

Die ominöse Diskrepanz gemeldeter und verschwundener Intensivbetten

Unerwünschte Mitnahmeeffekte oder viel mehr?

Der bekannte Infektiologe und Versorgungsforscher Prof. Dr. Matthias Schrappe war mit seinem Autorenteam der erste, der in der Ad-hoc-Stellungnahme 3.0 „Zur Rolle der intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-CoV-2/Covid-19-Epidemie“ (1) einen harten Verdacht äußerte, in dem er am 17. Mai dieses Jahres schrieb: „Auf jeden Fall scheint der Abfall der freien Betten eher Folge der Abnahme der Gesamtkapazität denn Folge einer vermehrten Inanspruchnahme durch Covid-19-Patienten zu sein.“ Für diese Aussage bekam er nicht nur viel Gegenwind, sondern teils massive persönliche Anfeindungen. Diese legten sich allerdings, als der Bundesrechnungshof seine in „Monitor Versorgungsforschung“ veröffentlichten Zahlen aufgriff und am 9. Juni in seinem „Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO über die Prüfung ausgewählter coronabedingter Ausgabepositionen des Einzelplans 15 und des Gesundheitsfonds“ sogar beanstandete, „dass das derzeitige System der Ausgleichszahlungen unerwünschte Mitnahmeeffekte ermöglicht.“ Kürzlich meldete sich dazu im „Bild“-Format „Hart, aber weise“ (2) SPD-Gesundheitsexperte Prof. Dr. Karl Lauterbach zu Wort, der noch viel weitgehendere Verdachtsmomente äußerte.

>> Über seine Feststellungen hatte der Bundesrechnungshof (BRH) dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages am 9. Juni 2021 berichtet und schrieb recht eindeutig: „Das System der Ausgleichszahlungen an Kliniken für freigehaltene Intensivbetten ermöglichte Mitnahmen und setzte Fehlanreize bei der Meldung freier Kapazitäten.“ Auch stellt der BRH generell infrage, ob die Förderung zusätzlicher Intensivbetten aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem Erfolg geführt hätte. Der Grund: Bei den Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser sowie bei der Förderung zum Aufbau zusätzlicher Intensivbetten seien Mängel festgestellt worden, die – so betont der BRH in seinem Bericht (3) – selbst unter Berücksichtigung des Zeit- und Handlungsdrucks in der Krise „gravierend“ gewesen seien.

Zu diesem Vorwurfskomplex bezog SPD-Gesundheitsexperte Prof. Dr. Karl Lauterbach am 17. Juni dieses Jahres im „Bild“-Format „Hart, aber weise“ – wie man es von ihm gewohnt ist – mit sehr klaren Worten Stellung. Als Antwort auf die Frage des Interviewenden, ob die gezeigten Kurven aus Höxter und dem Landkreis Saarpfalz, die jeweils einen drastischen Abfall der freien Intensivbetten zwischen November und Dezember 2020 (Abb. 1) darstellten, Zufall seien, gab er zu Protokoll: „Die Wahrscheinlichkeit ist Null, dass das ein Zufall ist.“ Der Verdacht stünde im Raum, dass „hier Kliniken Betten abgemeldet haben, um die freien Intensivbetten unter 25% zu bekommen“ – mit dem Ziel, „Ausgleichszahlungen mitzunehmen“. Lauterbach weiter: „Das ist eine Korrelation, die ein Zufall sein kann, aber nicht zufällig ist, weil es um zu viel Geld geht.“ Er sei sich sicher, dass sich die Kliniken überlegt hätten, wie sie an Ausgleichszahlungen

