



Bericht

an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages

nach § 88 Absatz 2 BHO

über die Prüfung ausgewählter coronabedingter Ausgabepositionen des Einzelplans 15 und des Gesundheitsfonds

(Abgabe von Schutzmasken an vulnerable Personengruppen,
Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und
Aufbau von Intensivbettenkapazitäten)

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des § 96 Absatz 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Er ist auf der Internetseite des Bundesrechnungshofes veröffentlicht (www.bundesrechnungshof.de).

Gz.: IX 1 – 2021 – 0572

Potsdam, den 9. Juni 2021

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt.

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	6
1	Vorbemerkungen	12
2	Abgabe von Schutzmasken	13
2.1	Rechtlicher Rahmen	13
2.2	Feststellungen	15
2.2.1	Kosten der Maßnahme	15
2.2.2	Bestimmung des Empfängerkreises	15
2.2.3	Bestimmung des Vertriebswegs	17
2.2.4	Festlegung des Erstattungsbetrages	17
2.3	Vorläufige Würdigung	19
2.4	Stellungnahme des BMG	20
2.5	Abschließende Würdigung	22
3	Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser	23
3.1	Rechtlicher Rahmen	23
3.2	Feststellungen	26
3.2.1	Zahlungen an Krankenhäuser	26
3.2.2	Entwicklung der Bettenauslastung und Ursachen	26
3.2.3	Datenmeldungen an das DIVI-Intensivregister	29
3.2.4	Entwicklung eines neuen Stufenkonzeptes des RKI	29
3.2.5	Merkmale der zweiten Förderperiode	30
3.3	Vorläufige Würdigung	31
3.4	Stellungnahme des BMG	33
3.5	Abschließende Würdigung	34
4	Aufbau von Intensivbetten	36
4.1	Rechtlicher Rahmen	36
4.2	Feststellungen	37

4.2.1	Zahlungen an Krankenhäuser	37
4.2.2	Erfassung von Intensivbetten	38
4.3	Vorläufige Würdigung	39
4.4	Stellungnahme des BMG	39
4.5	Abschließende Würdigung	40

Abkürzungsverzeichnis

A

ABDA *Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V.*
ApoG *Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz)*

B

BAS *Bundesamt für Soziale Sicherung*
BMF *Bundesministerium der Finanzen*
BMG *Bundesministerium für Gesundheit*
BWV *Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung*

C

COVID-19 *durch das neuartige Coronavirus verursachte Erkrankung*
COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz *Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen*

D

DAV *Deutscher Apothekerverband e. V.*
DIVI Intensivregister-Verordnung *Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten*
DIVI-Intensivregister *Register der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin*
DKG *Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.*
DMP *Disease-Management-Programme*
DRG *Diagnosis Related Groups*
Drittes Bevölkerungsschutzgesetz *Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite*

E

ECMO *extrakorporale Membranoxygenierung*

F

freies betreibbares intensivmedizinisches Bett *freie betreibbare intensivmedizinische Behandlungskapazität*

G

G-BA *Gemeinsamer Bundesausschuss*
GKV *gesetzliche Krankenversicherung*

I

IfSG *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz)*
Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit *zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazität mit maschineller Beatmungsmöglichkeit*

K

KHG *Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)*

N

Nacht- und Notdienstfonds *Fonds zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken*

R

RKI *Robert Koch-Institut*

S

SchutzmV *Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung)*

SGB II *Zweites Buch Sozialgesetzbuch*

SGB V *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch*

Z

Zweites Bevölkerungsschutzgesetz *Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite*

0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof hat die Abgabe von Schutzmasken an besonders vulnerable Personengruppen, die Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser sowie die Förderung zum Aufbau intensivmedizinischer Kapazitäten untersucht. Angesichts sich auch künftig abzeichnender Leistungen mit Auswirkungen auf den Bundeshaushalt in Milliardenhöhe sieht sich der Bundesrechnungshof veranlasst, dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über seine wesentlichen Feststellungen zu berichten:

Abgabe von Schutzmasken an vulnerable Personengruppen

- 0.1 Der Bundesgesetzgeber beschloss, besonders vulnerable Personengruppen mit partikelfiltrierenden Schutzmasken zu versorgen. Er ermächtigte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), durch Rechtsverordnung die anspruchsberechtigten Personengruppen und die weitere Ausgestaltung des Verfahrens festzulegen (Tnr. 2.1).
- 0.2 Bis Anfang April 2021 zahlte der Bund über das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) 2,1 Mrd. Euro für die Abgabe der Masken aus. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte empfohlen, vor allem Risikopatientinnen und -patienten durch einfach umsetzbare Regelungen zu ermitteln. Vorrangig sollte auf Kriterien wie u. a. Alter und Pflegebedürftigkeit abgestellt werden. Das BMG erweiterte den Empfängerkreis jedoch und bestimmte, dass Risikogruppen anhand von chronischen Erkrankungen selektiert werden sollten (Tnrn. 2.2.1, 2.2.2).
- 0.3 Das BMG entschied, die Schutzmasken über die Apotheken abzugeben. Alternative Vertriebswege prüfte es nicht. Ein Beratungsunternehmen ermittelte im Oktober und November 2020 die Preise für Schutzmasken anhand von Internetrecherchen und Versandapotheken. Preise, die in Vor-Ort-Apotheken und Drogeriemärkten üblich waren, wurden dabei nicht erhoben. Das BMG legte einen Erstattungsbetrag von 6 Euro je Maske fest. Für die Abgabe ab Mitte Februar 2021 senkte es den Erstattungsbetrag auf 3,90 Euro ab. Preisanalysen, aus denen sich diese Beträge hätten ableiten lassen können, konnte das BMG nicht vorlegen (Tnrn. 2.2.3, 2.2.4).
- 0.4 Der Bundesrechnungshof hat beanstandet, dass es dem BMG nicht gelang, eine einfache und praktisch umsetzbare Definition für den Kreis der Anspruchsberechtigten zu finden. Zudem war das BMG alternativen Vertriebswegen zu der im Ergebnis kostenintensiven Abgabe über die Apotheken nicht weiter nachgegangen. Wie das BMG die beiden Erstattungsbeträge ermittelte und von welchem Gewinnaufschlag für die Apotheken es dabei ausging, ließ sich nicht aufklären (Tnr. 2.3).
- 0.5 Das BMG hat betont, dass für konzeptionelle Überlegungen in der Vorbereitungsphase nur vier Wochen zur Verfügung standen. Die Umsetzung sei

