

# Referentenentwurf

## des Bundesministeriums für Gesundheit

### Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance und zur Änderung der DIVI IntensivRegister-Verordnung

#### A. Problem und Ziel

Derzeit existiert keine zentrale Stelle, die einheitlich und bundesweit die Krankenhauskapazitäten auf nichtintensivmedizinischen somatischen Stationen (Normalstationen) erfasst. Jedoch haben die bisherigen Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie gezeigt, dass eine hohe Anzahl an COVID-19-Erkrankungen nicht nur zu Überlastungen von intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten führen könnte, sondern auch zu einer erheblich stärkeren Inanspruchnahme der Behandlungskapazitäten auf Normalstationen. Einen Überblick über die Anzahl der jeweils aktuell belegten sowie belegbaren Betten auf Intensivstationen bietet das DIVI IntensivRegister. Um ab Herbst 2022 ebenfalls Mehrbelastungen auf Normalstationen erkennen und gegebenenfalls entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen zu können, ist es daher erforderlich, dass neben den belegten und belegbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten auch die Bettenkapazitäten auf Normalstationen erfasst und an eine zentrale Stelle gemeldet werden.

Darüber hinaus sind Änderungen der DIVI IntensivRegister-Verordnung (DIVIRegV) erforderlich, die sich aus der mit dem Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (COVID-19-SchG) geregelten Verstärkung des DIVI IntensivRegisters ergeben.

#### B. Lösung

Zum Zwecke der Feststellung der Auslastung der Krankenhauskapazitäten (Krankenhauskapazitätssurveillance) sind Krankenhäuser nach § 13 Absatz 7 Satz 1 und Satz 4 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) verpflichtet, nach Maßgabe einer Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die für die Ermittlung der nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten erforderlichen Angaben an das Robert Koch-Institut (RKI) zu übermitteln. Mit dieser Rechtsverordnung ist vorgesehen, dass Krankenhäuser zunächst die Anzahl der belegten Betten auf Normalstationen, differenziert nach Erwachsenen und Kindern, zu melden haben. Dabei soll grundsätzlich auf die Erwachsenenstationen und pädiatrischen Stationen abgestellt werden. Zukünftig könnten zusätzliche Übermittlungspflichten der Krankenhäuser erforderlich werden, soweit für ein noch zielgenauerer Pandemiemanagement Bedarf bestehen sollte. Die Angaben zu den belegten Betten auf Normalstationen sollen täglich über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) übermittelt werden. Durch die elektronische Meldung kann die Anzahl belegter Betten auf Normalstationen beim RKI als zentraler Stelle zunächst ins Verhältnis gesetzt werden zu den jeweils nach § 21 Absatz 3b des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) gemeldeten und durch die vom Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) geführte Datenstelle auf Bundesebene an das RKI übermittelten Zahlen der aufgestellten Betten, um so einen Überblick über die Anzahl der bundesweit belegten und freien Bettenkapazitäten auf Normalstationen zu erhalten. Dieser Überblick kann gegebenenfalls nach kreisfreien Städten, Kreisen und Ländern differenziert werden. DEMIS bietet seit März 2022 die Möglichkeit, dass Krankenhäuser personenbezogene Hospitalisierungsmeldungen elektronisch übermitteln können. Das entsprechende Meldeportal wird darauf aufbauend zwecks Bettenkapazitätserfassung erweitert. Zukünftig soll

das automatisierte Ausleiten der personenbezogenen Hospitalisierungsmeldungen und Meldungen zur Bettenkapazität aus den Krankenhausinformationssystemen möglich sein.

Durch die Verstetigung der Ermächtigungsgrundlage, die Grundlage für die DIVIRegV ist, durch das COVID-19-SchG ergeben sich redaktionelle Folgeänderungen der DIVIRegV. Eine weitere Folgeänderung betrifft die Regelung zu Sanktionen bei Verstößen von Krankenhäusern gegen die Übermittlungspflichten intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten, die nach dem COVID-19-SchG künftig mit einem Bußgeld belegt werden.

## **C. Alternativen**

Keine.

## **D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Keine.

## **E. Erfüllungsaufwand**

### **E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger**

Keine.