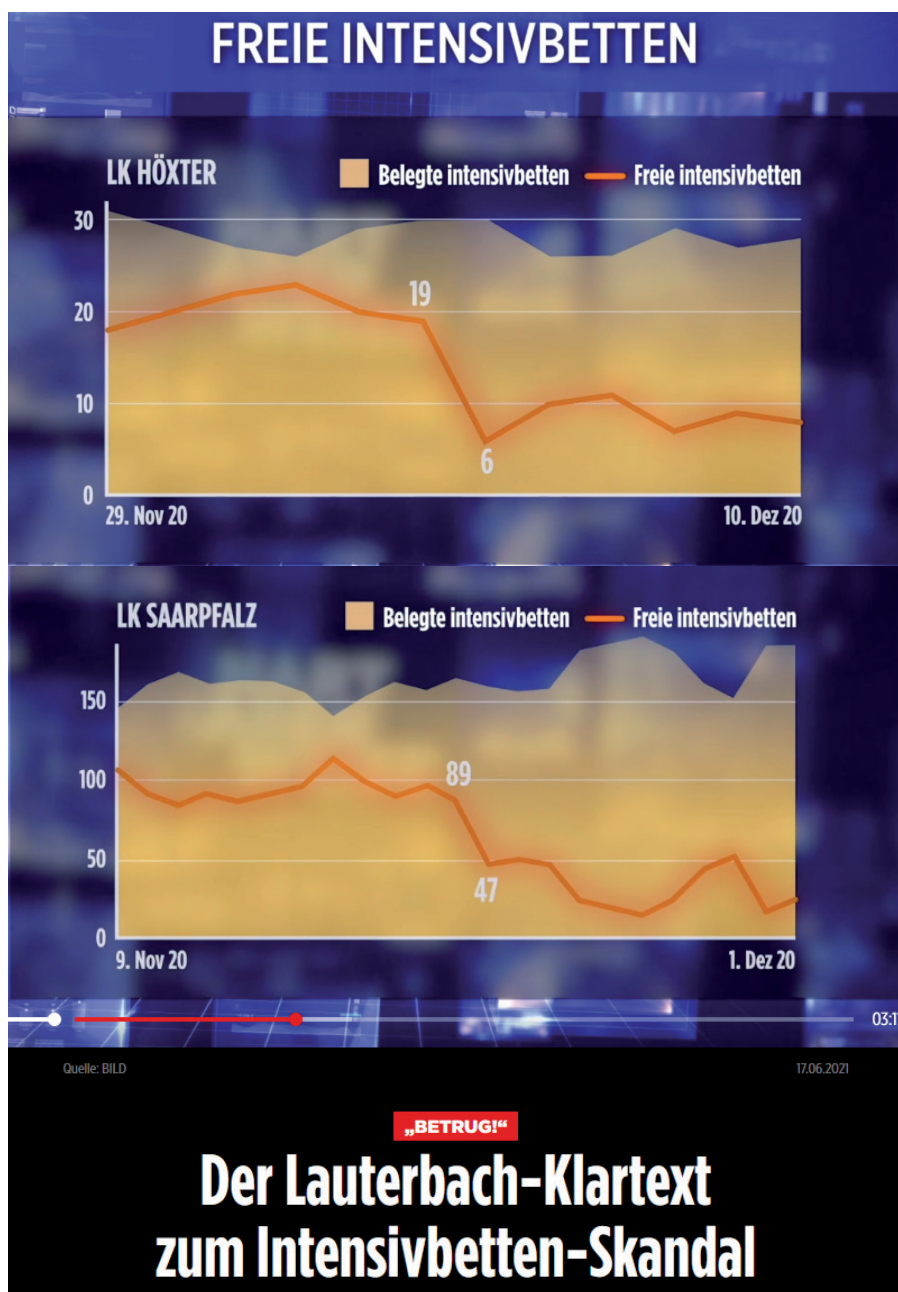


Abb. 1: Zwei Beispiele für den laut „Bild“ zu vermutenden Betrug aus dem „Bild“-Format „Hart, aber weise“ vom 17. Juni 2021.

kommen könnten; er gehe zudem davon aus, „dass viele Kliniken genau das gemacht haben“. Dies sei Betrug, „wenn es sich als das erweist, was es offensichtlich ist“.

Doch sei dessen Ausmaß unbekannt. Darum will Lauterbach vor allem diese Fragen beantwortet haben:

- Wie viel Betrug hat stattgefunden?
- Wie viele Krankenhäuser haben die Grenze von mehr als 75-prozentiger Auslastung tatsächlich nur erreicht, indem manipuliert wurde, indem Betten abgemeldet wurden?
- Wie viele Krankenhäuser wurden für den Aufbau von Betten bezahlt und die Betten sind nie aufgebaut worden?