„bemerkenwert reibungslos“ verlaufen. Bei der vom G-BA vorgeschlagenen Definition hätte das Risiko bestanden, vulnerable Personengruppen nicht zu erreichen. Das BMG habe sich für die Abgabe der Schutzmasken durch Apotheken entschieden, da mit der Abgabe erhebliche Anforderungen verbunden seien. Nur die Apotheken hätten die Anforderungen erfüllen können. Der Erstattungsbetrag von 6 Euro je Maske beruhe wesentlich auf einer Markterhebung. Diese habe im Oktober 2020 einen durchschnittlichen Bruttobetrag von 5,11 Euro ergeben. Bei der Festsetzung des Erstattungsbetrages seien unter anderem Kosten für Beschaffung, für Beratungsleistung und Kosten für eine gegebenenfalls notwendige Umverpackung zu berücksichtigen gewesen (Tnr. 2.4).

0.6 Der Bundesrechnungshof hält abschließend fest, dass auch mit der gewählten Regelung nicht alle vulnerablen Personen erreicht wurden. Zudem erhielten auch Personen ohne gesetzlichen Anspruch Masken. Es hätte eine einfache und praktisch umsetzbare Definition gewählt werden sollen (Tnr. 2.5).

0.7 Bis heute hat das BMG keine nachvollziehbare Begründung zur Festlegung der an die Apotheken gezahlten Erstattungsbeträge vorgelegt. Der Festlegung des Erstattungsbetrages auf 6 Euro pro Maske Ende November 2020 legte das BMG den mittels Preisanalyse von Anfang Oktober ermittelten Bruttobetrag von 5,11 Euro pro Maske zugrunde. Eine bei Festsetzung dieses Erstattungsbetrages aktuellere Preisanalyse des BMG von Ende November 2020 ergab indes, dass zu diesem Zeitpunkt im Großhandel – wo auch Apotheken die Masken beschaffen würden – Schutzmasken mit nachweislicher Zertifizierung zu einem durchschnittlichen Preis von 1,62 Euro erhältlich waren. Der Bundesrechnungshof ist deshalb der Auffassung, dass der Erstattungsbetrag von 6 Euro pro Maske zu einer deutlichen Überkompensation zu Gunsten der Apotheken führte.

Gleiches gilt für den ab Februar 2021 auf 3,90 Euro pro Maske abgesenkten Erstattungsbetrag. Das BMG hat selbst darauf hingewiesen, dass es von Ende November 2020 bis Ende Februar 2021 einen Abfall des durchschnittlichen Großhandelspreises von 1,62 Euro auf eine Preisspanne von 40 bis 80 Cent beobachtet hatte. Auch bei dem zweiten Erstattungsbetrag ist deshalb davon auszugehen, dass die Kosten der Apotheken bei Berücksichtigung eines marktüblichen Gewinnaufschlages erheblich überkompensiert wurden. Der Bundesrechnungshof fordert, bei künftigen Maßnahmen zu Lasten der Steuerzahler stärker auf eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche Mittelverwendung zu achten. Dazu gehört auch, die Länder bei der Finanzierung von Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsschutzes grundsätzlich zu beteiligen (Tnrn. 2.2.4, 2.5).

Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser

0.8 Mit dem Ziel, freie Kapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten zu erhöhen, beschloss der Gesetzgeber im März 2020, an zugelassene Krankenhäuser Ausgleichszahlungen für verschobene oder ausgesetzte planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe zu leisten. Die Voraussetzungen

für diese Ausgleichszahlungen wurden mehrfach geändert und knüpften zuletzt an eine regionale Verfügbarkeit freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten unterhalb von 25 % der Gesamtkapazität und eine 7-Tage-Inzidenz von über 50 je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt an. Das BMG wurde ermächtigt, die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung durch Rechtsverordnung anzupassen (Tnr. 3.1).

