

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum**

**Entwurf der Bundesregierung**

**eines**

**Zweiten Gesetzes zur Änderung  
des Infektionsschutzgesetzes**

**- Bundestag-Drucksache 20/3877 -**

**anlässlich der öffentlichen Anhörung im  
Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages  
am 19. Oktober 2022**

**Stand: 14. Oktober 2022**

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>Allgemeiner Teil</b> .....	<b>3</b>
<b>Besonderer Teil</b> .....	<b>4</b>
<b>Artikel 1 Änderung des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen</b> .....	<b>4</b>
Zu Artikel 1 Ziffer 3 (§ 5c IfSG)	
Verfahren bei aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten .....	4

---

## Allgemeiner Teil

---

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit Beschluss vom 16.12.2021 (1 BvR 1541/20) entschieden, dass sich aus Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz (GG) für den Staat ein Auftrag ergibt, Menschen wirksam vor einer Benachteiligung durch Dritte wegen ihrer Behinderung zu schützen. Aus diesem Grund müsse der Gesetzgeber Vorkehrungen zum Schutz behinderter Menschen für den Fall einer pandemiebedingt auftretenden Triage treffen.

Durch die Entscheidung des BVerfG ist deutlich geworden, wie ethisch hochproblematisch Triage-Entscheidungen im Krankenhaus sind. Gesetzliche Klarstellungen und Entscheidungshilfen durch den Gesetzgeber, die Ärztinnen und Ärzte bei der Arbeit vor Ort unterstützen und zu mehr Rechtssicherheit beitragen, sind daher ausdrücklich zu begrüßen.

Im Beschluss des BVerfG vom 16.12.2021 (1 BvR 1541/20) findet sich aber auch der Hinweis, dass der Gesetzgeber die für die Behandlung zur Verfügung stehenden, begrenzten personellen und sachlichen Kapazitäten des Gesundheitswesens nicht zusätzlich in einer Weise belasten darf, durch die das letztendlich angestrebte Ziel, Leben und Gesundheit von Patientinnen und Patienten mit Behinderungen wirkungsvoll zu schützen, in sein Gegenteil verkehrt werden würde. Das wesentliche Ziel von gesetzlichen Regelungen muss daher darin bestehen, eine Balance zwischen dem wirksamen Schutz von Patientengruppen vor einer diskriminierenden Benachteiligung auf der einen Seite zu schaffen, ohne aber gleichzeitig auf der anderen Seite die handelnden Personen im Klinikalltag durch zu komplexe Vorgaben in der Situation einer erschwerten und dringlichen Versorgung mehrerer Patienten zu gleicher Zeit zu behindern.

---

## Besonderer Teil

---

### Artikel 1

## **Änderung des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen**

### **Zu Artikel 1 Ziffer 3 (§ 5c IfSG)**

### **Verfahren bei aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten**

#### **Beabsichtigte Neuregelung**

In § 5c IfSG (neu) wird das Verfahren einer ärztlichen Entscheidung über die Zuteilung von aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten (Zuteilungsentscheidung) geregelt. Durch diese gesetzlichen Vorgaben soll eine Benachteiligung wegen einer Behinderung, des Grades der Gebrechlichkeit, des Alters, der ethnischen Herkunft, der Religion oder Weltanschauung, des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung bei einer solchen Zuteilungsentscheidung verhindert werden. Dazu wird festgelegt, welche Aspekte bei der Zuteilungsentscheidung Berücksichtigung finden dürfen, welcher Verfahrensablauf hierbei einzuhalten ist, wie die für die Entscheidung maßgeblichen Umstände zu dokumentieren sind und dass die jeweiligen Zuständigkeiten und Entscheidungsabläufe durch Krankenhäuser mit intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in einer Verfahrensweisung festzulegen sind und deren Einhaltung sicherzustellen ist.

Eine Zuteilungsentscheidung darf nur aufgrund der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit der betroffenen Patientinnen und Patienten getroffen werden. Komorbiditäten dürfen nur berücksichtigt werden, soweit sie aufgrund ihrer Schwere oder Kombination die auf die aktuelle Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern. Insbesondere sind eine Behinderung, das Alter, die verbleibende mittel- oder langfristige Lebenserwartung, der Grad der Gebrechlichkeit und die Lebensqualität keine geeigneten Kriterien, um die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit zu beurteilen. Bereits zugeweilte, überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sind von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen.

