Bundesverfassungsgericht
Erster Senat
Postfach 1771

76006 Karlsruhe

vorab per Fax am 15.09.2024

Stellungnahme zu Verfassungsbeschwerden

AZ 1 BvR 2284/23 und 1 BvR 2285/23

Berlin, den 15. September 2024

Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.,

Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin

Tel. 030-284447-822

Fax 030-284447-828

cbp@caritas.de – www.cbp.caritas.de

1. Vorbemerkung

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) bildet mit mehr als 1.100 Mitgliedern, die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe betreiben, eine der größten Interessenvertretungen von gemeinnützigen Anbietern der sozialen Dienstleistungen für über 200.000 Kinder, Jugendliche und erwachsene Menschen mit Behinderung oder mit psychischer Erkrankung in Deutschland. Die Mitglieder des CBP tragen die Verantwortung für über 94.000 Mitarbeitende und unterstützen die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen am Leben in der Gesellschaft. Der CBP bezieht sich in seiner Stellungnahme insbesondere auf die Perspektive von Menschen mit Behinderung, gerade auch mit hohem Unterstützungs- und Assistenzbedarf.

Der CBP begrüßt ausdrücklich, dass das Bundesverfassungsgericht im Rahmen der vorliegenden Verfassungsbeschwerden Selbstvertreter als sachverständige Dritte hinzugezogen hat und unterstützt die Stellungnahme der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. Ergänzend erlaubt sich der CBP auf Aspekte aus der Praxis hinweisen, die für Menschen mit schweren und Mehrfachbehinderungen in der derzeitigen rechtlichen Lage und im Kontext der angegriffenen Norm von besonderer Bedeutung sind.

2. Sachverhaltsdarstellung

Die beiden Verfassungsbeschwerden richten sich gegen den am 14. Dezember 2022 in Kraft getretenen § 5c des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Diese Norm wurde als Reaktion auf einen früheren Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (1 BvR 1541/20) vom 16. Dezember 2021 geschaffen. Hintergrund dieses Beschlusses war die Verfassungsbeschwerde mehrerer Menschen mit Behinderungen, die eine Verletzung ihrer Grundrechte geltend machten, da staatliche Maßnahmen zur medizinischen Versorgung, insbesondere der intensivmedizinischen Behandlung von Menschen mit Behinderungen und Vorerkrankungen während der COVID-19-Pandemie, unzureichend waren. Besondere Besorgnis bestand hinsichtlich der Anwendung von Priorisierungsverfahren, die z. B. auf medizinischen Scores wie der „Critical Frailty Scale“ (CFS) basierten. Diese Verfahren führten bei knappen Ressourcen zu einer Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen oder schweren Vorerkrankungen und von anderen Personengruppen.

Der Auslöser für die ursprüngliche Verfassungsbeschwerde war die Veröffentlichung der „Leitlinie zur Priorisierung und Triage bei akuter Ressourcenknappheit“ durch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) im Frühjahr 2020. Diese Leitlinie wurde aufgrund ihrer diskriminierenden Wirkung auf Menschen mit Behinderungen scharf kritisiert. Weltweit wurden ähnliche Triage-Leitlinien, die Prognoseskalen wie den CFS oder den Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score verwenden, ebenfalls als problematisch und diskriminierend eingestuft.

Das Bundesverfassungsgericht teilte diese Bedenken und entschied im Dezember 2021, dass der Staat die Pflicht habe, Menschen mit Behinderungen vor unmittelbarer und mittelbarer Diskriminierung zu schützen. Das Gericht führte aus, dass der Staat insbesondere dann eingreifen müsse, wenn die Gefahr besteht, dass hochrangige grundrechtlich geschützte Rechtsgüter wie das Leben betroffen sind.

Es wurde dem Gesetzgeber aufgetragen, unverzüglich geeignete gesetzliche Regelungen zu erlassen, um diesen Schutz sicherzustellen.

In Reaktion auf diesen Beschluss wurde der § 5c IfSG geschaffen, um eine rechtliche Grundlage zu schaffen, die die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen im Rahmen von medizinischen Entscheidungen unter knappen Ressourcen verhindert.