- 0.9 Für das Jahr 2020 zahlte der Bund über das BAS 10,2 Mrd. Euro für Ausgleichszahlungen aus. Die Zahlungen der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen stiegen von 80,2 Mrd. Euro im Jahr 2019 auf 81,5 Mrd. Euro im Jahr 2020. Die Auslastung von Krankenhausbetten insgesamt sank von 75,1 % im Jahr 2019 auf 67,3 % im Jahr 2020, die der Intensivstationen von 69,6 % auf 68,6 %. Der über das normale Maß hinausgehende Leerstand in Krankenhäusern im Jahr 2020 war weniger auf verschobene planbare Operationen als auf geringere Inanspruchnahmen durch potenzielle Patientinnen und Patienten zurückzuführen (Tnrn. 3.2.1, 3.2.2).
- 0.10 Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder beschlossen am 22. März 2021, dass die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser durch die Ausgleichszahlungen weiter stabilisiert werden sollte. Das BMG senkte durch Rechtsverordnung die Voraussetzung des 7-Tage-Inzidenzwertes von über 70 auf über 50 je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner (Tnr. 3.2.5).
- 0.11 Das derzeitige System der Ausgleichszahlungen hat unerwünschte Mitnahmeeffekte eröffnet. Das Robert Koch-Institut (RKI) äußerte gegenüber dem BMG die Vermutung, dass Krankenhäuser zum Teil zu niedrige intensivmedizinische Behandlungsplätze meldeten. Die Fallzahlen auf den Intensivstationen entspannten sich zeitweise, allerdings sei der Anteil der freien betreibbaren Betten insgesamt niedrig geblieben. Die gemeldeten Daten seien nicht uneingeschränkt für eine Bewertung der Situation geeignet. Das RKI empfahl, die Ausgleichszahlungen nicht mehr von diesen Daten abhängig zu machen (Tnrn. 3.2.3, 3.3).
- 0.12 Die Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG ermöglichten vielen Krankenhäusern im vergangenen Jahr eine massive Überkompensation aus Steuermitteln: Bei sinkender Bettenauslastung um knapp 8 Prozentpunkte wuchsen die Zahlungen der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2020 gegenüber 2019 um 1,7 %. Hinzu traten die Ausgleichszahlungen des Bundes, die allein im Jahr 2020 10,2 Mrd. Euro betrugen. Der Bund hat damit nicht überwiegend Zahlungen zur Aufrechterhaltung freier Krankenhauskapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten geleistet, sondern vielmehr das betriebswirtschaftliche Risiko einer nicht ausreichenden Belegung der Krankenhäuser mitgetragen (Tnrn. 3.2.1, 3.2.2, 3.5).

- 0.13 Erklärtes Ziel der Verordnungsermächtigung war es, Intensivbettenkapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten zu erhöhen. Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser stand nicht im Vordergrund. Spätestens die im März 2021 angepassten Fördervoraussetzungen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser weiteten die mit der gesetzlichen Bestimmung im KHG verfolgte Zielsetzung der Ausgleichszahlungen deutlich aus. Aus übergeordneten Gesichtspunkten scheint es zudem problematisch, wenn Ausgaben in Milliardenhöhe aufgrund einer Rechtsverordnung getätigt werden können, ohne dass das Parlament über diese Mittel und deren Angemessenheit entscheidet (Tnr. 3.3).
- 0.14 Das BMG hat keine grundlegenden Einwände gegen den Umfang der Verordnungsermächtigung gesehen. Es habe die bestehenden Regelungen im Wesentlichen lediglich verlängert und an die Entwicklung des Infektionsgeschehens angepasst. Eine Regelung durch Rechtsverordnung sei erforderlich gewesen, da während der Pandemie kurzfristig Entscheidungen zu treffen seien. Überkompensationen seien allenfalls im Zeitraum von März bis Juli 2020 aufgetreten. Danach habe sich die Höhe der Ausgleichszahlungen nach der Kostenstruktur der Krankenhäuser gerichtet. Einzelne Krankenhäuser hätten im Übrigen nur begrenzt Steuerungsmöglichkeiten hinsichtlich der Herstellung der Anspruchsvoraussetzungen. Es würde die Inzidenz des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt betrachtet (Tnr. 3.4).
- 0.15 Der Bundesrechnungshof hält Regelungen durch Rechtsverordnung, die Ausgaben von mehreren Milliarden Euro betreffen, grundsätzlich für problematisch. Er stellt dabei nicht in Frage, dass dieses Vorgehen rechtlich zulässig ist, sieht aber die Gefahr einer partiellen Aushöhlung des parlamentarischen Budgetrechts. Das bestehende Verfahren birgt im Übrigen die Gefahr, dass zahlungsauslösende Parameter durch potenzielle Zahlungsempfänger beeinflusst wurden. Das RKI berichtete über Kontaktaufnahmen mit dem Ziel, Meldungen der freien betreibbaren Intensivbetten nachträglich zu korrigieren. Dadurch könnten Kapazitätsengpässe abgebildet worden sein, die in diesem Maße nicht existierten. Dies hält der Bundesrechnungshof angesichts der besonderen Bedeutung drohender intensivmedizinischer Kapazitätsengpässe für die Bestimmung notwendiger (politischer) Maßnahmen zur Krisenbewältigung für kritisch. Er rät deshalb zu Kennzahlen, die Fehlanreizen und Mitnahmeeffekten entgegenwirken. Zur sachgerechten Bewertung der epidemischen Lage vor Ort sollten neben der 7-Tage-Inzidenz weitere Merkmale herangezogen werden (Tnr. 3.5).

Aufbau von Intensivbetten

- 0.16 Zugelassene Krankenhäuser erhielten für den Aufbau von zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit vom 16. März bis 30. September 2020 einmalig 50 000 Euro je Intensivbett. Die Mittel wurden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert (Tnr. 4.1).