Die Zuteilungsentscheidung ist einvernehmlich von zwei Ärztinnen oder Ärzten zu treffen, die Fachärztinnen oder Fachärzte sind, im Bereich Intensivmedizin praktizieren, über mehrjährige Erfahrung im Bereich Intensivmedizin verfügen und 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 die Zuteilungsentscheidung ist 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 weiterer Fachexpertise kann in Form einer telemedizinischen Konsultation erfolgen.

## Stellungnahme

Es handelt sich bei den vorgeschlagenen Regelungen grundsätzlich um inhaltlich und fachlich nachvollziehbare Vorgehensweisen, die sich an den Empfehlungen der Fachgesellschaften und des Deutschen Ethikrats orientieren. Allerdings war der Ansatz des vorgelegten Gesetzentwurfs zunächst sehr eng am Beschluss des BVerfG ausgerichtet, da ausschließlich der Fall einer Pandemie und der damit einhergehenden Knappheit intensivmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten geregelt wurde. Dies hat sich nunmehr geändert. Der im Referentenentwurf enthaltene Bezugspunkt der *„pandemiebedingt nicht ausreichend vorhandenen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten“* wurde im Regierungsentwurf durch die äußerst unspezifische Begrifflichkeit *„aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandene intensivmedizinische Behandlungskapazitäten“* ersetzt. Der Begriff der *„übertragbaren Krankheit“* ist jedoch als Ausgangspunkt für die umfassenden Vorgaben der Zuteilungsentscheidung sehr weitgehend und birgt vielfältige Interpretationsspielräume. Dies führt im Krankenhausalltag zu erheblichen Unsicherheiten bei der Umsetzung der vorgesehenen Regelungen. Die Feststellung des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Bundestag bietet demgegenüber den Krankenhäusern und Ärzten einen eindeutigen Bezugspunkt für die Berücksichtigung entsprechender Entscheidungsvorgaben. Eine klare Eingrenzung der Vorgaben auf den Fall einer Pandemie, wie sie dem Referentenentwurf zu entnehmen war, ist daher unbedingt erforderlich.

Das BVerfG hat in seinem Beschluss vom 16.12.2021 (1 BvR 1541/20) darauf hingewiesen, dass sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Fall einer pandemiebedingten Triage in einer extremen Entscheidungssituation befinden, da sie entscheiden müssen, wem die nicht ausreichend zur Verfügung stehenden intensivmedizinischen Ressourcen zukommen sollen und wem nicht. In dieser Situation könne es besonders fordernd sein, auch Menschen mit einer Behinderung die notwendige medizinische Versorgung zukommen zu lassen. Dies gelinge nur, wenn sichergestellt sei, dass allein nach der aktuellen und kurzfristigen Überlebenschance entschieden werde. Dieser Aspekt wird im vorliegenden Referentenentwurf durch die in § 5c Abs. 2 IfSG vorgesehenen Regelungen vollumfänglich abgebildet.

Bei dem in § 5c Abs. 3 IfSG geregelten Verfahrensablauf ist das vorgesehene Mehraugenprinzip bei der Zuteilungsentscheidung uneingeschränkt zu begrüßen. Dadurch wird sichergestellt, dass eine derart schwerwiegende Entscheidung nicht von einer Person alleine getroffen werden muss, sondern weitere Personen, die nicht

unmittelbar in das Behandlungsgeschehen eingebunden sind, überprüfen, ob alle erforderlichen Aspekte bei der Zuteilungsentscheidung Berücksichtigung gefunden haben.

Auch die in § 5c Abs. 3 Satz 1 IfSG enthaltene Vorgabe, die Zuteilungsentscheidung durch zwei mehrjährig intensivmedizinisch erfahrene praktizierende Fachärztinnen und Fachärzte zu treffen, ist inhaltlich und fachlich nachvollziehbar. Nicht entscheidend ist dabei, dass diese intensivmedizinisch erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzte zusätzlich auch die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin aufweisen. So verfügen beispielsweise auch Chirurgen, Internisten oder Fachärzte anderer Fachgebiete über die erforderlichen intensivmedizinischen Erfahrungen, um eine Zuteilungsentscheidung treffen zu können. Die Streichung der im Referentenentwurf in § 5c Abs. 3 Satz 1 IfSG vorgesehenen Zusatzweiterbildung Intensivmedizin wird daher ausdrücklich begrüßt. Dadurch wird die für die Zuteilungsentscheidung notwendige Fachexpertise keinesfalls geschmälert, da die Entscheidung von zwei mehrjährig (im Sinne von mindestens zwei Jahren) intensivmedizinisch erfahrenen Fachärztinnen und Fachärzten, die im Bereich Intensivmedizin praktizieren, getroffen wird.

