

## Antwort

### der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
– Drucksache 19/21453 –**

### **Transparenz über die Zahlungen an Krankenhäuser für Ausgleichszahlungen und Intensivbetten**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurden für Krankenhäuser Zahlungen zum Ausgleich für entgangene Erlöse aufgrund der Verschiebung von planbaren Eingriffen bereitgestellt. Die Ausgleichszahlungen betragen zunächst 560 Euro pro Tag für jedes Haus für jeden zwischen dem 16. März und dem 30. September 2020 im Vergleich zum Jahresdurchschnitt 2019 wegfallenden stationären und teilstationären Fall. Außerdem wurde vereinbart, dass es für jedes bis zum 30. September 2020 neu aufgestellte Intensivbett eine Zahlung von 50 000 Euro gibt. Die Ausgleichszahlungen werden vollständig aus dem Bundeshaushalt finanziert. In den Zweiten Nachtragshaushalt 2020 wurden dafür 11,5 Mrd. Euro eingestellt. Die Prämie für die Intensivbetten wird aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert.

Durch die COVID-19-Ausgleichszahlungs-Änderungs-Verordnung (AusglZÄV) vom 3. Juli 2020 wurde der pauschale Ausgleichzahlbetrag in Höhe von 560 Euro pro Tag und leerem Bett abgelöst. Anstelle dieses Pauschalbetrages traten ab dem 9. Juli 2020 für somatische Krankenhäuser fünf Ausgleichsstufen (360 Euro, 460 Euro, 560 Euro, 660 Euro und 760 Euro). Alle somatischen Krankenhäuser wurden in diese Ausgleichsstufen eingeordnet. Ausweislich der Begründung zum Verordnungsentwurf war für die konkrete Zuordnung eines Krankenhauses in eine der fünf Ausgleichsstufen dessen jeweilige jahresdurchschnittliche Schwere der vollstationären Patientenfälle (Casemixindex – CMI) sowie deren jahresdurchschnittlicher Verweildauer im Jahr 2019 maßgeblich. Für die Zuordnung in die höchste Ausgleichsstufe musste das Krankenhaus zudem in der 19. oder 20. Kalenderwoche des Jahres 2020 mindestens einmal intensivmedizinische Behandlungskapazitäten an das DIVI-Intensivregister gemeldet haben.

Die Abwicklung der Zahlungsströme zwischen den Krankenhäusern und dem Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) hat der Bundesgesetzgeber mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz den Ländern übertragen. Zu diesem Zweck haben die Krankenhäuser den jeweils zuständigen Landesbehörden die Daten nach § 5 der Ausgleichszahlungsvereinbarung zu übermitteln.

---

*Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 18. August 2020 übermittelt.*

*Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.*

Die Aufwendungen aus Bundesmitteln zur Finanzierung der Ausgleichszahlungen schätzte die Bundesregierung im März dieses Jahres auf 2,8 Mrd. Euro für 100 Tage (vgl. Begründung zum COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz). Das BAS hat für die Ausgleichszahlung an die Länder bzw. Krankenhäuser in der Zeit vom 16. März 2020 bis zum 8. Juli 2020 ca. 6,3 Mrd. Euro ausgezahlt (vgl. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Spahn-warnt-Kliniken-voor-Missbrauch-der-Freihalte-Pauschale-411242.html>). Entgegen der ursprünglichen Prognose der Bundesregierung wurden somit ca. 5,5 Mrd. Euro für 100 Tage gezahlt, fast doppelt so viel wie erwartet. Nach der aktuellen Gesetzeslage ist die Zahlung von Ausgleichszahlungen bis zum 30. September 2020 befristet (vgl. § 21 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) fordert allerdings eine Weitergeltung der grundsätzlichen Regelung bis weit in das nächste Jahr (vgl. <https://www.dkgv.de/dkg/presse/details/sachgerechte-weiterentwicklung-des-rettungsschirms-fuer-krankenhaeuser/>).

Um Engpässe in der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten mit intensivmedizinischen Beatmungskapazitäten zu vermeiden, erhalten Krankenhäuser für die Einrichtung zusätzlicher Intensivbetten einen einmaligen Bonus in Höhe von 50 000 Euro. Voraussetzung ist, dass die jeweils zuständigen Landesbehörden die Einrichtung dieser zusätzlichen Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit genehmigt (vgl. § 21 Absatz 5 KHG). Nach den Angaben des BAS wurden bis zum 8. Juli 2020 ca. 530 Mio. Euro an die Krankenhäuser für die Einrichtung zusätzlicher Intensivbetten ausgeschüttet.

