

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Uwe Schulz, Joana Cotar, Dr. Michael Ependiller, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 19/24063 –**

Corona-Intensivbetten in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Der Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn versprach, im Zuge der Corona-Krise einen bundesweiten finanziellen Rettungsschirm für Krankenhäuser aufzuspannen (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/gesetzespakete-corona-epidemie.html>). Die Intensivkapazitäten der Krankenhäuser sollten demnach ausgeweitet werden, wofür von der Bundesregierung 50 000 Euro Förderung pro Bett vorgesehen waren (ebd.). Neben dem Aufbau von Intensivbetten sollten Krankenhäuser einen Teil ihrer Betten für COVID-Patienten freihalten, wofür eine Kompensationszahlung von 560 Euro pro Tag und Bett vom Bund bereitgestellt wurde (ebd.). Einem Medienbericht folgend wurden diesbezüglich bis Ende Juni 2020 insgesamt 6,6 Mrd. Euro an Krankenhäuser im Bundesgebiet ausgeschüttet (<https://www.tagesschau.de/investigativ/kontraste/corona-intensivbetten-101.html>).

Laut DIVI-Intensivregister der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) gab es mit Stand Ende Juni 2020 rund 32 400 Intensivbetten (<https://www.rbb-online.de/kontraste/archiv/kontraste-vom-16-07-2020/viel-geld-fuer-neue-intensivbetten-doch-wo-sind-sie.html>). Einem internen Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit zufolge würde dies einen Fehlbestand von circa 7 300 Intensivbetten bedeuten, da es aufgrund der ausgezahlten Fördersumme insgesamt 39 700 Intensivbetten in Deutschland geben müsste (ebd.). Mit dem Bund wären demnach für die fehlenden ca. 7 300 Betten über 360 Mio. Euro Fördergelder zu viel abgerechnet worden (ebd.).

Die Intensivbettenauslastung muss gemäß § 1 (1) der DIVI IntensivRegister-Verordnung (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/BAnz_AT_09.04.2020_DIVI.pdf) tagesaktuell von den Krankenhäusern an das DIVI-Intensivregister gemeldet werden. Laut dem DIVI-Intensivregister zur aktuellen Belegungssituation intensivmedizinischer Bereiche der Krankenhausstandorte in Deutschland beträgt die Gesamtzahl mit Datum vom 14. Oktober 2020 betriebener Intensivbetten insgesamt 30 208 (https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/divi-intensivregister-tagesreports/DIVI-Intensivregister_Tagesreport_2020_10_14.pdf). Verglichen mit der Kalkulation des internen Schrei-

bens des Bundesministeriums für Gesundheit würden derzeit etwa 9 500 Intensivbetten im Bundesgebiet fehlen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Mit dem COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz vom 27. März 2020 wurden die Regelungen über die Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser in das Krankenhausfinanzierungsgesetz aufgenommen. Soweit zugelassene Krankenhäuser zur Erhöhung der Bettenkapazitäten für die Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschieben konnten, erhielten sie seit dem 16. März 2020 für die Ausfälle der Einnahmen Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. 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). Zugleich wurden die Pauschalen für Krankenhäuser, die ausschließlich teilstationäre Leistungen erbringen, sowie von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, deren Leistungen nach der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, abgesenkt und angepasst. Außerdem erhielten Krankenhäuser für jedes zusätzlich geschaffene oder vorgehaltene Intensivbett mit maschineller Beatmungsmöglichkeit einen pauschalen Bonus in Höhe von 50.000 Euro. Die Regelungen waren bis zum 30. September 2020 befristet.

Das Bundesministerium für Gesundheit steht unter anderem mit den zuständigen Landesbehörden in einem regelmäßigen schriftlichen Austausch, insbesondere auch zur Umsetzung der mit dem COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz geregelten Maßnahmen.