Darüber hinaus muss aber in den gesetzlichen Regelungen zum Ausdruck kommen, dass die in § 5c Abs. 3 Satz 1 bis 3 IfSG vorgesehenen Entscheidungsabläufe nur dann eingehalten werden können, wenn die Dringlichkeit der Zuteilungsentscheidung dies erlaubt. Die hier niedergelegte Verfahrensweise kann nur zum Tragen kommen, wenn ein geordnetes Verfahren einer Zuteilungsentscheidung überhaupt noch möglich erscheint. Ärztinnen und Ärzte werden aber in absoluten Krisensituationen auch außerhalb eines solchen geordneten Verfahrens gezwungen sein, Zuteilungsentscheidungen über pandemiebedingt knappe intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten sehr rasch und ohne Verzögerung treffen zu müssen.

Insofern ist zudem zu beachten, dass es nicht nur aufgrund einer ansteckenden Krankheit oder Pandemie zur Anwendung der Triage kommen kann. Abseits von pandemiebedingt knappen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sind zahlreiche weitere Notsituationen denkbar, in denen fehlende (nicht nur intensivmedizinische, sondern auch grundsätzliche) Behandlungskapazitäten zu Engpässen führen können, die ähnliche Priorisierungsentscheidungen bei der Behandlung erfordern. Gibt es beispielsweise bei einem Unfall, anderen Großschadensereignissen oder Naturkatastrophen zahlreiche Verletzte, die zur gleichen Zeit behandlungsbedürftig sind und reicht das vorhandene Personal nicht aus, um sämtliche Verletzte zur gleichen Zeit zu behandeln, muss ebenfalls eine Priorisierung vorgenommen werden, in welcher Reihenfolge die Behandlung erfolgt.

Auch das BVerfG macht in seinem Beschluss vom 16.12.2021 (1 BvR 1541/20) deutlich, dass der Gesetzgeber bei der Schaffung gesetzlicher Regelungen die Sachgesetzlichkeiten der klinischen Praxis zu beachten hat, etwa die aus medizinischen Gründen gebotene Geschwindigkeit von Entscheidungsprozessen und die Letztverantwortung des ärztlichen Personals für die Beurteilung medizinischer Sachverhalte im konkreten Einzelfall, die in deren besonderer Fachkompetenz und klinischer Erfahrung begründet liegt.

Für die Krankenhäuser ist es daher unerlässlich, in der gesetzlichen Regelung zum Ausdruck zu bringen, dass ein Abweichen von den in § 5c Abs. 3 IfSG vorgesehenen strukturellen Anforderungen in besonders dringenden und zeitkritischen Fällen, in denen die Anforderungen nicht erfüllt werden können, möglich ist. Zuteilungsentscheidungen, die in einem solchen Kontext getroffen werden müssen, orientieren sich in strafrechtlicher Hinsicht an den Vorgaben des rechtfertigenden Notstands.

Darüber hinaus handelt es sich bei der in § 5c Abs. 3 Satz 4 IfSG vorgesehenen Regelung zur Hinzuziehung einer Person mit entsprechender Fachexpertise für eine möglicherweise vorliegende Behinderung oder Komorbidität um eine sehr allgemein gehaltene Regelung. Insbesondere der Begriff der Komorbidität bietet einen sehr weiten Interpretationsspielraum. Eine so weitgehende Regelung kann dazu führen, dass die Einbeziehung einer solchen zusätzlichen Fachexpertise auch in Fällen erfolgen müsste, in denen eine Behinderung oder Komorbidität gar keinen Zusammenhang zur eigentlichen Zuteilungsentscheidung aufweist. Auch stellt sich die Frage, ob bei Vorliegen mehrerer Vorerkrankungen eine Vielzahl von Personen unterschiedlicher Fachexpertise beizuziehen wäre. Die Forderung ist auch insofern problematisch, als dass in Folge eines pandemischen Geschehens eher komplexe Behandlungssituationen auf den Intensivstationen zu erwarten sind.