Die bislang vom BAS ausgezahlten Mittel in Höhe von ca. 530 Mio. Euro genügen zur Einrichtung zusätzlicher 10 629 Intensivbetten. Unter Berücksichtigung der bereits zum 1. Januar 2020 vorgehaltenen Zahl von ca. 29 000 Intensivbetten müssten aktuell in Deutschland etwa 39 600 Intensivbetten von den Krankenhäusern vorgehalten werden. Nach dem Tagesreport des DIVI-Intensivregisters vom 14. Juli 2020 halten die Krankenhäuser in Deutschland allerdings nur 32 361 Intensivbetten vor (siehe auch [https://www.rbb24.de/politik/thema/2020/coronavirus/beitrag\\_neu/2020/07/kontraste-recherche-intensivbetten-corona-finanzhilfen.html](https://www.rbb24.de/politik/thema/2020/coronavirus/beitrag_neu/2020/07/kontraste-recherche-intensivbetten-corona-finanzhilfen.html)).

Die Bonusregelung zum Aufbau zusätzlicher Intensivbetten ist bis zum 30. September 2020 befristet. Das Bundesministerium für Gesundheit ist nach § 24 Absatz 1 KHG u. a. aufgefordert, die Auswirkungen dieser zusätzlichen Intensivkapazitäten zu überprüfen.

Die Bundesregierung setzt zur Unterstützung der Krankenhäuser in einem signifikanten Umfang Steuermittel ein. Insofern gilt es, sowohl Transparenz über diesen Mitteleinsatz als auch eine nachträgliche Bewertung der Maßnahmen vorzunehmen.

Die Mittel zur Finanzierung der zusätzlichen Intensivbetten werden zu 100 Prozent aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen. Der Aufbau dieser zusätzlichen Intensivbetten kommt allerdings allen Patientinnen und Patienten zu Gute, unabhängig davon, bei welchem Träger sie krankenversichert sind. Auch hier ist Transparenz über die Verwendung der Mittel dringend geboten.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung stellt mit Blick auf die Herausforderungen in Zusammenhang mit der Bewältigung der durch das SARS-CoV-2-Virus ausgelösten weltweiten Pandemie zunächst fest, dass die medizinischen Behandlungskapazitäten in Deutschland bislang zu jeder Zeit in hinreichendem Maße verfügbar waren. Dies ist auch auf die administrativen und gesetzlichen Maßnahmen zur Freihaltung von Kapazitäten in den Krankenhäusern zurückzuführen.

Im Ergebnis der Beratungen der Ministerpräsidentenkonferenz am 12. März 2020 wurde festgelegt, dass die Bundesregierung durch gesetzliche Maßnah-

men zügig sicherstellt, dass die durch die Corona-Pandemie verursachten wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser mit dem Ziel ausgeglichen werden, Defizite zu vermeiden. Dies wurde mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 umgesetzt. Soweit zugelassene Krankenhäuser zur Erhöhung der Bettenkapazitäten für die Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschieben, erhalten sie für die Ausfälle der Einnahmen Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Höhe der Ausgleichszahlungen ermitteln die Krankenhäuser, indem sie täglich, erstmals für den 16. März 2020, von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten abziehen. Sofern das Ergebnis größer als Null ist, ist dieses mit der jeweils geltenden tagesbezogenen Pauschale zu multiplizieren. Darüber hinaus erhalten die Kliniken eine pauschalen Betrag für jedes Intensivbett, das zusätzlich geschaffen und vorgehalten wird.

Das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz ist am 28. März 2020 in Kraft getreten. Zu diesem Zeitpunkt gab es keine verlässlichen Prognosedaten, an denen sich Schätzungen zu einem Belegungsrückgang in den Krankenhäusern auf Grund der Freihaltung von Betten für Patientinnen und Patienten, die mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, orientieren konnten. Somit wurde eine Abschätzung dahingehend vorgenommen, dass durch die Verschiebung planbarer Operationen, Eingriffe und Aufnahmen bei einem angenommenen Rückgang der Patientenzahl von 10 Prozent für 100 Tage Mehrausgaben für den Bund in Höhe von rund 2,8 Milliarden Euro entstehen. Insofern beinhaltet der Wert von rund 2,8 Milliarden Euro keine Obergrenze für die Höhe der Ausgleichszahlungen. Da seitens der Länder auf Basis der angemeldeten Beträge bereits Ende April 2020 ein Gesamtbetrag für die Ausgleichszahlungen gemäß § 21 Absatz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Höhe von rund 2,7 Milliarden Euro abgerufen wurde, wurde der angemeldete Betrag auf 6 Milliarden Euro aufgestockt. Mit dem Nachtragshaushalt 2020 wurde der beim Bundesministerium für Finanzen angemeldete Betrag um weitere 5,5 Milliarden Euro erhöht.