- 0.17 Für den Aufbau neuer Intensivbetten zahlte das BAS von Mitte März 2020 bis Anfang März 2021 rund 686,1 Mio. Euro aus. Das BMG stellte fest, dass es bei der Definition eines „Intensivbetts“ einen Interpretationsspielraum gab. Die Zahl der tatsächlich vorhandenen Intensivbetten sei wegen einer fehlenden einheitlichen Definition nicht sicher ermittelt worden. Noch im März 2021 lagen dem BMG diesbezüglich keine validen Informationen vor (Tnr. 4.2).
- 0.18 Der Bundesrechnungshof hat beanstandet, dass das BMG bis heute nicht in der Lage ist, die Zahl der tatsächlich aufgestellten sowie die der zusätzlich angeschafften Intensivbetten verlässlich zu ermitteln (Tnr. 4.3).
- 0.19 Das BMG hat darauf hingewiesen, dass die fehlende Bestimmbarkeit der Zahl zusätzlich geschaffener intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten darauf zurückzuführen sei, dass bis Frühjahr 2020 keine einheitliche Definition existierte. Damit habe es keine exakte Ausgangsgröße gegeben. Das BMG hat die Auffassung vertreten, dass die Regelungen einen Kompromiss zwischen notwendiger Schnelligkeit und Effektivität der Förderung einerseits und notwendiger Kontrolle und Steuerung der Mittelverwendung andererseits darstellten. Bei Intensivierung der Kontroll- und Steuerungsinstrumente hätte die Förderung nicht in der gebotenen Kurzfristigkeit erfolgen können (Tnr. 4.4).
- 0.20 Der Bundesrechnungshof hielt es für einen vielversprechenden Ansatz, Beitragsmittel der Versichertengemeinschaft in Höhe von nahezu 700 Mio. Euro einzusetzen, um drohenden Engpässen bei den Intensivbetten zur Bekämpfung der Epidemie entgegenzuwirken. Mit diesem enormen Mitteleinsatz sollten 13 700 zusätzliche Intensivbetten geschaffen werden. Ein solcher Kapazitätzuwachs ist aus den vorliegenden Statistiken und Datensammlungen indes nicht abzulesen. Dies gilt auch für die im DIVI-Intensivregister abrufbaren Zahlen. Umso wichtiger ist es, die ordnungsgemäße und zweckentsprechende Verwendung der eingesetzten Fördermittel kontrollieren zu können. Die Klärung der ordnungsgemäßen Mittelverwendung hat nicht nur Bedeutung für die Vergangenheit. Zur Stärkung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und zur Bekämpfung künftiger epidemischer Geschehnisse wäre die Aufstockung der vorhandenen betriebsbaren Intensivbetten um weitere 13 700 Intensivbetten eine relevante Größe: gemessen am Bestand der 24 000 im Monat April 2021 bundesweit verfügbaren Intensivbetten (belegte und freie betriebsbare Betten) von immerhin 57 %. Der Verbleib und die Einsatzbereitschaft der mit der Förderung geschaffenen Intensivbetten ist daher auch aus diesem Grund zu klären (Tnr. 4.5).
- 0.21 Der Bundesrechnungshof erkennt an, dass aufgrund der nicht absehbaren Entwicklung der COVID-19-Pandemie unbürokratische und effektive Finanzhilfen gezahlt werden mussten. Die gezielte Steuerung und laufende Kontrolle der eingesetzten Mittel muss jedoch stets gewährleistet bleiben. Die Länder sollten zunächst verpflichtet werden, sich seitens der Krankenhäuser Belege zur Anschaffung von Zubehör und Umbaumaßnahmen vorlegen zu lassen. Auch sollte geprüft werden, inwieweit sich rückwirkend Kontrollpflichten und gegebenenfalls

Rückforderungsmöglichkeiten durch den Gesundheitsfonds bzw. das BAS durchsetzen lassen. Künftig sollten entsprechende Pflichten der Länder zur Prüfung der von den Mittelempfängern vorzulegenden Unterlagen ebenso wie daran anknüpfende Berichtspflichten gegenüber dem Zahlungspflichtigen – in diesem Fall gegenüber dem Gesundheitsfonds bzw. dem BAS – gesetzlich verankert werden (Tnr. 4.5).

1 Vorbemerkungen

Die Weltgesundheitsorganisation erklärte am 30. Januar 2020 die Ausbreitung der durch das neuartige Coronavirus¹ verursachten Erkrankung (COVID-19) zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite.

Am 25. März 2020 stellte der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite fest.² Seitdem wurden zahlreiche Gesetze und Verordnungen erlassen, um der COVID-19-Pandemie zu begegnen. Damit sollte auch einer drohenden Überforderung des Gesundheitssystems vorgebeugt werden. Eine Reihe dieser Maßnahmen belastet den Bundeshaushalt mit zusätzlichen Ausgaben stark.

Der Bundesrechnungshof hat die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf ausgewählte Ausgabepositionen des Einzelplans 15 und des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geprüft. Dabei hat er insbesondere die Abgabe von Schutzmasken an besonders vulnerable Personengruppen nach § 20i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie die Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser und die Förderung zum Aufbau intensivmedizinischer Kapazitäten nach § 21 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) untersucht. Angesichts der finanziellen Dimension dieser Leistungen und ihrer Auswirkungen auf den Bundeshaushalt in Milliardenhöhe sieht sich der Bundesrechnungshof veranlasst, dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages über seine Feststellungen zu berichten.

Der Bundesrechnungshof hat dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Gelegenheit gegeben, zum Entwurf des Berichts Stellung zu nehmen. Die Stellungnahme wurde berücksichtigt.

¹ Das neuartige Coronavirus (SARS-CoV-2-Virus) kann bei einer Infektion die Erkrankung COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) auslösen. Diese kann zu schweren Verläufen mit intensivmedizinischer Behandlung und künstlicher Beatmung sowie zum Tod führen. Aktuelle Informationen zur Entwicklung des neuartigen Coronavirus finden sich u. a. auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Robert Koch-Instituts (RKI) (BMG, online unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/%20coronavirus.html>, Zugriff vom 7. April 2021; RKI, online unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.%20html, Zugriff vom 7. April 2021).

² § 5 Absatz 1 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG); Protokoll der 154. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 25. März 2020, Seite 19169C.

2 Abgabe von Schutzmasken

2.1 Rechtlicher Rahmen

Für die Erfüllung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsschutzes sowie der allgemeinen Gefahrenabwehr und des Katastrophenschutzes sind nach den Bestimmungen des Grundgesetzes grundsätzlich die Länder zuständig. Dies schließt die Gesetzgebung in diesen Bereichen ein. Der Zuständigkeit für die Gesetzgebung und der daraus folgenden Aufgabenerfüllung in den genannten Bereichen folgt nach dem Grundgesetz die Finanzierungsverantwortung der Länder.

