



VERBAND DER  
UNIVERSITÄTSKLINIKA  
DEUTSCHLANDS

## STELLUNGNAHME

zum Referentenentwurf einer  
Verordnung zur  
Krankenhauskapazitätssurveillance  
und zur Änderung der DIVI  
IntensivRegister-Verordnung

September 2022

---

Forschen. Lehren. Heilen.

---

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2022

**Kontakt**

Verband der Universitätsklinika  
Deutschlands e.V. (VUD)  
Jens Bussmann  
Alt-Moabit 96  
10559 Berlin  
[info@uniklinika.de](mailto:info@uniklinika.de)  
[www.uniklinika.de](http://www.uniklinika.de)  
Tel. +49 (0)30 3940517-0

# Inhalt

---

<b>I. Vorbemerkung .....</b>	<b>4</b>
<b>II. Zu den Regelungen im Einzelnen .....</b>	<b>5</b>
<b>III. Weiterer Regelungsbedarf .....</b>	<b>6</b>

## I. Vorbemerkung

Es ist nachvollziehbar, dass die Bundesregierung in Pandemiezeiten Daten zur Bettenbelegung in den Krankenhäusern zeitnah zur Verfügung gestellt haben möchte. Wie allerdings seitens des Bundes auf den föderalen Planungsmechanismus der Krankenhausbelegung eingewirkt werden soll, verbleibt unklar.

Mit der Einführung einer weiteren zentralen Meldepflicht – der Belegung der Normalstationen – werden den Krankenhäusern erneut wertvolle Personalkapazitäten und Ressourcen entzogen. Dies geschieht vor dem Hintergrund der seit über zwei Jahren andauernden Coronavirus-Pandemie, die die Krankenhäuser vielfach an ihre Kapazitätsgrenzen geführt hat sowie weiterhin zu quarantäne- und isolationsbedingten Personalausfällen führt.

Um Krankenhäuser bei der Bewältigung der Pandemie zu unterstützen und das Krankenhauspersonal zu entlasten, wäre auch eine digitale Schnittstelle für die tägliche DIVI-Register-Meldung ein wichtiger Schritt, so dass Krankenhäuser mit wenig Aufwand die tägliche Meldung durchführen können. Das bis heute erforderliche händische Eintragen stellt einen Anachronismus dar, insbesondere vor der vom BMG avisierten "Digitalisierungsstrategie Gesundheitswesen und Pflege". Eine Zusammenführung der beiden Verfahren oder Integration der bisherigen DIVI-Meldungen in das DEMIS-Verfahren wäre sinnvoll. Zu beachten ist zudem, dass alle Kliniken, die IVENA einsetzen, doppelt dokumentieren müssen, da auch hier nach mehr als zwei Jahren die Schnittstelle für die Datenübertragung nicht zur Verfügung gestellt worden ist.

Die Meldeverpflichtungen der intensivmedizinischen und belegten nichtintensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sind nicht befristet. Die Monitorierung erneuter Infektionswellen im Winter 2022/23 ist nachvollziehbar. Es ergibt sich jedoch kein Begründungszusammenhang, warum die Bettenbelegungen dauerhaft, auch nach der Pandemie dokumentiert werden soll. Der Referentenentwurf gibt auch keine Hinweise dazu, inwiefern die mit großen Aufwand ermittelten Daten vom RKI, BMG oder einer anderen Stelle genutzt werden sollen und welche Schritte ggf. aus hohen Belegungszahlen folgen sollten.

## II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden werden ausgewählte Einzelaspekte des Verordnungsentwurfs kommentiert.

### Zu Artikel 1 § 1

Bereits jetzt beträgt der Aufwand der unterschiedlichen Meldeverpflichtungen für ein Universitätsklinikum durchschnittlich ca. 90 Minuten je Tag (§ 7 IfSG (Labormeldungen), § 6 IfSG i.V.m. CoronaMeldePflErwV, DIVI IntensivRegister-Verordnung, ggf. kommen noch landesspezifische Meldeverpflichtungen hinzu). Dieser Aufwand wird sich jetzt bei einer täglichen Meldung der nichtintensivmedizinischen Behandlungskapazitäten noch weiter erhöhen.