Die Beschwerdeführenden in den aktuellen Verfassungsbeschwerden greifen u.a. auf Grundlage des Grundrechts der Berufsfreiheit von Artikel 12 GG insbesondere § 5c IfSG an und fordern, diese Norm als verfassungswidrig und nichtig zu erklären. Dabei richten sie sich vor allem gegen zwei zentrale Regelungen des § 5c:

- **Der Positiv-Negativ-Kriterienkatalog (§ 5c Abs. 1 Satz 1 IfSG):**
  Die Beschwerdeführenden kritisieren die Festlegung von Kriterien, nach denen Priorisierungsentscheidungen im Falle einer Ressourcenknappheit getroffen werden sollen. Diese Kriterien sollen sicherstellen, dass Entscheidungen transparent und diskriminierungsfrei getroffen werden, was nach Ansicht der Beschwerdeführenden zu starr und in der Praxis problematisch sei.

- **Kriterium der „aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit“ (§ 5c Abs.2):**
  Die Beschwerdeführenden kritisieren das Kriterium der „aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit“, da es in extremen Situationen mit knappen Ressourcen, dazu führen kann, dass Patienten mit besseren Überlebenschancen sterben, weil ihnen die intensivmedizinischen Ressourcen verwehrt werden, die stattdessen an Patienten mit deutlich schlechteren Prognosen vergeben werden.

- **Das grundsätzliche Verbot der Ex-Post-Triage (§ 5c Abs. 2 Satz 4 IfSG):**
  Die Ex-Post-Triage, also die nachträgliche Änderung von medizinischen Priorisierungsentscheidungen, ist nach der derzeitigen Regelung grundsätzlich verboten. Die Beschwerdeführenden sehen darin eine Einschränkung, die ihrer Meinung nach im medizinischen Alltag hinderlich sein könnte, insbesondere wenn sich die Situation eines Patienten unerwartet verschlechtert.

3. Kriterienkatalog für die Zuteilung medizinischer Ressourcen im Rahmen von § 5c Abs. 1 IfSG

§ 5c Abs.1 IfSG zielt darauf ab, bei der Zuteilung von intensivmedizinischen Ressourcen Diskriminierung aufgrund von Faktoren wie Behinderung, Gebrechlichkeit oder Alter zu verhindern.

Erfahrungen aus der Praxis

Diskriminierende Entscheidungen bei der (intensiv)medizinischen Behandlung von Menschen mit Behinderungen sind kein neues Phänomen, sondern ein strukturelles Problem, das schon lange besteht. Bereits vor der COVID-19-Pandemie wurde immer wieder berichtet, dass Menschen mit Behinderungen im Gesundheitssystem benachteiligt werden.

Die Pandemie wirkte jedoch wie ein Brennglas, das diese Missstände verstärkt und deutlicher sichtbar gemacht hat.

Während der Pandemie häuften sich Berichte aus unseren Mitgliedseinrichtungen für Menschen mit Behinderungen, die belegen, dass bei der Aufnahme und intensivmedizinischen Behandlung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Schwerst- und Mehrfachbehinderungen trotz medizinischer Indikation diskriminierende Entscheidungen getroffen wurden. In vielen Fällen wurde diesen Personen die stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus verweigert, obwohl sie einer dringenden Behandlung bedurften. Diese Entscheidungen -nicht nur im Hinblick auf die COVID-19-Pandemie- beruhen häufig auf unzureichender Kommunikation, fehlender Fachkompetenz im Umgang mit Menschen mit Behinderungen oder einer Überlastung des medizinischen Personals.

Die Verfassungsbeschwerde der Notfallärzte selbst bestätigt auf S. 7 die „Triage vor der Triage“, ohne allerdings Hinweise zu geben, welchen Beitrag Ärzte dazu leisten können, dass die von ihnen als „weiche Triage“ bezeichnete Triage, überhaupt eintritt, dass es also an sogenannten „Sachgesetzlichkeiten“ scheitert, dass Menschen mit Behinderungen, pflegebedürftige Menschen oder andere Personengruppen den gleichen Zugang zu stationären gesundheitlichen Einrichtungen – gerade auch intensiv- und notfallmedizinischen Angeboten – erhalten, wie auch andere Zielgruppen. Die beschwerdeführenden Notfallärzte stellen dazu nur fest: „Diese Massnahmen hatten – und haben weiterhin – negative Folgen für betroffene Patienten“.