Mit dem dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Drittes Bevölkerungsschutzgesetz)³ beschloss der Bundesgesetzgeber, besonders vulnerable Personengruppen mit partikelfiltrierenden Schutzmasken (z. B. des Maskentyps FFP2) zu versorgen. Die Schutzmasken sollten für die Berechtigten kostenfrei sein. Der Gesetzgeber ermächtigte das BMG, durch Rechtsverordnung – ohne Zustimmung des Bundesrates – festzulegen, welche Personengruppen ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem neuartigen Coronavirus haben und deshalb einen Anspruch auf Schutzmasken erhalten sollen.⁴

Die Kosten der Schutzmaskenabgabe wurden als Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert und aus Bundesmitteln erstattet.⁵ Hierfür stehen im Einzelplan 15 im Jahr 2021 2,5 Mrd. Euro zur Verfügung.⁶

Gemäß der Verordnung zum Anspruch auf Schutzmasken zur Vermeidung einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung – SchutzmV)⁷ erhielten vom 15. Dezember 2020 bis 15. April 2021 besonders vulnerable Personen jeweils 15 Schutzmasken von den Apotheken. Grundsätzlich hatten auch Personen einen Anspruch, die nicht in der GKV versichert sind.⁸ Die Verbände der gesetzlichen und privaten Krankenkassen bestimmten gemeinsam das Nähere zur Ermittlung der anspruchsberechtigten Personen.⁹ Die Schutzmasken wurden zeitlich gestaffelt abgegeben:

³ Gesetz vom 18. November 2020 (BGBl. I Seite 2397).

⁴ § 20i Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c SGB V.

⁵ § 10 SchutzmV; Beschlussempfehlung und Bericht des 14. Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 19/24334, Seite 85.

⁶ Gesetz über die Feststellung des Bundeshaushaltsplans für das Haushaltsjahr 2021 (Haushaltsgesetz 2021), Kapitel 1501 Titel 636 03 (Leistungen des Bundes an den Gesundheitsfonds für SARS-CoV-2-Pandemie verursachte Belastungen).

⁷ Verordnung vom 14. Dezember 2020 (BANz AT 15. Dezember 2020 V1).

⁸ § 1 Absatz 2 SchutzmV.

⁹ § 3 Absatz 3 SchutzmV.

- Vulnerable Personen hatten zunächst Anspruch auf jeweils drei Schutzmasken in der Zeit vom 15. Dezember 2020 bis 6. Januar 2021. Dafür erhielten Apotheken eine von dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV) berechnete Pauschale aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.¹⁰ Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) zahlte für diesen Zeitraum pauschal 491,4 Mio. Euro an den Fonds zur Förderung der Sicherstellung des Notdienstes von Apotheken (Nacht- und Notdienstfonds) des DAV.¹¹ Anspruchsberechtigte hatten in der Apotheke ihren Personalausweis vorzulegen. Eine Erkrankung bzw. Risikofaktoren wurden durch eine Eigenauskunft in der Apotheke dargelegt.¹² Das BMG ging von rund 27,4 Mio. Anspruchsberechtigten aus.
- Weitere zwölf Schutzmasken wurden abgegeben in zwei getrennten Teilleistungen von jeweils sechs Masken pro Person. Die erste Teilleistung erfolgte in der Zeit vom 1. Januar bis 28. Februar 2021, die zweite vom 16. Februar bis 15. April 2021.¹³ Die Apotheken erhielten hierfür zunächst einen Erstattungsbetrag von 6 Euro je Maske einschließlich Umsatzsteuer.¹⁴ Durch die Erste Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung¹⁵ wurde die Pauschale auf 3,90 Euro je Maske einschließlich Umsatzsteuer für abgegebene Masken vom 16. Februar bis 15. April 2021 abgesenkt.¹⁶ Falls in der Apotheke keine Packungseinheit mit der erforderlichen Maskenzahl verfügbar war, war die Apotheke zur Neuverpackung berechtigt. Die Anspruchsberechtigten hatten den Apotheken einen von den Krankenkassen übermittelten Berechtigungsschein vorzulegen und eine Eigenbeteiligung von jeweils zwei Euro für sechs Schutzmasken zu leisten. Die Krankenkassen bezogen die Berechtigungsscheine von der Bundesdruckerei, der sie im Vorfeld die Anzahl der berechtigten Versicherten mitzuteilen hatten. Für die Versendung der Berechtigungsscheine erhielten die Krankenkassen einen Verwaltungskostenersatz von 0,60 Euro je Brief. Dazu hatten die Krankenkassen bis 30. April 2021 die Anzahl der versendeten Briefe zu melden.¹⁷

Personen, die Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) beziehen, erhielten vom 16. Februar bis 6. März 2021 einmalig jeweils zehn Schutzmasken auf Grundlage des abgesenkten Erstattungsbetrages für die Apotheken, sofern sie nicht bereits einen Anspruch als besonders vulnerable Person hatten.¹⁸ Dazu mussten sie ein

¹⁰ § 2 Absatz 1 SchutzmV i. V. m. § 7 Absatz 1 SchutzmV.

¹¹ § 9 Absatz 3 SchutzmV; siehe auch § 18 Absatz 1 Satz 1 des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz – ApoG).

¹² § 4 Absatz 1 SchutzmV.

¹³ § 2 Absatz 2 SchutzmV.

¹⁴ § 5 Absatz 2 SchutzmV i. V. m. § 7 Absatz 2 SchutzmV. Die Abrechnung fand über das jeweilige Rechenzentrum der Apotheke statt.

¹⁵ Verordnung vom 4. Februar 2021 (BAnz AT vom 5. Februar 2021 V1).

¹⁶ § 5 Absatz 3 gemäß der Ersten Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung.

¹⁷ § 8 SchutzmV.

¹⁸ § 2 Absatz 2a gemäß der Ersten Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung; hierzu zählen auch Personen, die mit einer solchen Person in einer Bedarfsgemeinschaft im Sinne des § 7 Absatz 3 SGB II leben (§ 1 Absatz 1 Nummer 3 gemäß der Ersten Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung).

