

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Detlev Spangenberg, Dr. Robby Schlund, Paul Viktor Podolay, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD – Drucksache 19/32116 –

Entwicklung der Intensivbettenkapazität seit dem 1. Mai 2021

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) veröffentlicht täglich in einem Intensivregister die Anzahl der betreibbaren Intensivbetten für ganz Deutschland (<https://www.divi.de/divi-intensivregister-tagesreport-archiv-csv>).

Diesen Daten kann entnommen werden, dass in den letzten sieben Tagen des Monats April (24. bis 30. April 2021) im Mittel 26 683 betreibbare Intensivbetten für ganz Deutschland gemeldet wurden (ebd.).

Innerhalb des 7-Tage-Zeitraums vom 21. bis 27. Juli 2021 wurden hingegen im Mittel nur noch 25 349 betreibbare Intensivbetten für ganz Deutschland gemeldet. Dies ist ein Rückgang von 1 334 gemeldeten Intensivbetten und entspricht im Mittel einer Reduktion von 15 gemeldeten Intensivbetten pro Tag.

Die Bundesregierung hat wiederholt mit der drohenden Überlastung der Intensivstationen in Deutschland die Eindämmungsmaßnahmen gegen die Ausbreitung von COVID-19 begründet (<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/telefonkonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-13-dezember-2020-1827392>, <https://www.aerztzeitung.de/Politik/Merkel-Duerfen-Hilferufe-der-Intensivmediziner-nicht-ueberhoeren-418844.html>). Damit sieht die Bundesregierung nach Ansicht der Fragesteller die Anzahl betreibbarer Intensivbetten als einen bedeutenden Parameter im Kampf gegen die Pandemie an.

Das Robert Koch-Institut (RKI) betont in seiner Veröffentlichung „Vorbereitung auf den Herbst/Winter 2021/22“ vom 22. Juli 2021 ebenfalls, dass eine Vorbereitung auf steigende Fallzahlen und auf eine Belastung des Gesundheitssystems erforderlich ist. Dort heißt es explizit, dass „es im Winter wieder zu einer starken Belastung des Gesundheitswesens und möglicherweise regionalen / lokalen Überlastung (wie ECMO-Kapazität) kommen kann“ (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Downloads/Vorbereitung-Herbst-Winter.pdf?__blob=publicationFile).

Vor diesem Hintergrund und dadurch, dass die Bundesregierung die Grundrechtseinschränkungen durch die Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19 mit einer drohenden Überlastung des Gesundheitssystems begründet (Beschlüsse der Telefonkonferenzen der Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder, siehe z. B. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/telefonkonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-13-dezember-2020-1827392>), ist diese Entwicklung der Intensivbettenkapazität nach Ansicht der Fragesteller fragwürdig. Auch ist nach Ansicht der Fragesteller anhand entsprechender Daten von den Krankenhäusern über das RKI zum DIVI-Intensivregister davon auszugehen, dass dem Bundesministerium für Gesundheit diese Entwicklung bekannt ist.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Bundesgesetzgeber hat seit März 2020 eine Vielzahl an Maßnahmen ergriffen, um die stationäre und insbesondere die intensivmedizinische Versorgung während der COVID-19-Pandemie sicherzustellen.

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 ihre intensivmedizinischen Kapazitäten tagesaktuell an das DIVI-Intensivregister zu melden. In dem DIVI-Intensivregister werden die täglich tatsächlich freien verfügbaren und betriebsbereiten sowie die belegten Intensivbetten ausgewiesen. Dabei wird der Anteil an belegten Intensivbetten im Verhältnis zu der Gesamtanzahl der betriebsbereiten Intensivbetten sowie der Anteil an belegten Intensivbetten durch COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten dargestellt. Das DIVI-Intensivregister erfasst darüber hinaus auch die sogenannte Notfallreserve mit denjenigen zusätzlichen Intensivbetten, die im Notfall-Szenario innerhalb von sieben Tagen aktiviert werden können. Dies betrifft Intensivbetten, die zusätzlich geschaffen wurden, aktuell inaktiv gehalten werden und nicht Gegenstand der täglichen Bettenplanung sind (z. B. aufgestellte aber längerfristig inaktive Räume/ Stationen, weitere eingelagerte Bestände etc.), die aber innerhalb von sieben Tagen personell und strukturell betrieben werden können. Schwankungen der betriebsbereiten Intensivbetten sind nicht ungewöhnlich, sondern werden dadurch bedingt, dass in die reale Einschätzung der Kapazitätslage alle Ressourcenaspekte einbezogen werden, 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). Daher unterliegen die Werte der Notfallreserve, ebenso wie diejenigen der täglichen Meldungen freier betreibbarer Intensivbetten, entsprechenden Schwankungen.