### **E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft**

Für die Krankenhäuser entsteht der im Entwurf des COVID-19-SchG aufgeführte einmalige Erfüllungsaufwand pro Krankenhaus von weniger als 500 Euro für die Installation des erforderlichen Komfort-Clients. Bei rund 1900 meldepflichtigen Krankenhäusern liegt der Gesamterfüllungsaufwand demnach bei weniger als 950 000 Euro. Außerdem entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für das Update des Primärsystems zwecks Anschluss an DEMIS von weniger als 20.000 Euro pro Krankenhaus. Die Höhe des Betrags ist abhängig vom Inhalt der geschlossenen Verträge, sofern das Update nicht ohnehin schon vom Vertrag mit dem Hersteller des Krankenhausinformationssystems umfasst ist. Vor diesem Hintergrund der unterschiedlichen Vertragsausgestaltungen zwischen Krankenhäusern und Primärsystem-Herstellern ist ein Gesamterfüllungsaufwand für alle meldepflichtigen Krankenhäuser nicht quantifizierbar.

Für die Meldung über den Komfort-Client entsteht der ebenfalls im Entwurf des COVID-19-SchG aufgeführte Aufwand von circa drei Stunden monatlich pro Krankenhaus. Es ist davon auszugehen, dass pro Krankenhaus ein Aufwand von sechs Minuten pro Meldung täglich erforderlich ist, sodass sich bei zwei Meldungen pro Tag ein monatlicher Aufwand von 360 Minuten (= sechs Stunden) ergibt. Bei einem Stundensatz von 30 Euro brutto entsteht daher ein Gesamtaufwand pro Krankenhaus von 180 Euro im Monat, für alle Krankenhäuser ein solcher von ca. 342 000 Euro im Monat. Dieser Meldeaufwand ist angesichts des sich aus den erhobenen Daten ergebenden Erkenntnisgewinns gerechtfertigt und verhältnismäßig. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass dieser Aufwand nur entsteht, solange die automatisierte Meldung aus den Primärsystemen noch nicht umgesetzt ist, d. h. voraussichtlich bis zum 31. Dezember 2022.

### **E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung**

Beim RKI entsteht ein nicht näher quantifizierbarer Erfüllungsaufwand für die Verarbeitung der zusätzlichen Meldedaten.

### **F. Weitere Kosten**

Keine.

# **Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit**

## **Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance und zur Änderung der DIVI IntensivRegister-Verordnung**

Vom ...

Das Bundesministerium für Gesundheit verordnet auf Grund

- des § 13 Absatz 7 Satz 4 Nummer 1 und 3, Satz 1 Nummer 1 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), der durch Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe c des Gesetzes vom [...] 2022 (BGBl. I S. [...]) eingefügt worden ist, und
- des § 13 Absatz 7 Satz 4 Nummer 2 und 3, Satz 1 Nummer 2 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), der durch Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe c des Gesetzes vom [...] 2022 (BGBl. I S. [...]) eingefügt worden ist:

### **Artikel 1**

#### **Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance**

#### **(Krankenhauskapazitätssurveillance-Verordnung)**

##### **§ 1**

#### **Verpflichtung zur Übermittlung nichtintensivmedizinischer somatischer Behandlungskapazitäten**

(1) Alle zugelassenen Krankenhäuser, die im Rahmen ihres Versorgungsauftrags nichtintensivmedizinische somatische Behandlungskapazitäten vorhalten, sind verpflichtet, die Anzahl der für die vollstationäre Versorgung belegten nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten, jeweils differenziert nach Erwachsenen und Kindern, an das Robert Koch-Institut über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz nach § 14 des Infektionsschutzgesetzes zu übermitteln.

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

### **Artikel 2**

#### **Änderung der Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten**

Die Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten vom 8. April 2020 (BAnz AT 09.04.2020 V4), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2021 (BAnz AT 12.11.2021 V1) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Eingangsformel wird wie folgt gefasst:

„Auf Grund des § 13 Absatz 7 Satz 4 Nummer 2 und 3, Satz 1 Nummer 2 des Infektionsschutzgesetzes, der durch Artikel 1 Nummer 8 Buchstabe c des Gesetzes vom [...] 2022 (BGBl. I S. [...]) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:“

2. Die § 2 und § 3 werden aufgehoben.

3. § 4 wird § 2 und wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird die Angabe „~~Außerkräfttreten~~“ gestrichen.

b) Das Semikolon und der nachfolgende Satzteil werden gestrichen.