Die COVID-19-Pandemie hat insgesamt verdeutlicht, wie anfällig das System für diskriminierende Praktiken ist, insbesondere in Situationen, in denen Ressourcen knapp und Entscheidungen unter Zeitdruck getroffen werden müssen. Diese Erfahrungen unterstreichen die Dringlichkeit, strukturelle Probleme im Gesundheitssystem anzugehen und sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund ihrer Behinderung benachteiligt werden, sondern dass sie den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung erhalten wie alle anderen.

In der Praxis werden Menschen mit Behinderungen immer wieder als weniger überlebensfähig eingestuft, weil ihre Vorerkrankungen oder Behinderungen eine ungünstigere Prognose nahelegen. Dabei wird jedoch nicht ausreichend berücksichtigt, dass diese Menschen bei angemessener Versorgung durchaus überleben könnten.

Es besteht grundsätzlich die Gefahr, dass medizinisches Personal unbewusste Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderungen entwickelt und ihre Überlebenschancen aufgrund der Behinderung pauschal als geringer einstuft. Diese Voreingenommenheit verstärkt die Diskriminierung, da sie oft nicht auf objektiven medizinischen Kriterien, sondern auf subjektiven Einschätzungen basiert. Dies spiegelt sich auch in den Rückmeldungen aus unseren Mitgliedseinrichtungen wider: Menschen mit Behinderungen, insbesondere solche mit komplexen gesundheitlichen Problemen, erhalten weniger wahrscheinlich eine adäquate intensivmedizinische Versorgung.

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hat am 22.04.2024 eine neue Studie zum Gesundheitswesen unter dem Titel „Diagnose Diskriminierung“ [1] veröffentlicht, in der

[1] Antidiskriminierungsstelle - Aktuelle Meldungen - Diskriminierung im Gesundheitswesen: Betroffene beklagen fehlende Anlaufstellen abgerufen am 12.09.2024

Diskriminierungen wegen einer Behinderung umfangreich darstellt werden[2]. Die Diskriminierungen wegen einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung treten in Krankenhäusern im Vergleich zu weiteren Diskriminierungsmerkmalen „häufig“ auf (8-9 %). Die Diskriminierung wegen Alters werden selten angegeben (5 %). [3]

Wenn bereits im gesamten Gesundheitswesen die Diskriminierungsrisiken unter üblichen Rahmenbedingungen bestehen, umso mehr ist zu erwarten, dass durch die Zuteilung von knappen intensivmedizinischen Ressourcen die erhebliche Benachteiligung von Menschen mit Behinderung eintritt. Zu großer Besorgnis geben auch Anwendungen wie die Klinische Fraility Skala der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, in der explizit das „Ziel ist die Identifizierung von Patienten mit einem erhöhten Risiko für einen ausbleibenden Behandlungserfolg, welche nicht von einer intensivmedizinischen Intervention profitieren dürften.“[4]

Der Kriterienkatalog in § 5c Abs. 1 S. 1 IfSG dient in erster Linie dazu, Diskriminierung bei der Zuteilung von knappen intensivmedizinischen Ressourcen zu verhindern. Er legt fest, dass Faktoren wie Behinderung, Gebrechlichkeit oder Alter keine Rolle bei der Entscheidung spielen dürfen, welche Patientinnen und Patienten Zugang zu lebensrettenden Behandlungen erhalten.

In diesem Zusammenhang wird auf die Studie der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation hingewiesen, die die Situation der Menschen mit Behinderung in der Corona-Pandemie beschreibt und feststellt, dass Menschen mit Behinderungen, insbesondere bei Schwerstmehrfachbehinderung, psychischen und Verhaltensstörungen nicht benachteiligt werden dürfen und Zugangshindernisse abgebaut werden müssen.[5]

Diese Regelung greift die wesentlichen Vorgaben des Diskriminierungsverbots aus Artikel 3 Abs. 3 des Grundgesetzes auf. Darüber hinaus steht der Katalog im Einklang mit § 1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes.

Durch diese explizite Erwähnung im Gesetz soll sichergestellt werden, dass medizinische Entscheidungen, die in Krisensituationen getroffen werden, diskriminierungsfrei erfolgen und ausschließlich auf medizinisch objektiven Kriterien basieren. Dies soll verhindern, dass vulnerable Personengruppen wie Menschen mit Behinderungen oder ältere Menschen aufgrund allgemeiner Vorurteile oder Annahmen über ihre geringere Überlebenswahrscheinlichkeit benachteiligt werden.

