Deutscher Bundestag **Drucksache 20/4359**

20. Wahlperiode 09.11.2022

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 20/3877, 20/3953, 20/4145 Nr. 4 –

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes

A. Problem

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 entschieden, dass sich aus Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes (GG) für den Staat ein Auftrag ergibt, Menschen wirksam vor einer Benachteiligung wegen ihrer Behinderung durch Dritte zu schützen. Wenn das Risiko bestehe, dass Menschen bei der Zuteilung knapper, überlebenswichtiger intensivmedizinischer Ressourcen wegen einer Behinderung benachteiligt werden, so verdichte sich der Schutzauftrag nach den Feststellungen des Bundesverfassungsgerichts zu einer konkreten Schutzpflicht. Entscheidend sei nach den Feststellungen des Bundesverfassungsgerichts, dass eine gesetzliche Regelung hinreichend wirksamen Schutz vor einer Benachteiligung wegen der Behinderung bewirke.

B. Lösung

Der Gesetzentwurf trägt laut Gesetzesinitiantin den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts Rechnung und setzt die bestehende Schutzpflicht aus Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 GG durch eine Änderung des Infektionsschutzgesetzes um. Der Gesetzentwurf diene dazu, das Risiko einer Benachteiligung insbesondere aufgrund einer Behinderung bei der Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten zu reduzieren. Der Gesetzentwurf sehe deshalb eine Regelung vor, nach der die Entscheidung über die Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten (Zuteilungsentscheidung) nur nach der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten getroffen werden dürfe. Die Regelung stelle zugleich klar, dass bei der Zuteilungsentscheidung niemand benachteiligt werden dürfe, insbesondere nicht wegen einer Behinderung, des Grades der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung. Darüber hinaus enthalte der Entwurf Regelungen zum Verfahren, in dem die Zuteilungsentscheidung zu treffen sei.

Annahme des Gesetzentwurfs in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE.

C. Alternativen

Alternativ kommt laut Gesetzesinitianten in Betracht, ausschließlich Verfahrensvorschriften für die Zuteilungsentscheidung zu regeln. Um jedoch einen effektiven Schutz vor Diskriminierung zu gewährleisten, sehe der Entwurf über bloße Verfahrensvorschriften hinaus auch ein materielles Entscheidungskriterium vor.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand laut Initiantin

Zusätzliche Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand infolge des Gesetzes sind für Bund, Länder und Gemeinden nicht zu erwarten.

1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand

Durch die Ausführung des Gesetzes entstehen keine unmittelbaren zusätzlichen Kosten für die deutschen öffentlichen Haushalte.

2. Vollzugsaufwand

Die Ausführung des Gesetzes führt zu keinem nennenswerten Vollzugsaufwand.

E. Erfüllungsaufwand laut Initiantin

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für Bürgerinnen und Bürger entstehen keine Veränderungen beim Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Für die Wirtschaft ergibt sich eine Änderung des jährlichen Erfüllungsaufwands in Höhe von rund 936 000 Euro. Davon entfallen 529 000 Euro auf Bürokratiekosten aus Informationspflichten. Insgesamt entsteht ein einmaliger Aufwand von rund 3,56 Millionen Euro. Darunter sind 2,64 Millionen Euro der Kategorie Einmalige Informationspflicht und 916 000 Euro der Kategorie Schulungskosten zuzuordnen.

Veränderung des jährlichen Erfüllungsaufwands (in Tausend Euro):	**936**
davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten (in Tausend Euro):	**529**
Einmaliger Erfüllungsaufwand (in Tausend Euro):	**3 559**
davon Einmalige Informationspflicht (in Tausend Euro):	**2 643**
davon Schulungskosten (in Tausend Euro):	**916**

Da dieser Gesetzentwurf der Umsetzung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts dient, ist der Anwendungsbereich der „One in, one out“-Regel nicht eröffnet.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Für die Verwaltung entstehen keine Veränderungen beim Erfüllungsaufwand.

F. Weitere Kosten laut Initiantin

Der Wirtschaft, einschließlich mittelständischer Unternehmen, entstehen keine direkten sonstigen Kosten. Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau – insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau – sind nicht zu erwarten.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

den Gesetzentwurf auf Drucksachen 20/3877, 20/3953 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen.

Berlin, den 9. November 2022

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Stellvertretende Vorsitzende
und Berichterstatterin

