

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)  
zum  
Referentenentwurf  
des Bundesministeriums für Gesundheit

**Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance und zur Änderung der  
DIVI IntensivRegister-Verordnung  
5. September 2022**

Inhalt

I.	Zusatzaufwand und Mehrfachmeldung .....	2
II.	Unbestimmte Rechtsbegriffe .....	2
III.	Falsch hohe Kapazitätsannahme durch Vergleichswert.....	3
IV.	Differenzierungsregel Kinder/Erwachsene.....	3
V.	Manuelle Datenerfassungen .....	3
VI.	Fazit: .....	4

## I. Zusatzaufwand und Mehrfachmeldung

Grundsätzlich ist das Ziel des Gesetzgebers, zur Bewertung der Auslastung vorhandener Behandlungsstrukturen in den Krankenhäusern eine ausreichende Transparenz herzustellen, zu begrüßen. Derzeit existiert keine zentrale Stelle, die einheitlich und bundesweit die Krankenhauskapazitäten auf somatischen Stationen (Normalstation) erfasst.

Für eine detaillierte Bewertung der Auslastung vorhandener Behandlungsstrukturen in den Krankenhäusern sieht der Gesetzentwurf neben der Verstetigung des DIVI-Intensivregisters auch die Einführung einer Meldepflicht für belegte und aufgestellte Behandlungsbetten auf den Normalstationen vor. Die Meldung der Belegung soll täglich über das Deutsche elektronische Meldungs- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) erfolgen.

Allerdings sorgen die im Gesetzesentwurf enthaltenen Regelungen für einen nicht notwendigen Mehraufwand in den Krankenhäusern mit der Verstetigung des DIVI-Intensivregisters zur Meldung von intensivmedizinischen Kapazitäten und den teilweise über das Landesrecht vorgeschriebenen Meldungen zu den Kapazitäten an das IVENA-System. Mit dem Gesetzentwurf wird ein dritter, nicht automatisierter Meldeweg geschaffen.

Dieser sanktionsbewehrte weitere Zusatzaufwand ist dem Personal in den Kliniken kaum zu vermitteln. Überdies wird nicht dargelegt, inwieweit zu den bestehenden Meldestrukturen an die Gesundheitsämter, das RKI, IVENA und DIVI das DEMIS-System nun für die Pandemieplanung als ultima ratio geeignet sei. Bedingt durch die föderale Struktur, die Reaktion über die lokalen Hotspot-Regelungen und den Vorrang von Kleeblatt-Verlegungsregelungen bei Kapazitätsengpässen ist die zwingende Notwendigkeit eines zusätzlichen Meldeweges nicht hinreichend belegt.

## II. Unbestimmte Rechtsbegriffe

In der Praxis hat sich gezeigt, dass der zum Gesetzentwurf zugrunde gelegte Begriff des belegten Bettes bezogen auf eine Vergleichszahl nicht rechtsicher definiert ist: Der Vergleichswert des § 21 Abs. 3 KHEntG ist ein Wert, welcher sich auf das Vorjahr bezieht. Die Zahl der aufgestellten Betten als theoretisch verfügbare Bettenzahl in einem Krankenhaus - ungeachtet einer tatsächlichen Betriebsbereitschaft - unterscheidet sich sowohl von der Zahl gepflegbarer Betten nach den Pflegeuntergrenzen als auch von der Zahl logistisch betreibbarer Betten, die etwa durch Einbeziehung medizinischer Einzelzimmer (Sterbebetten, Isolationsbetten, nicht gepflegbare Betten) reduziert wird.

Da einige Bundesländer keine Planbetten im Krankenhausplan definieren, liegt der Begriff der aufgestellten Betten zudem teilweise im Ermessen der Krankenhäuser, welche sich an der Betriebsbereitschaft orientieren. In Bundesländern mit einer Definition von Planbetten im

Feststellungsbescheid werden diese der INEK-Meldung zu Grunde gelegt. Insofern ist bereits die Basiszahl für eine Vergleichbarkeit der Bundesländer nicht gegeben.

### III. Falsch hohe Kapazitätsannahme durch Vergleichswert

Nach dem Referentenentwurf sollen zudem bei der Meldung nur die belegten Betten berücksichtigt werden, die zur vollstationären Versorgung eingesetzt werden. Damit sollen etwa Betten in der Notaufnahme, die von Patientinnen und Patienten vielfach lediglich vorübergehend bis zur Verlegung auf eine entsprechende Fachabteilung belegt werden und welche insofern zum Erhalt eines Überblicks über die Auslastung der nichtintensivmedizinischen Kapazitäten von Krankenhäusern nur in geringem Umfange beitragen, von der Meldeverpflichtung ausgenommen werden.

