



Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Präsidenten des Deutschen Bundestages
- Parlamentssekretariat -
11011 Berlin

Dr. Thomas Gebhart

Parlamentarischer Staatssekretär
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-1020

FAX +49 (0)30 18441-1750

E-MAIL Thomas.Gebhart@bmg.bund.de

Berlin, 25. Mai 2021

Kleine Anfrage der Abgeordneten Stephan Brandner, Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD betreffend „Bonuszahlungen für neugeschaffene Intensivbetten“, BT-Drs. 19/29507

Sehr geehrter Herr Bundestagspräsident,

namens der Bundesregierung beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung der Fragesteller:

Ausweislich der Angaben auf der Internetseite der Bundesregierung enthält das im Bundestag beschlossene Covid19-Krankenhausentlastungsgesetz eine Reihe von Maßnahmen, um die Finanzierung der Krankenhäuser sicherzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass sie liquide bleiben (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/covid19-krankenhaus-gesetz-1733614>). Zu diesen Maßnahmen gehört unter anderem, dass die Krankenhäuser für verschobene planbare Operationen und Behandlungen einen finanziellen Ausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten (ebd.). Dieser wird aus dem Bundeshaushalt refinanziert (ebd.). Bis Ende September 2020 sollten die Krankenhäuser für jedes freigehaltene Bett eine Pauschale von 560 Euro pro Tag erhalten (ebd.). Für jedes Intensivbett, das die Krankenhäuser zusätzlich schafften, sollten sie zudem einen Bonus in Höhe von 50.000 Euro erhalten (ebd.).

Vorbemerkung der Bundesregierung:

Der Gesetzgeber hat seit März 2020 eine Vielzahl an Maßnahmen ergriffen, um die stationäre und somit auch die intensivmedizinische Versorgung während der COVID-19-Pandemie sicherzustellen. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 erhielten Krankenhäuser neben weiteren Maßnahmen für die Verschiebung oder Aussetzung von planbaren

Operationen und die entsprechende Erhöhung der (intensivmedizinischen) Behandlungskapazitäten Ausgleichszahlungen für entstandene Erlöseinbußen.

Je freigehaltenem Bett bzw. je nicht behandeltem Patienten oder je nicht behandelte Patientin waren zunächst für jedes Krankenhaus einheitlich 560 Euro kalendertäglich festgesetzt. Auf Grund der Empfehlungen des vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzten Expertenbeirats aus Vertreterinnen und Vertretern aus Fachkreisen, der die Wirkung der Ausgleichszahlungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser untersucht und Vorschläge für notwendige Nachsteuerungen unterbreitet hat, ist die Höhe dieser Pauschale mit der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 3. Juli 2020 modifiziert worden. Seit dem 13. Juli 2020 galten anstelle der bis dahin einheitlichen Pauschale für alle Krankenhäuser differenzierte Beträge in fünf Stufen zwischen 360 und 760 Euro. Die Zuordnung der Krankenhäuser zu den Stufen erfolgt auf Basis des durchschnittlichen Schweregrades (Casemixindex), geteilt durch die durchschnittliche Verweildauer im jeweiligen Krankenhaus (Datenbasis 2019).