Informationsschreiben der Krankenkasse sowie den Personalausweis oder einen anderen Lichtbildausweis in der Apotheke vorlegen.¹⁹ Eine Eigenbeteiligung brauchten sie nicht zu leisten.

2.2 Feststellungen

2.2.1 Kosten der Maßnahme

Bis Mitte Mai 2021 zahlte das BAS über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds 2,1 Mrd. Euro für die Abgabe der Schutzmasken aus.²⁰

Das BMG schätzte im März 2021 die Kosten für die über Berechtigungsscheine abzugebenden Schutzmasken im Jahr 2021 ohne Berücksichtigung der Verwaltungskostenerstattung an die Krankenkassen auf rund 2 Mrd. Euro. Die Kosten seien davon abhängig, in welchem Maße die Berechtigungsscheine in den Apotheken auch noch im März und April 2021 eingelöst würden.²¹

Die Kosten für den Druck der Berechtigungsscheine durch die Bundesdruckerei betrugen knapp 9,7 Mio. Euro.²²

2.2.2 Bestimmung des Empfängerkreises

In Vorbereitung auf das Dritte Bevölkerungsschutzgesetz beurteilte die Fachebene im BMG Anfang November 2020 die Voraussetzungen und das Verfahren zur Abgabe von Schutzmasken an besonders vulnerable Personengruppen. Dabei wurden die Zahl der Anspruchsberechtigten geschätzt und die Verfügbarkeit, die Preisbildung und die Finanzierung von Schutzmasken bewertet. Aufgrund der nicht kalkulierbaren Marktverfügbarkeit von Schutzmasken, der nicht geklärten Abgrenzung eines anspruchsberechtigten Personenkreises und erheblicher Kostenfolgen riet das zuständige Fachreferat davon ab, die geplanten Regelungen für die Abgabe von Schutzmasken zu erlassen.

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder beschlossen am 16. November 2020, besonders vulnerable Personengruppen mit Schutzmasken auszustatten. In die Definition der Anspruchsberechtigten sei der Gemeinsame Bundesaus-

¹⁹ § 4 Absatz 2a gemäß der Ersten Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung.

²⁰ Es handelt sich hierbei um ein laufendes Verfahren des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS), da die Zahlungen noch nicht abgeschlossen sind (BAS, online unter https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Covid19_Krankenhausentlastungsgesetz/20210517_Zahlungen_COVID-19-Pandemie_laufende_Verfahren_17.5.2021.pdf, Zugriff vom 21. Mai 2021).

²¹ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der FDP, BT-Drs. 19/27179, Seite 4.

²² Die Kosten für den Versand durch die Bundesdruckerei lagen bisher bei knapp 0,5 Mio. Euro.

schuss (G-BA) mit einzubeziehen.²³ Das BMG forderte den G-BA daraufhin auf, eine Definition besonders vulnerabler Personengruppen zu erstellen. Der G-BA fasste in seiner Stellungnahme Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien, Internetrecherchen und Informationen des Robert Koch-Instituts (RKI) zusammen. Insgesamt seien rund 27,4 Mio. Personen anspruchsberechtigt. Ausgehend von einer Altersgrenze ab 60 Jahren würde für etwa 23,7 Mio. Personen ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem neuartigen Coronavirus bestehen. Hinzu kämen anspruchsberechtigte Personen unter 60 Jahren mit bestimmten Erkrankungen. Der G-BA empfahl, Risikopatientinnen und -patienten unterhalb der Altersgrenze ab 60 Jahren möglichst durch einfach umsetzbare Regelungen zu ermitteln. Vorrangig sollte auf administrativ nutzbare und selektive Kriterien wie Alter, Pflegebedürftigkeit, Chroniker-Regelungen und den DMP-Status²⁴ abgestellt werden. Dem G-BA war bewusst, dass eine Vollerfassung der Risikogruppen damit nicht gewährleistet war.²⁵

Das BMG bestimmte, dass die Risikogruppen anhand von chronischen Erkrankungen und Risikofaktoren selektiert werden sollten. Die Fachebene im BMG bewertete die Definition der Anspruchsberechtigten kritisch. Es seien nicht alle chronischen Krankheiten, insbesondere seltene Erkrankungen oder schwerwiegende Lungenerkrankungen, enthalten.

Die Krankenkassen ermittelten den anspruchsberechtigten Personenkreis anhand der ihnen vorliegenden Abrechnungsdaten. Die Krankenkassenverbände hatten frühzeitig darauf hingewiesen, dass eine vollständige Datenerfassung nicht möglich sei. Zeitlich verzögerte Abrechnungsdaten im ambulanten Bereich führten zu Informationslücken. Personen mit aktuell diagnostizierten Erkrankungen oder Risikoschwangerschaften würden beispielsweise nicht erfasst.²⁶ Auch der um die Empfängerinnen und Empfänger von Arbeitslosengeld II erweiterte Personenkreis (ab Februar 2021) könne nicht vollständig erfasst werden. Nach Einschätzung der Krankenkassenverbände seien rund 34,1 Mio. Personen ohne die vorab genannte Erweiterung anspruchsberechtigt.

Das BMG führte die Differenz zu der vom G-BA genannten Zahl auf die nicht vollständig vorliegenden Daten zurück. Anfang des Jahres 2021 passte das BMG die Zahl der Anspruchsberechtigten an. Nunmehr seien rund 35,3 Mio. Personen anspruchsberechtigt.

²³ Beschluss der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 16. November 2020.

²⁴ Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Personen. Voraussetzung für die Teilnahme der Versicherten ist eine gesicherte Diagnose durch die Ärztin oder den Arzt.

²⁵ Stellungnahme des G-BA vom 24. November 2020.