Zum Schluss kommt ganz harter Tobak mit der Frage, die gleichzeitig ein sehr ernst zu nehmender Vorwurf ist:

- „Wie viele Patienten wurden auf Intensivstationen behandelt, damit die 75%-Quote übertroffen werden konnte, die aber gar nicht auf der Intensivstationen behandelt hätten werden müssen?“

Bei all diesen Fragen stünde man, so Lauterbach abschließend, erst „am Anfang der Aufklärung“.

Wohin die Milliarden Euro flossen

Aus welchen Gründen könnten Krankenhaus-Manager so handeln? Eine mögliche Antwort liefert der „Krankenhaus Rating Report“, der sich seit 17 Jahren der Darstellung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser widmet und für den aktuellen Rating Report 515 Jahresabschlüsse von Krankenhäusern aus dem Jahr 2017 und 525 aus dem Jahr 2018 ausgewertet hat.

Obwohl für den Rating Report 2021 zwar nur auf die Abschlüsse der Jahre 2018 und 2019 zurückgegriffen werden konnte, könnte diese Datengrundlage – so die Autoren – zusammen mit bereits bekannten Veränderungen über den möglichen Einfluss auf Kosten und Erlöse von Krankenhäusern als gute Grundlage für eine Hochrechnung für 2020 dienen.

Der Report kommt zu dem Schluss, dass sich die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser im Jahr 2018 erneut verschlechtert habe: 13 Prozent lägen im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr, im Jahr davor seien es nur 11% gewesen. Auch habe sich die Ertragslage 2018 ebenfalls weiter verschlechtert: 29% der Krankenhäuser hätten auf Konzernebene einen Jahresverlust geschrieben, 2017 wären es noch 27% ge-

wesen. Zusätzlich hätte eine Sonderanalyse ergeben, dass schätzungsweise 40% der Landkreise instabile Krankenhausstrukturen aufweisen würden und diese damit in den kommenden Jahren Handlungsbedarf hätten.

Der wurde jedoch etwas hinausgezögert, weil im Jahr 2020 verschiedene Stützungsmaßnahmen aus dem Covid-19-Gesetz zu einem „positiven Netto-Effekt für die Kliniken“ geführt hätten, der jedoch im Jahr 2021 voraussichtlich größtenteils wieder entfalle, sodass spätestens 2022 wieder das „Normalniveau“ erreicht werde. Für einzelne Krankenhäuser – so die Autoren des Reports – könne „der Effekt jedoch sehr unterschiedlich ausfallen“, zudem falle das Rating regional sehr unterschiedlich aus: am

schlechtesten stelle sich die Situation in **Baden-Württemberg, Hessen** und **Bayern** dar, signifikant besser indes in Ost-Deutschland.

Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) hat den gesetzlichen Auftrag erfüllt, Ausgleichszahlungen für verschobene oder ausgesetzte planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in der Zeit vom 16. März bis 30. September 2020 zu leisten. Ziel sei es – so der Bundesrechnungshof – gewesen, freie Kapazitäten für die stationäre Behandlung von Covid-19-Patienten zu erhöhen. Diese Ausgleichszahlungen hätten zunächst 560 Euro pro Tag je ausgebliebenem Patient betragen, und ab dem 13. Juli 2020 eine differenzierte Pauschale nach Art der Klinik zwischen 360 und 760 Euro bzw. 280 Euro

Zahlungen für Krankenhäuser unterteilt nach Bundesländern (in Mio. Euro)				
Bundesland	Einnahmeausfälle ¹ im Zeitraum vom 16.3. - 30.9.2020	zusätzliche Intensivbetten im Zeitraum vom 16.3. - 30.9.2020	Einnahmeausfälle ¹ im Zeitraum vom 18.11.2020 - 15.6.2021	Gesamt
Baden-Württemberg	903,00	98,50	547,00	1.548,50
Hessen	676,08	48,70	395,54	1.120,32
Bayern	1.382,87	100,20	843,00	2.326,07
Berlin	363,41	27,90	352,00	743,31
Brandenburg	293,78	23,30	200,55	517,64
Bremen	89,94	6,95	59,50	156,39
Hamburg	244,55	15,60	156,00	416,15
Mecklenburg-Vorpommern	184,78	13,70	85,65	284,13
Niedersachsen	792,00	74,50	420,00	1.286,50
Nordrhein-Westfalen	2.176,33	110,95	1.450,00	3.737,28
Rheinland-Pfalz	437,86	29,50	272,52	739,88
Saarland	138,76	15,50	90,33	244,59
Sachsen	387,89	47,35	346,80	782,04
Sachsen-Anhalt	263,84	27,15	179,00	469,98
Schleswig-Holstein	286,42	26,20	105,56	418,18
Thüringen	287,70	20,10	191,00	498,80
Gesamt	8.909,19	686,10	5.694,46	15.289,74

