

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Anja Hajduk, Sven-Christian Kindler, Lisa Paus, Corinna Rüffer, Stefan Schmidt und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

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

Durch das COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz 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 jahresdurchschnittlichen 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-Krankenhauserlastungsgesetz den Ländern übertragen. Zu diesem Zweck haben die Krankenhäuser den jeweils zuständigen Landesbehörden die Daten nach § 5 der Ausgleichszahlungsvereinbarung zu übermitteln.

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-Krankenhausentlastungsgesetz). 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-vor-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.dkgev.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/beitraege\\_neu/2020/07/kontraste-recherche-intensivbetten-corona-finanzhilfen.html](https://www.rbb24.de/politik/thema/2020/coronavirus/beitraege_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.

Wir fragen die Bundesregierung:

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?
5. Wie wurden die besonders kurzen Verweildauern, wie sie in Kinderkrankenhäusern vorkommen, bei der Zuordnung zu einer Ausgleichsstufe berücksichtigt?
6. Warum wurden fünf Ausgleichsstufen festgelegt?
7. Existieren Simulationsrechnungen, welche Krankenhäuser in welcher Größenordnung voraussichtlich die aus Bundesmitteln finanzierten Ausgleichszahlungen bis zum 30. September 2020 erhalten werden?  
Wenn nein, warum nicht?
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?
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?
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?
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?
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?
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 voll-

ständigen Mindererlösausgleich gewährleisten sollte, während zugleich ein Ausgleichsmechanismus für den Vereinbarungszeitraum 2020 eingeführt wird, sofern die krisenbedingten Mehraufwendungen nicht über das vereinbarte Budget abgedeckt werden?

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?

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?

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?

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?

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?

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?

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

Berlin, den 27. Juli 2020

**Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion**