²⁶ Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung zur Auswertung der Daten nach § 3 Absatz 1 und 3 SchutzmV vom 15. Dezember 2020.

Medienberichten war zu entnehmen, dass vielfach auch Versicherte, bei denen die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt waren, Berechtigungsscheine erhalten hatten.²⁷

2.2.3 Bestimmung des Vertriebswegs

Aufgrund der hohen Zahl von Schutzmasken, die innerhalb eines kurzen Zeitraumes abgegeben werden mussten, war die Abgabe nach Einschätzung des BMG nur über die Apotheken umsetzbar. Apotheken würden dem hohen Aufwand der Beschaffung der Schutzmasken, der Prüfung ihrer Qualität und der Beratung der Anspruchsberechtigten gerecht. Andere Leistungserbringer und Krankenkassen könnten dies in vergleichbarer Qualität nicht leisten.²⁸

Das BMG besprach mit einem pharmazeutischen Großhandelsverband grundsätzliche Fragen der Warenverfügbarkeit und Preisbildung. Dabei erörterte es auch die Möglichkeit, ob eine Verteilung von Schutzmasken aus Bundesbeständen durch den Großhandel an die Apotheken denkbar sei. Die Beschaffung der Gesamtmenge auf dem Markt sei möglich, aber mit finanziellem Risiko für die Großhändler verbunden. Dieses Risiko sei zu minimieren, wenn der Vertriebsweg über den Großhandel festgelegt würde und der Bund eine Abnahmeverpflichtung ausspreche für nicht von Apotheken abgerufene Masken. Die auf dem Markt verfügbare Menge an Schutzmasken sei ausreichend, um die Nachfrage zu bedienen. Voraussetzung sei eine sukzessive Abgabe der Schutzmasken über die Apotheken.

Am 3. Dezember 2020 verfügte das BMG in seinen Lagern in Deutschland über einen qualitätsgeprüften, auslieferungsfähigen Bestand von 214 Mio. Stück, die jedoch teilweise noch für andere Empfänger reserviert waren. Das BMG verfolgte die Option, Schutzmasken aus seiner eigenen Beschaffung²⁹ in die Apothekenverteilung mit einzubeziehen, im Ergebnis nicht weiter.

2.2.4 Festlegung des Erstattungsbetrages

Das BMG beauftragte im Herbst 2020 ein Beratungsunternehmen mit der Analyse der damaligen Preise für Schutzmasken. Das Unternehmen ermittelte Anfang Oktober 2020 die Preise anhand von Internetrecherchen zu verschiedenen Zeitpunkten. Die herangezogenen Quellen umfassten vorrangig Online-Vergleichsportale. Preise, die in Vor-Ort-Apotheken und Drogeriemärkten zu dieser Zeit für Schutzmasken üblich waren, wurden nicht erhoben. Ausweis-

²⁷ Axel Springer SE, 27. Januar 2021, online unter <https://www.welt.de/wirtschaft/plus225113357/FFP2-Masken-Bilanz-einer-ueberteuerten-Verteilaktion.html>, Zugriff vom 15. April 2021; Verlag Der Tagesspiegel GmbH, 11. Februar 2021, online unter <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/chaos-und-ineffizienz-bei-der-ffp-2-verteilung>, Zugriff vom 15. April 2021.

²⁸ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drs. 19/26100, Seite 2 f., 9 und 11 f.

²⁹ Vgl. dazu vertiefend Bericht des Bundesrechnungshofes an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages gemäß § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der zentralen Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung für das Gesundheitswesen (Gz. IX 1 – 2020 – 0946).

lich der Analyse seien bis Anfang April 2020 signifikante Preisanstiege für Schutzmasken festzustellen gewesen. Nach Ende der ersten Infektionswelle seien die Preise im Sommer wieder gesunken. Anfang Oktober habe der durchschnittliche Preis 4,29 Euro je Schutzmaske betragen. Kosten für die Beschaffung durch die Apotheken, die Beratung gegenüber Anspruchsberechtigten und Neuverpackungen – so führte das BMG in der Antwort auf eine parlamentarische Anfrage aus – seien hierbei nicht berücksichtigt.³⁰

Eine weitere von demselben Beratungsunternehmen durchgeführte Preisanalyse bildete Ende November 2020 die Marktsituation erstmalig nach Vertriebswegen ab. Apotheken verkauften demnach Schutzmasken zu einem durchschnittlichen Preis von 4,74 Euro. Dafür wurden 11 Versandapotheken und zwei Online-Vergleichsportale betrachtet. Im Einzelhandel liege der Preis bei durchschnittlich 3,92 Euro je Schutzmaske. Im Großhandel seien Schutzmasken mit nachweislicher Zertifizierung zu einem durchschnittlichen Preis von 1,62 Euro erhältlich.

Am 27. November 2020 stimmte das BMG mit verschiedenen Beteiligten, darunter der DAV, einen Erstattungsbetrag von bis zu 6 Euro je Maske ab. Eine begründende Preisanalyse für die Festlegung dieses Erstattungsbetrages konnte das BMG nicht vorlegen. Eine grundlegende Anpassung des Erstattungsbetrages wollte das BMG kurzfristig vornehmen, wenn Schutzmasken zu günstigeren Preisen beschafft werden könnten. Apothekerinnen und Apotheker hatten den Erstattungsbetrag von 6 Euro und den daraus folgenden Gewinn wiederholt medienwirksam als unangemessen hoch bewertet.³¹

Die im Februar 2021 bestimmte Absenkung des Erstattungsbetrages auf 3,90 Euro erfolgte im Hinblick auf die Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten und die Pflicht zum Tragen von medizinischen Masken im öffentlichen Raum.³² Der zu erzielende Gewinn für die Apotheken aus der Abgabe von Schutzmasken werde steigen; zugleich sinke das wirtschaftliche Risiko, bereits beschaffte Schutzmasken nicht abgeben zu können. Auch die Marktverfügbarkeit von Schutzmasken habe sich im Februar 2021 verbessert.³³ Eine begründende Preisanalyse für die Festlegung des Erstattungsbetrages auf 3,90 Euro konnte das BMG nicht vorlegen. Zum Zeitpunkt der Festlegung waren partikelfiltrierende Schutzmasken – in kleiner Stückzahl – im Einzelhandel für Stückpreise von unter 1 Euro erhältlich. Auf Frage des Bundesrechnungshofes erklärte das BMG, dass die Fachebene bei Festlegung der Erstattungsbeträge nicht eingebunden wurde.

