

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.
zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des
Infektionsschutzgesetzes

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, 22.07.2022

Der Sozialverband VdK Deutschland e. V. (VdK) ist als Dachverband von 13 Landesverbänden mit über zwei Millionen Mitgliedern der größte Sozialverband in Deutschland. Die Sozialrechtsberatung und das Ehrenamt zeichnen den seit über 70 Jahren bestehenden Verband aus.

Zudem vertritt der VdK die sozialpolitischen Interessen seiner Mitglieder, insbesondere der Rentnerinnen und Rentner, Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen sowie Pflegebedürftigen und deren Angehörigen.

Der gemeinnützige Verein finanziert sich allein durch Mitgliedsbeiträge und ist parteipolitisch und konfessionell neutral.

1. Zu den Zielen des Gesetzentwurfs und den Maßnahmen der Umsetzung

Das Bundesverfassungsgericht hat am 16. Dezember 2021 eine Entscheidung zur möglichen Diskriminierung von Menschen mit Behinderung bei der Zuteilung knapper überlebenswichtiger intensivmedizinischer Ressourcen getroffen, der sogenannten Triage (1 BvR 1541/20). Darin fordert es den Gesetzgeber auf, unverzüglich einen wirksamen Schutz vor Benachteiligung aufgrund von Behinderung gesetzlich zu regeln.

Die Regelung soll nun über eine Ergänzung im Infektionsschutzgesetz in § 5 c Abs. 1 bis 5 erfolgen.

Sie erstreckt sich auf alle Patienten, die während einer Pandemie intensivmedizinisch behandelt werden müssen, und zwar unabhängig von der jeweiligen Ursache der Behandlungsbedürftigkeit. Eine Entscheidung darüber, welcher Patient intensivmedizinisch behandelt wird und welcher Patient aufgrund nicht vorhandener Ressourcen nicht, setzt grundsätzlich voraus, dass alle anderen organisatorischen Maßnahmen, wie z. B. Verlegungen und Verschiebung planbarer Behandlungen etc., zuvor ausgeschöpft wurden.

Eine Zuteilungsentscheidung darf nur unter Berücksichtigung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenschancen getroffen werden. Dabei ist eine Benachteiligung aufgrund einer Behinderung, Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder sexuellen Orientierung unzulässig.

Neben den materiell-rechtlichen Vorgaben enthält der Entwurf Verfahrensvorschriften, z. B. zur erforderlichen Qualifikation und Erfahrung der Intensivmediziner, die eine Zuteilungsentscheidung treffen. Des Weiteren werden ein Mehraugenprinzip sowie die Hinzuziehung einer Person mit behinderungsspezifischer Fachexpertise bei Patienten mit Behinderung oder Vorerkrankung eingeführt. Ebenso werden Dokumentationspflichten über Zuteilungsentscheidungen und Verfahrensregelungen für Kliniken mit Intensivstationen geregelt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass der Gesetzgeber endlich aktiv wird und die Zuteilung nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten regeln wird.

Vorrangig ist für den VdK, dass Bund und Länder mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln Triage-Situationen verhindern und dazu wirksame Maßnahmen treffen. Dazu gehört neben einem Monitoring des Infektionsgeschehens und der Umsetzung wirksamer Infektionsschutz-

maßnahmen auch, dass der Bundesgesetzgeber durch eine veränderte Krankenhausfinanzierung für ausreichende Behandlungskapazitäten sorgt. Dabei muss er verbindliche gesetzliche Regelungen zur Verlegung von Patienten, z. B. über Bundesländergrenzen hinweg oder ins europäische Ausland, treffen.

Der VdK begrüßt, dass der Abbruch einer intensivmedizinischen Behandlung zugunsten eines Patienten mit größeren Überlebenschancen (sog. „Ex-Post-Triage“) ausdrücklich untersagt wird.

Des Weiteren begrüßt der VdK, dass das normierte Benachteiligungsverbot sich auf alle Diskriminierungsmerkmale des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) bezieht. Erfreulicherweise wurde das Benachteiligungsverbot zusätzlich auf Gebrechlichkeit ausgeweitet.