### Zu Artikel 1, § 1 Abs. 1

Zu den somatischen Behandlungskapazitäten, differenziert nach Erwachsenen und Kindern:

Um Diskrepanzen zu vermeiden, sollte hier zwischen pädiatrischen Fachabteilungen und den anderen somatischen Fachabteilungen differenziert werden, da in den letztgenannten durchaus auch Erwachsene sowie Kinder / Jugendliche versorgt werden.

### Änderungsvorschlag

Alle zugelassenen Krankenhäuser [...] sind verpflichtet, die Anzahl der für die vollstationäre Versorgung belegten nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten ~~jeweils differenziert nach Erwachsenen und Kindern, mit Davon-Ausweisung der Anzahl der entsprechenden Behandlungskapazitäten von pädiatrischen Fachabteilungen~~ an das Robert Koch-Institut [...] zu übermitteln.

### Zur Übermittlung dieser Daten über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem (DEMIS)

Es ist davon auszugehen, dass nahezu alle Universitätsklinika diese Daten nur über den wohl zum 17.09.2022 verfügbaren Komfort-Client übermitteln können. Die Implementierung des Komfort-Clients (§ 6-Meldungen und Bettenbelegung) bedeutet, dass an Universitätsklinika bei rund 1000 Computern manuelle Nacharbeiten erforderlich sind. Zusätzlich erfolgt noch die Implementierung der KIS-FHIR-Schnittstelle, sobald diese verfügbar ist. Inhaltlich zu klären sind die Begriffsdefinition, die Datenquellen aufgrund der unterschiedlichen Systeme in diversen Bereichen und prozessual, dass die Meldungen abgesetzt werden. Der Meldeinhalt muss somit täglich aus mehreren Systemen manuell konsolidiert werden, was einen erheblichen Mehraufwand verursacht. Daher ist dringend die Primärsystem-Integration erforderlich, bevor die Sanktionsregelungen nach § 72 IfSG in Kraft treten dürfen (vgl. u.st. Punkt: Weitere erforderliche Anpassungen zu § 72 IfSG).

### Zu § 1 Abs. 2

#### Tägliche Übermittlung

Eine tägliche Meldeverpflichtung wird strikt abgelehnt, da dem Aufwand kein hinreichender Nutzen gegenübersteht: Am Wochenende und an Feiertagen müsste ein Mitarbeitender aus dem kleineren Kreis von - aus datenschutzrechtlichen Einschränkungen - berechtigten Mitarbeitenden mit Zugang zu den IT-Gesamtdarstellungen des Krankenhauses, täglich die Daten zusammenfassen und dann in das DEMIS eingeben. Da diese Mitarbeitenden in der Regel bisher weder Wochenenddienste noch Feiertagsdienste haben, müssten hier Dienste neu etabliert werden, um dieser neuen Meldeverpflichtung nachkommen zu können. Für diese Dienste müssten mindestens 3 entsprechende Verwaltungs-Mitarbeitende akquiriert werden. Es darf angezweifelt werden, dass sich die Anzahl der belegten Betten über das Wochenende / Feiertage so dramatisch ändern, dass diesem Aufwand entsprechende Erkenntnisgewinne gegenüberstehen.

Sollten sich dennoch drastische Änderungen in der Hospitalisierung von COVID-Patient:innen ergeben, sind diese über die intensivmedizinischen Kapazitäten per täglichen DIVI-Intensivregistermeldungen zu erkennen.

Alleine aus Entlastungsgründen für das Personal und um keine neuen Dienste (außerhalb der Werktage) einrichten zu müssen, was Auswirkungen auf das Betriebsklima haben dürfte sowie um von den Mitarbeitern sinnhaft empfundene Tätigkeiten auszuführen, wird statt einer täglichen, eine werktägliche oder im Idealfall wöchentliche Meldung gefordert. Da der Pflegebetreuungsschlüssel auf den Normalstationen höher ist als auf den Intensivstationen, wäre auch eine wöchentliche Übermittlung im Hinblick auf die Überwachung einer möglichen Überlastung der Krankenhäuser hinreichend. Raschere Organisationskonsequenzen sind planerisch ohnehin nicht umsetzbar. Wie die Daten vom BMG, RKI oder einer anderen Stelle genutzt werden könnten und welche Schritte ggf. aus hohen Belegungszahlen auf Bundesebene folgen sollten, verbleibt unklar.