Dirk Heidenblut
Berichterstatter

Hubert Hüppe
Berichterstatter

Katrin Helling-Plahr
Berichterstatterin

Martin Sichert
Berichterstatter

Ates Gürpinar
Berichterstatter

Zusammenstellung

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes
– Drucksache 20/3877 –
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	**Beschlüsse des 14. Ausschusses**
Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes	**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes**
Vom ...	Vom ...
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 28. Juni 2022 (BGBl. I S. 938) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:	1. u n v e r ä n d e r t
a) Die Angabe zum 2. Abschnitt wird wie folgt gefasst:	
„2. Abschnitt – Koordinierung und Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit in besonderen Lagen“.	
b) Nach der Angabe zu § 5b wird folgende Angabe zu § 5c eingefügt:	
„§ 5c Verfahren bei aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten“.	
2. Die Überschrift des 2. Abschnittes wird wie folgt gefasst:	2. u n v e r ä n d e r t
„2. Abschnitt	
Koordinierung und Sicherstellung der öffentlichen Gesundheit in besonderen Lagen“.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
3. Nach § 5b wird folgender § 5c eingefügt:	3. Nach § 5b wird folgender § 5c eingefügt:
„§ 5c	„§ 5c
Verfahren bei aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten	Verfahren bei aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten
(1) Niemand darf bei einer ärztlichen Entscheidung über die Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten (Zuteilungsentscheidung) benachteiligt werden, insbesondere nicht wegen einer Behinderung, des Grades der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung.	(1) Niemand darf bei einer ärztlichen Entscheidung über die Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten (Zuteilungsentscheidung) benachteiligt werden, insbesondere nicht wegen einer Behinderung, des Grades der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung. **Überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sind im Sinne des Satzes 1 in einem Krankenhaus nicht ausreichend vorhanden, wenn**
	1. der überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten des Krankenhauses mit den dort vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten nicht gedeckt werden kann und
	2. eine anderweitige intensivmedizinische Behandlung der betroffenen Patientinnen und Patienten nicht möglich ist, insbesondere, weil eine Verlegung nicht in Betracht kommt
	a) aus gesundheitlichen Gründen oder
	b) da die regionalen und überregionalen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten nach den dem Krankenhaus vorliegenden Erkenntnissen ausgeschöpft sind.
(2) Eine Zuteilungsentscheidung darf nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten getroffen werden. Komorbiditäten dürfen bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit nur berücksichtigt werden, soweit sie aufgrund ihrer Schwere oder Kombination die auf die aktuelle	(2) u n v e r ä n d e r t

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern. Kriterien, die sich auf die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit nicht auswirken, wie insbesondere eine Behinderung, das Alter, die verbleibende mittel- oder langfristige Lebenserwartung, der Grad der Gebrechlichkeit und die Lebensqualität, dürfen bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit nicht berücksichtigt werden. Bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sind von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen.	
(3) Die Zuteilungsentscheidung ist einvernehmlich von zwei Ärztinnen oder Ärzten zu treffen, die	(3) u n v e r ä n d e r t
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. Die Begutachtung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen und Patienten, die Mitwirkung an der Zuteilungsentscheidung sowie die Hinzuziehung nach Satz 4 kann in Form einer telemedizinischen Konsultation erfolgen.	

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
(4) Die oder der im Zeitpunkt der Zuteilungsentscheidung für die Behandlung der betroffenen Patientinnen und Patienten verantwortliche Ärztin oder Arzt hat Folgendes zu dokumentieren:	(4) u n v e r ä n d e r t
1. die der Zuteilungsentscheidung zugrunde gelegten Umstände sowie	
2. welche Personen an der Zuteilungsentscheidung mitgewirkt haben und hinzugezogen wurden und wie sie abgestimmt oder Stellung genommen haben.	
Die §§ 630f und 630g des Bürgerlichen Gesetzbuchs finden entsprechende Anwendung.	
(5) Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sind verpflichtet, in einer Verfahrensanweisung mindestens Folgendes festzulegen:	(5) Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sind verpflichtet, in einer Verfahrensanweisung mindestens Folgendes festzulegen:
1. ein Verfahren zur Benennung der Ärztinnen und Ärzte, die für die Mitwirkung an der Zuteilungsentscheidung zuständig sind, und	1. u n v e r ä n d e r t
2. die organisatorische Umsetzung der Entscheidungsabläufe nach Absatz 3.	2. u n v e r ä n d e r t
Sie haben die Einhaltung der Verfahrensanweisung sicherzustellen und müssen die Verfahrensanweisungen mindestens einmal im Jahr auf Weiterentwicklungsbedarf überprüfen und anpassen.“	Sie haben die Einhaltung der Verfahrensanweisung sicherzustellen und müssen die Verfahrensanweisungen mindestens einmal im Jahr auf Weiterentwicklungsbedarf überprüfen und anpassen.
	(6) Krankenhäuser sind verpflichtet, eine Zuteilungsentscheidung unverzüglich der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde anzuzeigen und ihr mitzuteilen, weshalb im Zeitpunkt der Zuteilungsentscheidung überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten nicht ausreichend vorhanden waren, um die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde in die Lage zu versetzen, im Rahmen ihrer Zuständigkeit tätig zu werden.
	(7) Das Bundesministerium für Gesundheit beauftragt innerhalb von sechs Monaten, nachdem erstmals einer für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine Zuteilungsentscheidung angezeigt wurde, spätestens jedoch bis zum 31. Dezember 2025, eine externe Evaluation dieser Vorschrift. Gegenstand der Evaluation sind insbesondere

