

—

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zur

—

**Formulierungshilfe für einen aus der Mitte des
Deutschen Bundestages einzubringenden**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes
der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler
Personengruppen vor COVID-19
(COVID-19-SchG)**

Stand: 28.06.2022

Stand: 28.06.2022

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	5
Artikel 1 Änderung des Infektionsschutzgesetzes	5
Zu Artikel 1 Nummer 4 c) i.V.m. Nummer 7 b) Nicht-namentliche Meldung des direkten oder indirekten Nachweises von SARS-CoV-2.....	5
Zu Artikel 1 Nummer 9 d) Krankenhaussurveillance	6
Zu Artikel 1 Nummer 10 e) Frist für die Nutzung von DEMIS.....	8
Zu Artikel 1 Nummer 16 i.V.m. Nummer 34 Die Regelungen des bisherigen § 23 werden in § 34 überführt.	9
Zu Artikel 1, Nummer 27 Erweiterung des Bußgeldkataloges auf die Meldung der Behandlungskapazitäten.....	10
Artikel 5 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	11
Zu Artikel 5 Nummer 1 Verlängerung der Versorgungsaufschläge	11
Zu Artikel 5 Nummer 2 Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung.....	12

Stand: 28.06.2022

Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Entwurf einer Formulierungshilfe für einen aus der Mitte des Deutschen Bundestages einzubringenden Gesetzentwurf zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG) legen die Regierungsfractionen die rechtliche Grundlage für mögliche kommende Maßnahmen zur Bekämpfung einer erwarteten SARS-CoV-2-Infektionswelle im Herbst 2022 vor. Aus diesem Grund enthält der Gesetzentwurf zahlreiche Ermächtigungsg Grundlagen für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und weitere betroffene Ministerien, Verordnungen im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie ohne Zustimmung des Bundesrates zu erlassen.

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 Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) erfolgen und die im Jahresdurchschnitt des Vorjahres aufgestellten Betten sollen Krankenhäuser jährlich melden. Die Krankenhäuser begrüßen das Ziel des Gesetzgebers, zur Bewertung der Auslastung vorhandener Behandlungsstrukturen in den Krankenhäusern eine ausreichende Transparenz herzustellen.

Allerdings sorgen die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen für einen nicht notwendigen Mehraufwand bei den Krankenhäusern. Mit der Verstetigung des DIVI-Intensivregisters zur Meldung intensivmedizinischer Kapazitäten und den teilweise über Landesrecht vorgeschriebenen Meldungen vorhandener Behandlungskapazitäten an das IVENA-System wird mit dem Gesetzentwurf ein dritter, nicht automatisierter Meldeweg geschaffen. Da zudem DEMIS aktuell nicht vollumfänglich betriebsbereit bzw. fehlerbehaftet ist, wird die Meldung der Belegung auf den Normalstationen voraussichtlich händisch über ein Webportal erfolgen. Dieser Zusatzaufwand ist dem Personal auf den Stationen kaum zu vermitteln und wird keinesfalls zu einer Attraktivitätssteigerung der Gesundheitsberufe beitragen. Aus diesem Grund hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft bereits im Herbst 2021 einen aufwandsarmen und automatisierten Weg für die Meldung von Belegungszahlen präsentiert. Die jeweiligen Kennzahlen könnten über die Krankenhausinformationssysteme automatisch ausgeleitet werden. Dieser Vorschlag wurde seitens des BMG seitdem nicht aufgegriffen. Es ist jedoch vor dem Hintergrund der eingeschränkten technischen Funktionalität von DEMIS 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.

Darüber hinaus bleiben zentrale Fragestellungen im Zusammenhang mit der Meldung der Belegung auf den Normalstationen offen, da der Umfang und die Detailtiefe der zu meldenden Daten erst in einer eigenen Verordnung geregelt werden soll. Vollkommen unklar ist jedoch, wofür künftig diese Daten genutzt werden sollen. Hierzu ist im Gesetzentwurf keine Aussage enthalten. Eine Verwendung der Daten für eine über die vom Gesetz intendierte Messung der Auslastung vorhandener stationärer

Stand: 28.06.2022

Versorgungsstrukturen ist aufgrund erheblicher Datenunterschiede (Vergleich täglicher Belegungszahlen zum Durchschnitt aufgestellter Betten im Vorjahr) nicht sinnvoll. Die Schaffung einer ausreichenden Datentransparenz unterstützen die Krankenhäuser ausdrücklich. Jedoch ist ein aufwandsarmer Meldeweg sowie die Beschränkung der Datenverwendung aus den genannten Gründen dringend angezeigt.