Im Lichte des Ergebnisses der Beratungen des Expertenbeirats gemäß § 24 Absatz 1 KHG wurde mit der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung (AusglZAV) mit Wirkung ab dem 13. Juli 2020 eine sachgerechte Differenzierung der Freihaltetpauschalen vorgenommen. Mit den differenzierten Ausgleichszahlungen soll den unterschiedlichen Kostenstrukturen der Krankenhäuser besser Rechnung getragen werden und der jeweilige Erlösausfall sachgerechter kompensiert werden. Parallel dazu sind die Krankenhäuser seit Mai 2020 aufgerufen, den Regelbetrieb sukzessive wieder aufzunehmen.

1. Wie lautet der konkrete Algorithmus bzw. der Rechenweg zur Ermittlung der maßgeblichen Parameter zur Einordnung eines Krankenhauses in eine der Ausgleichsstufen?
2. Welche Parameterwerte bzw. Ober- und Untergrenzen wurden für die Zuordnung in die unterschiedlichen Ausgleichsstufen festgelegt, und warum?
3. In welcher Form wurden die in den DRG (Diagnosis Related Groups) enthaltenen, sehr unterschiedlichen Kostenanteile von Sachmitteln bei der Eingruppierung in die Ausgleichsstufen mitberücksichtigt?

4. Wie wurden diese hohen kalkulatorischen Kostenanteile, die bei nicht durchgeführten Behandlungen faktisch nicht monetär wirksam werden, bei der Zuordnung zu einer Ausgleichsstufe berücksichtigt?

Die Fragen 1 bis 4 werden wegen des sachlichen Zusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz hat der Gesetzgeber beschlossen, dass Krankenhäuser, die planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschieben oder aussetzen, für die daraus entstehenden Einnahmeausfälle Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten (§ 21 Absatz 1 KHG). Für alle Patientinnen und Patienten, die ein Krankenhaus im Vergleich zum Jahr 2019 weniger behandelt, wurde für die Zeit vom 16. März 2020 bis zum 12. Juli 2020 eine einheitliche Pauschale in Höhe von 560 Euro je Tag ausbezahlt (Freihaltepauschale).

Mit der AusglZAV hat das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und mit Zustimmung des Bundesrats von der mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz eingeräumten Verordnungsermächtigung Gebrauch gemacht und auf der Grundlage einer Empfehlung des eingesetzten Expertenbeirats eine Differenzierung der Freihaltepauschale vorgenommen. Für den Zeitraum zwischen dem 13. Juli 2020 und dem 30. September 2020 sind die Ausgleichszahlungen für somatische Krankenhäuser krankenhausespezifisch nach dem im Jahr 2019 erreichten durchschnittlichen Fallschweregrad (Casemixindex, CMI) und der entsprechenden durchschnittlichen Verweildauer des jeweiligen Krankenhauses zwischen 360 Euro und 760 Euro differenziert ausgestaltet.

Davon abweichend gilt für somatische Krankenhäuser, die ausschließlich teilstationäre Leistungen erbringen, sowie für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen eine tagesbezogene Freihaltepauschale in Höhe von 280 Euro. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die ausschließlich teilstationäre Leistungen erbringen, beträgt die Freihaltepauschale 190 Euro. Für besondere Einrichtungen, die krankenhausespezifische Entgelte vereinbaren und für die daher kein CMI vorliegt, wurde die Freihaltepauschale bei 560 Euro belassen.

Für Krankenhäuser, die aufgrund ihrer im Jahr 2019 erzielten durchschnittlichen Fallschwere und ihrer durchschnittlichen Verweildauer eine tagesbezogene Freihaltepauschale erhalten würden, die oberhalb von 560 Euro liegt, war im Rahmen der AusglZAV zusätzlich zu prüfen, ob diese Krankenhäuser in der 19. oder 20. Kalenderwoche, für die Daten verfügbar waren, eine Meldung an das DIVI-Intensivregister vorgenommen haben. Falls das nicht der Fall war, erhalten diese Krankenhäuser weiterhin die bisherige tagesbezogene Freihaltepauschale in Höhe von 560 Euro.

Zur Ermittlung der maßgeblichen Freihaltepauschale wurden für jedes Krankenhaus die für das Jahr 2019 gemäß § 21 Absatz 2 Nummer 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus übermittelten Daten zum CMI und zur durchschnittlichen Verweildauer verwendet. Durch Division des CMI durch die durchschnittliche Verweildauer kann ein Näherungswert für den vom Krankenhaus je Tag erzielten Erlös ermittelt werden. Auf Empfehlung des Expertenbeirats wurden für die AusglZAV die Freihaltepauschalen in fünf Kategorien gruppiert. Ausgehend von der vorher geltenden Freihaltepauschale von 560 Euro wurden für die niedrigste und höchste Kategorie Veränderungen pro Tag nach oben und unten von je 200 Euro vorgenommen. Die Zuordnung erfolgt, indem für das einzelne Krankenhaus der CMI für die mit bundesweit kalkulierten Fallpauschalen vergüteten vollstationären Fälle des Jahres 2019 durch die durchschnittliche Verweildauer dieser

Fälle dividiert wird und dabei die folgenden Grenzen für die Zuordnung zu den einzelnen Pauschalen angewendet werden:

Quotient aus durchschnittlichem CMI und durchschnittlicher VD von bis unter	0,000 0,147	0,147 0,164	0,164 0,211	0,211 0,235	0,235
Pauschale	360 Euro	460 Euro	560 Euro	660 Euro	760 Euro

- Wie wurden die besonders kurzen Verweildauern, wie sie in Kinderkrankenhäusern vorkommen, bei der Zuordnung zu einer Ausgleichsstufe berücksichtigt?

