

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)48(9)
gel VB zur öffent. Anh am
29.08.2022 - COVID-19-SchG
25.08.2022



Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

zum

Entwurf der Fraktionen der SPD, Bündnis 90 / Die Grünen und FDP

eines

**Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung
und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor
COVID-19**

(Bundestag-Drucksache 20/2573)

Stand: 25.08.2022

Inhaltsverzeichnis

Allgemeiner Teil	3
Besonderer Teil	5
Artikel 1 Änderung des Infektionsschutzgesetzes	5
Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe c i.V.m. Nummer 6 Buchstabe b (§ 7 Absatz 4 IfSG i.V.m. § 10 Absatz 3 IfSG)	
Nicht-namentliche Meldung des direkten Nachweises von SARS-CoV-2.....	5
Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b (§ 10 Absatz 4 IfSG)	
Pseudonymisierung	6
Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe c (§ 13 Absätze 7 und 8 IfSG)	
Krankenhauskapazitätssurveillance	6
Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe e (§ 14 Absatz 8 IfSG i.V.m. § 73 Absatz 1a IfSG – neu)	
Frist für die Nutzung von DEMIS.....	8
Artikel 4 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	9
Zu Artikel 4 Nummer 1 (§ 23 Absatz 3 KHG)	
Verlängerung der Versorgungsaufschläge	9

Allgemeiner Teil

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, Bündnis 90 / Die Grünen und FDP 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 Ermächtigungsgrundlagen 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 Verstärkung des DIVI-Intensivregisters auch die Einführung einer Meldepflicht für belegte und aufgestellte Behandlungsbetten auf den Normalstationen vor. Die Meldung der Belegung soll über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) erfolgen. 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 Verstärkung 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 die DEMIS-Meldung voraussichtlich erst Anfang nächsten Jahres in die Primärsysteme integriert wird, wird die Meldung der Belegung auf den Normalstationen durch manuelle Eingabe 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. Grundsätzlich sollte die Meldeverpflichtung erst dann umgesetzt werden, wenn ein funktionsfähiges Verfahren zur automatisierten Ausleitung der Daten aus den Krankenhaussystemen einsatzfähig ist.

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 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 – z.T. auch, weil Vertragsärzte eine bestätigende PCR-Testung verweigern. 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.

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.

Besonderer Teil

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Zu Artikel 1 Nummer 3 Buchstabe c i.V.m. Nummer 6 Buchstabe b (§ 7 Absatz 4 IfSG i.V.m. § 10 Absatz 3 IfSG)

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

Beabsichtigte Neuregelung

In § 7 Abs. 4 IfSG wird die nicht-namentliche Meldung eines direkten 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, warum für eine Vollerfassung der PCR-Testergebnisse mit dem Ziel, die epidemische Lage besser einschätzen zu können, mehrere Daten zur betroffenen Person sowie der Grund der Untersuchung angegeben werden sollen. Gleiches gilt für den Namen, die Anschrift und weitere Kontaktdaten eines Einsenders. Hierfür ist die Angabe des Meldenden ausreichend. Falls Möglichkeiten für Kontaktdaten bei technischen Übermittlungsproblemen geschaffen werden sollen, dann sollten Funktionspostfächer, Sammelrufnummern usw. optional der Meldung hinzugefügt werden können.

Änderungsvorschlag

§ 7 Absatz 4 IfSG wird wie folgt gefasst:

„Bei Untersuchungen zum direkten Nachweis des Severe-Acute-Respiratory-Syndrom-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) mittels Nukelinsäureamplifikationstechnik 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.“

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

Zu Artikel 1 Nummer 6 Buchstabe b (§ 10 Absatz 4 IfSG)

Pseudonymisierung

Beabsichtigte Neuregelung

§ 10 Absatz 4 IfSG wird neu gefasst und Regelungen für die Pseudonymisierung festgelegt.

Stellungnahme

Die fallbezogene Pseudonymisierung soll nach § 10 Absatz 4 Satz 1 IfSG aus dem dritten Buchstaben des ersten Vornamens in Verbindung mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Vornamens sowie dem dritten Buchstaben des ersten Nachnamens in Verbindung mit der Anzahl der Buchstaben des ersten Nachnamens gebildet werden. Es müssen auch Regelungen für den Fall getroffen werden, dass der Vorname oder der Nachname aus nur zwei Buchstaben bestehen.

Änderungsvorschlag

Es werden weitere Regelungen aufgenommen für den Fall, dass der Vorname oder der Nachname nur aus zwei Buchstaben bestehen.

Zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe c (§ 13 Absätze 7 und 8 IfSG)

Krankenhauskapazitätssurveillance

Beabsichtigte Neuregelung

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

Stellungnahme

Erste Erfahrungen mit Meldungen über den Komfort-Client des elektronischen Melde- und Informationssystems im Kontext der Hospitalisierungsmeldung zeigen, dass für die Krankenhäuser auf verschiedenen Ebenen Herausforderungen bei der Verwendung des Komfort-Client bestehen. Bis zum heutigen Tage stehen die konkreten Rahmenbedingungen für die Meldungen der Bettenbelegung über DEMIS nicht fest.

Eine Integration in die Primärsysteme zur Verwaltung von Nutzern und Konfigurationen, Übernahme von Einrichtungs-, Melder- und Patientendaten sowie der Verwaltung von Meldedaten, insbesondere von DEMIS-Quittungen, ist Stand heute nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich und erzeugt aufgrund der fehlenden Prozessunterstützung erheblichen Aufwand auf Seiten der Nutzer. Eine weitere Herausforderung besteht daher in der Nutzung der Software durch die Ärzte und Ärztinnen, die für die Anwendung des Komfort-Clients – und dessen Einschränkungen – zunächst geschult werden müssen. Wann welche technischen Möglichkeiten bis zum Start der Meldung Mitte September noch geschaffen werden, ist zurzeit in Teilen noch offen. Dabei hängen sowohl der Roll-out der Software als auch die Schulungskonzepte maßgeblich von diesen Festlegungen ab. Finale Vorgaben und Funktionalitäten zur Meldung der Bettenbelegung fehlen im Übrigen zurzeit noch ganz.

Die erforderlichen Schnittstellen für eine aufwandsarme Übermittlung vorhandener Daten werden – wenn überhaupt – erst Anfang des nächsten 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.

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. Zudem sollten auch die Kosten der Krankenhäuser zur Etablierung des Meldeweges refinanziert werden.

Änderungsvorschlag

1. § 13 Abs. 8 (neu) IfSG wird um die folgende Nummer 5 ergänzt:

5. der Zeitpunkt, ab wann die Übermittlungen im Rahmen der Krankenhauskapazitätssurveillance erfolgen sollen

2. In § 14 Abs. 1 IfSG werden die folgenden Sätze angefügt:

Den Anwendern werden die Kosten für die Integration der Software-Lösung erstattet. Die Höhe der Kostenerstattung wird vom Bundesministerium für Gesundheit in der Rechtsverordnung nach Absatz 9 pauschal festgelegt.

Zu Artikel 1 Nummer 9 Buchstabe e (§ 14 Absatz 8 IfSG i.V.m. § 73 Absatz 1a IfSG – neu)

Frist für die Nutzung von DEMIS

Beabsichtigte Neuregelung

Neuregelung der Frist für die verpflichtende Nutzung von DEMIS.

Stellungnahme

Die Nutzung des sog. Komfort-Clients / 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 (siehe auch Stellungnahme zu Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe c).

Die DKG und die einzelnen Krankenhäuser werden auch weiterhin ihr Möglichstes tun, um die DEMIS-Meldungen zeitnah und flächendeckend zu realisieren. Solange aber Krankenhäuser auf eine ungeeignete Software zur Meldung der Daten angewiesen sind, dürfen keine Sanktionen für die Nicht-Meldung vorgesehen werden. Der bereits vom Kabinett beschlossene Änderungsantrag 2 sieht eine Bußgeldvorschrift gemäß § 73 Abs. 1a Nummer 2a IfSG vor, wenn eine in § 13 Abs. 7 genannte Angabe nicht, nicht richtig, nicht vollständig, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig übermittelt wird. Eine sanktionsbewehrte Meldepflicht ohne Übergangszeitraum direkt nach Verkündung des Gesetzes ignoriert die bestehenden Probleme, die nicht von den Krankenhäusern zu verantworten sind.

Änderungsvorschlag

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

Artikel 4

Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 4 Nummer 1 (§ 23 Absatz 3 KHG)

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 11.854 Covid-19 positiv getestete Patientinnen und Patienten (Stand: 23.08.2022). Für die Normalstationen weist das Belegungsmonitoring der Deutschen Krankenhausgesellschaft derzeit 10.917 Covid-Patientinnen und Patienten aus. Die daraus resultierende Belastung der Krankenhäuser ist einem konstant hohen Niveau. Im Vergleich zum Vorjahr haben die Krankenhäuser in diesem Sommer erheblich mehr Covid-Patientinnen und Patienten behandelt. Für den kommenden Herbst/Winter wird eine erheblich steigende Infektionsdynamik prognostiziert, die sich auch in steigenden Patientenzahlen in den Kliniken widerspiegeln wird.

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

Entfällt.