Tab. 1: Zahlungen für Krankenhäuser unterteilt nach Bundesländern (in Mio. Euro Stand: 15. Juli 2021). Legende: 1 = Die aus dem Gesundheitsfonds ausgezahlten Finanzhilfen werden vom Bund erstattet. Quelle: BAS (4).

Voraussetzungen für die Ausgleichszahlungen		
Art	Anteil freier betreibbarer Intensivbetten in %	7-Tage-Inzidenz
Empfehlungen des Beirats nach § 24 KHG	< 20	> 100
Drittes Bevölkerungsschutzgesetz	< 25	> 70
Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser	< 25	> 50

Tab. 2: Voraussetzungen für die Ausgleichszahlungen. Quellen: § 21 Absatz 1a Satz 2 KHG; durch Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser geändert; § 1 Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser; Darstellung Bundesrechnungshof, BRH (3).

für psychiatrische Krankenhäuser gegolten. Ab dem 18. November 2020 hätten – so der BRH weiter – Krankenhäuser nach dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz erneut Ausgleichszahlungen erhalten können. Die Voraussetzungen dafür waren zunächst, dass

- die regionale Verfügbarkeit freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten unterhalb von 25% der Gesamtkapazität lag und
- eine 7-Tages-Inzidenz von über 70 je 100.000 Einwohner in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt bestand (Tab. 2).

Zudem hätte das BMG neben der regionalen Verfügbarkeit freier betreibbarer intensivmedizinischer Betten unterhalb von 25% mit der Rechtsverordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser festgelegt, dass Ausgleichszahlungen seit dem 9. April 2021 gewährt werden können, wenn eine 7-Tage-Inzidenz von über 50 je 100.000 Einwohner bestand. Die Länder übermitteln dazu die Höhe der Ausgleichszahlungen dem BAS (Tab. 1), das die Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert, worauf der Bund wiederum den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet.

Der Bundesrechnungshof räumt in seinem Bericht zwar ein, dass eine Förderung zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in der Fläche sachgerecht erschien, wies aber gleichzeitig darauf hin, dass die Krankenhausversorgung seit Jahren „aufgrund unnötiger Doppelstrukturen, fehlender Spezialisierung und unzureichend erschlossener Potenziale für mehr ambulante Behandlungen als ineffizient“ gelte. (5)

Weiters rät der BRH dazu, dass der Bund – soweit dieser auch künftig Mittel zur wirtschaftlichen Aufrechterhaltung von Krankenhäusern aufzubringen beabsichtige – „Mitspracherechte bei der Planung der Krankenhausstruktur erhalten“ solle. Nur so könne der Bund dazu beitragen, dass seine zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung eingesetzten Mittel effizient verwendet würden. Zumindest mittel- und langfristige sollte zudem eine „Perpetuierung der zum Teil unwirtschaftlichen und regional unzureichenden Versorgungsstrukturen“ durch pauschale Unterstützungsleistungen nach dem „Gießkannenprinzip“ vermieden werden.

Wie kräftig die Krankenhauslandschaft insgesamt gegossen wurde, zeigen die Zahlen des Bundesrechnungshofs: Demnach stiegen die aus Zahlungen der GKV resultie-

renden Einnahmen der Krankenhäuser von 80,2 Mrd. Euro im Jahr 2019 auf 81,5 Mrd. Euro im Jahr 2020. Hinzu kamen weitere 10,2 Mrd. Euro an Ausgleichszahlungen des Bundes als Ausgleich für den Bettenleerstand. Er beanstandet, dass das derzeitige System der Ausgleichszahlungen „unerwünschte Mitnahmeeffekte“ ermöglichte.