Insbesondere für behinderte, ältere oder pflegebedürftige Menschen, die auf Hilfsmittel oder Assistenz angewiesen sind, bestünde andernfalls die Gefahr, dass Gebrechlichkeit bei der Zuteilungsentscheidung zur Benachteiligung dieser Personengruppen führt.

Die enge Orientierung des Referentenentwurfs am Beschluss des Bundesverfassungsgerichts hält der VdK für sachgerecht. Eine Zuteilungsentscheidung darf laut Gesetzentwurf nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit getroffen werden. Die Beurteilung medizinischer Sachverhalte im Einzelfall obliegt laut Bundesverfassungsgericht der Letztverantwortung des medizinischen Personals. Danach scheidet die in der politischen Debatte immer wieder ins Spiel gebrachte Randomisierung der Patientenauswahl (Zufallsprinzip) aus. Der VdK lehnt es ausdrücklich ab, die Verteilung von Behandlungskapazitäten in einer Triage-Situation dem Zufall zu überlassen.

Der VdK begrüßt die Aufnahme von Negativkriterien, die nicht geeignet für die Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit sind. Einen entsprechenden Negativkriterienkatalog hatte der VdK im Vorfeld gemeinsam mit den Verbänden im Deutschen Behindertenrat (DBR) gefordert.

Der VdK begrüßt ebenfalls das Mehraugenprinzip sowie die zusätzliche Einbeziehung einer Person mit behinderungsspezifischer Fachexpertise, wenn Menschen mit Behinderungen oder Vorerkrankungen von der Zuteilungsentscheidung betroffen sind. Die Regelung lässt allerdings Ausnahmen unter dem Aspekt der Dringlichkeit zu. Das lehnt der VdK ab. Es ist zu befürchten, dass die vorgesehene Hinzuziehung der Person mit besonderen Kenntnissen zu Behinderung und Vorerkrankung in Praxis unter dem Vorwand der Dringlichkeit ständig umgangen wird.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung ausdrücklich Vorgaben des Gesetzgebers zur Aus-, Fort- und Weiterbildung medizinischen Personals zu Diskriminierungsrisiken von Menschen mit Behinderungen angeregt. Diese fehlen im Gesetzentwurf. Obwohl der Bundesgesetzgeber nur eine eingeschränkte Gesetzgebungskompetenz hierfür hat, hält der VdK es für unbedingt erforderlich, dass Gesetzgeber in Bund und Ländern jetzt schnellstmöglich tätig werden.

Die nunmehr vorgesehenen Regelungen zur Dokumentation sollten nach Ansicht des VdK weiter konkretisiert werden.

Im Gesetzentwurf fehlen eine Meldepflicht der Kliniken zu Triage-Fällen an einer zentralen Stelle und eine Evaluation dieser Fälle. Der VdK hält dies für dringend erforderlich. Falls es in Deutschland dazu kommen sollte, dass Menschen aufgrund fehlender intensivmedizinischer Ressourcen sterben, muss der Gesetzgeber aufgrund der Datenlage entsprechend nachsteuern können.

2. Verfahren im Falle pandemiebedingt nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten (§ 5 c Abs. 1 – 5 IfSG)

Im Folgenden nimmt der Sozialverband VdK Deutschland zu ausgewählten Punkten und zu fehlenden Regelungen Stellung.

2.1. Benachteiligungsverbot (§ 5 c Abs. 1 IfSG)

Niemand darf bei einer ärztlichen Entscheidung über die Zuteilung von pandemiebedingt nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten aufgrund einer Behinderung, der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung benachteiligt werden.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass das normierte Benachteiligungsverbot sich auf alle Diskriminierungsmerkmale des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) bezieht und darüber hinaus das Kriterium Gebrechlichkeit aufgenommen wurde. Insbesondere für behinderte, ältere und pflegebedürftige Menschen, die auf Hilfsmittel oder Assistenz angewiesen sind, bestünde andernfalls die Gefahr, dass die Berücksichtigung von Gebrechlichkeit bei der Zuteilungsentscheidung zur Benachteiligung führt. Regelungen, wie in Italien oder der Schweiz, bei denen ältere Menschen durch bestimmte Altersgrenzen bzw. ein hohes Lebensalter in Kombination mit Gebrechlichkeit zurückgestellt oder von der Behandlung ausgeschlossen werden können, wären für den VdK völlig inakzeptabel. Mit der hier vorliegenden Regelung scheidet die Anwendung der umstrittenen „Gebrechlichkeitsskala“ („Clinical Frailty Scale“ (CFS) und ähnlichen Instrumenten aus. Entsprechende Leitlinien und Empfehlungen, die bisher eine „erhöhte Gebrechlichkeit“ als Kriterium für eine geringe Erfolgsaussicht definiert haben, sind an der Stelle nicht anzuwenden oder aber zu überarbeiten.