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	1. die Erreichung der Ziele, Vorkehrungen zum Schutz vor Diskriminierung zu schaffen und Rechtssicherheit für die handelnden Ärztinnen und Ärzte zu gewährleisten, und
	2. die Auswirkungen der Vorschrift und der nach Absatz 5 Satz 1 zu erstellenden Verfahrensanweisungen auf die medizinische Praxis unter Berücksichtigung der praktischen Umsetzbarkeit.
	Die Evaluation wird interdisziplinär insbesondere auf Grundlage rechtlicher, medizinischer und ethischer Erkenntnisse durch unabhängige Sachverständige durchgeführt, die jeweils zur Hälfte von dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Deutschen Bundestag benannt werden. Die Sachverständigen haben bundesweite Verbände, Fachkreise und Selbstvertretungsorganisationen, deren Belange von der Vorschrift besonders berührt sind, angemessen zu beteiligen. Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt dem Deutschen Bundestag spätestens ein Jahr nach der Beauftragung das Ergebnis der Evaluation sowie eine Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zu diesem Ergebnis.“
Artikel 2	**Artikel 2**
Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.	Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Dirk Heidenblut, Hubert Hüppe, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Katrin Helling-Plahr, Martin Sichert und Ates Gürpinar

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 20/3877** in seiner 60. Sitzung am 13. Oktober 2022 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Ferner hat er ihn zur Mitberatung an den Ausschuss für Inneres und Heimat, den Rechtsausschuss, den Wirtschaftsausschuss, den Ausschuss für Arbeit und Soziales und den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überwiesen.

Die Unterrichtung auf Drucksache 20/3953 wurde gemäß § 80 Absatz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages am 21. Oktober 2022 an den federführenden Ausschuss und die oben genannten mitberatenden Ausschüsse überwiesen (Drucksache 20/4145 Nr. 4). Der Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung hat sich gutachtlich beteiligt.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlage

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 16. Dezember 2021 entschieden, dass sich aus Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 des Grundgesetzes (GG) für den Staat ein Auftrag ergibt, Menschen wirksam vor einer Benachteiligung wegen ihrer Behinderung durch Dritte zu schützen. Bestehe das Risiko, dass Menschen bei der Zuteilung knapper, überlebenswichtiger intensivmedizinischer Ressourcen wegen einer Behinderung benachteiligt werden, verdichte sich der Schutzauftrag nach den Feststellungen des Bundesverfassungsgerichts zu einer konkreten Schutzpflicht.

Um den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts umzusetzen und die bestehende Schutzpflicht aus Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 GG zu erfüllen, werde mit dem neuen § 5c des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine Regelung eingeführt, durch die das Risiko einer Benachteiligung bei der Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten vermieden werden solle. Bevor eine ärztliche Entscheidung über die Zuteilung aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten (Zuteilungsentscheidung) notwendig werde, müssten alle Anstrengungen unternommen werden, um den Fall aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten zu verhindern. § 5c IfSG werde ausschließlich für den Fall geschaffen, dass dies nicht gelinge. Eine Zuteilungsentscheidung scheide aus, wenn betroffene Patientinnen oder Patienten regional oder überregional verlegt und intensivmedizinisch behandelt werden könnten. Durch organisatorische Maßnahmen könne das Risiko, Zuteilungsentscheidungen treffen zu müssen, reduziert werden, wie zum Beispiel durch die Verschiebung planbarer, nicht zeitkritischer Operationen oder die Verteilung betroffener Patientinnen oder Patienten in andere Krankenhäuser, insbesondere nach dem zur Verlegung von COVID-19-Intensivpatientinnen und -patienten entwickelten sogenannten Kleeblatt-Konzept. Zudem sollten laut Gesetzesinitiantin vor einer Zuteilungsentscheidung auch internationale strategische Verlegungen geprüft und gegebenenfalls durchgeführt werden. Fehle es an regional und überregional verfügbaren überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und müsse eine Zuteilungsentscheidung getroffen werden, seien intensivpflichtige Patientinnen und Patienten, denen noch keine überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazität zugeteilt worden sei, unabhängig von der Ursache der intensivpflichtigen Behandlungsbedürftigkeit in die Zuteilungsentscheidung mit einzubeziehen. Eine Zuteilungsentscheidung müsse in der Akutsituation von intensivmedizinisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzten

unter Beachtung der Vorgaben des § 5c IfSG und unter Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur evidenzbasierten Einschätzung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit getroffen werden.

Der Nationale Normenkontrollrat (NKR) hat gemäß § 6 Absatz 1 des Gesetzes zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates (NKRG) den Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes geprüft und eine Stellungnahme abgegeben. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass die Darstellung der Regelungsfolgen nachvollziehbar und methodengerecht sei und er erhebt daher im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags keine Einwände (Drucksache 20/3877, Anlage 2).

Der Bundesrat hat in seiner 1025. Sitzung am 7. Oktober 2022 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes Stellung zu nehmen (Drucksache 20/3877, Anlage 3).

Dazu hat die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung auf Drucksache 20/3953 Stellung genommen.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Ausschuss für Inneres und Heimat** hat in seiner 21. Sitzung am 9. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/3877 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 29. Sitzung am 9. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/3877 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Wirtschaftsausschuss** hat in seiner 26. Sitzung am 9. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/3877 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 31. Sitzung am 9. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/3877 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** hat in seiner 25. Sitzung am 9. November 2022 mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE. beschlossen, die Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 20/3877 in der vom federführenden Ausschuss geänderten Fassung zu empfehlen.