Es ist außerdem vorgesehen, die Positivrate der PCR-Tests zu ermitteln, indem nun auch negative Testergebnisse meldepflichtig werden. Allerdings weisen die Wochenberichte des RKI schon seit langem die Positivrate der Tests aus, da die Labore die Anzahl der durchgeführten Tests und Anzahl der positiven Tests melden. Eine mögliche Untererfassung entsteht vor diesem Hintergrund insbesondere dadurch, dass aktuell viele positive Antigen-Schnelltests nicht mehr durch PCR-Tests bestätigt werden und somit der Meldung entgehen. Da darüber hinaus das anlasslose Testen derzeit sehr beschränkt wird, entgehen zudem symptomlose Infektionen einer Meldung. Die vorgesehene tägliche Vollerfassung der in Deutschland durchgeführten PCR-Tests löst deshalb die zugrundeliegenden Problemlagen nicht und kann aufgrund des Zusatzaufwandes zu einer Überlastung der Labore führen. Eine wöchentliche Erhebung der Testpositivquote, wie vom ExpertInnenrat der Bundesregierung empfohlen, ist aus diesen Gründen ausreichend.

Ergänzend sieht der Gesetzentwurf einige redaktionelle Anpassungen im Infektionsschutzgesetz (IfSG) vor. Insbesondere die geplante Verschiebung der Regelungen des derzeitigen § 23 IfSG in einen neuen § 34 IfSG zieht zahlreiche Folgeanpassungen nach sich und ist dementsprechend aufwändig, da in vielen anderen Dokumenten (Normen, Formularen, Regelungen, Empfehlungen etc.) Bezug auf den bisherigen § 23 IfSG genommen wird, die in der Konsequenz ebenfalls angepasst werden müssten. Da sich inhaltlich nur geringe Änderungen ergeben, ist es schwer nachzuvollziehen, warum dieser Aufwand notwendig ist.

Positiv bewerten die Krankenhäuser die vorgesehene Verlängerung der Verordnungsermächtigung des BMG und BMF, weiterhin Versorgungsaufschläge und Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen und Strukturmerkmalen regeln zu können. Zugleich betonen die Krankenhäuser vor dem Hintergrund aktuell steigender Infektions- und Belegungszahlen und mit Blick auf die drohende, weiter steigende Krankenhausauslastung die dringende Notwendigkeit für eine frühzeitige Schaffung von Voraussetzungen für finanzielle Maßnahmen und Rechtssicherheit für die Kliniken.

Grundsätzlich ist hinsichtlich des Verfahrens sowie der vorgesehenen Stellungnahmefrist anzumerken, dass eine detaillierte, umfassende und konzertierte Befassung mit einem Gesetzentwurf dieses Umfangs innerhalb von maximal zwei Arbeitstagen unmöglich ist. Wie bereits bei anderen pandemiebedingten Gesetzgebungsverfahren und Verordnungen zuvor, liegt auch dieser Gesetzentwurf trotz zuvor absehbar auslaufender Fristen oder fehlender parlamentarischer Termine erst kurzfristig vor. Sowohl demokratiethoretisch als auch hinsichtlich der Akzeptanz sowie der Umsetzung in den beteiligten Verbänden oder der Praxis ist dieses Vorgehen weder förderlich noch zielgerichtet. Wir behalten uns die weitere Prüfung der Inhalte und eine ggf. nachträgliche Stellungnahme vor.

Stand: 28.06.2022

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 4 c) i.V.m. Nummer 7 b)

Nicht-namentliche Meldung des direkten oder indirekten Nachweises von SARS-CoV-2

Beabsichtigte Neuregelung

In § 7 Abs. 4 wird die nicht-namentliche Meldung eines direkten oder indirekten Nachweises von SARS-Cov-2 über Krankenhauslabore neu geregelt.

Stellungnahme

Mit der Regelung soll der Empfehlung des ExpertInnenrates der Bundesregierung nach einer wöchentlichen Erhebung der Testpositivquote von SARS-CoV-2 entsprochen werden. Allerdings geht die vorgesehene Regelung weit über diese Empfehlung hinaus, indem eine Vollerfassung der in Deutschland durchgeführten PCR-Tests erfolgen soll - und zwar tagesgenau, demografisch und regional hochaufgelöst. Zudem sollen die dafür notwendigen Angaben innerhalb von 24 Stunden an das RKI geliefert werden.