2.2. Zuteilungskriterien (§ 5c Abs. 2 IfSG)

Eine Zuteilungsentscheidung darf nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit getroffen werden. Für die Beurteilung sind Behinderung, Alter, verbleibende mittel- oder langfristige Lebenserwartung, Gebrechlichkeit und Lebensqualität keine geeigneten Kriterien. Komorbiditäten dürfen bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit nur dann berücksichtigt werden, wenn sie

aufgrund ihrer Schwere oder Kombination die auf die aktuelle Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern.

Eine Ex-Post-Triage, der Abbruch einer bereits begonnenen Behandlung zugunsten eines anderen Patienten mit besserer Prognose, ist ausdrücklich untersagt.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Die Orientierung an der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit entspricht den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts. Das zugrundeliegende Kriterium der klinischen Erfolgsaussicht, also die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient die aktuelle Erkrankung mit Hilfe der Intensivtherapie überleben wird, hält der VdK für sachgerecht. Der VdK begrüßt die Aufnahme von Negativkriterien, die bei der Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit keine Rolle spielen sollen. Einen solchen Negativkriterienkatalog hatte der VdK im Vorfeld gemeinsam mit den Verbänden im Deutschen Behindertenrat (DBR) gefordert. Diese Ausschlusskriterien sollten allerdings im Gesetz nicht nur als „nicht geeignet“, sondern ausdrücklich als unzulässig benannt werden, denn in genau diesen möglichen Beurteilungskriterien hatte das Bundesverfassungsgericht ein Einfallstor für Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen gesehen.

Der VdK begrüßt das Verbot einer „Ex-Post-Triage“. Zwischenzeitlich öffentlich gewordene Pläne, im Gesetz auch Regelungen zur Ex-Post-Triage zu treffen, haben große Ängste und Verunsicherung bei vielen älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen ausgelöst. Eine solche Regelung wäre nach Ansicht des VdK ethisch nicht vertretbar und weder für die Patienten, ihre Angehörigen noch für das medizinische Personal auf den Intensivstationen zumutbar gewesen.

2.3. Entscheidungsprozess (§ 5 c Abs. 3 IfSG)

Eine Zuteilungsentscheidung muss von zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrenen Fachärzten getroffen werden. Beide müssen eine Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ absolviert haben. Beide sollen unabhängig voneinander den Patienten begutachten. Nur einer von beiden darf vorher unmittelbar in die Behandlung des Patienten eingebunden gewesen sein. Die Entscheidung ist einvernehmlich zu treffen.

Besteht kein Einvernehmen, ist ein weiterer gleichwertig erfahrener und qualifizierter Intensivmediziner hinzuzuziehen. Dann wird mehrheitlich entschieden. Die Hinzuziehung des zweiten und ggf. dritten Intensivmediziners ist per telemedizinischer Konsultation möglich.

Sind von der Zuteilungsentscheidung Menschen mit Behinderung oder Vorerkrankung betroffen, muss die Einschätzung einer weiteren hinzugezogenen Person mit entsprechender Fachexpertise für die jeweilige Behinderung oder Vorerkrankung hinzugezogen werden. Die Hinzuziehung kann ebenfalls per Telemedizin erfolgen. Deren Einschätzung soll bei der Entscheidung berücksichtigt werden. Eine Stimmberechtigung ist allerdings nicht gegeben.

Auf das Einfließen der zusätzlichen Expertise zu Behinderung oder Vorerkrankung soll laut Gesetzentwurf allerdings verzichtet werden können, wenn die Dringlichkeit der Behandlung der Patienten, über die entschieden wird, dem entgegensteht.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass das Mehraugenprinzip nun verpflichtend gesetzlich geregelt wird und die Entscheidung im Konsens getroffen werden muss.

