



Kurzstellungnahme  
zum  
**Entwurf einer Formulierungshilfe des BMG  
für die Fraktionen SPD, Bündnis90/Die Grünen und der FDP**  
zum  
**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes**  
(Bearbeitungsstand 5.5.2022)

Der o.g. Entwurf beabsichtigt, im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes ein „Verfahren im Falle pandemiebedingt nicht ausreichender überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten“ zu normieren. Tatsächlich regelt der Entwurf aber nicht nur ein Verfahren, sondern etabliert materielle Kriterien zur Priorisierung von behandlungsbedürftigen Patient:innen, die in dieser Form einen unverantwortlichen wie weitreichenden Bruch mit bisherigen anerkannten medizinethischen Grundsätzen darstellt. Er ist deshalb entschieden zurückzuweisen.

1. Die Entscheidung über die Zuteilung nicht ausreichend verfügbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten soll in Zukunft „nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten getroffen werden“ dürfen (§ 5c (1) Satz 1 IfSchG-E). Damit fällt das bislang übliche und medizinethisch wie rechtlich unbestrittene primäre Kriterium der Dringlichkeit ersatzlos weg. (Dieses war neben dem Vorliegen des Patientenwillens im Bearbeitungsstand vom 1.3.2022 noch enthalten.) Damit griffe das Entscheidungskriterium (bessere) Überlebenswahrscheinlichkeit“ nicht erst dann, wenn zwischen Patient:innen mit der höchsten Dringlichkeit entschieden werden müsste, sondern immer schon dann, wenn eine signifikant bessere Überlebenswahrscheinlichkeit gegeben ist. Der ersatzlose Wegfall des Kriteriums (höhere/höchste) Dringlichkeit hätte dramatische Folgen: Die höhere/höchste Dringlichkeit einer (intensiv-)medizinischen Behandlung ist in der Regel einer schweren Verletzung beziehungsweise Erkrankung geschuldet. Diese wiederum mindert aus sich heraus tendenziell die Erfolgsaussicht einer Behandlung: Wer schwerer verletzt/erkrankt ist, dessen Überlebenswahrscheinlichkeit ist zwangsläufig begrenzter. Fiele das Entscheidungskriterium „höhere/höchste Dringlichkeit“ weg, müssten der zukünftigen Normvorgabe zur Folge – zugespitzt formuliert – immer auch jene Patient:innen priorisiert werden, denen zwar eine geringere Dringlichkeit, wohl aber einer bessere Erfolgsprognose attestiert wird. Dies stellt die bisherigeren Priorisierungsgrundsätze auf den Kopf.
2. Ausdrücklich bezieht der Entwurf die Fallkonstellation eines Behandlungsabbruchs („ex-post-Triage“) ein. Statt ihn kategorisch auszuschließen, legitimiert er ihn im Zuge einer

Verfahrensregelung gleichsam nebenbei (Abs.2). Zukünftig müsste jede:r Patient:in, deren Überleben durch eine bereits angelaufene, aktuelle intensivmedizinische Behandlung gesichert werden soll, jederzeit mit dem (unfreiwilligen) Abbruch ihrer/seiner Behandlung und damit mit seinem/ihrer Versterben rechnen, nur weil ein:e Patient:in mit einer besseren Überlebenschance in den Genuss der nicht ausreichend verfügbaren intensivmedizinischen Versorgung kommen soll. Die Dramatik dieser ethisch unhaltbaren Konsequenz steigert sich ersichtlich in der Kombination mit dem Wegfall des Priorisierungskriteriums der (höheren/höchsten) Dringlichkeit. Das eigentliche Regelungsziel der Gesetzesänderung, nämlich behinderungs- oder altersassoziierter Diskriminierung bei der Zuteilung knapper Ressourcen zu verhindern, würde vollends in sein Gegenteil verkehrt.

Unbeschadet der Frage, in welcher Form das Kriterium der (besseren) Überlebenschance überhaupt maßgeblich in eine Priorisierungsentscheidung einfließen können soll – die Beantwortung dieser Frage ist medizinethisch wie medizinrechtlich strittig –, muss jede Norm sowohl das Kriterium der (höheren/höchsten) Dringlichkeit einschließen, wie umgekehrt die Möglichkeit einer sogenannten „ex-post-Triage“ ausschließen.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die beabsichtigte Regelung sich zwar nur auf Priorisierungsentscheidungen im Zuge der Covid-19-Pandemie bezieht, aber doch erhebliche Folgewirkungen für anstehende Priorisierungsentscheidungen im Gesundheitswesen insgesamt hat. Die Erfolgsaussicht – hier zunächst nur auf die aktuelle und kurzfristige Überlebenschance begrenzt – könnte sich zum zentralen Maßstab bei der Allokation knapper Behandlungskapazitäten etablieren und etwaige Dringlichkeiten ins Abseits stellen.

Berlin, 9.5.2022

ALH