsbedarf:

Vor Absatz 1 ist ein neuer Absatz voranzustellen, um klarzustellen, dass bereits rechtzeitig vor Verknappung der Intensivkapazitäten sowohl der Bund als auch die Bundesländer gesetzliche / normative Regelungen treffen müssen, um Triage-Situationen nach § 5c IfSG-E zu verhindern. Derartige Regelungen sind zum Beispiel:

Festlegung von Versorgungsregionen mit steuernder Funktion eines Gremiums / Planungsstabs zur Planung, Entscheidung und Organisation sowie als ständige Kommunikations- und Austauschplattform:

- systemisch
 - Nutzung von IVENA oder alternativer entsprechender Softwarelösungen zu aktuellen (Intensiv-)Bettenbelegungen und freien Kapazitäten in der Versorgungsregion. Dies dient auch einer Effizienzsteigerung im Rettungsdienst.
 - Prognose und Monitoring
 - Steuerung und Supervision
- operativ
 - Zu-/Abverlegungen zur intensivmedizinischen Kapazitätssteuerung innerhalb der Versorgungsregionen und -stufen
 - Herstellung von Aufnahmebereitschaft

- Personaleinsatz inklusive Regelungen zur Aufrechterhaltung der kritischen Infrastruktur
- übergeordnete Themen
 - Verschiebung von elektiven Operationen in den entsprechenden Versorgungsregionen mit knappen Intensivkapazitäten
 - Übernahme der Kosten für pandemiebedingte intensivmedizinische Interhospital-Verlegungen durch die Krankenkassen
 - Aussetzung der Sanktionierung bei Nichterfüllung der PpUGV sowie entsprechender G-BA-Richtlinien
 - Ausgleichszahlungen und Freihaltepauschalen (auch für Umstrukturierung der Stationen, Aufrüstung der Aufwachräume für beatmete Intensivpatienten mit wiederum reduzierten Operationsmöglichkeiten als Folge)
 - Bereitstellung von Impfstoff und SARS-CoV-2-Arzneimitteln für Kliniken, vulnerable Gruppen und Bevölkerung

2. § 5c Abs. 2

a. Satz 1 - 3:

Inhalt der Regelung:

Das einzig zulässige Kriterium für die Zuteilungsentscheidung ist die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit. Satz 2 sieht vor, dass Komorbiditäten (Schwere oder Kombinationen) nur dann berücksichtigt werden dürfen, soweit diese die auf die aktuelle Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern. Satz 3 regelt, dass insbesondere Behinderung oder Gebrechlichkeit keine geeigneten Kriterien sind, um die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit zu beurteilen.

Bewertung:

Es erweckt den Anschein, dass „Komorbiditäten“, die bei erheblicher Verringerung der kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit berücksichtigt werden können, von „Behinderung“ eindeutig abgegrenzt werden könnten. Hingegen dürfen „Behinderungen“ gemäß Satz 3 nicht als Kriterium für die aktuelle oder kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit herangezogen werden.

Es bestehen allerdings erhebliche Schnittmengen zwischen Funktionseinschränkungen durch Komorbiditäten und Behinderungen: Bereits die Tabelle zum Grad der Behinderungen der Versorgungsmedizin-Verordnung (GdB-Tabelle) enthält u.a. eine Vielzahl an somatischen Erkrankungen („Komorbiditäten“). Die im Referentenentwurf enthaltenen unterschiedlichen Rechtsfolgen bei Komorbidität und bei Behinderung sind somit nicht umsetzbar.

Demnach würden beispielsweise Patienten mit einer dauernden Einschränkung der Lungenfunktion schweren Grades (z.B. durch eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung) eine GdB-Anerkennung von 80% haben. Andererseits gibt es die Fallkonstellationen, dass Patienten mit der gleichen Erkrankung bei identischer Lungenfunktionseinschränkung keinen Antrag auf GdB gestellt haben.

Bei völlig identischen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen - allerdings einmal mit und einmal ohne GdB-Anerkennung - hätte dies nach § 5c IfSG-E zwei völlig gegensätzliche Rechtsfolgen: Einmal darf die Erkrankung (durch die GdB anerkannt) nicht bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit berücksichtigt werden, und einmal muss die Erkrankung (ohne GdB-Beantragung), bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit berücksichtigt werden.

Somit sind die im Referentenentwurf enthaltenen unterschiedlichen Rechtsfolgen bezüglich Komorbidität und Behinderung im § 5c IfSG-E nicht umsetzbar, da bereits die GdB-Tabelle somatische Erkrankungen („Komorbiditäten“) als „Behinderungen“ klassifiziert.