Der Kriterienkatalog entspricht außerdem dem ärztlichen Gelöbnis, das alle Medizinerinnen und Mediziner dazu verpflichtet, jeden Menschen unabhängig von persönlichen Merkmalen wie Behinderung oder Alter mit gleicher Sorgfalt zu behandeln. Im Rahmen der medizinischen

---

[2] Studie „Diagnose Diskriminierung“ S. 67 ff Antidiskriminierungsstelle - Aktuelle Meldungen - Diskriminierung im Gesundheitswesen: Betroffene beklagen fehlende Anlaufstellen abgerufen am 12.09.2024

[3] Studie „Diagnose Diskriminierung“ S. 67 ff Antidiskriminierungsstelle - Aktuelle Meldungen - Diskriminierung im Gesundheitswesen: Betroffene beklagen fehlende Anlaufstellen abgerufen am 12.09.2024

[4] Clinical Frailty Scale (CFS) (dggeriatrie.de)

[5] DVfR: Projektberichte: Abschlussbericht zum Konsultationsprozess: Teilhabe von Menschen mit Behinderung in der Corona-Pandemie 2021 S. 48 ff

Ethik gilt das Prinzip der Gleichbehandlung als zentraler Wert, der sicherstellt, dass die Würde jedes Menschen in Krisensituationen bewahrt wird.

Obwohl diese Regelungen darauf abzielen, Diskriminierung zu verhindern, zeigen auch die jüngsten Erfahrungen aus der Praxis, dass es dennoch zu Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen oder älteren Menschen kommen kann, insbesondere wenn das Personal unzureichend geschult oder überlastet ist. Daher ist es von großer Bedeutung, dass das medizinische Personal diese Kriterien nicht nur als rechtliche Vorgabe versteht, sondern sie auch in ihrer täglichen Praxis verinnerlicht und anwendet.

Um dies sicherzustellen, sind regelmäßige Schulungen und interdisziplinäre Diskussionen notwendig, die das Verständnis und die Anwendung dieser Kriterien fördern. Zudem sollte die rechtliche Grundlage durch konkrete Handlungsanweisungen und ethische Leitlinien ergänzt werden, die die Bedeutung des Gleichbehandlungsprinzips im medizinischen Alltag verdeutlichen. Nur so kann gewährleistet werden, dass das Diskriminierungsverbot des § 5c IfSG nicht nur auf dem Papier existiert, sondern auch in der medizinischen Praxis wirksam umgesetzt wird. Der Begriff der „Lebenswertindifferenz“ bringt zum Ausdruck, dass das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit in besonderer Weise egalitär ist. Jedes Leben ist gleich viel wert, jedes Lebensrecht ist in gleicher Weise zu beachten, unabhängig von Behinderung, Alter, Gesundheitszustand, Lebenserwartung oder sozialer Stellung. Wenn Lebenswertindifferenz bedeutet, dass menschliches Leben und menschliche Würde „ohne Rücksicht auf die Dauer der physischen Existenz des einzelnen gleichen verfassungsrechtlichen Schutz“ genießen, wie es das Bundesverfassungsgericht formuliert hat, verbleibt kein Spielraum für unmittelbare oder mittelbare Rationierung. In Knappheitssituationen, in denen es für alle betroffenen Patienten um Leben und Tod geht, gibt es deshalb kaum noch sachliche Gründe, die es ermöglichen, bei der Auswahl von Patientinnen für den Zugang zur intensivmedizinischen Behandlung auf rechtmäßige Weise zu differenzieren. Das Grundgesetz setzt utilitaristischem Denken an dieser Stelle klare Grenzen.

Entscheidend ist auch, dass das medizinische Personal in der Lage ist, umfassendes Wissen über die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen anzuwenden. Dies erfordert nicht nur medizinische Expertise, sondern auch interdisziplinäres Wissen aus den Bereichen Ethik, Pflegewissenschaft, Disability Studies und Rechtswissenschaften.