Die Regelung schießt damit über die ursprüngliche Empfehlung des ExpertInnenrates hinaus. Die Vorgabe einer Meldeverpflichtung innerhalb von 24 Stunden ist nur dann sinnvoll, wenn sich aus dieser Meldung auch kurzfristige Konsequenzen ergeben. Das ist hier jedoch nicht der Fall. Der ExpertInnenrat hält eine wöchentliche Erhebung der Testpositivquote für ausreichend. Darauf sollte sich der Gesetzgeber beschränken. Anderenfalls droht absehbar eine erneute Überlastung der Labore.

Darüber hinaus bleibt unklar, wofür bei automatisierbaren, pseudonymen Meldungen der Name, die Anschrift und weitere Kontaktdaten eines Einsenders angegeben werden sollen. Hierfür ist die Angabe des Meldenden ausreichend. Falls Möglichkeiten für Kontaktdaten bei technischen Übermittlungsproblemen geschaffen werden soll, dann sollten Funktionspostfächer, Sammelrufnummern usw. optional der Meldung hinzugefügt werden können.

Änderungsvorschlag

§ 7 Absatz 4 IfSG wird wie folgt gefasst:

„Bei Untersuchungen zum direkten oder indirekten Nachweis des Severe-Acute-Respiratory-Syndrom-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) ist das Untersuchungsergebnis nichtnamentlich zu melden. Die Meldung nach Satz 1 hat gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 2, 3 oder Absatz 4, ~~§ 10 Absatz 3~~ zu erfolgen.“

Stand: 28.06.2022

§ 10 Absatz 3 IfSG (neu) ist ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 1 Nummer 9 d) **Krankenhaussurveillance**

Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuregelung soll die Auslastung der Krankenhauskapazitäten auf Normal- und Intensivstationen ermittelt werden. Dafür melden die Krankenhäuser täglich die für die Kapazitätsermittlung auf Normalstationen erforderlichen Angaben aufgrund einer Rechtsverordnung. Die Meldungen sollen nach Inkrafttreten des Gesetzes erfolgen.

Stellungnahme

Die Überlegungen des Corona-ExpertInnenrats der Bundesregierung, zur Optimierung des Pandemiemanagements Kennzahlen zur aktuellen Hospitalisierungsprävalenz und der Bettenbelegung der Krankenhäuser zu ermitteln, werden begrüßt. Die DKG trägt schon seit Februar 2022 mit einer täglichen Veröffentlichung von Daten zur aktuellen Bettenbelegung dazu bei, die Pandemielage transparenter darzustellen und eventuell notwendige politische Maßnahmen gegen die Pandemie besser auf der Grundlage dieser Daten kommunizieren zu können. Die Krankenhäuser fordern schon seit langem, die vorhandenen Daten über ihre Corona-Patientinnen und -Patienten aufzubereiten und zu publizieren, da sie eine sinnvolle Unterstützung bei der Einschätzung und Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie darstellen.

Eine Vielzahl an Daten wird in diesem Zusammenhang bereits erhoben. Diese Daten werden bislang aber nicht zusammengeführt und genutzt. Neben den DIVI-Meldungen zu Intensivstationen sind dies direkt und indirekt auch PPUG-Berichte, sowie §21-Datenlieferungen. Auch die Routinedaten der Datenübermittlungsverfahren erlauben Rückschlüsse auf die Auslastung. Diese Datenquellen sollten modifiziert und automatisiert übermittelt werden, ohne dass gesonderte (Doppel-)Erhebungen bzw. -meldungen notwendig werden.

Nach mehr als zwei Jahren Pandemie und umfangreichen Konzepten zur Nutzung von Routinedaten, die die DKG dem BMG bereits vorgelegt hat, werden die Krankenhäuser mit der beabsichtigten Neuregelung nach wie vor verpflichtet, Daten für die Übermittlung manuell zu erfassen. Statt auf Routinedaten aufzusetzen und der Realität beschränkter IT-Ressourcen Rechnung zu tragen, wird so ein weiterer Erhebungs- / Übermittlungsweg initiiert. Dieser wird zusätzlich zu dem bestehenden Übermittlungsweg an das DIVI Intensivregister und weiteren Übermittlungswegen auf der Basis landesrechtlicher Regelungen vorgesehen, was unnötige Mehraufwände verursacht. In der Begründung wird hierzu ausgeführt, dass die Rechtsverordnung Verfahrenserleichterungen für die Krankenhäuser vorsehen soll. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die derzeitige DIVI-Intensivregisterverordnung sachfremd in die Organisationshoheit im Krankenhaus eingreift. Insbesondere die RKI-Vorgaben für den