Änderungsvorschlag (in den Regelungen und in der entsprechenden Gesetzesbegründung):

Nach Satz 3 folgenden Satz einfügen: Funktionseinschränkungen von somatischen Erkrankungen bzw. Komorbiditäten, die zu dem Grad der Behinderung geführt haben, sind bei der Beurteilung der akuten Überlebenswahrscheinlichkeit zu berücksichtigen.

b. Satz 4:

Inhalt der Regelung:

Satz 4 sieht vor, dass bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen sind.

Bewertung:

Satz 4 ist dahingehend zu präzisieren, dass belegte intensivmedizinische Behandlungskapazitäten zur Disposition stehen müssen, wenn im intensivmedizinischen Verlauf die individuellen akuten Erfolgsaussichten des Patienten, also die Wahrscheinlichkeit, die aktuelle Erkrankungssituation durch Intensivtherapie zu überleben, sinken. Das weitere Vorgehen sollte dann - wie in diesen Situationen üblich - durch den Einbezug des Ethik-Komitees (oder ein anderes Entscheidungs- und Priorisierungsteam) erfolgen.

Dies entspricht bereits jetzt dem üblichen Vorgehen auf Intensivstationen. Es ist kontinuierlich zu prüfen, ob die Erfolgsaussichten noch mit entsprechender Wahrscheinlichkeit gegeben sind und die ursprünglichen Therapieziele weiterhin realistisch erreichbar sind. Sollten diese als nicht mehr realistisch erreichbar angesehen werden, ist diesem durch Änderung des Therapieziels – beispielsweise von kurativ in palliativ – zu begegnen.

Änderungsvorschlag:

Folgende Präzisierung und Ergänzung in der Begründung zu Satz 4: Satz 4 gilt nicht, wenn sich im intensivmedizinischen Verlauf die Erkrankungssituation verschlechtert und die ursprünglich formulierten Therapieziele nicht mehr erreichbar sind. Hier kann dann das „Ethik-Komitee“ (oder ein anderes Entscheidungs- und Priorisierungsteam) hinzugezogen werden, um über das weitere Vorgehen zu beraten.

3. § 5c Abs. 3:

a. Satz 1 - 2:

Inhalt der Regelung:

Die Zuteilungsentscheidung erfolgt durch zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrene praktizierende Fachärzt:innen mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin. Im Dissensfall ist eine weitere, gleichwertig qualifizierte ärztliche Person hinzuzuziehen.

Bewertung:

Die Qualifikationsanforderung „*mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen praktizierenden Facharzt:innen mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin*“ ist zwar auf der einen Seite nachvollziehbar, auf der anderen Seite schränkt es den entsprechend (justiziabel nachweisbar) qualifizierten Personenkreis so ein, dass es nicht genügend entsprechend qualifizierte Personen 24/7 geben wird. Dieser so qualifizierte und damit ausgesprochen kleine Personenkreis müsste dann auch organisatorisch viel mehr Rufbereitschafts- und Wochenenddienste ableisten als tarifvertraglich möglich sind. Selbst die höchste Stufe des entsprechenden intensivmedizinischen Komplexkodes (vgl. OPS-Kode 8-98f) sieht weder die Anzahl noch die Qualifikation dieser hochspezialisierten dort Dienst leistenden Ärzt:innen vor, wie im Gesetzentwurf beschrieben. Daher sind alle geeigneten Fachärzt:innen (Anästhesist:innen, Intensivmediziner:innen, in der Notaufnahme oder im Rettungsdienst tätige Fachärzt:innen) aufzuführen. Es ist zu ergänzen, dass im Dissensfall auch der telefonische oder telemedizinische Einbezug von Fachärzt:innen erfolgen kann.

Änderungsvorschlag:

Satz 1: Die Zuteilungsentscheidung ist von zwei intensivmedizinisch erfahrenen oder in der Anästhesie, Notaufnahme oder im Rettungsdienst tätigen Fachärzt:innen einvernehmlich zu treffen.

Satz 2: Besteht kein Einvernehmen, wird ein weiterer Facharzt oder eine weitere Fachärztin hinzugezogen; dies kann auch telefonisch oder telemedizinisch erfolgen.

b. Satz 4:

Inhalt der Regelung:

Sollte die Zuteilungsentscheidung einen Patienten mit Behinderung / Vorerkrankungen betreffen, muss eine weitere Person mit entsprechender Fachexpertise für die Behinderung bzw. Vorerkrankung berücksichtigt werden.

Bewertung:

In der Regelung bleibt unklar, welche Form der Fachexpertise / Qualifikation vorhanden sein muss.

Änderungsvorschlag:

Sind Menschen mit Behinderungen oder Vorerkrankungen von der Zuteilungsentscheidung betroffen, ist die Einschätzung eines weiteren Arztes oder einer weiteren Ärztin mit entsprechender Fachexpertise für die Behinderung oder die Vorerkrankung bei der Zuteilungsentscheidung zu berücksichtigen.