Der Gesetzestext erweckt zudem den Eindruck, dass die Begrifflichkeiten „Komorbiditäten“ und „Behinderungen“ konsistente Unterschiede aufweisen würden. Dies ist jedoch nicht der Fall. Gemäß § 2 Abs. 1 SGB IX sind Menschen mit Behinderungen Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) konkretisiert die körperlichen, seelischen und geistigen Behinderungen/Funktionseinschränkungen oder Sinnesbeeinträchtigungen. Diesen kann ein breites Spektrum somatischer Erkrankungsbilder entnommen werden, die zu einer Schwerbehinderung führen können (ab einem Grad der Behinderung von 50). Insofern ist eine eindeutige Grenzziehung nicht immer möglich. Auch kann bei zwei Personen mit gleicher Komorbidität ein unterschiedlicher Grad der Behinderung vorliegen, beispielsweise, wenn eine Person über keinen offiziellen Grad der Behinderung verfügt, weil sie keinen Antrag gestellt hat.

Die Begründung zum Regierungsentwurf verweist im Übrigen auf den Beschluss des BVerfG, wonach Ärztinnen und Ärzte die Letztverantwortung für die Beurteilung medizinischer Sachverhalte im konkreten Einzelfall tragen, die in deren besonderer Fachkompetenz und klinischer Erfahrung begründet liegt (vgl. Seite 25 unten). Durch den Hinweis des BVerfG auf die im konkreten Einzelfall erforderliche besondere Fachkompetenz und klinische Erfahrung wird aber deutlich, dass eine Einbeziehung zusätzlicher Fachexpertise nicht regelhaft in jedem denkbaren Fall einer Behinderung oder Komorbidität vorzusehen ist, sondern nur, wenn im Einzelfall eine zuverlässige Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenschancen wegen behinderungs- oder krankheitsspezifischer Besonderheiten durch die bereits an der

Entscheidung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte nicht möglich ist. Trotz der zu begrüßenden Streichung des Wortes „weitere“ im Hinblick auf die hinzuzuziehende Person bei Patientinnen und Patienten mit Behinderung, erschließt sich die Möglichkeit, dass die zusätzliche Fachexpertise auch durch die zwei bereits eingebundenen Fachärzte eingebracht werden kann, nicht eindeutig. Diese Spezifizierung muss dementsprechend auch Eingang in die gesetzliche Regelung finden.

Eine klare Eingrenzung der Vorgaben zur Einbeziehung zusätzlicher Fachexpertise ist vor allem unerlässlich, weil die im Referentenentwurf enthaltene Ausnahme des Absehens von einer solchen Einbeziehung bei entgegenstehender Dringlichkeit der intensivmedizinischen Behandlung gestrichen wurde. Sofern die verpflichtende Vorgabe zur Einbeziehung zusätzlicher Fachexpertise keinerlei Einschränkung erfährt, muss zwingend die Dringlichkeitsausnahme in die gesetzliche Regelung aufgenommen werden. Ansonsten sind die vorgesehenen Vorgaben im Klinikalltag angesichts der besonderen und insbesondere zeitkritischen Umstände, die Zuteilungsentscheidungen mit sich bringen, schlichtweg nicht umsetzbar.

In der Begründung zum Referentenentwurf wurde zutreffend darauf hingewiesen, dass laut Beschluss des BVerfG die begrenzt zur Verfügung stehenden, personellen und sachlichen Kapazitäten des Gesundheitswesens nicht zusätzlich durch Vorgaben belastet werden dürfen, durch die das letztendlich angestrebte Ziel, Leben und Gesundheit betroffener Patientinnen und Patienten zu schützen, in sein Gegenteil verkehrt werden würde. Der weitergehende fachliche Austausch müsse daher in der Akutsituation der Entscheidung insbesondere in zeitlicher Hinsicht möglich sein. Bedürfen die von einer Auswahlentscheidung betroffenen Patientinnen oder Patienten so dringend einer intensivmedizinischen Versorgung, dass sich jede weitergehende Verzögerung in zeitlicher Hinsicht nachteilig auf den weiteren Behandlungsverlauf auswirken könne, sei die Hinzuziehung einer weiteren Person nicht möglich und habe im Patienteninteresse zu unterbleiben. Im Ergebnis trage die Einführung eines Mehraugenprinzips nach den vorstehenden Grundsätzen bereits dazu bei, das Risiko einer Benachteiligung aller Patientinnen und Patienten bei der Zuteilung zur intensivmedizinischen Versorgung zu reduzieren (vgl. Begründung zum Referentenentwurf, Seite 21). Dem ist vollumfänglich beizupflichten.

