
Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (Infektionsschutzgesetz – IfSG)

18. Oktober 2022

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes will der Gesetzgeber ein Verfahren über die Zuteilung von überlebenswichtigen, pandemiebedingt nicht für alle verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten regeln. Hierfür sieht der Referentenentwurf die Einfügung des neuen § 5c IfSG in das Gesetz vor. Durch diese Regelung soll der gleichberechtigte Zugang aller intensivmedizinisch behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten zur medizinischen Versorgung gewährleistet werden. Das Risiko einer Benachteiligung bei der Zuteilung soll vermieden werden. Zugleich soll durch die Regelung von Verfahren und Allokationskriterien Rechtssicherheit für Ärztinnen und Ärzte geschaffen werden.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. nimmt zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes wie folgt Stellung:

Die Intention des Gesetzgebers, eine Regelung zur Zuteilung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten bei auftretenden Engpässen zu schaffen, wird vom Bundesverband Geriatrie e.V. grundsätzlich begrüßt.

Der Bundesverband Geriatrie stimmt zu, dass das kalendarische Alter und der Grad der Gebrechlichkeit von Patienten und Patientinnen nicht berücksichtigt werden sollten, um die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit zu beurteilen. Um die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit bewerten zu können, ist eine konkrete Einschätzung des Gesundheitszustandes der betroffenen Patientinnen und Patienten erforderlich. In einer Gesamtschau sollten nach Auffassung des Bundesverbandes Geriatrie alle wesentlichen die Überlebenswahrscheinlichkeit beeinflussenden Faktoren (aktuelle Erkrankung, Komorbiditäten – sofern diese in ihrer Schwere und Kombination die Überlebenswahrscheinlichkeit verringern –, allgemeiner Gesundheitsstatus, Funktionalitäten) geprüft werden.

Der Bundesverband Geriatrie befürwortet weiterhin die Einführung des „interprofessionellen Mehr-Augen-Prinzips“ bei der Entscheidung über die Zuteilung knapper intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten. § 5c Absatz 3 des Referentenentwurfs sieht vor, dass die Entscheidung von zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen praktizierenden Fachärztinnen oder Fachärzten einvernehmlich zu treffen ist, 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. Die klinisch-ethischen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft „Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie“, der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), 2. überarbeitete Fassung vom 17.04.2020 gehen über den Referentenentwurf hinaus. Diese sehen ein „interprofessionelles Mehr-Augen-Prinzip“, unter Beteiligung von mindestens zwei intensivmedizinisch erfahrenen Ärzten, einschließlich Primär- und Sekundärbehandler beteiligter Fachgebiete vor.

Vor diesem Hintergrund spricht sich der Bundesverband Geriatrie dafür aus, regelhaft eine Geriaterin bzw. ein Geriater (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich) in die Entscheidungsfindung einzubeziehen, wenn betagte oder hochbetagte Patientinnen bzw. Patienten von der Entscheidung betroffen sind. Hierfür sprechen auch die besonderen Merkmale der geriatrischen Patientengruppe. So liegt bei geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Regel auch eine Multimorbidität vor. Diese ist bedingt durch die Häufung degenerativen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Um die Auswirkungen verschiedener gleichzeitig vorliegender Erkrankungen bei einem gealterten Organismus auf die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit einschätzen zu können, bedarf es spezifischen medizinischen Fachwissens. Dieses Fachwissen bringen nur Geriaterinnen bzw. Geriater mit. Die Hinzuziehung einer Pflegefachkraft oder eines Mitglieds eines Ethik-Komitees – wie es § 5c Absatz 3 des Referentenentwurfes bei komorbiden Patientinnen und Patienten vorsieht – ist nach Auffassung des Bundesverbandes Geriatrie für die hochbetagte Patientengruppe mit Multimorbidität nicht ausreichend.

Zu Artikel 1 Nr. 3

Der Bundesverband Geriatrie regt an, § 5c Absatz 3 wie folgt zu ändern:

§ 5c Absatz 3 (neu):

Die Zuteilungsentscheidung ist einvernehmlich von zwei Ärztinnen oder Ärzten zu treffen, die

1. Fachärztinnen oder Fachärzte sind,
2. im Bereich Intensivmedizin praktizieren,
3. über mehrjährige Erfahrung im Bereich Intensivmedizin verfügen und
4. die von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen und Patienten unabhängig voneinander begutachtet haben.

Besteht kein Einvernehmen, sind die von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen und Patienten von einer weiteren gleich qualifizierten Ärztin oder einem weiteren gleich qualifizierten Arzt zu begutachten und ist die Zuteilungsentscheidung mehrheitlich zu treffen. Von den an der Zuteilungsentscheidung beteiligten Ärztinnen und Ärzten darf nur eine Ärztin oder ein Arzt in die unmittelbare Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung

betroffenen Patientinnen oder Patienten eingebunden sein. Ist eine Patientin oder ein Patient mit einer Behinderung oder einer Komorbidität von der Zuteilungsentscheidung betroffen, muss die Einschätzung einer hinzuzuziehenden Person berücksichtigt werden, durch deren Fachexpertise den besonderen Belangen dieser Patientin oder dieses Patienten Rechnung getragen werden kann. Ist eine Patientin oder ein Patient mit einer altersbedingt erhöhten Vulnerabilität betroffen, muss die Einschätzung eines Geriaters berücksichtigt werden.