Stand: 28.06.2022

Personaleinsatz und das damit verbundene, nicht-automatisierte Meldungswesen sind nur mit der Ausnahmesituation während der Entstehungszeit erklärbar und sollten nur solange Bestand haben, bis Übermittlungswege in DEMIS für intensivmedizinische Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen und von den Krankenhäusern umgesetzt werden können. Dies muss entsprechend vom BMG in der Rechtsverordnung berücksichtigt werden.

Die erforderlichen Schnittstellen für eine aufwandsarme Übermittlung vorhandener Daten werden – wenn überhaupt – erst Ende des Jahres verfügbar sein. Die Finanzierung der notwendigen Anpassungen ist nicht geregelt. Zwar soll gemäß § 14 Abs. 1 Satz 8 IfSG den Anwendern mindestens eine kostenlose Software-Lösung bereitgestellt werden, sofern eine Nutzungspflicht für das elektronische Melde- und Informationssystem besteht. Die Anpassung der Systeme und deren Schnittstellen im Krankenhaus zur einfachen Meldung vorhandener Daten müssen aber vom Krankenhaus finanziert werden.

Zudem sind mit Blick auf die verschiedenen aus dem Infektionsschutzgesetz resultierenden Meldeverpflichtungen, die einen erheblichen Erfüllungsaufwand für die Krankenhäuser nach sich ziehen, angesichts fehlender anderweitiger Refinanzierungsmöglichkeiten im Rahmen der noch umzusetzenden Rechtsverordnung nach § 13 Abs. 7 Satz 3 IfSG dringend Vorgaben für eine angemessene Aufwandserstattung der Krankenhäuser zu treffen.

Die Krankenhäuser sollen täglich die für die Kapazitätsermittlung auf Normalstationen erforderlichen Angaben aufgrund einer Rechtsverordnung melden. Nach den Ausführungen in der amtlichen Begründung sollen die Meldungen ab Inkrafttreten des Gesetzes erfolgen. Zu diesem Zeitpunkt liegen aber möglicherweise noch nicht die erforderlichen Festlegungen aus der Rechtsverordnung vor. Der Zeitpunkt, ab wann die Meldung zu erfolgen hat, sollte daher in der Rechtsverordnung festgelegt werden. Dabei sollten auch die Aufwände der Krankenhäuser zur Etablierung des Meldeweges berücksichtigt werden.

Zudem sollte von der in § 13 Abs. 7 S. 5 IfSG geplanten Möglichkeit des BMG abgesehen werden, die technischen Einzelfragen durch Rechtsverordnung durch das RKI festlegen zu lassen. Hierbei stellt sich grundsätzlich die Frage, ob und inwieweit sich für eine derartige Aufgabenübertragung eine hinreichende Grundlage im Gesetz findet sowie ein tragfähiger Sachgrund auch dafür vorliegt, dass nicht der Verordnungsgeber selbst die Konkretisierung der Einzelfragen vornimmt, sondern dies dem RKI überlassen wird.

Änderungsvorschlag

§ 13 Abs. 7 Sätze 3-5 IfSG (neu) wird wie folgt gefasst:

*Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu den Übermittlungen im Rahmen der Krankenhaussurveillance nach Satz 1 festzulegen. Dabei kann auch die Erfassung und Übermittlung weiterer Angaben, **die Aufwandserstattung sowie der Zeitpunkt, ab wann die***

Stand: 28.06.2022

Übermittlungen im Rahmen der Krankenhaussurveillance, erfolgen soll, vorgesehen werden. ~~Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Ermächtigung nach Satz 3 ganz oder teilweise durch Rechtsverordnung auf die zuständige Bundesoberbehörde übertragen.~~

Zu Artikel 1 Nummer 10 e) **Frist für die Nutzung von DEMIS**

Beabsichtigte Neuregelung

Neuregelung der Frist für die verpflichtende Nutzung von DEMIS insbesondere zur Meldung des direkten oder indirekten Nachweises einer Infektion mit den in § 7 Absatz 3 Satz 1 IfSG genannten Krankheitserregern.