#### Stand der Behandlungskapazitäten - Vortag um 12 Uhr

Auch die Ermittlung der Zahl der belegten nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten um 12 Uhr des Vortags birgt einen erheblichen Zusatzaufwand, der ebenfalls Personalressourcen bindet. Insbesondere ist hier mit erheblichen Ungenauigkeiten zu rechnen, da ggf. zur Entlassung anstehende Patient:innen noch im Krankenhaus sind. Hingegen steht die Mitternachtsstatistik meist ohne größeren zusätzlichen Aufwand ohnehin zur Verfügung, da sich deren Erhebung bereits aus anderen Normen ergibt.

#### **Änderungsvorschlag**

Die Übermittlung der Angaben nach Absatz 1 hat ab dem [*einsetzen: Tag des Inkrafttretens der vorliegenden Verordnung*] täglich bis ~~11 Uhr~~ 12 Uhr mit Stand des Vortages um ~~12 Uhr~~ 24 Uhr zu erfolgen.

#### **Zu Artikel 2 Nr. 3**

Die Streichungen in § 4 (bzw. neu § 2) der DIVI IntensivRegister-Verordnung werden abgelehnt. Es ist ein Datum zum Außerkrafttreten festzulegen.

#### **Änderungsbedarf in § 2 (neu) der DIVI IntensivRegister-Verordnung**

Ergänzung eines Satzes 2: Die DIVI Intensivregister-Verordnung tritt am [*Datum eintragen, z.B. 31. März 2023*] außer Kraft.

## III. Weiterer Regelungsbedarf

#### **Weiterer Regelungsbedarf in Artikel 1**

Der Verordnungsentwurf legt nicht dar, warum die Meldung für die Register dauerhaft auch über ein Ende der Pandemie hinweg erfolgen soll. Es ist daher klarzustellen, wann die Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance außer Kraft tritt.

#### **Änderungsvorschlag Ergänzungsbedarf eines § 2**

Die Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance tritt am [*Datum eintragen, z.B. 31. März 2023*] außer Kraft.

#### **Änderungsvorschlag in § 72 IfSG**

Hier ist die Aussetzung der Sanktionierung der Meldeverpflichtung nach der Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance bis zum 31. Januar 2023 vorzusehen, um Krankenhäusern vor Sanktionen aufgrund einer unvollständigen, nicht rechtzeitigen oder nicht korrekten Datenübermittlung zu bewahren.

#### **Änderungen in der DIVI IntensivRegister-Verordnung**

Die Datenübermittlung nach der DIVI IntensivRegister-Verordnung ist in das DEMIS-Verfahren zu integrieren. Das RKI muss für das DIVI-Register eine digitale Schnittstelle zur Datenübermittlung etablieren, die von allen gängigen KIS-Systemen bedient werden kann, um die bürokratische Last

der Krankenhäuser zu senken.

### **Änderungsvorschlag in § 1 Abs. 1 der DIVI IntensivRegister-Verordnung**

(1) Alle zugelassenen Krankenhäuser, die im Rahmen ihres Versorgungsauftrags oder aufgrund einer Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde nach § 21 Absatz 5 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes intensivmedizinische Behandlungskapazitäten vorhalten, sind verpflichtet, ~~sich bis zum 16. April 2020 auf der Internetseite [www.intensivregister.de](http://www.intensivregister.de) in dem DIVI IntensivRegister zu registrieren und die für die Kapazitätsermittlung erforderlichen Angaben zur Anzahl der verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten nach Absatz 2 und die Angaben nach Absatz 3 täglich bis 12:00 Uhr an das DIVI IntensivRegister [über DEMIS an das RKI](#) zu übermitteln. Die Angaben können sowohl über die Weboberfläche des DIVI IntensivRegisters oder in maschinenlesbarer Form aus anderen IT-Systemen übermittelt werden.~~