4. Kriterium der „aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit“ und Prognoseentscheidung § 5c Abs. 2

Das Kriterium der „aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit“ ist das zentrale Kriterium bei der Zuteilung medizinischer Ressourcen in Extremsituationen. Dieses Kriterium, verankert in § 5c Abs. 2 des InfSG, soll dazu dienen, die Chancen eines Patienten einzuschätzen, die akute Krankheit zu überleben und im Anschluss für einen gewissen Zeitraum, ohne die unmittelbare Gefahr eines erneuten schweren Rückfalls weiterzuleben.

Erfahrungen aus der Praxis

Obwohl dieses Kriterium in der Praxis bisher noch nicht angewendet wurde, gibt es erhebliche Befürchtungen, dass es in künftigen Krisensituationen problematische Auswirkungen haben könnte. In angespannten Notsituationen besteht das Risiko, dass durch die subjektiven

Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die defizitorientierte Sicht der Medizin auf Behinderung unbewusst eine Bewertung der Lebensqualität vorgenommen wird. Dies könnte dazu führen, dass Entscheidungen zugunsten eines vermeintlich „lebenswerteren Lebens“ getroffen werden.

Der Bundesgerichtshof hat bereits in einem früheren Beschluss zur „medizinischen Indikation“ festgestellt, dass medizinische Entscheidungen wertende Anteile enthalten können (BGH-Beschluss vom 17.03.2003 - XII ZB 2/03). Diese Wertungen müssen daher offengelegt und kritisch hinterfragt werden.

Die Prognoseentscheidung ist mit erheblichen Unsicherheiten verbunden und erfordert ein hohes Maß an komplexer Fachlichkeit und stellt Ärztinnen und Ärzte unter einen extremen moralischen und fachlichen Druck. Bisherige Erfahrungen aus ähnlichen Entscheidungssituationen zeigen, dass es für Ärztinnen und Ärzte oft schwierig ist, die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit präzise und verlässlich einzuschätzen. Oft sind beispielsweise sogenannte „Behinderungsbilder“ sehr komplex und erschließen sich erst nach sorgfältiger Diagnostik, für die in Notsituationen kaum Zeit ist. Gerade in Krankenhäusern sind Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte in der Regel nicht im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit spezifischen Behinderungen geschult und stehen zumeist unter einem hohen zeitlichen Druck, der die Behandlung von Menschen mit Behinderungen erschwert.

Die Unsicherheiten bei der Überlebenswahrscheinlichkeit räumen auch die Ärzte ein: „Die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit lasse sich bei vielen Patientinnen und Patienten erst nach einem intensivmedizinischen Behandlungsversuch verlässlich abschätzen (…)“, äußerte etwa Dr. Gerald Quitterer, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, in Bezug auf die Ex-Post-Triage.[6]

Die mit den Kriterien einhergehenden Befürchtungen werden durch die bisherige medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung gestützt. Diese zeigt, dass komplexe Behinderungen oft nicht ausreichend in der medizinischen Ausbildung berücksichtigt werden. Insbesondere in akuten Situationen fehlt es häufig an Fachwissen und ausreichender Zeit, um die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen oder komplexen Krankheitsbildern zu berücksichtigen.

Die Gesetzesbegründung zu § 5c InfSG führt aus, dass eine Zuteilungsentscheidung zwischen Patienten erst dann getroffen werden soll, wenn zuvor ärztlich festgestellt wurde, dass die betreffende Person dringend eine intensivmedizinische Behandlung benötigt, so dass nur bei festgestellter Dringlichkeit die Entscheidung über die Zuteilung erfolgen darf.[7] Im Gesetzeswortlaut selbst findet sich das Kriterium nicht wieder, obwohl die medizinische Dringlichkeit der intensivmedizinischen Behandlung ein entscheidendes Kriterium sein muss.

Ohne Regelungen zur Dringlichkeit besteht die Gefahr, dass Menschen mit einem dringenden Behandlungsbedarf, aber ggf. „mittlerer Überlebenswahrscheinlichkeit“, bei der Zuteilung benachteiligt werden könnten. Dies könnte geschehen, wenn gleichzeitig eine Person mit höherer Überlebenswahrscheinlichkeit, aber weniger dringendem Behandlungsbedarf,

[6] https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/ex-post-triage-nicht-verbieten (Zugriff am 12.09.2024)

[7] Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes S. 16, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/I/RefE_GE_AEnderung_IfSG.pdf (zuletzt abgerufen 13.09.2024)

bevorzugt wird. Ohne das Kriterium der Dringlichkeit würde eine solche Person voraussichtlich vorgezogen, selbst wenn ein Abwarten die Überlebenschancen nur geringfügig beeinträchtigt. Dagegen hätte eine Person mit dringendem Behandlungsbedarf ohne sofortige Versorgung keine Überlebenschance.