Hinsichtlich der Umsetzbarkeit in der Praxis bestehen aus Sicht des VdK folgende Bedenken. Bezüglich des Erfüllungsaufwands des Gesetzes wird bei 1117 Krankenhäusern mit Intensivstationen die Zahl der Fachärzte unter Berufung auf ein Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts¹ geschätzt, dass je Intensivbereich durchschnittlich 14 Ärzte, sieben Fachärzte und vier Ärzte mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin (jeweils in Köpfen) beschäftigt sind. Der VdK gibt zu bedenken, dass es in der Praxis Intensivstationen gibt, auf denen nur ein Facharzt mit der Zusatzqualifikation „Intensivmedizin“ zur Verfügung steht und möglicherweise auch Intensivstationen betrieben werden, auf denen zwar langjährig intensivmedizinisch erfahrene Fachärzte eingesetzt sind, die aber u. U. nicht über die im Gesetz geforderte Zusatzqualifikation verfügen. Wenn also die für eine Zuteilungsentscheidung vorausgesetzten personellen Ressourcen von mindestens zwei, bei Dissens sogar drei, mehrjährig erfahrenen Fachärzten mit Zusatzqualifikation Intensivmedizin nicht vorliegen, besteht die Gefahr, dass diese Krankenhäuser sich vorzeitig aus der Versorgung intensivtherapiebedürftiger Patienten abmelden, weil das vorhandene Personal eine Zuteilungsentscheidung rechtlich gar nicht treffen darf. Das wäre in einer Phase der Pandemie, in der aufgrund hoher Fallzahlen jede intensivmedizinische Ressource dringend benötigt wird, fatal. Zu überlegen ist, ob hier nicht eine Öffnungsklausel eingeführt werden sollte, die ermöglicht, dass im Ausnahmefall auch langjährig intensivmedizinisch erfahrene Fachärzte ohne Zusatzqualifikation in die Zuteilungsentscheidung einbezogen werden können.

Mit der Hinzuziehung einer weiteren Person bei Patienten mit Behinderungen oder Vorerkrankungen hat der Gesetzgeber ein zentrales Problem erkannt. Die Berücksichtigung behinderungsspezifischer Fachexpertise hält der VdK für richtig und notwendig. Geeignet wäre z. B. ein langjährig behandelnder Arzt oder „Vertrauensarzt“ des Patienten, der im Zweifelsfall auf Augenhöhe mit den entscheidenden Intensivmedizinern sprechen kann und aussagefähig zur Krankengeschichte, aber auch zur Resilienz des behinderten oder vorerkrankten Patienten ist. Damit kann verhindert werden, dass aus Mangel an Fachkenntnissen zur Behinderung und Vorerkrankung die kurzfristige Überlebenschance falsch eingeschätzt wird.

Das fehlende Stimmrecht hält der VdK für sachgerecht, denn eine Mitentscheidungskompetenz könnte möglicherweise haftungsrechtliche Probleme nach sich ziehen. Die Möglichkeit, diese Person unter dem Aspekt der Dringlichkeit nicht in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, lehnt der VdK allerdings ab. Vielmehr sind Vorkehrungen zu treffen, dass beispielsweise digital jederzeit eine Person mit entsprechender Expertise hinzugezogen werden kann, ohne dadurch die lebenserforderliche Behandlung zu verzögern. § 5 c Abs. 3 Satz 5 ist demnach zu streichen. Andernfalls ist zu befürchten, dass die Hinzuziehung in der Praxis unter dem Vorwand der Dringlichkeit regelmäßig umgangen wird.

Grundsätzlich sollten alle Kliniken, die über Intensivstationen verfügen, verpflichtet werden, Ethikkommissionen einzurichten, in denen auch behinderungsspezifische Expertise vorhanden und durch stetige Weiterbildung auszubauen ist.

¹ Deutsches Krankenhausinstitut 2017: Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft

2.4. Dokumentation (§ 5c Abs. 4 IfSG)

Die maßgeblichen Umstände und der Entscheidungsprozess sind von den Behandelnden zu dokumentieren. Für die Dokumentation gilt eine Aufbewahrungspflicht nach § 630f Abs. 3 BGB (zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung) sowie Rechte auf Einsichtnahme in die Patientenakte nach § 630g BGB.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK begrüßt, dass gegenüber der ursprünglichen Planung des Gesetzgebers die Dokumentationspflicht im vorliegenden Entwurf nachgeschärft wurde und auch der Entscheidungsprozess selbst zu dokumentieren ist.