Der **Parlamentarische Beirat für nachhaltige Entwicklung** hat sich gemäß Einsetzungsantrag auf Drucksache 20/696 in seiner 13. Sitzung am 12. Oktober 2022 mit dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/3877 befasst und ist in seiner gutachtlichen Stellungnahme zu dem Ergebnis gekommen, dass die Darstellung der Nachhaltigkeitsprüfung plausibel und eine Prüfbitte daher nicht erforderlich ist (Ausschussdrucksache 20(26)17-13).

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 35. Sitzung am 28. September 2022 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 20/3877 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum eine Anhörung durchzuführen.

In seiner 40. Sitzung am 19. Oktober 2022 hat der Ausschuss für Gesundheit die Beratungen zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 20/3877 aufgenommen.

Die öffentliche Anhörung fand in der 41. Sitzung am 19. Oktober 2022 statt. Als sachverständige Organisationen waren eingeladen: AbilityWatch e. V., Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), Arbeitsgemeinschaft der

Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (AIO), Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e. V. (AKEK), AWO Bundesverband e. V. (AWO), Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankungen und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), BDH Bundesverband Rehabilitation e. V. (BDH), Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA), BKK Dachverband e. V. (BKK), Bochumer Zentrum für Disability Studies (BODYS), Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO), Bundesärztekammer (BÄK), Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e. V. (BIVA), Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (BeB), Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie), Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen (bvkm), Bundesverband Selbsthilfe Körperbehinderter e. V. (BSK), Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e. V. (BAND), Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (BVLH), Deutscher Caritas Verband e. V. (Caritas), Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP), Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. – Angehörigenbeirat im CBP, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (DAlzG), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. (DAG SHG), Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (DBSV), Deutscher Ethikrat, Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (DEKV), Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO), Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e. V. (DGIIN), Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e. V. (DGKM), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e. V. (DGMP), Deutsche Gesellschaft für NeuroIntensiv- und Notfallmedizin e. V. (DGNI), Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e. V. (DIGAB), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI), Deutsches Institut für Menschenrechte e. V. (DIMR), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Bundesverband e. V. (dmsg), Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM), Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF), Deutscher Pflegerat e. V. (DPR), Deutsche Rheuma Liga Bundesverband e. V. (Rheuma-Liga), Deutscher Schwerhörigenbund e. V. (DSB), Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR), Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (Diakonie), Ethikzentrum May Wachter (Ethikzentrum), Forum behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ), Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (ISL), Johanniter Unfall Hilfe e. V. (Johanniter), Kommissariat der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin (Katholisches Büro), Marburger Bund Bundesverband e. V. (MB), Max-Planck-Institut zur Erforschung von Kriminalität, Sicherheit und Recht, Abteilung Strafrecht (MPI-CSL), Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. (MFT), Netzwerk Artikel 3, Netzwerk für Inklusion, Teilhabe, Selbstbestimmung und Assistenz e. V. (NITSA), Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (Der Paritätische), Runder Tisch „Triage“, Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD), Zentralkomitee der deutschen Katholiken e. V. (ZdK) und Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der BÄK – Zentrale Ethikkommission (ZEKO). Als Einzelsachverständige waren eingeladen: Prof. Dr. Steffen Augsberg (Justus-Liebig-Universität Giessen), Arne Frankenstein (Landesbehindertenbeauftragter der Freien Hansestadt Bremen), Prof. Dr. Helmut Frister (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf), Dr. Maria del Pilar Andrino Garcia (Gesundheitszentrum Franz Sales Haus in Essen), Prof. Dr. Martin Kulla (Bundeswehrkrankenhaus Ulm) und Prof. Dr. Oliver Tolmein (Rechtsanwalt, Kanzlei Mensch und Rechte Hamburg). Auf das Protokoll der Anhörung und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen wird verwiesen (Ausschussdrucksachen 20(14)60(1-37)).

Der Ausschuss hat in seiner 42. Sitzung am 9. November 2022 seine Beratungen fortgesetzt und abgeschlossen.

Als Ergebnis empfiehlt der **Ausschuss für Gesundheit** mit den Stimmen der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, AfD und DIE LINKE., den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 20/3877 in der vom Ausschuss geänderten Fassung anzunehmen.

Änderungsanträge

Dem Ausschuss für Gesundheit haben Änderungsanträge der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP auf Ausschussdrucksache 20(14)68.1 vorgelegen.

Die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksache 20(14)68.1 wurden mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP bei Stimmenthaltung der Fraktionen AfD und DIE LINKE. angenommen.

Fraktionsmeinungen

Die **Fraktion der SPD** äußerte die Hoffnung, dass dieses Gesetzes nie zur Anwendung komme und es in Deutschland nie eine Triage-Situation geben werde. Das Gesetz könne Diskriminierungen in einer solchen Situation wirksam verhindern und stelle sicher, dass das System funktioniere. Durch die Änderungsanträge gebe es außerdem die Möglichkeit einer Evaluation des Gesetzes und der damit erzielten Ergebnisse. Die Koalitionsfraktionen hätten nach ausführlichen, konstruktiven und durchaus nicht einfachen Beratungen mit den drei Änderungsanträgen insgesamt eine Verbesserung des Gesetzes erreicht. Man werde daher sowohl dem Gesetz als auch den Änderungsanträgen zustimmen.