5. Ex-post-Triage und ihre Problematik

Die Beschwerdeführer wenden sich entschieden gegen die Anwendung der Ex-post-Triage und argumentieren, dass diese Regelung ihr Ziel, möglichst viele Menschenleben zu retten, untergräbt. Sie kritisieren, dass die verfassungsrechtlichen Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes die Effizienz und Flexibilität ärztlicher Entscheidungen in Extremsituationen einschränken. Ihr Hauptanliegen ist es, eine größtmögliche Anzahl von Leben zu retten, was sie durch die geltenden Regelungen als eingeschränkt ansehen.

Erfahrungen aus der Praxis

Zu Beginn der Covid 19 Pandemie haben medizinische Fachgesellschaften gefordert, dass neben den medizinischen Schweregraden auch Komorbiditäten und der Allgemeinzustand der Patienten in die Triage-Entscheidungen einfließen sollen. Diese Forderung verstärkt die Sorge, dass Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen oder Gebrechlichkeit weniger aufwendig behandelt werden könnten, weil ihre Lebenschancen als geringer eingestuft werden. Die Gefahr des Abbruchs intensivmedizinischer Behandlung zugunsten eines anderen Patienten mit besserer Prognose könnte sich bei Menschen mit Behinderung nach dem Wegfall der Regelung des § 5c IfSG realisieren.

Kommt die Ex-post-Triage zur Anwendung, ist zu befürchten, dass vulnerable Gruppen wie Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen besonders benachteiligt werden. Aufgrund ihres oft komplexen gesundheitlichen Zustands, ihrer Beeinträchtigungen oder altersbedingter Gebrechlichkeit könnten sie bei einer Entscheidung, die sich nur auf die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit stützt, überproportional von einem Behandlungsabbruch betroffen sein.

Die Entscheidung über den Abbruch oder die Fortsetzung einer Behandlung basiert bei der Ex-post-Triage auf medizinischen Prognosen, die äußerst komplex und oft unsicher sind, s.o. Im Kern der Thematik geht es primär um Abwägung der fundamentalen Schutzgüter: Menschenwürde, Leben, Gesundheit sowie den grundrechtlichen Schutz vor Diskriminierung. Die Frage einer nutzbringenden Inanspruchnahme von medizinischen Kapazitäten ist dabei sekundär. Aus diesem Grunde haben sich die meisten europäischen Staaten für die Fortsetzung der intensivmedizinische Behandlung der Patienten ungeachtet des Bedarfs der neuen Patienten (ggfs. mit besserer Erfolgsaussicht) und gegen die Ex-Post-Triage entschieden.[8]

Lediglich in Deutschland und Schweden wird die Option eines vorzeitigen Behandlungsabbruchs von medizinischen Fachgesellschaften befürwortet, um durch den Abbruch der Behandlung (und den Tod des Patienten) die frei werdenden intensivmedizinischen Ressourcen für neue Patienten mit besserer Prognose nutzen zu können. [9]

[8] S. 13 Katja Gelinsky: Triage-Empfehlungen grenzüberschreitend betrachtet 2020
Triage-Empfehlungen grenzüberschreitend betrachtet - Konrad-Adenauer-Stiftung (kas.de)

[9] S. 13. Katja Gelinski: Triage-Empfehlungen grenzüberschreitend betrachtet 2020
Triage-Empfehlungen grenzüberschreitend betrachtet - Konrad-Adenauer-Stiftung (kas.de)

Der CBP vertritt die Auffassung, dass die beiden Verfassungsbeschwerden zum 5c IfSG nicht ausreichend das Grundgesetz und die Grundsätzen der UN-Behindertenrechtskonvention berücksichtigen.

Berlin, den 15.09.2024

Janina Bessenich

Geschäftsführerin/Justiziarin

Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.

Kontakt: janina.bessenich@caritas.de