Laut Gesetzesbegründung umfasst die Dokumentationspflicht den Patientenwillen, die jeweilige Indikation und Dringlichkeit, die klinische Erfolgsaussicht der intensivmedizinischen Behandlung oder deren Nichtvorliegen. Sofern Menschen mit Behinderungen oder Vorerkrankungen von der Zuteilungsentscheidung betroffen sind, soll auch die Einlassung der zuständigen Person mit entsprechender Fachexpertise dokumentiert werden bzw. die Begründung zu deren Nicht-Heranziehung. Der VdK schlägt vor, diese Vorgaben nicht nur in der Gesetzesbegründung zu nennen, sondern in den Gesetzestext aufzunehmen.

Des Weiteren sollten die Dokumentationen über die Patienten, die aufgrund fehlender intensivmedizinischer Ressourcen nicht behandelt werden konnten, zusammen mit den Akten der Patienten, denen im Rahmen der gleichen Entscheidung eine Behandlung zuteilwurde, zwecks Evaluation zentral gesammelt werden (s. „Fehlende Regelungen 3.4 – Meldepflicht und Evaluation“).

2.5. Verfahrensanweisung (§ 5 c Abs. 5 IfSG)

Die Krankenhäuser mit Intensivstationen sind verpflichtet, die Zuständigkeiten und Entscheidungsabläufe in Verfahrensanweisungen festzulegen, deren Einhaltung sicherzustellen und regelmäßig auf Weiterentwicklungsbedarf zu prüfen.

Bewertung des Sozialverbands VdK

Der VdK bedauert, dass der Gesetzgeber sich hier nicht zu verbindlicheren Vorgaben oder Mindestanforderungen für die Verfahrensanweisungen durchringen konnte. So bleibt völlig offen, in welchen zeitlichen Abständen die Krankenhäuser den Weiterentwicklungsbedarf zu prüfen haben und unter welchen Voraussetzungen die Verfahrensanweisungen zwingend weiterzuentwickeln sind. Die Verfahrensanweisungen der Krankenhäuser sollten ebenfalls zentral bei einer unabhängigen Stelle gesammelt werden. Absatz 5 sollte daher um eine entsprechende Übermittlungs- und Auskunftspflicht ergänzt werden.

3. Fehlende Regelungen

3.1. Gesetzliche Regelung für das Kleeblattsystem

Lediglich in der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass vor einer Triage-Entscheidung alle materiellen und personellen Behandlungskapazitäten regional und überregional ausgeschöpft sein müssen. Das sollte im Gesetzestext selbst klargestellt werden. Es wird verwiesen auf das sogenannte Kleeblattkonzept, nach dem die Bundesländer sich bei drohenden Überlastungssituationen mit benachbarten Bundesländern über die Verlegung von Patienten abstimmen. Dieses muss allerdings politisch „aktiviert“ werden und wird dann zwischen Bund, Ländern und dem Robert-Koch-Institut koordiniert. Das Verfahren hat bisher im Verlauf der Corona-Pandemie funktioniert.

Allerdings können die Bundesländer selbst entscheiden, ob und wann sie für ihr „Kleeblatt“ nach Hilfe ersuchen. Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass Bundesländer zu lange abwarten. Der VdK schlägt daher vor, im Gesetz selbst verbindliche Regeln zur Verlegung von Patientinnen und Patienten über Bundesländergrenzen hinweg oder auch ins Ausland zu treffen, um so einen Kollaps des Gesundheitssystems zu verhindern und Triage-Situationen erst gar nicht entstehen zu lassen. Das „Kleeblatt-Verfahren“ sollte zentral auf Bundesebene gesteuert werden.

3.2. Umfassende Regelung von Triage fehlt

Die Verortung der Regelung als pandemiebedingte Sondervorschrift im Infektionsschutzgesetz zwischen „Schutzmasken in der nationalen Reserve Gesundheitsschutz“ und dem Abschnitt zur Überwachung meldepflichtiger Krankheiten hält der VdK für nur bedingt gelungen.