Stellungnahme

Die vorgesehene Änderung ist in der vorliegenden Form nicht nachvollziehbar, da die Meldung des direkten oder indirekten Nachweises einer Infektion mit den in § 7 Absatz 3 Satz 1 IfSG genannten Krankheitserregern durch Meldepflichtige nach § 8 Absatz 1 Nummer 2 IfSG, also insbesondere durch Krankenhauslabore, erfolgt und nicht durch Meldepflichtige nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 IfSG.

Zurzeit können Krankenhauslabore ihrer Verpflichtung zur Nutzung von DEMIS für die Meldung des direkten oder indirekten Nachweises einer Infektion mit den in § 7 Absatz 3 Satz 1 genannten Krankheitserregern, die nach § 14 Abs. 8 Satz 5 seit dem 1.4.2022 besteht, nicht nachkommen, da die FHIR-Schnittstelle von DEMIS für Labormeldungen eine entsprechende Funktionalität noch nicht vorsieht. Aus Sicht der Krankenhäuser ist hier eine Klarstellung seitens des Gesetzgebers erforderlich und grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings erscheint die mit dem 17.9.2022 gesetzte Frist zu kurz, da zum aktuellen Zeitpunkt die erforderlichen Anpassungen der FHIR-Laborschnittstelle noch nicht vorgenommen bzw. veröffentlicht wurden. Dementsprechend angepasste Laborinformationssystem-Module können aller Voraussicht nach somit nicht bis zum 17.9.2022 entwickelt, beschafft und ausgerollt werden.

Im Hinblick auf die sich aus § 14 Abs. 8 Satz 2 IfSG ergebende verpflichtende Nutzung von DEMIS ab dem 1.1.2023 durch Meldepflichtige nach § 8 Absatz 1 Nummer 1 (d.h. Meldungen von Erkrankungen nach § 6 IfSG) ist ein früherer Startzeitpunkt ebenfalls abzulehnen, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass geeignete KIS-Softwaremodule, insbesondere für die Hospitalisierungsmeldung, bis zum 17.9.2022 zur Verfügung stehen und von den Krankenhäusern beschafft und ausgerollt werden können.

Die Nutzung des sog. KomfortClients / Meldeportals des RKI ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufgrund einer Reihe von technischen Problemen insbesondere im Hinblick auf die Integration in die komplexen IT-Strukturen von Krankenhäusern sowie angesichts von Problemen mit dem IT-Support nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich. Die

Stand: 28.06.2022

Nutzung des KomfortClients erfordert zudem die manuelle Erfassung von Daten und führt so zu substantiellen Mehraufwänden in den Krankenhäusern, die ja bereits heute ihren Meldepflichten auf den bereits etablierten Meldewegen nachkommen.

Sowohl der KomfortClient als auch die KIS-Schnittstelle können aktuell nur für die Hospitalisierungsmeldung bezogen auf Covid-19 genutzt werden, nicht aber für Meldungen in Bezug auf die weiteren in § 6 genannten Erkrankungen, so dass eine verpflichtende Nutzung von DEMIS für diesen Zweck vor dem 1.1.2023 nicht möglich und deshalb abzulehnen ist.

Änderungsvorschlag

§ 14 Absatz 8 Satz 5 IfSG (neu) wird wie folgt gefasst:

„Meldepflichtige nach § 8 Absatz 1 Nummer 2 müssen, soweit sie in einem Krankenhaus tätig sind, abweichend von Satz 2 ihrer Verpflichtung zur Meldung des direkten oder indirekten Nachweises einer Infektion mit den in § 7 Absatz 3 Satz 1 genannten Krankheitserregern durch Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems ab dem 1. Januar 2023 nachkommen.“

Zu Artikel 1 Nummer 16 i.V.m. Nummer 34

Die Regelungen des bisherigen § 23 werden in § 34 überführt.

Beabsichtigte Neuregelung

Der Adressatenkreis der KRINKO in § 23 Absatz 1 IfSG wird um Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe erweitert. Zudem werden die Regelungen der jetzigen §§ 23 und 23a IfSG in § 34 IfSG (neu) zusammengefasst.

Stellungnahme

Die inhaltliche Ergänzung des jetzigen § 23 IfSG und die Zusammenführung mit § 23a IfSG wird grundsätzlich begrüßt. Allerdings halten es die Krankenhäuser nicht für zielführend, die jetzigen Regelungen in einen neuen Paragraphen zu überführen. Viele Dokumente (z. B. Empfehlungen, Normen, technische Regelungen) nehmen auf § 23 IfSG Bezug. Diese Dokumente müssten nach Inkrafttreten der vorgesehenen Gesetzesänderung entsprechend angepasst werden. Dieser Aufwand wäre vermeidbar, wenn die Regelungen in § 23 IfSG verblieben und lediglich wie vorgesehen ergänzt würden.