Mit der Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten wurden die intensivbettenführenden Krankenhäuser verpflichtet, sich auf der Website des DIVI-Intensivregisters (www.intensivregister.de) zu registrieren und haben seit dem ihre intensivmedizinischen Kapazitäten täglich zu aktualisieren. In dem DIVI-Intensivregister werden nur die täglich tatsächlich verfügbaren und betriebsbereiten Intensivbetten ausgewiesen. Daher sind die seitens der Fragesteller skizzierten Schwankungen der betriebsbereiten Intensivbetten (Stand Ende Juni 2020 rund 32.400 Intensivbetten; Stand 14. Oktober 2020 dagegen 30.208 Intensivbetten) nicht ungewöhnlich, sondern werden dadurch bedingt, dass in die reale Einschätzung der Kapazitätslage alle Ressourcen-Aspekte, die an dem Tag der Meldung für den jeweiligen Intensivbereich vorliegen (z. B. Personalausstattung, gesperrte Behandlungsplätze aufgrund von Isolationsbehandlung u.v.m.) einbezogen werden. Die aktuelle Intensivkapazitätslage wird täglich in verschiedene Formate (Tagesreport, Dashboard, Intensivregister Webseite: www.intensivregister.de) kommuniziert.

1. Wie hat sich die Anzahl der in Deutschland zur Verfügung stehenden COVID-19-Intensivbetten entwickelt (bitte in ICU low care, ICU high care und ICU ECMO, monatlich vom 1. Januar 2020 bis zum 1. August 2020 staffeln)?

Im DIVI-Intensivregister, einem digitalen Erfassungssystem, in dem Daten zur Lage der intensivmedizinischen Kapazitäten sowie Fallzahlen intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten in Deutschland in Echtzeit erfasst werden, wird weder zwischen „COVID-19-Intensivbetten“ und anderen Intensivbetten noch danach differenziert, ob COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten im Low-Care, High-Care Intensivbett oder mit einem ECMO-Gerät behandelt werden. Es wird die Anzahl aktuell intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten erfasst und die täglichen Angaben zu den jeweils betriebsfähigen Intensivbetten. Zum Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis Mitte März 2020 gibt es keine Daten, da es das DIVI-Intensivregister noch nicht gab. Für den Zeitraum ab Mitte März 2020 bietet die Intensivregister-Internetseite (www.intensivregister.de) Zeitreihen und Darstellungen zu oben beschriebenen Kennzahlen.

2. Auf welchen Gesamtbetrag belaufen sich die vom Bund ausbezahlten Fördersummen für sogenannte Kompensationsbetten im Oktober 2020 (bitte nach Bundesland, Art der Einrichtung und ausbezahlter Fördersumme aufschlüsseln)?

Der in der Frage verwendete Begriff „Kompensationsbetten“ ist der Bundesregierung nicht bekannt, da dieser Begriff weder im Krankenhausfinanzierungsgesetz noch in Zusammenhang mit den in der Vorbemerkung der Bundesregierung beschriebenen gesetzgeberischen Maßnahmen in Zusammenhang mit der Bewältigung der COVID-19-Pandemie gebraucht wird. Sofern sich die Frage auf Zahlungen aufgrund der COVID-19-Pandemie bezieht, sind diese Informationen auf der Webseite des Bundesamtes für Soziale Sicherung einsehbar und zum Download verfügbar (<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/auszahlungsbetraege/>). Die länderbezogenen Zahlungen sind dort unter anderem nach denjenigen für Einnahmeausfälle der Krankenhäuser und denjenigen für zusätzliche Intensivbetten differenziert. Darüber hinausgehende Angaben liegen der Bundesregierung nicht vor.

3. Kann die Bundesregierung bestätigen, dass es eine Differenz zwischen der Anzahl der über das DIVI-Intensivregister gemeldeten Intensivbetten und der kalkulatorischen Anzahl der Intensivbetten auf Basis der ausbezahlten Förderbeiträge besteht (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
4. Kann die Bundesregierung bestätigen, dass Stand Juni 2020 mehr als 7 300 Intensivbetten auf Basis der ausbezahlten Kompensationszahlungen fehlten, und wenn ja, wie erklärt die Bundesregierung diese erhebliche Abweichung (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?
5. Wie erklärt die Bundesregierung den weiteren Abbau von ca. 2 200 Intensivbetten bis zum 14. Oktober 2020 (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Die Fragen 3 bis 5 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

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 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (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 (z. B. Personalausstattung, gesperrte Behandlungsplätze aufgrund von Isolationsbehandlung u. v. m.). 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. Seit Beginn der Förderung 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.

Vor diesem Hintergrund ist der Bundesregierung ein Abbau von Intensivbetten nicht bekannt. Auch anhand der Daten des DIVI-Intensivregisters kann ein Abbau von Intensivbetten nicht bestätigt werden.