Analysen des RKI hätten zudem gezeigt, dass „Datenmeldungen möglicherweise dazu genutzt wurden, schneller die Schwelle zu erreichen, ab der Ansprüche auf Ausgleichszahlungen für nicht belegte Betten“ entstanden wären. Daher hat der BRH bei einer weiteren Verlängerung der Zahlung von Ausgleichspauschalen zu Kennzahlen geraten, die Fehlanreizen und Mitnahmeeffekten entgegenwirken. Dazu sollten Kennzahlen gewählt werden, die „nicht von den Empfängern der Ausgleichszahlungen beeinflusst“ werden können, wie etwa „Hospitalisierungsquoten und der jeweilige Anteil der Covid-19-Patienten an der Intensivversorgung“.

Als sachgerecht bewertete der Bundesrechnungshof in seinem Bericht Prognosemodelle, mit denen die in einem absehbaren Zeitraum benötigten Krankenhausbetten für Covid-19-Patienten vorhergesagt werden können. Hierzu könnten Hospitalisierungsquoten in Abhängigkeit vom Alter der derzeit besonders Betroffenen nutzbar gemacht werden. Dies könnte zu einer zielgenaueren Steuerung der Ausgleichszahlungen beitragen.

In seiner abschließenden Würdigung bemängelt der Bundesrechnungshof, dass die Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG vielen Krankenhäusern im vergangenen Jahr eine „massive Überkompensation aus Steuermitteln“ ermöglicht hätte: Bei sinkender Bettenauslastung um knapp 8% seien die Zahlungen der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2020 gegenüber 2019 um 1,7% gestiegen. Hinzu kämen die Ausgleichszahlungen des Bundes. Die recht eindeutige Wertung des BRH:

„Der Bund hat damit nicht überwiegend Zahlungen zur Aufrechterhaltung freier Krankenhauskapazitäten für Covid-19-Patienten geleistet, sondern vielmehr das betriebswirtschaftliche Risiko einer nicht ausreichenden Belegung der Krankenhäuser mitgetragen.“

Der Bundesrechnungshof begrüßt es daher, dass mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz Kriterien festgelegt wurden, um die Ausgleichszahlungen zielgerichteter an Krankenhäuser leisten zu können.

Der BRH sieht jedoch weiterhin erheb-

liche Fehlanreize durch die Gestaltung der Voraussetzungen für die Ausgleichszahlungen. Zurecht habe das BMG – so der BRH – darauf hingewiesen, dass die 7-Tage-Inzidenz und die Zahl der freien betreibbaren Intensivbetten als Fördermerkmale gewählt wurden, um eine höhere Zielgenauigkeit zu erreichen und den Verwaltungsaufwand gering zu halten. Doch hätte dies „nicht grundlegend die Anfälligkeit der Parameter für eine Beeinflussung durch die potenziellen Zahlungsempfänger“ ausgeschlossen. So hätte auch das RKI über mehrfache Kontaktaufnahmen mit dem Ziel berichtet, Meldungen der freien betreibbaren Intensivbetten nachträglich zu korrigieren.

Auch bestünde weiterhin die Möglichkeit einer – zumindest versehentlichen – Beeinflussung der Datenmeldung. Dies sei besonders problematisch, da „drohende Engpässe der medizinischen Versorgung auch als Entscheidungsgrundlage für weitere politische Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung“ dienen. Anreize, diesen Indikator zu beeinflussen, müssten deshalb soweit als möglich ausgeschlossen werden.

Der BRH empfiehlt daher, die Voraussetzungen der Ausgleichszahlungen im Falle ihrer Verlängerung oder späteren Wiedereinführung gesetzlich zu schärfen. Zur sachgerechten Bewertung der epidemischen Lage vor Ort sollten – den Empfehlungen des RKI entsprechend – Merkmale herangezogen werden, die eine Beeinflussung durch die Empfänger der Ausgleichszahlungen erschweren oder ausschließen. Dazu könnten sich nach Meinung des Rechnungshofs u. a. der Anteil intensivmedizinisch behandelter Covid-19-Fälle an der Gesamtzahl der betreibbaren Intensivbetten, die wöchentliche Inzidenz hospitalisierter Fälle unter den über 60-Jährigen und der Anteil der Kontaktpersonen, die nachverfolgt werden können, eignen. Eine verbesserte Datenbasis zur Entscheidung über die Gewährung der Ausgleichszahlungen wäre insoweit sogar ohne einen erhöhten Verwaltungsaufwand für die Länder möglich, da die dafür erforderlichen Daten dem RKI ohnehin gemeldet werden müssten.