Außerdem erhielten Krankenhäuser für jedes zusätzlich geschaffene oder vorgehaltene Intensivbett mit maschineller Beatmungsmöglichkeit einen pauschalen Bonus in Höhe von 50.000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Mit der Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten wurden die intensivbettenführenden Krankenhäuser verpflichtet, sich auf der Internetseite des DIVI-Intensivregisters (www.intensivregister.de) zu registrieren und haben seitdem ihre intensivmedizinischen Kapazitäten täglich zu aktualisieren. In dem DIVI-Intensivregister werden nur die täglich tatsächlich verfügbaren und betriebsbereiten Intensivbetten ausgewiesen. Daher sind Schwankungen der betriebsbereiten Intensivbetten nicht ungewöhnlich, sondern werden dadurch bedingt, dass in die reale Einschätzung der Kapazitätsslage alle Ressourcen-Aspekte, die an dem Tag der Meldung für den jeweiligen Intensivbereich vorliegen (insbesondere Personalausfälle aufgrund von Krankmeldungen, Quarantäne sowie hoher Belastung, gesperrte Behandlungsplätze aufgrund von Isolationsbehandlung, technische Ausstattung in Gestalt der verfügbaren Beatmungsgeräte, Wiederaufnahme der Pflegepersonaluntergrenzen, variierender Aufwand in der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten je nach Schwere der Erkrankung) einbezogen werden. Die aktuelle Intensivkapazitätsslage wird täglich in verschiedenen Formaten (Tagesreport, Dashboard, Intensivregister Internetseite: www.intensivregister.de) kommuniziert.

Frage Nr. 1:

Wie viele Intensivbetten wurden nach Kenntnis der Bundesregierung nach Verabschiedung des Covid19-Krankenhauserlastungsgesetzes wann, in welchen Bundesländern zusätzlich neu geschaffen und an wen genau wurde der oben genannte Bonus in welcher Höhe genau ausgezahlt?

Antwort:

Die Auszahlung der Förderbeträge erfolgte seitens des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) an die Länder zur Weiterleitung an die Krankenhäuser. Die Auszahlungsbeträge aufgrund der COVID-19-Pandemie können auf der Internetseite des BAS eingesehen werden:

<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/auszahlungsbetraege/>.

Für die Schaffung zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nach § 21 Absatz 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurden demnach im Zeitraum vom 16. März 2020 bis 30. September 2020 insgesamt 686,1 Mio. Euro ausgezahlt, was einer rechnerisch möglichen Förderung von 13.722 intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten entspricht. Die folgende Übersicht stellt die nach den Bundesländern differenzierten Auszahlungsbeträge sowie die jeweilige rechnerisch mögliche Förderung dar.

Auszahlungen nach § 21 Absatz 5 KHG (Stand 10.05.2021)		
GESAMT	686.100.000 €	Rechnerisch 13.722 Betten
davon Bundesland		
Baden-Württemberg	98.500.000 €	1.970
Bayern	100.200.000 €	2.004
Berlin	27.900.000 €	558
Brandenburg	23.300.000 €	466
Bremen	6.950.000 €	139
Hamburg	15.600.000 €	312
Hessen	48.700.000 €	974
Mecklenburg-Vorpommern	13.700.000 €	274
Niedersachsen	74.500.000 €	1.490
Nordrhein-Westfalen	110.950.000 €	2.219
Rheinland-Pfalz	29.500.000 €	590
Saarland	15.500.000 €	310
Sachsen	47.350.000 €	947
Sachsen-Anhalt	27.150.000 €	543
Schleswig-Holstein	26.200.000 €	524
Thüringen	20.100.000 €	402

Frage Nr. 2:

Wie viele der unter Frage 1. abgefragten neu geschaffenen Intensivbetten bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung gegenwärtig noch? Wenn die aktuell bestehende Anzahl der Intensivbetten geringer sein sollte als die Anzahl der geschaffenen Betten, was sind nach Kenntnis der Bundesregierung die genauen Gründe hierfür?

Frage Nr. 3:

Was waren nach Kenntnis der Bundesregierung die genauen Voraussetzungen, unter denen der oben genannte Bonus in Höhe von 50.000 € ausgezahlt werden sollte, gehörte zu diesen Voraussetzungen auch das Fortbestehen der Intensivbetten, falls ja, für welche Dauer mussten die Intensivbetten fortbestehen und durch welche Maßnahme wurde sichergestellt, dass nach der Auszahlung des Bonus die neugeschaffenen Intensivbetten auch zukünftig weiterhin bestehen bleiben?