Da die durchschnittliche Verweildauer einer der beiden Parameter zur Bestimmung der Höhe der Freihaltepauschale ist, wurde diese krankenhausespezifisch bei der Zuordnung der Höhe der Freihaltepauschale zu einem Krankenhaus berücksichtigt. Das festgelegte Verfahren der Zuordnung führt dazu, dass Krankenhäuser mit geringerer Verweildauer eine höhere Freihaltepauschale je Tag erhalten als Krankenhäuser mit einer längeren Verweildauer und demselben CMI. Kinderkrankenhäuser mit kurzen Verweildauern erhalten hierdurch höhere Pauschalen. Auf die Antwort zu den Fragen 1 bis 4 wird verwiesen.

- Warum wurden fünf Ausgleichsstufen festgelegt?

Der Verordnungsgeber folgt damit der Empfehlung des Expertenbeirats für eine Differenzierung der Freihaltepauschalen in fünf Kategorien. Damit wird einerseits die unterschiedliche Höhe des Erlösausfalls in den Krankenhäusern differenzierter abgebildet als mit einer für alle Krankenhäuser einheitlichen Pauschale, andererseits ist die Festlegung auf fünf Kategorien noch praktikabel in der Handhabung.

- Existieren Simulationsrechnungen, welche Krankenhäuser in welcher Größenordnung voraussichtlich die aus Bundesmitteln finanzierten Ausgleichszahlungen bis zum 30. September 2020 erhalten werden?

Wenn nein, warum nicht?

Die Größenordnung des Auszahlungsvolumens der Freihaltepauschalen ist von verschiedenen Faktoren abhängig, deren Umfang kaum vorhersehbar ist; insbesondere von der Zahl der Neuinfektionen und dem stationären Behandlungsbedarf sowie dem Umfang, in dem Krankenhäuser in der Folge für etwaig stationär zu versorgende Patientinnen und Patienten Betten freigehalten. Angesichts dieser Prognoseschwierigkeiten wurden in dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz und in der AusglZAV die Haushaltsausgaben – wie in der Vorbemerkung beschrieben – abgeschätzt, indem die Annahme zugrunde gelegt wurde, dass in allen Krankenhäusern über 100 Tage 10 Prozent weniger Patientinnen und Patienten behandelt werden. Diese Annahme führte zu geschätzten Mehrausgaben in Höhe von 2,8 Milliarden Euro. Der Abschätzung folgend, sind mit der Differenzierung der Freihaltepauschale im Rahmen der AusglZAV verminderte Mehrausgaben in niedriger dreistelliger Millionenhöhe zu erwarten, da sich die Ausgaben des Bundes durch die Absenkung der Höhe der Pauschale für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vermindern.

8. In welcher Form wurde bei der Festlegung der pauschalen Ausgleichszahlung in Höhe von 560 Euro sowie bei der Definition der aktuell gültigen fünf Ausgleichsstufen berücksichtigt, dass Krankenhäuser gegenüber der Belegung im Jahr 2019 keine zusätzlichen Gewinne durch die Ausgleichszahlung erzielen, und falls keine Regelungen dazu getroffen wurden, warum nicht?

Die im Zeitraum zwischen dem 16. März 2020 und dem 12. Juli 2020 gültige einheitliche Freihaltepauschale in Höhe von 560 Euro orientiert sich an den durchschnittlichen Krankenhauskosten. Erhöhend berücksichtigt wurden dabei Kosten für nicht direkt beim Krankenhaus beschäftigtes Personal, Kosten von vor- und nachstationären Behandlungen sowie von ambulanten Behandlungen, Mittel für ärztliche und nichtärztliche Wahlleistungen sowie für belegärztliche Leistungen. Zudem beinhaltet der Betrag von 560 Euro einen Aufschlag für Erlösausfälle. Andere Kostenarten, die anderweitig finanziert werden, wurden dagegen nicht bei der Ermittlung der Freihaltepauschale berücksichtigt. Dies gilt u. a. für die Kosten des Pflegedienstes und für die Ausbildungskosten, die über das Pflegebudget und über das Ausbildungsbudget finanziert werden. Eine Berücksichtigung dieser Kostenarten in der Freihaltepauschale hätte zu einer Doppelfinanzierung geführt. Daneben sind auch Kosten des Medizinischen Bedarfs (z. B. Arzneimittel, Implantate, Blutprodukte, Narkose- und OP-Bedarf) und Lebensmittelkosten nicht in der Freihaltepauschale enthalten, da diese verbrauchsbezogenen Versorgungskosten nicht anfallen, wenn ein Bett frei gehalten wird. Für die ausdifferenzierten Freihaltepauschalen seit dem 13. Juli 2020 wurde die einheitliche Freihaltepauschale von 560 Euro zusammen mit dem Durchschnittswert des Quotienten aus Casemixindex und Verweildauer zur Kalibrierung genutzt.

