

## **Fragen und Antworten zu Manipulationsvorwürfen im Zusammenhang mit den Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser**

1. Welchen Zweck haben die an die Krankenhäuser geleisteten Ausgleichszahlungen?

Die Krankenhäuser sind im März 2020 aufgerufen worden, planbare Operationen und andere Behandlungen auszusetzen oder zu verschieben, um stationäre Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere in der Intensivmedizin mit entsprechenden Beatmungsmöglichkeiten, freizuhalten. Dadurch sollte vor dem Hintergrund der nicht vorhersehbaren Entwicklung der Pandemie sichergestellt werden, dass ausreichende Kapazitäten für die Behandlung von an COVID-19 Erkrankten und den nicht an COVID-19 Erkrankten mit dringendem medizinischem Behandlungsbedarf zur Verfügung standen. Um die durch Freihaltung hervorgerufenen Einnahmeausfälle der Krankenhäuser auszugleichen, erhielten die Krankenhäuser für jedes gegenüber 2019 nicht belegte Bett einen Pauschalbetrag.

2. Unter welchen Voraussetzungen sind die Ausgleichszahlungen geleistet worden?

Im Zeitraum vom 16. März bis zum 30. September 2020 erhielten die Krankenhäuser für jedes gegenüber dem Vorjahresdurchschnitt nicht belegte Bett eine Pauschale in Höhe von 560 Euro pro Tag. Die Pauschale orientierte sich an den durchschnittlichen Krankenhauskosten und beinhaltete auch einen Aufschlag für Erlösausfälle. An weitere Leistungsvoraussetzungen waren die Zahlungen nicht geknüpft, sodass nahezu alle Krankenhäuser, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß, in den Genuss dieser Ausgleichszahlungen gekommen sind.

Auf Empfehlung des Expertenbeirats nach § 24 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ist die Höhe der Pauschalbeträge ab Juli 2020 entsprechend der unterschiedlichen Kostenstrukturen der Krankenhäuser differenziert worden. Entsprechend der durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und Patienten und der durchschnittlichen Schwere der behandelten Fälle betragen die Pauschalen ab Juli 2020 zwischen 360 Euro und 760 Euro täglich.

Mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz sind im November 2020 erneut zeitlich befristete Ausgleichszahlungen eingeführt worden, um die stationäre und intensivmedizinische Versorgung einer erneut steigenden Zahl von COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten sicherzustellen. Auf Empfehlung des o. g. Expertenbeirats und des Bundesrechnungshofs sind diese jedoch zielgerichteter ausgestaltet worden, um ausschließlich die Krankenhäuser in besonders belasteten Regionen zu unterstützen, die für die Sicherstellung der intensivmedizinischen Versorgung der Bevölkerung Behandlungskapazitäten freihalten.

Anspruchsberechtigt für Ausgleichszahlungen waren danach nur die Krankenhäuser in Landkreisen oder kreisfreien Städten mit hoher 7-Tage-Inzidenz und mit einem geringen Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten. Hierdurch wurde sichergestellt, dass von Ausgleichszahlungen gezielt Krankenhäuser in Regionen profitierten, in denen das regionale Infektionsgeschehen besonders hoch war. Die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bestimmten in einem gemessen an der Versorgungsstruktur der Krankenhäuser abgestuften Verfahren, welche Krankenhäuser in diesen Regionen anspruchsberechtigt für Ausgleichszahlungen waren. Der Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten wurde vom Robert Koch-Institut auf der Grundlage der Meldungen der Krankenhäuser ermittelt. Eine entsprechende Übermittlungspflicht der Krankenhäuser ist in der DIVI-Intensivregister-Verordnung vorgesehen (siehe hierzu im Einzelnen zu Frage 6).

Diese Regelungen waren ursprünglich bis zum 31. Januar 2021 befristet und sind danach mehrmals durch Rechtsverordnung verlängert worden, zuletzt bis zum 15. Juni 2021.

3. Wie hoch waren die an die Krankenhäuser geleisteten Beträge?

Im Zeitraum vom 16. März bis zum 30. September 2020 hat das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) insgesamt ca. 8,6 Mrd. Euro an die Länder zur Weiterleitung an die Krankenhäuser ausgezahlt. Seit dem 18. November 2020 sind bisher ca. 5 Mrd. Euro an die Länder zur Weiterleitung an die Krankenhäuser ausgezahlt worden.

4. Wer kontrolliert den Mittelfluss?

Es ist Aufgabe der Länder, die von den Krankenhäusern auf Grund der Gegenüberstellung der aktuellen Bettenbelegung mit der durchschnittlichen Bettenbelegung im Jahr 2019 ermittelten Beträge zu prüfen, landesbezogen zu summieren und an das BAS zu melden (§ 21 Absatz 2a Satz 3 KHG).