Die **Fraktion der CDU/CSU** erklärte, sie hätte sich ausführlichere Beratungen gewünscht, da die Anhörung erhebliche Diskrepanzen des Gesetzentwurfs aufgezeigt habe. Sie kritisierte zudem, dass es acht Monate gedauert habe, bis dieser Gesetzentwurf vorgelegen habe, obwohl das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber deutliche Leitlinien an die Hand gegeben habe. Die Koalition werde ihrem eigenen Anspruch, Menschen mit Behinderung intensiv einzubinden, nicht gerecht. Es gebe immer noch ungeklärte Aspekte wie das Zuteilungskriterium, die Ex-post-Triage oder die behördliche Feststellung der Triage-Situation. Außerdem behandele das Gesetz nur Triage-Situationen im Zusammenhang mit dem Infektionsschutz, obwohl auch andere Triage-Situationen denkbar seien. Es sei außerdem nicht angemessen, dass die Änderungsanträge erst so spät zugesandt worden seien. Dennoch hätten die Änderungsanträge die Kritik der Union in einigen Punkten aufgegriffen, sodass man diesen zustimmen werde. Der Gesetzentwurf sei nichtsdestotrotz unzureichend und leide an handwerklichen Mängeln, weshalb man ihn ablehnen werde.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** betonte, dieses Gesetz sei nur einer von mehreren Bausteinen, um ein inklusives Gesundheitssystem zu schaffen. Das Bundesverfassungsgerichtsurteil habe jedoch eine ganz bestimmte Situation in den Blick genommen und sich auf die pandemiebedingten Diskriminierungen bezogen. Es habe Regelungen gefordert, die Menschen mit Behinderungen in dieser Situation vor Diskriminierung und Benachteiligung zu schützen, und dem komme das Gesetz nach. Man sei etlichen in der Anhörung geäußerten Anliegen nachgekommen und habe durch die Evaluierung eine Überprüfung des Gesetzes und ein mögliches späteres Nachsteuern ermöglicht. Triage-Situationen seien ein ethisches Dilemma, in denen wenig Zeit für Entscheidungen verbleibe und gleichzeitig ein hoher Druck herrsche. Daher bräuchten die Ärztinnen und Ärzte Sicherheit, wie sie agieren könnten. Dafür habe man den richtigen gesetzlichen Rahmen herstellen müssen und das sei der Koalition gelungen. Das Gesetz schließe außerdem die Ex-post-Triage aus, denn diese sei ethisch sehr bedenklich und womöglich gar verfassungswidrig.

Die **Fraktion der FDP** führte aus, das Bundesverfassungsgericht habe dem Gesetzgeber den Auftrag erteilt, etwaiger unbewusster Stereotypisierung bei hoffentlich nie notwendigen Triage-Situationen in einer Pandemie entgegenzuwirken. Es handele sich um ethisch schwierige Fragen, doch es müssten Abwägungsentscheidungen getroffen werden und man müsse sich der Verantwortung stellen. Mit dem Gesetz sei der Koalition der Spagat gelungen, der Verantwortung gerecht zu werden, Diskriminierung zu vermeiden, ohne dabei den klinischen Alltag und die Notwendigkeiten der klinischen Praxis zu verkennen. Man orientiere sich an dem Kriterium der kurzfristigen und aktuellen Überlebenswahrscheinlichkeit, denn nur dieses Kriterium werde dem scheinbaren Widerspruch gerecht, dass einerseits jedes Leben gleich viel wert sei und dass man Leben nicht gegen Leben abwägen könne, man aber auf der anderen Seite so viele Menschenleben wie möglich retten wolle. Die Änderungsanträge hätten klarstellende Funktion und gäben dem Gesetzgeber den Auftrag, das Gesetz zu evaluieren. Weitergehende Regelungen habe man aufgrund fehlender Gesetzgebungskompetenzen nicht treffen können. Über scheinbar fehlende Sanktionen brauche man sich keine Sorgen zu machen, da das Strafgesetzbuch genug Sanktionsmöglichkeiten bereithalte.

Die **Fraktion der AfD** betonte, dass Gesetz sei wahrscheinlich mit der Intention eingebracht worden, Menschenleben zu retten. Allein dadurch, dass eine „Ex-post-Triage“ ausgeschlossen sei, werde dieses Gesetz tatsächlich, wenn es jemals zur Anwendung komme, wahrscheinlich Menschenleben kosten. Außerdem stelle es einen Bürokratiezuwachs dar, da die im Gesetzentwurf enthaltenen Kriterien zur Verhinderung von Diskriminierung allesamt

bereits im ärztlichen Gelöbnis enthalten seien, das jeder Arzt leisten müsse. Das Gesetz sei demnach eine Missachtung gegenüber dem gesamten Berufsstand der Ärzte, da man davon ausgehe, dass die Ärzte sich nicht an ihr eigenes Gelöbnis halten. Dies sei in der jetzigen Zeit ein völlig falsches Signal. Insgesamt entstehe ein bürokratisches System, das lediglich auf dem Papier Verbesserungen bringe, tatsächlich aber eher Menschen in Gefahr bringe.