Da Krankenhäuser auf Grund der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie kein Defizit erzielen sollen und die Ermittlung der Ausgleichszahlungen für die Freihaltung von Bettenkapazitäten so einfach und unbürokratisch wie möglich gehalten werden sollte, sind für gegenüber dem Jahr 2019 weniger behandelte Patientinnen und Patienten pauschale Ausgleichszahlungen ohne Rückzahlungsregelungen beschlossen worden.

9. Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um sicherzustellen, dass Krankenhäuser keine planbaren Eingriffe verschieben, weil sie über die Ausgleichszahlung höhere Einnahmen erzielen können, und falls keine Vorkehrungen getroffen wurden, plant die Bundesregierung aktuell oder künftig Maßnahmen oder andere Initiativen, um zu gewährleisten, dass keine planbaren Eingriffe aufgrund möglicher höherer Einnahmen durch die Ausgleichszahlung verschoben werden?

Der Expertenbeirat, der das Bundesministerium für Gesundheit bei der Prüfung der Auswirkungen der Regelungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser unterstützen soll, hat am 29. April 2020 seine Tätigkeit aufgenommen. Bereits frühzeitig wurde dabei die Wirkungsweise der Ausgleichszahlungen gemäß § 21 Absatz 4 KHG untersucht. Hierbei wurde deutlich, dass einige Krankenhäuser durch die einheitliche Ausgleichspauschale in Höhe von 560 Euro im Vergleich zu den Erlösen im Vorjahreszeitraum überfinanziert, andere Krankenhäuser – insbesondere Universitätskliniken und Maximalversorger – jedoch unterfinanziert waren. Um diesem Umstand zu begegnen, wurde mit der AusglZAV eine Differenzierung der Pauschalen vorgenommen. In den Beratungen des Expertenbeirates wurden keine Hinweise auf systematische Verschiebung von planbaren Eingriffen festgestellt.

10. Plant die Bundesregierung eine Gesetzesinitiative, um sicherzustellen, dass trotz der gleichzeitigen Zahlung von Ausgleichszahlungen und Mindererlösen eine Doppelfinanzierung ausgeschlossen wird, nachdem die Krankenhäuser nach § 4 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) einen Anspruch darauf haben, 20 Prozent ihrer Mindererlöse von den Krankenkassen ausgeglichen zu bekommen?

Wenn ja, wie soll diese Regelung konkret ausgestaltet werden?

Wenn nein, warum nicht?

Ein Mindererlösausgleich ist gesetzlich vorgesehen, wenn die erzielten Erlöse hinter den für das Jahr vereinbarten Erlösen zurückbleiben. Da auch bei den für das Jahr 2020 vielfach unterjährig geführten Budgetverhandlungen der Grundsatz gilt, dass Budgetverhandlungen für Krankenhäuser unter Berücksichtigung der zum jeweiligen Verhandlungszeitpunkt für das maßgebliche Kalenderjahr vorliegenden aktuellen Erkenntnisse zu führen sind, ist angesichts bislang sehr weniger Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 davon auszugehen, dass Mindererlöse nur in geringem Umfang entstehen. Zudem wurde mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz geregelt, dass die Vertragsparteien vor Ort von den gesetzlichen Vorgaben abweichende Ausgleichssätze für Mehr- oder Mindererlöse vereinbaren können, die auf Grund einer Epidemie entstehen.

11. Liegen der Bundesregierung Berechnungen darüber vor, inwieweit die Erlösausfälle von Universitätskliniken und vergleichbaren Maximalversorgern durch die Ausgleichszahlungen kompensiert werden können, insbesondere unter Berücksichtigung der besonderen systemischen Rolle, die diese Krankenhäuser in der Patientensteuerung und der Versorgung von schwer erkrankten Patientinnen und Patienten während der Pandemie spielen, und wenn nicht, plant die Bundesregierung solche Berechnungen?

Mit den wirtschaftlichen Auswirkungen der Maßnahmen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes für die Krankenhäuser, einschließlich der Universitätskliniken und Maximalversorger, befasst sich das Bundesministerium für Gesundheit mit Unterstützung des Expertenbeirats. Um die Überprüfung auf einer aussagekräftigen und belastbaren Informationsgrundlage durchführen zu können, wurde mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 eine dazu erforderliche unterjährige Datenübermittlung der Krankenhäuser vorgesehen. Auf dieser Basis können die Auswirkungen der mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz beschlossenen Maßnahmen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser analysiert werden.