Positiv anzumerken ist allenfalls, dass auch eine Einbeziehung von Pflegefachkräften möglich ist, da diese aufgrund der intensiven Betreuung einer oder eines bereits stationär behandelten Patientin oder Patienten und der dadurch bedingten Patientennähe einen guten Überblick über den Behandlungsverlauf haben und aufgrund ihrer Berufserfahrung oder Spezialisierung über eine entsprechende besondere Expertise verfügen können (vgl. Seite 25 der Begründung zum Regierungsentwurf). Diese Möglichkeit dürfte zumindest zu einer Erleichterung der Umsetzbarkeit der vorgesehenen Vorgaben beitragen.

## **Änderungsvorschlag**

§ 5c IfSG wird wie folgt gefasst:

## § 5c

Verfahren im Falle pandemiebedingt bei aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichender vorhandenen überlebenswichtiger intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten

(1) Niemand darf bei einer ärztlichen Entscheidung über die Zuteilung ~~aufgrund einer übertragbaren Krankheit nicht ausreichend vorhandener überlebenswichtiger intensivmedizinischer~~ von pandemiebedingt nicht ausreichend vorhandenen überlebenswichtigen intensivmedizinischen 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.

(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 Krankheit bezogene kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern. Kriterien, die sich auf die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit nicht grundsätzlich 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 zugewiesene überlebenswichtige intensivmedizinische Behandlungskapazitäten sind von der Zuteilungsentscheidung ausgenommen.

(3) Sofern die Dringlichkeit es erlaubt, ist die Die Zuteilungsentscheidung ~~ist~~ einvernehmlich von zwei Ärztinnen oder Ärzten zu treffen, die

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

Besteht kein Einvernehmen, sind die von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen und Patienten von einer weiteren gleich qualifizierten Ärztin oder einem weiteren gleich qualifizierten Arzt zu begutachten und ist die Zuteilungsentscheidung mehrheitlich zu treffen. Von den an der Zuteilungsentscheidung beteiligten Ärztinnen und Ärzten darf nur eine Ärztin oder ein Arzt in die unmittelbare Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen oder Patienten eingebunden sein. Ist eine Patientin oder ein Patient mit einer Behinderung oder einer Komorbidität von der Zuteilungsentscheidung betroffen, muss die Einschätzung einer hinzuzuziehenden Person berücksichtigt werden, durch deren Fachexpertise den besonderen Belangen dieser Patientin oder dieses Patienten Rechnung getragen werden kann, wenn eine Beurteilung der aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit wegen

**behinderungs- oder krankheitsspezifischer Besonderheiten durch die bereits an der Zuteilungsentscheidung beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte nicht möglich ist. Dies gilt nicht, soweit die Dringlichkeit der intensivmedizinischen Behandlung der von der Zuteilungsentscheidung betroffenen Patientinnen oder Patienten der Hinzuziehung nach Satz 4 entgegensteht.** 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.

(4) Die oder der im Zeitpunkt der Zuteilungsentscheidung für die Behandlung der betroffenen Patientinnen und Patienten verantwortliche Ärztin oder Arzt hat Folgendes zu dokumentieren:

1. die der Zuteilungsentscheidung zugrunde gelegten **maßgeblichen** 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 Gesetzbuches finden entsprechende Anwendung.

(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
2. die organisatorische Umsetzung der Entscheidungsabläufe nach Absatz 3.

Sie haben die Einhaltung der Verfahrensanweisung sicherzustellen und müssen die Verfahrensanweisungen mindestens einmal im Jahr auf Weiterentwicklungsbedarf überprüfen und anpassen.