Die **Fraktion DIE LINKE.** merkte an, man hoffe, dass dieses Gesetz nie zur Anwendung komme. Allerdings seien die derzeitigen Strukturen so ausgerichtet, dass es zwangsläufig dazu kommen könnte. Dies habe ein profitorientiertes System an sich, da es dazu ausgelegt sei, Vorhaltekosten möglichst einzusparen. In einer Pandemie würden aber deutlich mehr Betten als in einer Normalsituation gebraucht. Diese Strukturen müssten geändert werden. Positiv sei, dass die Meldepflicht nun eingeführt werde, so dass künftige Triage-Situationen evaluiert werden könnten. Zu kritisieren sei, dass die Behindertenverbände, die die Klage gegen die derzeitige Gesetzeslage angestrengt hätten, zu wenig in den Gesetzgebungsprozess eingebunden gewesen seien. Das eigentliche Problem sei aber, dass das Gesetz eine Diskriminierung eben nicht verhindere. Dies sei auch gar nicht möglich, da die Messung einer kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit in Graden eine Diskriminierung nach sich ziehe, weil bei bestimmten Menschen mit Behinderungen die Überlebenswahrscheinlichkeit unter Umständen geringer sei. Deswegen dürfe die Überlebenswahrscheinlichkeit in Graden gemessen in einer Triage-Situation keine Rolle spielen. Dies gelte aber nicht für die Überlebenswahrscheinlichkeit an sich. Daher erfülle das Gesetz den Auftrag des Bundesverfassungsgerichts nicht, für Diskriminierungsfreiheit zu sorgen.

B. Besonderer Teil

Soweit der Ausschuss für Gesundheit die unveränderte Annahme des Gesetzentwurfs empfiehlt, wird auf die Begründung auf Drucksachen 20/3877, 20/3953 verwiesen. Zu den vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Änderungen ist darüber hinaus Folgendes anzumerken:

Zu Artikel 1

Zu Nummer 3 – § 5c Absatz 1

Mit der Änderung wird Absatz 1 um einen Satz 2 ergänzt. Im Hinblick auf den Anwendungsbereich der Vorschrift wird in Satz 2 konkretisiert, wann überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten im Sinne des Absatzes 1 in einem Krankenhaus nicht ausreichend vorhanden sind.

Dies setzt zunächst voraus, dass der überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten des Krankenhauses mit den dort vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten nicht gedeckt werden kann.

Nicht ausreichend vorhandene überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten liegen weiter nur dann vor, wenn eine anderweitige intensivmedizinische Behandlung der betroffenen Patientinnen und Patienten nicht möglich ist.

Grund für die Unmöglichkeit einer anderweitigen intensivmedizinischen Behandlung kann insbesondere sein, dass eine Verlegung aus gesundheitlichen Gründen nicht in Betracht kommt, etwa, weil die intensivpflichtige Patientin oder der intensivpflichtige Patient nicht verlegungsstabil ist. Ob eine Patientin oder ein Patient verlegungsstabil ist, obliegt der ärztlichen Beurteilung.

Grund für die Unmöglichkeit einer anderweitigen Behandlung kann auch sein, dass nach den dem Krankenhaus vorliegenden Erkenntnissen alle regionalen oder überregionalen Verlegungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Die Feststellung der Unmöglichkeit einer anderweitigen Behandlung schließt insbesondere die Pflicht mit ein, vor einer Zuteilungsentscheidung zu prüfen, ob eine regionale oder überregionale Verlegung der von einer Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientin oder des Patienten möglich ist. Für diese Prüfung können die Krankenhäuser und die zuständigen Ärztinnen und Ärzte insbesondere auf die folgenden Konzepte zur Verlegung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten und Informationsquellen zurückgreifen:

Bereits vor der COVID-19-Pandemie existierten für den Normalbetrieb bewährte lokale und regionale Konzepte zur Verlegung intensivpflichtiger Patientinnen und Patienten, die im Verantwortungsbereich der Länder erarbeitet

wurden. Lokale und regionale Verlegungen werden in diesem Rahmen unter Einbindung des Rettungsdienstes und der hierfür zuständigen Stellen auf Landesebene organisiert und durchgeführt.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden diese bereits erprobten Strukturen zum Zwecke einer überregionalen Verlegung von intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten durch das sogenannte Kleeblatt-Konzept ergänzt. Dieses Konzept ist in drei Planungsstufen (grün, gelb und rot) unterteilt. Die rote Planungsstufe ist bei einer sich abzeichnenden Überlastungssituation erreicht, die eine deutschlandweite Verlegung von Patientinnen und Patienten bei Auslastung der lokalen und regionalen Strukturen erforderlich macht und mit einem bundesweiten Anstieg der Infektionszahlen einhergeht. Die sich abzeichnende Überlastungssituation liegt nach diesem Konzept vor, wenn die epidemiologische Lage bedrohlich ist, die Kapazitäten der belegbaren Intensivbetten zu gering sind und der Bedarf an intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten prognostisch stark ansteigt.