12. Auf welcher Grundlage sollten nach Ansicht der Bundesregierung die nachträglich geführten Budgetverhandlungen für das Jahr 2020 sowie die Budgetverhandlungen für das Jahr 2021 für die Universitätskliniken und vergleichbaren Maximalversorger beruhen?

Es gilt der Grundsatz, dass Budgetverhandlungen für Krankenhäuser unter Berücksichtigung der zum jeweiligen Verhandlungszeitpunkt für das maßgebliche Kalenderjahr vorliegenden aktuellen Erkenntnisse zu führen sind.

13. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag des Bundesrates (vgl. [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2020/0201-0300/246-20\(B\).pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2020/0201-0300/246-20(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1)), dass das Budget für die Universitätskliniken und vergleichbare Maximalversorger für 2020 an den vereinbarten Leistungsmengen und dem Budget 2019 anknüpfen und einen vollständigen Mindererlösausgleich gewährleisten sollte, während zugleich ein Ausgleichsmechanismus für den Vereinbarungszeitraum 2020 eingeführt wird, sofern die krisenbedingten Mehraufwendungen nicht über das vereinbarte Budget abgedeckt werden?

Insbesondere angesichts der Differenzierung der Freihaltepauschalen durch die AusglZAV ist eine abschließende Bewertung der genannten Forderung des Bundesrates zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht möglich.

14. Hat die Bundesregierung durch besondere Regelungsmechanismen sichergestellt, dass Krankenhäuser nicht unberechtigt über die Länder Ausgleichszahlungen aus Bundesmitteln abrufen können?  
Wenn ja, welche?  
Wenn nein, warum nicht?
15. Welche Verfahren oder Regelungen stellen nach Kenntnis der Bundesregierung sicher, dass die jeweils zuständigen Landesbehörden die Mittelanforderungen der Krankenhäuser überprüfen können?
16. Wenn die Länder die Mittelanforderungen überprüfen können, ist dann auch gewährleistet, dass die Länder dieser Prüfpflicht nachkommen?  
Wenn ja, wen, und wie informieren die Länder über die Ergebnisse ihrer Prüfungen?  
Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 14 bis 16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In § 21 Absatz 7 KHG ist geregelt, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene das Nähere zum Verfahren des Nachweises der Zahl der täglich voll- oder teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Referenzwert gemäß § 21 Absatz 2 KHG vereinbaren. Diese Vereinbarung wurde in erster Fassung am 2. April 2020 und im Zusammenhang mit der AusglZAV in zweiter Fassung am 8. Juli 2020 vorgelegt. Darin sind dezidierte Regelungen für die Ermittlung des Referenzwerts und der tagesbezogenen Ausgleichsbeträge sowie für ein Melde- und Nachweisverfahren enthalten. Darüber hinaus verpflichtet § 21 Absatz 9 KHG die Länder, nach Abschluss der Zahlungen durch das Bundesamt für Soziale Sicherung dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum Ende des darauffolgenden Kalendermonats eine krankenhausbetragene Aufstellung der ausgezahlten Finanzmittel zu übermitteln. Vor diesem Hintergrund geht die Bundesregierung davon aus, dass die Länder die Auszahlung der entsprechenden Finanzmittel in geeigneter Weise prüfen.



17. Plant die Bundesregierung nach dem Abschluss der Ausgleichszahlungen am 30. September 2020 und dem Vorliegen der krankenhausbefugten Aufstellung der ausgezahlten Finanzmittel einen Ausgleich, der die spezifischen Kosten und Erlösstrukturen der jeweiligen Krankenhäuser berücksichtigt, beispielsweise im Rahmen der Budgetverhandlungen auf Ortsebene?
18. Hat die Bundesregierung bereits Planungen zur Weitergeltung der Ausgleichszahlungen über den 30. September 2020 hinaus unternommen?
19. Wenn ja, welche zentralen Elemente umfasst die aktuelle Planung?
20. Will die Bundesregierung weiterhin für jedes Krankenhaus Ausgleichszahlungen leisten, oder sollen zukünftig insbesondere die Krankenhäuser berücksichtigt werden, die zu Behandlung von COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten besonders geeignet sind?
21. Ist die Bundesregierung bereit, die Ausgleichszahlungen weiterhin aus Steuermitteln zu finanzieren?

Die Fragen 17 bis 21 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Expertenbeirat befasst sich derzeit mit der Fragestellung, ob und wenn ja, welche Maßnahmen über den 30. September 2020 hinaus notwendig sind. Die Bundesregierung wird in diesem Zusammenhang den Bedarf für Anschlussregelungen prüfen.