Änderungsvorschlag

Die Inhalte des jetzigen § 23 in einem zusammengeführten § 23 IfSG (neu) belassen.

Stand: 28.06.2022

Zu Artikel 1, Nummer 27

Erweiterung des Bußgeldkataloges auf die Meldung der Behandlungskapazitäten

Beabsichtigte Neuregelung

Die Vorschrift erweitert den Bußgeldkatalog auf die Fälle, in denen die Meldepflichten nach § 13 Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 bis Nummer 3 IfSG nicht, nicht rechtzeitig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Form erfüllt werden.

Stellungnahme

Nach der beabsichtigten Neuregelung zur Erweiterung der Bußgeldvorschriften handelt derjenige ordnungswidrig und kann mit einer Geldstrafe belegt werden, der eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Form oder nicht rechtzeitig durchführt. Erste Erfahrungen mit Meldungen über das elektronische Melde- und Informationssystem zeigen, dass das Verfahren noch sehr fehlerbehaftet ist. Krankenhäuser haben berichtet, dass eine fehlerfreie Übermittlung erst nach über drei Wochen möglich war. Eine Bußgeldvorschrift ist vor diesem Hintergrund nicht sachgemäß und deshalb abzulehnen.

Änderungsvorschlag

§ 73 Abs. 1a Nummer 2a IfSG (neu) ist ersatzlos zu streichen.

Stand: 28.06.2022

Artikel 5

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 5 Nummer 1

Verlängerung der Versorgungsaufschläge

Beabsichtigte Neuregelung

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung der Verordnungsermächtigung zur Verlängerung der Fristen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit einer möglichen Verlängerung der Zeiträume für die Zahlung von Versorgungsaufschlägen stehen. Die entsprechenden Fristen können bislang nur um bis zu sechs Monate verlängert werden. Zukünftig ist die Festlegung für einen abweichenden Zeitraum möglich.

Stellungnahme

Die Anpassung der Fristen der Verordnungsermächtigung in § 23 Abs. 3 Nr. 4 KHG an die Verordnungsermächtigung in § 23 Abs. 3 Nr. 3 KHG ist sachlogisch und nachvollziehbar.

Aufgrund der durch die Subtypen der Omikron-Variante des Coronavirus SARS-CoV-2 BA.4 zu beobachtenden erhöhten Infektionszahlen in der Bundesrepublik Deutschland ist es nicht nachvollziehbar, wenn die Versorgungsaufschläge nach § 21a KHG nicht verlängert sowie die Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG nicht wiedereingesetzt werden.

Deutschlands Krankenhäuser versorgen aktuell 10.810 Covid-19 positiv getestete Patientinnen und Patienten (Stand: 27.06.2022). Für die Normalstationen weist das Belegungsmonitoring der Deutschen Krankenhausgesellschaft derzeit 9.970 Covid-Patientinnen und Patienten aus. Dies entspricht einem Anstieg gegenüber der Vorwoche von **27,8 %**. Nach einer kurzen Phase der Entspannung steigen die Patientenzahlen auch auf den Intensivstationen aktuell wieder an. Der noch moderate Anstieg der Covid-19-Intensivbelegungen (+ 15,4 % gegenüber der Vorwoche) wird sich in den kommenden Wochen jedoch absehbar verschärfen.

Vor diesem Hintergrund ist es zudem dringend erforderlich, insgesamt rechtzeitig die Voraussetzungen für notwendige Maßnahmen und Rechtssicherheit für die Krankenhäuser mit Blick auf eine neue Corona-Welle mit drohendem Anstieg der Hospitalisierungszahlen zum Herbst/Winter 2022/2023 zu schaffen.

Änderungsvorschlag

Keiner.

Stand: 28.06.2022

Zu Artikel 5 Nummer 2

Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung

Beabsichtigte Neuregelung

Die Verordnungsermächtigung des BMG für die Fristen von Covid-19-bedingte Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung und von der Prüfung von Strukturmerkmalen wird ausgeweitet. Das BMG kann zukünftig in Abhängigkeit von der Covid-19-bedingten Belastungssituation der Krankenhäuser abweichende Zeiträume festlegen.

Stellungnahme

Keine.

Änderungsvorschlag

Keiner.