Antwort:

Die Fragen 2 und 3 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Krankenhäuser erhielten unter der Voraussetzung der Genehmigung des Landes für jedes zusätzlich geschaffene oder vorgehaltene Intensivbett mit maschineller Beatmungsmöglichkeit einen Pauschalbetrag in Höhe von 50.000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Kriterien, anhand derer die Schaffung zusätzlicher intensivmedizinischer Versorgungskapazitäten in den einzelnen Krankenhäusern gefördert wurde, wurden von den Ländern entsprechend den jeweiligen Gegebenheiten, insbesondere dem jeweiligen regionalen Bedarf, festgelegt. Dem entsprechend ist es Aufgabe der Länder, darüber zu entscheiden, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum die zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten bedarfsorientiert vorgehalten werden sollen.

Voraussetzung für die Förderung war nicht, dass diese Betten auch in dauerhafter Betriebsbereitschaft gehalten werden. Aus diesem Grund werden diese Betten nicht oder nicht vollständig als tagesaktuell verfügbare Kapazitäten im DIVI-Intensivregister erfasst, wenn diese (z. B. aufgrund personeller Engpässe) aktuell nicht betriebsbereit sind. Im Wesentlichen dürften die nach § 21 Absatz 5 KHG geförderten Betten daher die 7-Tage-Notfallreserve des DIVI-Intensivregisters bilden, beziehungsweise als Reserve außerhalb des zeitlichen Horizonts von sieben Tagen zur Verfügung stehen.

Unterschiede zwischen der Anzahl der über das DIVI-Intensivregister gemeldeten Intensivbetten und der kalkulatorischen Anzahl an Intensivbetten auf Basis der ausbezahlten Förderbeträge können auf unterschiedlichen Ursachen beruhen. Eine mögliche Differenz zwischen der täglich variierenden Zahl der an das DIVI-Intensivregister gemeldeten betreibbaren Intensivbetten und der kalkulatorischen Zahl aufgrund ausgezahlter Förderbeträge nach § 21 Absatz 5 KHG ergibt sich etwa aus der Tatsache, dass diese beiden Angaben weder miteinander verglichen noch in Bezug zueinander gesetzt werden können. Wie in der Vorbemerkung der Bundesregierung ausgeführt, ist hierbei entscheidend, dass bei den täglichen Meldungen an das DIVI-Intensivregister eine reale Einschätzung über die Kapazitätslage auf Low-Care und High-Care Intensivbehandlungsplätzen abgegeben werden soll, einbeziehend alle Ressourcen-Aspekte, die an dem Tag der Meldung für den jeweiligen Intensivbereich vorliegen (insbesondere Personalausfälle aufgrund

von Krankmeldungen, Quarantäne sowie hoher Belastung, gesperrte Behandlungsplätze aufgrund von Isolationsbehandlung, technische Ausstattung in Gestalt der verfügbaren Beatmungsgeräte, Wiederaufnahme der Pflegepersonaluntergrenzen, variierender Aufwand in der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten je nach Schwere der Erkrankung). Ein Bett der Versorgungsstufe gilt als betreibbar, wenn jeweils ein vorgesehener Raum, funktionsfähige Geräte und Material pro Bettenplatz, sowie personelle Besetzung mit pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal vorhanden sind und eingesetzt werden können.

Davon abzugrenzen ist die Zahl der auf Grund der bis zum 30. September 2020 befristeten pauschalen Förderungsmöglichkeit zusätzlicher Intensivbettenkapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit nach § 21 Absatz 5 KHG geförderten bzw. aufgestellten Betten. Diese Zahl kann nicht gleichgesetzt werden mit der Zahl der tatsächlich betriebsbereiten Betten, da es Intensivbetten gibt, für die zwar Fördermittel abgerufen wurden, die aber z. B. auf Grund von Liefer- oder Personalengpässen nicht oder noch nicht betriebsbereit sind.

Ergänzend wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der AfD – Drucksache 19/24063 – „Corona-Intensivbetten in Deutschland“ (Drucksache 19/24525 vom 20. November 2020) verwiesen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'L. Pfeifer', is written in a cursive style.