22. Wann, und in welcher Form wird die Höhe der krankenhaushausindividuell gewährten Ausgleichszahlungen gegenüber dem Parlament publiziert?
23. Wann, und in welcher Form werden diese Informationen an weitere Institutionen, hier u. a. die Deutsche Krankenhausgesellschaft und den GKV Spitzenverband, gegeben werden?

Die Fragen 22 und 23 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die gesetzlichen Regelungen sehen gemäß § 21 Absatz 9 KHG eine krankenhaushausbezogene Aufstellung der ausgezahlten Finanzmittel seitens der Länder an das Bundesministerium für Gesundheit nach Abschluss der Zahlungen nach § 21 Absatz 4 Satz 2 KHG durch das Bundesamt für Soziale Sicherung bis zum Ende des darauffolgenden Kalendermonats vor.

24. Plant die Bundesregierung im Zuge der Evaluierung der Auswirkungen der Regelungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser einen Bericht im Sinne einer Bewertung der erfolgten Maßnahmen, und wenn ja, wann soll dieser erscheinen, und wenn nein, warum nicht?

Gemäß § 24 Absatz 1 KHG ist es Aufgabe des Bundesministeriums für Gesundheit, die Auswirkungen der Regelungen in den §§ 21 bis 23 KHG auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu überprüfen. Dafür wurde ein Expertenbeirat eingesetzt. Die gesetzlichen Regelungen geben keine Berichtspflicht vor, das Bundesministerium für Gesundheit wird jedoch nach Abschluss der Beratungen über die Ergebnisse des Expertenbeirates in geeigneter Form informieren.

## Intensivbetten

25. Liegen der Bundesregierung konkrete Informationen vor, nach welchen Kriterien die Länder die Anträge auf Einrichtung zusätzlicher Intensivkapazitäten positiv bescheiden?

Wenn ja, nach welchen Kriterien trafen bzw. treffen die zuständigen Landesbehörden ihre Entscheidungen, und sind diese Kriterien vergleichbar, oder differieren sie von Land zu Land?

Wenn nein, warum nicht?

Die Voraussetzung, dass für zusätzliche Intensivbetten gemäß § 21 Absatz 5 KHG eine Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde vorliegen muss, setzt konkludent voraus, dass die jeweilige zuständige Landesbehörde in eigener Verantwortlichkeit auch einen entsprechenden Bedarf für zusätzliche Intensivbetten bejaht hat. Der Bundesregierung liegen darüber hinaus keine systematischen Informationen vor, nach welchen Kriterien die jeweiligen Landesbehörden über Anträge nach § 21 Absatz 5 KHG entscheiden.

26. Liegen der Bundesregierung konkrete Daten vor, an welchen Krankenhäusern diese zusätzlichen 10 600 Intensivbetten eingerichtet wurden?

Wenn ja, warum wurden diese Daten bislang nicht veröffentlicht?

Wenn nein, beabsichtigt die Bundesregierung, diese Daten zeitnah im Sinne der Transparenz von den Ländern einzufordern und zu veröffentlichen?

Zum jetzigen Zeitpunkt liegen der Bundesregierung keine entsprechenden Daten vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 22 und 23 verwiesen.

27. Durch welche Maßnahmen bzw. Regelungen wurde sichergestellt, dass die ausgezahlten Mittel auch tatsächlich von den jeweils begünstigten Krankenhäusern zweckgebunden verwendet werden?

Es wird auf die Antwort zu Frage 25 verwiesen.

28. Sind insbesondere die Länder in ihrer Funktion als Genehmigungsbehörde zu entsprechenden Kontrollen angehalten und verpflichtet, über die Ergebnisse die Bundesregierung zu berichten?

29. Wie erklärt sich die Bundesregierung die signifikante Differenz von 7 239 Intensivbetten zwischen der ausgezahlten Förderung für zusätzliche Intensivbetten und den nach dem DIVI-Register aktuell (14. Juli 2020) vorgehaltenen Kapazitäten?

30. Sofern diese Differenz nicht plausibel zu erklären ist, welche Schlussfolgerung zieht die Bundesregierung aus dieser Intransparenz?

31. Verfügt die Bundesregierung über ein Konzept, wie die zukünftige Verwendung der Intensivbetten erfolgen soll, bzw. ist solch ein Konzept in Planung?