In dieser Planungsstufe findet sodann das Kleeblatt-Prinzip Anwendung zur strategischen Verlegung von intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten. Hierbei sind die Länder in fünf Kleeblätter unterteilt worden. Diese werden vom Gemeinsamen Melde- und Lagezentrum, dem sechsten Kleeblatt, koordiniert. Die Kleeblätter selbst werden jeweils von einem zentralen Ansprechpartner, dem sogenannten Single Point of Contact, gesteuert. Des Weiteren unterstützen bei einer erforderlich werdenden strategischen Verlegung von intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten das Robert Koch-Institut sowie beratend die Fachgruppe Intensivmedizin, Infektiologie und Notfallmedizin (Fachgruppe COVRIIN). Die Fachgruppe COVRIIN besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie sowie des Ständigen Arbeitskreises der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger. Diese Stellen verfügen über tagesaktuelle Informationen zu verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und unterstützen die abgebenden Krankenhäuser bei der Kapazitätsabfrage zum Zweck regionaler oder überregionaler Verlegungen betroffener Patientinnen und Patienten. Im Rahmen dieses Verfahrens erhalten die einzelnen Krankenhäuser bzw. die dort zuständigen Ärztinnen und Ärzte Kenntnis über die Verfügbarkeit regionaler und überregionaler intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten bzw. über deren Ausschöpfung.

Informationen über freie intensivmedizinische Behandlungskapazitäten können zudem dem DIVI IntensivRegister entnommen werden. Das DIVI IntensivRegister enthält tagesaktuelle Informationen über die bundesweite Auslastung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten. Nach dem am 26. November 2022 in Kraft tretenden § 2 Absatz 2 der Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance werden die Krankenhäuser ab dem 26. November 2022 verpflichtet sein, die tagesaktuellen Angaben zu ihren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten jeweils täglich bis 12 Uhr an das DIVI IntensivRegister zu übermitteln. Die Übermittlungspflicht nach der Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance wird ab dem 26. November 2022 die entsprechende Übermittlungspflicht nach der DIVI IntensivRegister-Verordnung ersetzen.

Zu Nummer 3 – § 5c Absatz 6

Mit der Änderung werden die Krankenhäuser verpflichtet, getroffene Zuteilungsentscheidungen unverzüglich an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu melden und mitzuteilen, weshalb im Zeitpunkt der Zuteilungsentscheidung überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten nicht ausreichend vorhanden waren.

Die Meldung der Krankenhäuser an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde dient dazu, erfolgte Zuteilungsentscheidungen zu erfassen und die zuständige Landesbörde unmittelbar in die Lage zu versetzen, im Rahmen ihrer Zuständigkeit tätig zu werden. In der Folge kann die zuständige Landesbehörde unmittelbar nach erfolgter Meldung insbesondere die Umstände prüfen, die eine Zuteilungsentscheidung notwendig gemacht haben. Dies schließt insbesondere auch die Aufklärung ein, welche Personengruppen von einer Zuteilungsentscheidung betroffen waren, wenn diese Information für die zuständige Landesbehörde im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung erforderlich ist. In diesem Zusammenhang können auch Erkenntnisse gesammelt werden, um Vorkehrungen zur Vermeidung von Zuteilungsentscheidungen für die Zukunft zu schaffen.

Insbesondere soweit der zuständigen Landesbehörde im Rahmen ihrer Tätigkeit Anhaltspunkte bekannt werden, die auf strukturelle oder organisatorische Defizite in einem Krankenhaus schließen lassen, kann sie im Rahmen ihrer Befugnisse auch Behandlungsdokumentationen einsehen und erforderlichenfalls die von einer Zuteilungsentscheidung betroffenen Personengruppen feststellen, soweit das jeweilige Landesrecht dies vorsieht.

Darüber hinaus können die erfassten Meldungen auch für die wissenschaftliche Evaluation genutzt werden. Die von den zuständigen Landesbehörden erhobenen Daten sollen daher auf Bundesebene gebündelt werden, um einen aussagekräftigen Überblick über etwaig vorgenommene Zuteilungsentscheidungen zu erhalten. Dies kann zum Beispiel über eine Abfrage bei den zuständigen Landesbehörden erfolgen. Eine solche Abfrage ist auch unbeschadet der genannten Evaluation bei Bedarf möglich.

Zu Nummer 3 – § 5c Absatz 7

Die Regelung in Absatz 7 sieht angesichts der Bedeutung und Tragweite der Regelung eine umfassende Evaluation des § 5c IfSG-E vor. Eine Evaluation soll auch dann erfolgen, wenn keine Zuteilungsentscheidungen getroffen wurden. Hierdurch können die einzelnen Regelungen in § 5c IfSG-E auf Fortentwicklungsbedarf überprüft werden. Vor diesem Hintergrund soll eine externe Evaluation spätestens bis zum 31. Dezember 2025 beauftragt werden. Für den Fall, dass Zuteilungsentscheidungen stattgefunden haben, soll eine Evaluation hingegen zeitnah erfolgen. Für diesen Fall ist eine Evaluation innerhalb einer Frist von sechs Monaten, nachdem erstmals eine Zuteilungsentscheidung an eine für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde angezeigt wurde, zu beauftragen. Hierdurch können Erkenntnisse zeitnah gewonnen und ausgewertet werden, um etwaigen Fortentwicklungsbedarf der Regelung möglichst frühzeitig zu erkennen. Die von den zuständigen Landesbehörden aufgrund der Anzeige vorgenommener Zuteilungsentscheidungen erhobenen Daten sollen auf Bundesebene gebündelt werden, um einen aussagekräftigen Überblick über etwaig vorgenommene Zuteilungsentscheidungen zu erhalten. Dies kann zum Beispiel über eine Abfrage bei den zuständigen Landesbehörden erfolgen.