Die Bundesregierung teilt die Annahme in der Vorbemerkung der Fragesteller, dass im Mittel eine tägliche Reduzierung von 15 Intensivbetten stattgefunden habe, aufgrund der beschriebenen Schwankungen daher nicht. Die seitens der Fragesteller skizzierten Zahlen stellen lediglich auf die insgesamt betriebsbereiten Intensivbetten ab, ohne den Anteil der Belegung zu berücksichtigen. Es kommt jedoch entscheidend darauf an, wie viele Intensivbetten belegt sind und wie hoch der Anteil dieser Belegung mit COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten ist. Allein die Zahlen der betriebsbereiten Intensivbetten lassen keine Bewertung der Lage zu. Darüber hinaus ist anhand der Zahlen im DIVI-Intensivregister im seitens der Fragesteller genannten Zeitraum von Ende

April 2021 bis Ende Juli 2021 zu beobachten, dass die anteilige Zahl der freien betreibbaren und die Zahl der Intensivbetten in der Notfallreserve gestiegen ist.

Auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der AfD „Corona-Intensivbetten in Deutschland“ auf Bundestagsdrucksache 19/24525 wird verwiesen.

Zudem wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung in der Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion der AfD „Bonuszahlungen für neugeschaffene Intensivbetten“ auf Bundestagsdrucksache 19/30128 verwiesen.

1. Welche Ursachen liegen nach Kenntnis der Bundesregierung der in der Vorbemerkung der Fragesteller beschriebenen rückläufigen Entwicklung der Anzahl betreibbarer Intensivbetten innerhalb des angegebenen Zeitraums zugrunde?

Im DIVI-Intensivregister werden die tagesaktuellen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten (freie betreibbare Betten und belegte Betten) und die tagesaktuellen Fallzahlen zu COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten auf den Intensivstationen erfasst. Da nur die täglich tatsächlich verfügbaren und betriebsbereiten Intensivbetten ausgewiesen sind, sind Schwankungen der betriebsbereiten 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, einbezogen werden.

Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

2. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ggf. in Abstimmung mit den verantwortlichen Landesregierungen ergriffen oder welche Maßnahmen wird sie ergreifen, um die in der Vorbemerkung der Fragesteller beschriebene Entwicklung der Anzahl betreibbarer Intensivbettenkapazitäten in Vorbereitung auf den Herbst bzw. Winter 2021/2022 entgegenzuwirken?

Zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie hat der Bundesgesetzgeber die Länder zur Sicherstellung ausreichender stationärer intensivmedizinischer Versorgungskapazitäten mit mehreren Maßnahmen unterstützt.

Im Bereich der intensivmedizinischen Kapazitäten ist der Ausbau von Intensivbetten im Zeitraum vom 16. März 2020 bis zum 30. September 2020 gefördert worden. Auf Grund der Regelung des durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz eingeführten § 21 Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) erhielten die Krankenhäuser für jedes zusätzlich aufgestellte oder vorgehaltene Intensivbett mit maschineller Beatmungsmöglichkeit unter der Voraussetzung der Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde 50 000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Ausweitung ihrer intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten.

Im Verlauf der Pandemie, in der noch keine Impfstoffe gegen COVID-19 flächendeckend zur Verfügung standen, hat der Gesetzgeber zudem zeitlich befristete (zuletzt bis zum 15. Juni 2021) Ausgleichszahlungen vorgesehen, um die stationären und intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten aufgrund der im November 2020 erneut steigenden Zahl von COVID-19-Patientinnen und COVID-19-Patienten sicherzustellen.

Für den kommenden Herbst und Winter bilden die nach § 21 Absatz 5 KHG geförderten Intensivbetten im Wesentlichen die 7-Tage-Notfallreserve des DIVI-Intensivregisters beziehungsweise stehen als Reserve außerhalb des zeitlichen Horizonts von sieben Tagen zur Verfügung. Mit Stand vom 6. September

2021 befinden sich laut DIVI-Intensivregister 10 806 Intensivbetten (davon 416 Kinder-ITS-Kapazitäten) in der Notfallreserve (https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/divi-intensivregister-tagesreports/DIVI-Intensivregister_Tagesreport_2021_09_06.pdf). Neben den aktuell freien 4 437 Intensivbetten (davon 811 Kinder-ITS-Kapazitäten, Stand: 6. September 2021) bestehen daher folglich mindestens 10 806 zusätzliche Intensivbetten, die im Notfall aktiviert werden können. Im Hinblick auf die bestehenden Reservekapazitäten im Rahmen der 7-Tage-Notfallreserve sieht die Bundesregierung derzeit keinen Bedarf, den Ausbau weiterer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten zu fördern.