## **Artikel 3**

### **Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen**

Derzeit existiert keine zentrale Stelle, die einheitlich und bundesweit die Krankenhauskapazitäten auf nichtintensivmedizinischen somatischen Stationen (Normalstationen) erfasst. Jedoch haben die bisherigen Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie gezeigt, dass eine hohe Anzahl an Erkrankungen an COVID-19 nicht nur zu Überlastungen von intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten führen könnte, sondern auch zu einer erheblich stärkeren Inanspruchnahme der Behandlungskapazitäten auf Normalstationen. Einen Überblick über die Anzahl der jeweils aktuell belegten sowie belegbaren Betten auf Intensivstationen bietet das DIVI IntensivRegister. Um ab dem Herbst 2022 ebenfalls Mehrbelastungen auf Normalstationen erkennen und gegebenenfalls entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen zu können, ist es daher erforderlich, dass neben den belegten und belegbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten auch die Bettenkapazitäten auf Normalstationen erfasst und an eine zentrale Stelle gemeldet werden.

Darüber hinaus sind Änderungen der DIVIRegV erforderlich, die sich aus der mit dem COVID-19-SchG geregelten Verstetigung des DIVI IntensivRegisters ergeben.

#### **II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs**

Zum Zwecke der Feststellung der Auslastung der Krankenhauskapazitäten (Krankenhauskapazitätssurveillance) sind Krankenhäuser nach § 13 Absatz 7 Satz 1 und Satz 4 IfSG verpflichtet, nach Maßgabe einer Rechtsverordnung des BMG die für die Ermittlung der nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten erforderlichen Angaben an das RKI zu übermitteln. Mit dieser Rechtsverordnung ist vorgesehen, dass Krankenhäuser zunächst die Anzahl der belegten Betten auf Normalstationen, differenziert nach Erwachsenen und Kindern, zu melden haben. Dabei soll grundsätzlich auf die Erwachsenenstationen und pädiatrischen Stationen abgestellt werden. Diese Angaben zu den Normalstationen sollen täglich über DEMIS übermittelt werden. Zukünftig könnten zusätzliche Übermittlungspflichten der Krankenhäuser erforderlich werden, soweit für ein noch zielgenaueres Pandemiemanagement Bedarf bestehen sollte. Durch die elektronische Meldung können die Anzahl belegter Betten auf Normalstationen beim RKI als zentraler Stelle zunächst ins Verhältnis gesetzt werden zu den jeweils nach § 21 Absatz 3b KHEntgG gemeldeten und durch die vom InEK geführte Datenstelle auf Bundesebene an das RKI übermittelten Zahlen der aufgestellten Betten, um so einen Überblick über die Anzahl der bundesweit belegten und freien Bettenkapazitäten auf Normalstationen zu erhalten. Dieser Überblick kann gegebenenfalls nach kreisfreien Städten, Kreisen und Ländern differenziert werden. Diese verbesserte Datengrundlage kann dabei helfen, frühzeitige und zielgenauere Maßnahmen zu treffen, um eine Überlastung der Krankenhäuser zu verhindern. DEMIS bietet seit März 2022 die Möglichkeit, dass Krankenhäuser personenbezogene Hospitalisierungsmeldungen elektronisch übermitteln können. Das entsprechende Meldeportal wird darauf aufbauend zwecks Bettenkapazitätserfassung erweitert. Zukünftig soll das automatisierte Ausleiten der personenbezogenen Hospitalisierungsmeldungen und Meldungen zur Bettenkapazität aus den Krankenhausinformationssystemen möglich sein.

Durch die Verstetigung der Ermächtigungsgrundlage, die Grundlage für die DIVIRegV ist, durch das COVID-19-SchG ergeben sich redaktionelle Folgeänderungen in der DIVIRegV.

Eine weitere Folgeänderung betrifft die Regelung zu Sanktionen bei Verstößen von Krankenhäusern gegen die Übermittlungspflichten intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten, die nach dem COVID-19-SchG künftig mit einem Bußgeld belegt werden.

### **III. Alternativen**

Keine.

### **IV. Regelungskompetenz**

Die Ermächtigung zum Erlass dieser Rechtsverordnung folgt einerseits aus § 13 Absatz 7 Satz 4 Nummer 1 und 3, Satz 1 Nummer 1 IfSG. Danach ist das BMG ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die für die Ermittlung der nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten erforderlichen Angaben festzulegen sowie festzulegen, wie oft Krankenhäuser verpflichtet sind, Übermittlungen nach Satz 1 Nummer 1 vorzunehmen. Die Ermächtigung zum Erlass dieser Rechtsverordnung folgt andererseits aus § 13 Absatz 7 Satz 4 Nummer 2 und 3, Satz 1 Nummer 2 IfSG. Danach ist das BMG ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die für die Ermittlung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten erforderlichen Angaben festzulegen sowie festzulegen, wie oft Krankenhäuser verpflichtet sind, Übermittlungen nach Satz 1 Nummer 2 vorzunehmen.