Zwar hat das Bundesverfassungsgericht eine Regelungspflicht des Gesetzgebers für die Pandemie-Situation festgestellt, weil die Verfassungsbeschwerde sich konkret auf die Pandemie-Situation bezog. Daraus folgt aber nicht, dass der Gesetzgeber das Gleiche nicht auch für andere Triage-Situationen regeln kann. Im Gegenteil: an vielen Stellen der Entscheidung ist allgemein die Rede vom „Risiko einer Benachteiligung von Menschen aufgrund einer Behinderung bei der Verteilung von knappen intensivmedizinischen Behandlungsressourcen“. Eine Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen in einer Triage-Situation kann auch aus anderen Anlässen als einer Pandemie, z. B. bei Naturkatastrophen, Großunfällen etc., eintreten.

Der VdK befürwortet eine umfassende und rechtssichere Regelung für die Zuteilung knapper intensivmedizinischer Ressourcen in sämtlichen sogenannten Triage-Situationen.

Angesichts des zeitlichen Handlungsdrucks durch die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts sowie aktuell wieder steigender Inzidenzen sehen wir allerdings auch die Notwendigkeit, das Gesetz zeitnah zu verabschieden. Eine Vorbereitung auf das Verfahren, die Festlegung von Zuständigkeiten und Entscheidungsabläufen muss den Kliniken rechtzeitig vor der drohenden nächsten Überlastung möglich sein.

3.3. Weiterbildung für Ärzte und medizinisches Personal zu Diskriminierungsrisiken aufgrund einer Behinderung

Obwohl der Bundesgesetzgeber nur eine eingeschränkte Gesetzgebungskompetenz für Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten hat, hält der VdK es für unbedingt erforderlich, dass Gesetzgeber in Bund und Ländern hier schnellstmöglich tätig werden. Menschen mit Behinderungen und Vorerkrankungen sind nach wie vor von einem gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsversorgung und -information immer noch weitgehend ausgeschlossen. Das zeigt die fehlende Barrierefreiheit in Arztpraxen, der Mangel an relevanten Gesundheitsleistungen, unzureichende behinderungsspezifische Fachkenntnisse sowie negative Vorurteile und Stereotype beim medizinischen Personal.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung ausdrücklich Vorgaben des Gesetzgebers zur Aus- und Weiterbildung medizinischen Personals angeregt, die jetzt umzusetzen sind. Dazu gehört auch die kritische Reflexion einer vielfach defizitorientierten medizinischen Perspektive auf Behinderung, den Abbau stereotypisierender Sichtweisen und die Sensibilisierung für barrierefreie Kommunikation sowie den Abbau von Unsicherheiten im Umgang mit Menschen mit Behinderung. Das Gleiche gilt für die Vermeidung unbewusster Stereotype bezüglich des Alters, einschließlich demenzieller Erkrankungen sowie Stereotype bezüglich chronischer Erkrankungen. Hier sind ebenso fachliche Informationen, Aufklärung und Sensibilisierung notwendig.

Kurzfristig sollten sich die Weiterbildungsangebote pandemiebedingt auf die Akteure der Notfall- und Intensivmedizin konzentrieren. Mittel- und langfristig gehört das Thema Benachteiligung und Diskriminierungsrisiken behinderter Menschen allerdings verpflichtend in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und medizinischem Personal im gesamten Gesundheitswesen.

3.4. Meldepflicht und Evaluation

Darüber hinaus regt der VdK an, eine gesetzliche Meldepflicht für Triage-Fälle zu normieren und entsprechende Daten zentral, z. B. beim RKI, zu sammeln und regelmäßig auszuwerten. Zur Vermeidung von möglichen künftigen Triage-Situationen ist es wichtig zu erkennen, in welchen Fällen, Kliniken und Bundesländer zu Zuteilungsentscheidungen über zu knappe intensivmedizinische Ressourcen gekommen sind und welche Patienten mit welchen Merkmalen unter bestimmten Bedingungen nicht versorgt wurden. Um eine Dokumentations- und Meldepflicht sicherzustellen, regt der VdK an, auch entsprechende ordnungsrechtliche Sanktionen einzuführen.