Gegenstand der Evaluation sind insbesondere die Erreichung der Ziele, Vorkehrungen zum Schutz vor Diskriminierung zu schaffen und Rechtssicherheit für die handelnden Ärztinnen und Ärzte zu gewährleisten.

Dies umfasst die Prüfung, ob das Zuteilungskriterium der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit in der Kombination mit den Verfahrensregelungen, wie dem Mehraugenprinzip und den Vorgaben zur Dokumentation, einen wirksamen Schutz von Menschen mit Behinderungen sowie älteren und pflegebedürftigen Menschen vor Diskriminierung für den Fall aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten gewährleistet.

Die Vorschrift des § 5c IfSG-E regelt ferner den gesetzlichen Rahmen, innerhalb dessen Zuteilungsentscheidungen rechtssicher durch Ärztinnen und Ärzte getroffen werden können. Die Evaluation umfasst damit auch die Abgrenzung zwischen der in § 5c Absatz 2 Satz 4 IfSG-E normierten Ausnahme bereits zugeteilter überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten von der Zuteilungsentscheidung und der alltäglich in der intensivmedizinischen Praxis notwendig werdenden Therapiebegrenzung infolge einer Therapiezieländerung.

Nach § 5c Absatz 2 Satz 4 IfSG-E sind bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen. Hierdurch wird ausdrücklich geregelt, dass bereits zugeteilte überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten nicht mehr zur Disposition stehen, solange eine intensivmedizinische Behandlung noch indiziert ist und dem Patientenwillen entspricht.

Der Abbruch einer intensivmedizinischen Behandlung infolge einer Therapiezieländerung ist dagegen von der Regelung in § 5c Absatz 2 Satz 4 IfSG-E nicht erfasst.

Ist eine intensivmedizinische Behandlung nicht mehr erfolgsversprechend und damit nicht mehr indiziert, dürfen weiterhin bereits eingeleitete kurative Maßnahmen abgesetzt werden. Ein Abbruch der intensivmedizinischen Behandlung ist zudem weiterhin zulässig und geboten, wenn die intensivmedizinische Fortbehandlung nicht mehr dem Willen der betroffenen Patientin oder des betroffenen Patienten entspricht. Wird die betroffene Patientin oder der betroffene Patient durch eine Bevollmächtigte oder einen Bevollmächtigten oder eine Betreuerin oder einen Betreuer vertreten, gilt insbesondere die Vorschrift des § 1904 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) bzw. – nach Inkrafttreten der Betreuungsrechtsreform am 1. Januar 2023 – des künftigen § 1829 BGB (neu).

Gegenstand der Evaluation sind ferner die Auswirkungen der Vorschrift und der nach Absatz 5 Satz 1 zu erstellenden Verfahrensanweisungen auf die medizinische Praxis unter Berücksichtigung der praktischen Umsetzbarkeit. Dies umfasst auch die Prüfung, ob die Verfahrensregelungen des § 5c Absatz 3 und 4 IfSG-E unter Berücksichtigung der Sachgesetzlichkeiten der klinischen Praxis angepasst werden müssen.

Die Evaluation wird interdisziplinär insbesondere auf Grundlage rechtlicher, medizinischer und ethischer Erkenntnisse durch unabhängige Sachverständige durchgeführt, die jeweils zur Hälfte von dem Bundesministerium

für Gesundheit und dem Deutschen Bundestag benannt werden. Damit wird eine wissenschaftliche Evaluation gewährleistet. Die Sachverständigen haben im Rahmen der Evaluation bundesweite Verbände, Fachkreise sowie Selbstvertretungsorganisationen, deren Belange von der Vorschrift besonders berührt sind, angemessen zu beteiligen. Dies betrifft insbesondere die Belange von Menschen mit Behinderungen, älteren, pflegebedürftigen oder vorerkrankten Menschen und der Ärzteschaft. Die Beteiligung kann zum Beispiel durch Anhörungen erfolgen. Hierdurch wird eine angemessene Partizipation sichergestellt.

Das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt den Evaluationsbericht und eine Stellungnahme innerhalb einer Frist von einem Jahr nach Beauftragung der Sachverständigen an den Deutschen Bundestag. Das Bundesministerium für Gesundheit stellt im Rahmen der Beauftragung der Evaluation durch vertragliche Vereinbarungen sicher, dass der Evaluationsbericht rechtzeitig durch die Sachverständigen vorgelegt wird und dieser Bericht nebst Stellungnahme fristgerecht an den Deutschen Bundestag übermittelt werden kann. Durch die Übersendung des Evaluationsberichtes und der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zu diesem Bericht an den Deutschen Bundestag wird eine erneute Befassung durch den Deutschen Bundestag und seine Gremien mit dieser Regelung gewährleistet.

Berlin, den 9. November 2022

Dirk Heidenblut
Berichterstatter

Hubert Hüppe
Berichterstatter

Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Berichterstatterin

Katrin Helling-Plahr
Berichterstatterin

Martin Sichert
Berichterstatter

Ates Gürpinar
Berichterstatter

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co. KG, Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.bundesanzeiger-verlag.de
ISSN 0722-8333