Entgegen der Prämisse des BMG sind die Betten der Aufnahmestationen Bestandteil der Meldung an das InEK nach § 21 Abs. 3 KHEntG. Im Gesetzentwurf werden diese Betten aus der Meldepflicht herausgenommen, so dass die DEMIS-Meldung nur die Anzahl der *vollstationär betriebenen Betten aus der Mittagsstatistik des Vortages* berücksichtigt. Im Ergebnis erscheint so die Angabe freier Bettenkapazitäten nach der DEMIS-Vergleichszahl falsch hoch.

Während der Hochphasen der Pandemie waren diese Betten notwendige Kapazitätserweiterungen, um dem Überlauf der Patienten auf den Normalstationen gerecht werden zu können. Sie sind in die Belegungsstatistiken der Vorjahre eingeflossen.

### IV. Differenzierungsregel Kinder/Erwachsene

Ausweislich des Entwurfs ist weiterhin vorgesehen, dass die Krankenhäuser die Anzahl der belegten Betten auf Normalstation differenziert nach Erwachsenen und Kindern zu melden haben. Dabei soll grundsätzlich auf die Erwachsenenstation und pädiatrischen Station abgestellt werden. Betreiben jedoch Kliniken keine Pädiatrie, behandeln aber Kinder unter 18 Jahren (z.B. ab 16 Jahren), wäre eine bettengenaue Zählung notwendig. Auch hier fehlt es an einer rechtssicheren Abgrenzung.

### V. Manuelle Datenerfassungen

DEMIS ist nicht betriebsbereit und fehlerbehaftet, da es an einer Automatisierung fehlt. Obwohl das System nicht betriebsbereit zur Verfügung gestellt wird und erst künftig automatisiert werden soll, drohen den Kliniken bei Nichtmeldung Sanktionen.

Erst zukünftig soll das automatisierte Ausleiten der personenbezogenen Hospitalisierungsmeldungen und Meldungen zur Bettenkapazität aus den Krankenhausinformationssystemen möglich sein. Aufgrund der Kürze der beabsichtigten Inkraftsetzung stehen technische Lösungen nicht zur Verfügung. Der beschriebene Meldungs-Aufwand von 6 Minuten pro Fall ist aktuell nicht realistisch. Da der Komfort Client nicht zur Verfügung steht, müssen sämtliche Daten manuell eingetragen werden.

## VI.Fazit:

Eine möglichst automatisierte Datenerhebung zur Darstellung der zur Verfügung stehenden stationären Behandlungskapazitäten wäre grundsätzlich zu begrüßen, gerade im Hinblick auf die Pandemielage des kommenden Winters. Die im Entwurf dargelegte Berechnungsmethode (Bezugsgröße Bettenzahlen gemäß Meldung an das InEK nach § 21 Abs. 3 KHEntG) ist jedoch ungenau, bildet die reale Belegungssituation nicht ab und führt zu nicht aussagekräftigen Zahlen. Zudem sind Implausibilitäten beim Abgleich mit Meldungen über IVENA oder das DIVI-Intensivregister unvermeidbar und werden absehbar zu Konflikten führen.

Es ist vor dem Hintergrund der bislang eingeschränkten technischen Funktionalität von DEMIS und aufgrund der unbestimmten Rechtsbegriffe in diesem Gesetzentwurf in jedem Fall nicht sachgemäß, dass den Krankenhäusern, wenn eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Form oder nicht rechtzeitig erfolgt, eine finanzielle Sanktion droht. Grundsätzlich sollte die Meldeverpflichtung erst dann umgesetzt werden, wenn ein funktionsfähiges Verfahren zur automatisierten Ausleitung der Daten aus den Krankenhaus-systemen einsatzfähig ist.

Da es zudem an einer validen Datenbasisdefinition fehlt, kann dementsprechend die Sanktionierung nur auf den Meldevorgang an sich bezogen werden. Unter dieser Maßgabe stellt der vorgelegte Referentenentwurf lediglich eine Bürokratisierungsmaßnahme ohne valide Datenerhebung dar.

Heidelberg, 05.09.2022

Das Präsidium