### **V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen**

Der Verordnungsentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und mit völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

### **VI. Regelungsfolgen**

#### **1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung**

Rechts- und Verwaltungsvereinfachungen sind mit den Regelungen nicht verbunden.

#### **2. Nachhaltigkeitsaspekte**

Die Verordnung steht im Einklang mit den Zielen und Prinzipien der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung. Sie dient dazu, die Behandlungskapazitäten in den Krankenhäusern aktuell und effizient zu erfassen. Damit entspricht sie insbesondere dem Nachhaltigkeitsziel 3 „Gesundheit und Wohlergehen für alle Menschen (zu) gewährleisten“. Die Indikatoren der Deutschen Nachhaltigkeitsstrategie zum Nachhaltigkeitsziel sind von der Verordnung jedoch nicht betroffen.

#### **3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand**

Keine.

#### **4. Erfüllungsaufwand**

Für die Krankenhäuser entsteht der im Entwurf des COVID-19-SchG aufgeführte einmalige Erfüllungsaufwand pro Krankenhaus von weniger als 500 Euro für die Installation des erforderlichen Komfort-Clients. Bei rund 1900 meldepflichtigen Krankenhäusern liegt der Gesamterfüllungsaufwand demnach bei weniger als 950 000 Euro. Außerdem entsteht einmaliger Erfüllungsaufwand für das Update des Primärsystems zwecks Anschluss an DEMIS

von weniger als 20.000 Euro pro Krankenhaus. Die Höhe des Betrags ist abhängig vom Inhalt der geschlossenen Verträge, sofern das Update nicht ohnehin schon vom Vertrag mit dem Hersteller des Krankenhausinformationssystems umfasst ist. Vor diesem Hintergrund der unterschiedlichen Vertragsausgestaltungen zwischen Krankenhäusern und Primärsystem-Herstellern ist ein Gesamterfüllungsaufwand für alle meldepflichtigen Krankenhäuser nicht quantifizierbar.

Für die Meldung über den Komfort-Client entsteht der ebenfalls im Entwurf des COVID-19-SchG aufgeführte Aufwand von circa drei Stunden monatlich pro Krankenhaus. Es ist davon auszugehen, dass pro Krankenhaus ein Aufwand von sechs Minuten pro Meldung täglich erforderlich ist, sodass sich bei zwei Meldungen pro Tag ein monatlicher Aufwand von 360 Minuten (= sechs Stunden) ergibt. Bei einem Stundensatz von 30 Euro brutto entsteht daher ein Gesamtaufwand pro Krankenhaus von 180 Euro im Monat, für alle Krankenhäuser ein solcher von ca. 342 000 Euro im Monat. Dieser Meldeaufwand ist angesichts des sich aus den erhobenen Daten ergebenden Erkenntnisgewinns gerechtfertigt und verhältnismäßig. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass dieser Aufwand nur entsteht, solange die automatisierte Meldung aus den Primärsystemen noch nicht umgesetzt ist, d. h. voraussichtlich bis zum 31. Dezember 2022.

## **5. Weitere Kosten**

Keine.

## **6. Weitere Regelungsfolgen**

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten.

## **VII. Befristung; Evaluierung**

Eine Befristung der Regelungen ist nicht angezeigt, da die dauerhafte Überwachung der verfügbaren Bettenkapazitäten in Krankenhäusern zum dauernden Schutz des Gesundheitswesens vor einer Überlastung erforderlich ist.

## **B. Besonderer Teil**

### **Zu Artikel 1 (Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance)**

#### **Zu § 1 (Verpflichtung zur Übermittlung nichtintensivmedizinischer somatischer Behandlungskapazitäten)**

##### **Zu Absatz 1**

Alle zugelassenen Krankenhäuser werden zunächst dazu verpflichtet, die Zahl ihrer belegten nichtintensivmedizinischen somatischen Behandlungskapazitäten über DEMIS zu melden. Das DEMIS Meldeportal wird entsprechend für die Meldungen zur Kapazitätssurveillance erweitert. Zukünftig wird eine Möglichkeit zum automatischen Ausleiten der Meldungen der belegten Betten zur Verfügung stehen. Bei der Meldung sollen 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 Umfang beitragen, von der Meldeverpflichtung ausgenommen werden. Wegen der unterschiedlichen Erfordernisse in der medizinischen Versorgung und dem pflegerischen Behandlungsaufwand hat die Mel-