Darüber hinaus ist aus Sicht der Bundesregierung die Impfung gegen COVID-19 die entscheidende Maßnahme zur Pandemiebewältigung im kommenden Herbst und Winter 2021/2022.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

3. Wenn zu Frage 1 konkrete Ursachen bereits bekannt sind und zu diesen Ursachen insbesondere Kündigungen von Personal im Intensivpflegebereich gehören (vgl. <https://www.bibliomedmanager.de/news/default-53a8d947b9>; <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/frust-in-der-pflege-droht-ein-e-kuendigungswelle-17265681.htm>; <https://www.fnp.de/deutschland/coronavirus-intensivstationen-divi-fehlendes-personal-betten-rate-deutschland-zr-90941910.html>),
 - a) kann die Bundesregierung das Ausmaß dieser Kündigungen abschätzen und belegen,
 - b) liegen der Bundesregierung zu den konkreten Ursachen dieser Kündigungen belegte Informationen vor,
 - c) welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ggf. in Abstimmung mit den verantwortlichen Landesregierungen ergriffen oder welche Maßnahmen wird sie ergreifen, um diese Entwicklung in Vorbereitung auf den Herbst bzw. Winter 2021/2022 aufzuhalten und ggf. umzukehren?

Der Bundesregierung liegen keine Daten zu der Anzahl und den konkreten Ursachen möglicher Kündigungen des in der intensivmedizinischen Versorgung tätigen Pflegepersonals vor.

Nicht erst in der Pandemiebekämpfung hat sich gezeigt, dass in Deutschland hoch engagierte Pflegekräfte im Einsatz sind. Die Sicherung der Fachkräftebasis in der Pflege gehört zu den wichtigsten Anliegen der aktuellen Pflege- und Gesundheitspolitik der Bundesregierung. Die Bundesregierung hat daher nicht erst während der Pandemie, sondern in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen, von denen einige im Folgenden exemplarisch dargestellt sind, in Bezug auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus veranlasst und getroffen.

Im Jahr 2018 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) die Konzertierte Aktion Pflege (KAP) ins Leben gerufen. In der KAP wurden im Juni 2019 zusammen mit den relevanten Akteuren umfangreiche Maßnahmen vereinbart, die die Ausbildung, das Personalmanagement, den Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung, innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung, die Gewinnung von Pflegekräften aus dem Ausland und die Entlohnungsbedingungen in der Pflege umfassen. Ende August 2021 ist der Zweite Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5 erschienen (abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Beric

ht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_-der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf). Die KAP ist in ihrem Ausmaß und Umfang einzigartig, da auf allen Ebenen gleichzeitig angesetzt wird, um die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege nachhaltig zu verbessern.

Zur Entlastung des Pflegepersonals und damit zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus ist in der vergangenen Legislaturperiode im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) ein stufenweise ansteigendes Pflegestellen-Förderprogramm eingerichtet worden, das bis zum 31. Dezember 2018 über drei Jahre Mittel in Höhe von insgesamt bis zu 660 Mio. Euro zur Verfügung stellte. Zur nachhaltigen Stärkung der unmittelbaren pflegerischen Patientenversorgung am Bett wurde das Pflegestellen-Förderprogramm mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) für das Jahr 2019 bedarfsgerecht weiterentwickelt und ausgebaut.

Seit dem 1. Januar 2020 werden die Pflegepersonalkosten unabhängig von Fallpauschalen vergütet und über ein sogenanntes Pflegebudget finanziert. Das Pflegebudget wird zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern vor Ort vereinbart und berücksichtigt den krankenspezifischen Pflegepersonalbedarf und die krankenspezifischen Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen.

Insgesamt wurden 550 Mio. Euro für Prämienzahlungen an Krankenhäuser zur Verfügung gestellt, die im Verhältnis zu ihrer Bettenzahl besonders viele mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Patientinnen und Patienten zu versorgen hatten. Dabei richteten sich die Prämien insbesondere an Pflegekräfte in der Pflege am Bett, aber auch an andere besonders belastete Krankenhausbeschäftigte. Die begünstigten Krankenhäuser entscheiden mit der Arbeitnehmervertretung selbst über die Auswahl der Prämienberechtigten und die Höhe der Prämien.

Diese Beispiele machen deutlich, dass die Bundesregierung intensiv an Verbesserungen für die Situation der Pflegekräfte im Krankenhaus arbeitet und die bisherigen Gesetzesinitiativen einen wesentlichen Beitrag zur Entlastung des Pflegepersonals geleistet haben.