5. Welche Rolle hat der Beirat nach § 24 KHG im Zusammenhang mit den Ausgleichszahlungen?

Der Gesetzgeber hat den Beirat beauftragt, die Auswirkungen der Regelungen zur Unterstützung der Krankenhäuser in der Pandemie auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu überprüfen. Der Beirat besteht aus Vertretern der Krankenhäuser und der Krankenkassen sowie aus zwei Wissenschaftlern. Der Beirat ist seiner gesetzlichen Aufgabe in mittlerweile 12 Sitzungen nachgekommen. Die Differenzierung der Ausgleichspauschalen entsprechend der Kostenstruktur der Krankenhäuser ab Juli 2020 und die zielgerichtete Ausgestaltung der Ausgleichszahlungen ab November 2020 beruhen maßgeblich auf den

Empfehlungen des Beirats. Die umfangreichen Analysen des Beirats zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise sind auf der Internetseite des BMG eingestellt.

6. Welche Herausforderungen gab es bei den Intensivbetten?

Die Auslastung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten in den einzelnen Landkreisen ist nur einer von mehreren Parametern im Rahmen der komplexen Systematik der Ausgleichszahlungen. Die Komplexität dieser von November 2020 bis zum 15. Juni 2021 geltenden Systematik der Ausgleichszahlungen beruhte nicht zuletzt darauf, dass der Bundesrechnungshof in einem früheren Bericht die pauschale Anspruchsberechtigung aller Krankenhäuser für Ausgleichszahlungen im Zeitraum März bis September 2020 kritisiert hatte und auf die Notwendigkeit einer differenzierteren Systematik hingewiesen hatte.

Für die Feststellung der Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser übermittelt das RKI den Ländern wöchentlich - auf der Grundlage der von den Krankenhäusern an das DIVI-Intensivregister übermittelten Angaben - für die jeweils einzelnen Landkreise eine tagesbezogene Übersicht der im Durchschnitt der der Übermittlung vorausgehenden sieben Tage freien betreibbaren Intensivbetten im Verhältnis zu den insgesamt betreibbaren Intensivbetten.

Das DIVI-Intensivregister erfasst die freien und belegten Behandlungskapazitäten in der Intensivmedizin von etwa 1.300 Krankenhausstandorten in Deutschland und ist damit eine wertvolle Grundlage zur Erfassung der Intensivbetten und zur Steuerung. In den vergangenen Monaten wurden dabei immer wieder Fragen an das BMG gerichtet, die sich auf Schwankungen oder Reduktionen der an das DIVI-Intensivregister gemeldeten freien Kapazitäten bezogen. Entscheidend ist hier, dass in dem DIVI-Intensivregister nur die täglich tatsächlich verfügbaren und betriebsbereiten Intensivbetten ausgewiesen werden. Hierzu hat das BMG bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass Schwankungen hinsichtlich gemeldeter freier Intensivbetten in der Natur der Sache liegen und insbesondere von folgenden Faktoren abhängen: Personalausfälle aufgrund von Krankmeldungen, Quarantäne sowie hoher Belastung, gesperrte Behandlungsplätze aufgrund von Isolationsbehandlung, variierender Aufwand in der Versorgung von COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten usw. Zudem hat das RKI als Betreiberin des DIVI-Intensivregisters im Laufe der Pandemie die Definition der zu meldenden ITS-Betten in Abhängigkeit der jeweiligen Versorgungsstufen angepasst und präzisiert, wodurch ebenfalls Korrekturen seitens der Krankenhäuser notwendig wurden, die zu einer geringeren Zahl gemeldeter Intensivbetten geführt haben könnten.

Hinsichtlich der Verknüpfung der an das DIVI-Intensivregister gemeldeten Kapazitäten mit den Ausgleichszahlungen ist, wie eingangs erwähnt, noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Belegung der Intensivstationen nur ein Parameter ist, der für die Ausgleichszahlungen Relevanz hat. Krankenhäuser haben insgesamt nur begrenzte Steuerungsmöglichkeiten, um die Voraussetzungen für die Gewährung von Ausgleichszahlungen herzustellen, da weder die 7-Tage-Inzidenz noch das Vorhandensein der erforderlichen Versorgungsstruktur beeinflussbar sind. Auch die Zahl der freien betreibbaren Intensivbetten ist vom einzelnen Krankenhaus nur begrenzt steuerbar, da es bei den Ausgleichszahlungen nicht auf die Verhältnisse im einzelnen Krankenhaus, sondern auf die Quote der freien betreibbaren Intensivbetten im Landkreis oder der kreisfreien Stadt ankommt.