derung getrennt nach mit Kindern und Erwachsenen belegten Betten zu erfolgen. Der Regelungstext entspricht hinsichtlich der Unterscheidung nach Kindern und Erwachsenen im Wesentlichen dem nach § 1 Absatz 2 Satz 1 DIVIRegV, sodass die Umsetzung durch das RKI in entsprechender Weise vorzunehmen ist. Die übermittelten Zahlen ermöglichen, wenn sie mit den durch das InEK übermittelten Zahlen der aufgestellten Betten ins Verhältnis gesetzt werden, Rückschlüsse auf die grundsätzlich zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten der meldenden Krankenhäuser auf Normalstationen. Das Nähere zur Nutzung der Daten durch das RKI kann, falls notwendig, vonseiten des BMG im Wege eines Erlasses geregelt werden.

### **Zu Absatz 2**

Nach der Regelung haben die Krankenhäuser die Anzahl der belegten Betten auf den somatischen Normalstationen täglich bis 11 Uhr zu melden. Eine frühere Meldung bleibt zulässig. Entscheidend ist nur, dass der Stand des Vortages um 12 Uhr zu Grunde gelegt wird. Dies ermöglicht ein einheitliches Bild, weil auf diese Weise vermieden wird, dass die Meldung sich auf einen beliebigen Zeitpunkt aus einem Zeitfenster von bis zu 23 Stunden bezieht, was zu Verzerrungen führen könnte. So aber ist gewährleistet, dass der Stand um 12 Uhr, der für die Meldung am Folgetag entscheidend ist, auf eine weitestgehend gleichwertige Datengrundlage gestützt werden kann.

### **Zu Artikel 2 (Änderung der Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten)**

#### **Zu Nummer 1**

Es handelt sich um eine erforderliche Folgeänderung aufgrund der Verstetigung der Ermächtigungsgrundlage der DIVIRegV in § 13 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 IfSG durch das COVID-19-SchG.

#### **Zu Nummer 2**

Aufgrund der Tatsache, dass Krankenhäuser keinen Anspruch mehr auf pandemiebedingte Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG haben, entfallen die wöchentlichen Meldungen nach § 21 Absatz 2a Satz 3 KHG an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde, mit denen die Meldungen der täglichen Übermittlung der Angaben nach § 1 Absatz 2 und 3 DIVIRegV nachzuweisen waren. Die Regelung des bisherigen § 2 wird insofern gestrichen.

Gestrichen werden ebenfalls die Regelungen des bisherigen § 3 DIVIRegV. Die pandemiebedingten Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG an Krankenhäuser waren aufgrund der Verlängerung im Wege der Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Änderung der Hygienepauschaleverordnung vom 28. März 2022 (BAnz At 29.03.2022 V1) bis zum 18. April 2022 befristet. Die in diesem Kontext geltende Sanktionsregelung, wonach Krankenhäusern für jeden Tag der nicht, nicht vollständigen oder nicht fristgerechten Erfüllung ihrer Meldepflichten eine Kürzung der tagesbezogenen Pauschale nach § 21 Absatz 3 KHG um 10 Prozent drohte, geht daher seitdem ins Leere. Vor dem Hintergrund der Verstetigung der Meldepflichten nach der DIVIRegV bedarf es insofern einer entsprechenden anderweitigen Sanktionsregelung, um die Meldedisziplin der Krankenhäuser auch künftig aufrechtzuerhalten. Eine solche Sanktionsregelung sieht nunmehr § 73 IfSG vor. Daher ist eine gesonderte Prüfung der Meldungen der Krankenhäuser durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden künftig nicht mehr erforderlich. Zur Verwaltungsvereinfachung kann daher auch die Regelung entfallen, wonach das RKI an die jeweils für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde einmal wöchentlich eine nach Krankenhäusern differenzierte Übersicht über die Tage, an denen die Pflichten nach § 1 vollständig und fristgerecht erfüllt wurden, zu übermitteln hat.

### **Zu Nummer 3**

In Zusammenhang mit der Neuregelung der Ermächtigungsgrundlage für die vorliegende Verordnung und deren Verstetigung in § 13 Absatz 7 Satz 4 Nummer 2 und 3, Satz 1 Nummer 2 IfSG ist die Regelung zum Außerkrafttreten der DIVIRegV zu streichen.

### **Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)**

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten der Verordnung.