Quo vadis Intensivbetten

Zugelassene Krankenhäuser erhielten nach Aussage des BRH-Berichts für den Aufbau von zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit (Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit) vom 16. März bis

30. September 2020 einmalig 50.000 Euro je Intensivbett. Dieser Betrag sei das Ergebnis eines politischen Kompromisses, da die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Gesetzgebungsverfahren einen Förderbetrag von 85.000 Euro für ein Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit gefordert hätte.

Voraussetzung dafür sei eine Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden gewesen. Eine Rückzahlung im Fall einer fehlerhaften Meldung bzw. einer unberechtigten Förderung hätten die gesetzlichen Regelungen indes nicht vorgesehen. Für den Aufbau neuer Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit zahlte das BAS über den Gesundheitsfonds von Mitte März 2020 bis Anfang März 2021 rund 686,1 Mio. Euro aus. Damit müssten 13.722 neue Intensivbetten gefördert worden sein, rechnet der BRH vor. Ein solcher Kapazitätzuwachs sei jedoch aus den vorliegenden Statistiken und Datensammlungen nicht abzulesen. Dies gelte auch für die im DIVI-Intensivregister abrufbaren Zahlen.

Umso wichtiger sei es, die ordnungsgemäße und zweckentsprechende Verwendung der eingesetzten Fördermittel kontrollieren zu können. Daher hält es der BRH für unverzichtbar, dass die Zahl der durch die Förderung beschafften zusätzlichen Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit verlässlich beziffert werden könne. Dies sei aber derzeit nicht der Fall. Soweit es aufgrund verschiedener Definitionen schon in der frühen Phase der Pandemie zu uneinheitlichen Meldungen gekommen sei, hätte es angesichts des Fördervolumens nahegelegen, „unverzüglich eine eindeutige Definition zu erarbeiten und die Zahl der aufgestellten Intensivbetten nachzuvollziehen“. Auch die Anzahl von Low-Care-Behandlungsplätzen, die zu High-Care-Behandlungsplätzen umgewandelt worden seien, hätte durch eine effektive Kontrolle nachvollzogen werden müssen. Der Rechnungshof hält es zudem für nicht vertretbar, dass das BMG auf eine exakte Feststellung der zunächst vorhandenen Intensivbetten verzichtet hatte. Dies habe einen zahlenmäßigen Abgleich des Intensivbetten-Bestandes zu Beginn und am Ende der Förderung und damit die Überprüfung der Förderung auf ihre Wirksamkeit vereitelt.

Die Klärung der ordnungsgemäßen Mittelverwendung für die Schaffung zusätzlicher Intensivkapazitäten hat nach Ansicht des BRH nicht nur Bedeutung für die Vergangenheit. Zur Stärkung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und zur Bekämpfung künftiger epidemischer Geschehnisse wäre die Aufstockung der vorhandenen betriebsfähigen Intensivbetten um weitere 13.700 eine relevante Größe: gemessen am Bestand der im Monat April 2021 bundesweit verfügbaren 24.000 Intensivbetten (belegte und freie betriebsfähige Betten) von immerhin 57%. Der Verbleib und die tatsächliche Einsatzbereitschaft der mit der Förderung geschaffenen Intensivbetten sei daher auch aus diesem Grund zu klären. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