32. Wenn ja, sieht die Bundesregierung ein Risiko, dass die Intensivbetten angebotsinduziert eingesetzt werden?

Die Fragen 28 bis 32 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Seit Beginn der Förderung zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit verfolgt das Bundesministerium für Gesundheit die Auszahlung der Mittel durch das Bundesamt für Soziale Sicherung sehr aufmerksam. Die Länder wurden mehrfach dazu aufgefordert, über den jeweils aktuellen Stand der zusätzlichen Intensivbetten nach § 21 Absatz 5 KHG zu berichten. Mit Stand vom 28. Juli 2020 wurden durch das Bundesamt für Soziale Sicherung Fördermittel in einem Umfang an die Länder überwiesen, welche die Einrichtung von 10.758 zusätzlichen Intensivbetten ermöglichen. Die Länder haben mitgeteilt, zu diesem Zeitpunkt bereits Genehmigungen für zusätzliche Intensivkapazitäten in etwa gleicher Größenordnung gegenüber den betreffenden Krankenhäuser erteilt zu haben. Ausstehende Anträge, für welche die Länder bereits entsprechende Fördermittel vereinnahmt haben, sollen kurzfristig bearbeitet werden.

Die Krankenhäuser wurden zudem gemäß § 1 Absatz 2 DIVI IntensivRegister-Verordnung dazu verpflichtet, einmalig die Zahl ihrer aufgestellten Intensivbetten zum Stand 1. Januar 2020 an das DIVI-Intensivregister zu melden. Eine zusammen mit dem Robert Koch-Institut durchgeführte Auswertung hat ergeben, dass die Meldungen der Daten zum 1. Januar 2020 keine belastbaren Aussagen zulassen und der sich aus dem DIVI-Intensivregister ergebende Stand der tatsächlich aufgestellten Betten zum 1. Januar 2020 somit nicht valide war. Dies ist laut den Rückmeldungen der Länder auf eine Anfrage des Bundesministeriums für Gesundheit insbesondere darauf zurückzuführen, dass der Begriff „Intensivbett“ von den Krankenhäusern unterschiedlich definiert wird. Den Rückmeldungen der Länder war darüber hinaus zu entnehmen, dass die Zahl der aufgestellten Betten nicht gleichgesetzt werden dürfe mit der Zahl der tatsächlich betriebsbereiten Betten, da es Intensivbetten gebe, für die zwar Fördermittel abgerufen wurden, die aber z. B. auf Grund von Liefer- oder Personalengpässen (noch) nicht betriebsbereit waren.

Das Bundesministerium für Gesundheit strebt gemeinsam mit dem Robert Koch-Institut die Festlegung einer eindeutigen Definition für die zum 1. Januar 2020 aufgestellten Intensivbetten an. Da z. B. die anfänglichen Lieferschwierigkeiten bei Beatmungsgeräten zwischenzeitlich zumeist entfallen sind, ist zudem davon auszugehen, dass sich die Zahl der aufgestellten sowie der tatsächlich betriebsbereiten Betten mittlerweile annähert. Die Zahl der aktuell betriebsbereiten Intensivbetten ist täglich von den Krankenhäusern im DIVI-Intensivregister zu aktualisieren und auf der Website [www.intensivregister.de](http://www.intensivregister.de) einsehbar.

Darüber hinaus liegen der Bundesregierung derzeit keine Hinweise auf ein in der Frage 32 erwähntes Risiko eines angebotsinduzierten Einsatzes von Intensivbetten vor.

33. Gibt es seitens der Bundesregierung Überlegungen, diese Intensiv-Betten-Reserven wieder aus den Kliniken abzuziehen und zentral für eine künftige zweite Welle (bzw. künftige Pandemien) einzulagern?

Derzeit gibt es keine entsprechenden Pläne der Bundesregierung. Allgemein ist darauf hinzuweisen, dass für die Planung und Sicherstellung der flächendeckenden stationären Versorgung die Länder zuständig sind.

34. Plant die Bundesregierung, die private Krankenversicherung (PKV) an der Finanzierung der zusätzlichen Intensivbetten in geeigneter Form nachträglich zu beteiligen?

Wenn ja, welche konkreten Formen der finanziellen Beteiligung der PKV sind geplant?

35. Wenn nein, beabsichtigt die Bundesregierung, die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds in Höhe der abgeflossenen Mittel nachträglich aus Steuermitteln zu bezuschussen?

Wenn nein, warum nicht?

Die Fragen 34 und 35 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine nachträgliche Beteiligung der PKV an der Finanzierung der zusätzlichen Intensivkapazitäten ist nicht geplant. Diese Intensivkapazitäten werden aus Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert, in den die Beiträge der gesetzlich Krankenversicherten und der jährliche Bundeszuschuss fließen. Die gesetzlichen Regelungen sehen derzeit keine Refinanzierung der Pauschalen für zusätzliche Intensivkapazitäten aus Steuermitteln vor.

36. Beabsichtigt die Bundesregierung, die erfolgte Aufstockung von Intensivkapazitäten in Höhe von ca. 30 Prozent dauerhaft zu etablieren?

37. Wenn ja, aus welchen Gründen ist solch eine massive Kapazitätserweiterung dauerhaft geboten?

Die Fragen 36 und 37 werden auf Grund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antwort auf Frage 33 verwiesen.