Angesichts der flächendeckend sinkenden 7-Tage-Inzidenzen haben zunehmend mehr Krankenhäuser keinen Anspruch mehr auf Ausgleichszahlungen. Wenn der Vorwurf zuträfe, die von den Krankenhäusern gemeldeten Angaben seien in großem Umfang manipuliert, um die Voraussetzungen für den Erhalt von Ausgleichszahlungen herzustellen, wäre die logische Konsequenz, dass die Zahl der gemeldeten freien Intensivbetten jetzt wieder deutlich steigen müsste, da eine hohe Intensivbettenauslastung keine finanziellen Vorteile mehr für die Krankenhäuser hat. Eine derartige Steigerung kann derzeit aber nicht beobachtet werden.

7. Welche Hinweise gab es von Seiten des RKI? Wie hat das BMG reagiert?

Im Rahmen seines aktuellen Prüfberichts bezieht sich der Bundesrechnungshof auf Schreiben des RKI an das BMG, in denen das RKI Befürchtungen und Vermutungen hinsichtlich mangelnder Validität der von den Krankenhäusern gemeldeten Zahlen geäußert hat. Das RKI hat gegenüber dem BMG dabei explizit darauf hingewiesen, dass diese Befürchtungen nicht mit Daten oder Analysen belegt werden können. Es lagen zu keinem Zeitpunkt belastbare Erkenntnisse darüber vor, dass die an das RKI übermittelten Angaben zur Auslastung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten künstlich zu hoch angesetzt waren.

Das BMG ist vor dem Hintergrund der geäußerten Befürchtungen des RKI unmittelbar tätig geworden, um dieser Verdachtssituation auf mehreren Ebenen entgegenzuwirken und um Krankenhäuser und Länder zu korrekten Meldungen anzuhalten:

- Per Erlass wurde das RKI gebeten, keine weiteren rückwirkenden Anpassungen der gemeldeten ITS-Kapazitäten mehr vorzunehmen.
- Zudem hat der Bundesgesundheitsminister in einer GMK-Schalte seine Kolleginnen und Kollegen in den Ländern auf mögliche Unstimmigkeiten der Meldungen hingewiesen

und aufgefordert, nicht eigens geprüfte „Korrekturen“ der Meldungen einzelner Krankenhäuser an das RKI zurücknehmen zu lassen, und die Länder gebeten, die Krankenhäuser zu stets korrekten Meldungen an das DIVI-Intensivregister anzuhalten.

- Darüber hinaus hat das BMG gegenüber den Ländern und den Krankenhäusern die gesellschaftliche Bedeutung der an das Register gemeldeten Zahlen und deren Wirkungskraft betont.
- Das BMG hat das Thema zudem im Expertenbeirat nach § 24 KHG angesprochen, in dem unter anderem die DKG als Mitglied vertreten ist.

Die Behauptung in dem Prüfbericht des Bundesrechnungshofs, das BMG habe den Beirat und die Länder nicht über die Befürchtungen und Vermutungen des RKI informiert, ist daher nicht zutreffend.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass es in der Verantwortung jedes einzelnen Krankenhauses und auch in der Verantwortung der Länder als Aufsichtsbehörden der Krankenhäuser liegt, dass jedes einzelne Krankenhaus korrekt und verantwortungsbewusst die Meldungen an das DIVI-Intensivregister vornimmt.

8. In welchem Zusammenhang steht die Förderung der Schaffung zusätzlicher Intensivbetten zu den Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser?

Im Zeitraum bis zum 30. September 2020 erhielten die Krankenhäuser für jedes zusätzlich geschaffene oder vorgehaltene Intensivbett einen pauschalen Betrag in Höhe von 50.000 Euro als Anreiz zur Ausweitung ihrer intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten. Auch hierdurch sollte verhindert werden, dass für intensivmedizinisch behandlungsbedürftige COVID-19-Patientinnen oder –Patienten nicht ausreichende Behandlungskapazitäten zur Verfügung standen. Die Zahlung dieses Betrags war daran geknüpft, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Beschaffung dieser Betten genehmigt und damit den Bedarf bejaht hatte. Insgesamt sind für die Schaffung zusätzlicher Intensivbetten ca. 686 Mio. Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die Länder zur Weiterleitung an die Krankenhäuser gezahlt worden. Damit konnten rechnerisch ca. 13.700 neue Intensivbetten beschafft werden.

In der Folgezeit ist vielfach die Frage an das BMG herangetragen worden, warum sich diese Zahl nicht in den täglichen Meldungen an das DIVI-Intensivregister niedergeschlagen hat. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die Förderung die Beschaffung sowie die Ausrüstung von Intensivbetten umfasste. 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-Inten-

sivregister erfasst, wenn diese (z.B. aufgrund personeller Engpässe) aktuell nicht betriebsbereit sind. Die für die Betriebsbereitschaft nötige Organisation des erforderlichen Personals erfolgt dabei in Eigenverantwortung der Krankenhäuser. 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.