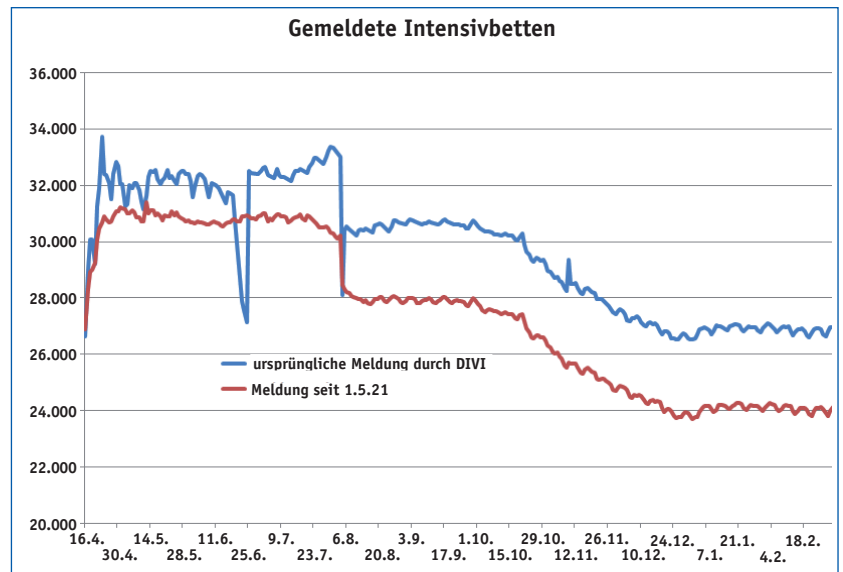


Abb. 2: Gemeldete Intensivbetten (bis 3.2.2021, danach Angleichung). Die blaue Linie gibt die Anzahl der Betten wieder, die jeweils tagesaktuell vom RKI/der DIVI gemeldet wurden. Die rote Linie entspricht den Zahlen aus dem jetzigen Archiv der DIVI (Download 1.5.2021). Die Zahlen wurden offensichtlich retrospektiv nach unten korrigiert. Quelle: Schrappe et al. (MVF 03/21).

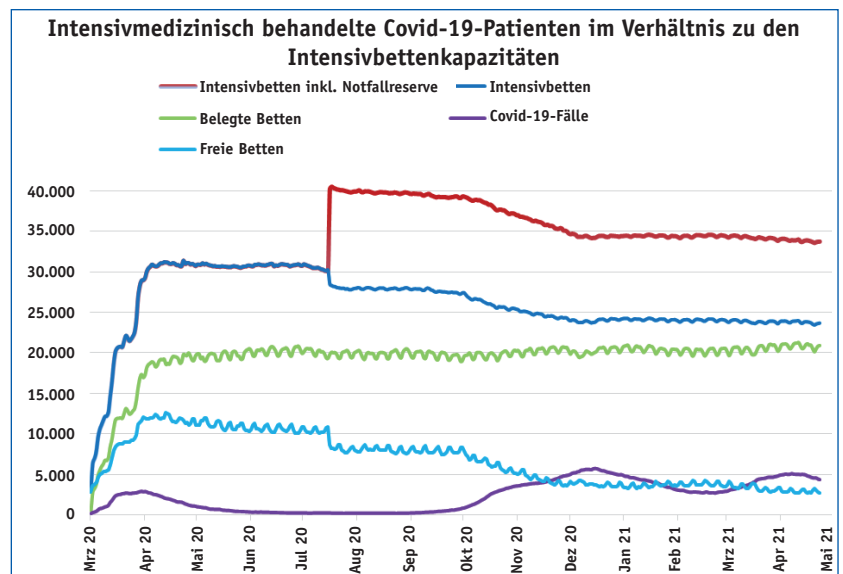


Abb. 3: Anzahl der intensivmedizinisch behandelten Covid-19-Patienten im Verhältnis zu den Intensivbettenkapazitäten (Quelle: DIVI-Intensivregister). Quelle: Schrappe et al. (MVF 03/21).

Literatur

- 1: Schrappe et al.: „Ad-hoc-Stellungnahme 3.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19: „Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/Covid-19-Epidemie“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 61-72. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2303>
- 2: <https://www.bild.de/video/clip/politik-inland/betrug-der-lauterbach-klartext-zum-intensivbetten-skandal-76777190-76778188.bild.html>
- 3: <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2021/massnahmen-des-bundes-zur-corona-bewaeltigung-im-gesundheitswesen>
- 4: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Covid19_Krankenhausentlastungsgesetz/20210715_Zahlungen_fuer_Krankenhaeuser_15.7.2021.pdf
- 5: Bericht des Bundesrechnungshofes nach § 88 Absatz 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankversicherung (Finanzierung von Investitionen), online unter <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2020/krankenhaeuser-seitjahren-unterfinanziert-und-ineffizient>

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Unerwünschte Mitnahmeeffekte oder viel mehr?“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S. 44-47. <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2331>