³⁰ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drs. 19/26100, Seite 2.

³¹ Axel Springer SE, 27. Januar 2021, online unter <https://www.welt.de/wirtschaft/plus225113357/FFP2-Masken-Bilanz-einer-ueberteueren-Verteilaktion.html>, Zugriff vom 15. April 2021; Norddeutscher Rundfunk, 17. März 2021, online unter <https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr-wdr/masken-aktion-gutscheine-101.html>, Zugriff vom 15. April 2021.

³² Siehe auch Beschluss der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 19. Januar 2021.

³³ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der FDP, BT-Drs. 19/27011, Seite 8.

2.3 Vorläufige Würdigung

Der Bundesrechnungshof hat anerkannt, dass mit der Maskenabgabe zeitnah auf die Entwicklung des Infektionsgeschehens aufgrund der COVID-19-Pandemie reagiert werden sollte. Über die Bedenken der hauseigenen Fachleute im Hinblick auf die Abgrenzbarkeit des Kreises der Anspruchsberechtigten und unkalkulierbare Folgekosten hat sich die Hausleitung des BMG dabei allerdings hinweggesetzt. Frühzeitig befürchtete Umsetzungsschwierigkeiten bei der Abgabe von Schutzmasken an Risikogruppen wurden im Gesetzgebungsverfahren bzw. bei der daran anknüpfenden Rechtsverordnung nicht berücksichtigt. Die Risiken realisierten sich im anschließenden Verfahren.

Die Ermittlung des berechtigten Personenkreises war gekennzeichnet von mehrfachen Anpassungen der Zahl der Anspruchsberechtigten. Dem BMG gelang es nicht, eine einfache und praktisch umsetzbare Definition für den Kreis der Anspruchsberechtigten zu finden, obwohl dies von Fachkreisen empfohlen worden war. Die Maskenabgabe an Personen ohne einen gesetzlichen Anspruch wurde ebenso in Kauf genommen wie die Nichtberücksichtigung von Personen, für die diese Aktion an sich gedacht war.

Auch war die Festlegung eines Erstattungsbetrages von 6 Euro je Schutzmaske aufgrund der vorgefundenen Preisanalyse im Internet nicht nachvollziehbar. Aus der vom eingeschalteten Beratungsunternehmen ermittelten Bandbreite der Verkaufspreise von 4,74 Euro in Apotheken bis 1,62 Euro im Großhandel, die die Beschaffungskosten und eine Gewinnmarge des Verkäufers bereits umfassten, war ein Erstattungsbetrag von 6 Euro zu Lasten des Steuerzahlers nicht schlüssig abzuleiten. Alternativen Vertriebswegen zu den im Ergebnis deutlich kostspieligeren Apotheken und einer Nutzung der selbst beschafften Masken ging es nicht weiter nach. Schuldig blieb das BMG auch im Februar 2021 eine schlüssige Begründung für die Höhe des auf 3,90 Euro verringerten Erstattungsbetrages.

Insgesamt ließ sich nicht aufklären, wie das BMG jeweils zu den Erstattungsbeträgen gelangte. Unterlagen, wie dieser Preis zustande kam, hat das BMG nicht vorgelegt. Die Erstattung von 6 Euro pro Maske war nach Überzeugung des Bundesrechnungshofes eine deutliche Überkompensation zu Gunsten der Apotheken. Dies dürfte auch für den ab 16. Februar 2021 festgelegten Erstattungsbetrag von 3,90 Euro gelten, da bereits Ende Januar im Einzelhandel zertifizierte FFP2-Masken für unter 1 Euro verkauft wurden.

Der Bundesrechnungshof hat es für erforderlich gehalten, dass das BMG bei künftigen Maßnahmen dieser Art eine wirtschaftliche Vorgehensweise wählt. Er hat angemerkt, dass der Bund bei der Ausgabe der Schutzmasken die Länder aus ihrer Verantwortung entließ, die für Maßnahmen im Bereich des öffentlichen Gesundheits- und Katastrophenschutzes grundsätzlich zuständig sind. Zukünftig ist wieder stärker auf eine angemessene Lastenverteilung zwischen Bund und Ländern zu achten.

2.4 Stellungnahme des BMG

Das BMG hat darauf hingewiesen, dass angesichts der seit Oktober 2020 beschleunigten Infektionsentwicklung und der zunehmenden Auslastung intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten im November 2020 kurzfristiger Handlungsbedarf zum Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen bestand. Deshalb sei die kostenfreie Abgabe von Schutzmasken an diese Gruppen in der Video-Konferenz der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten der Länder am 16. November 2020 beschlossen worden. Anspruchsberechtigte sollten noch vor Weihnachten 2020 Zugang zu den Schutzmasken erhalten. Für konzeptionelle Überlegungen zur Definition der Anspruchsberechtigten, zur Abgabe und Finanzierung der Schutzmasken, Abstimmungen mit Organisationen und Verbänden sowie die Erarbeitung der eigentlichen SchutzmV einschließlich der Herstellung des Einvernehmens mit dem BMF seien nur vier Wochen Zeit gewesen.

Die Umsetzung der SchutzmV sei – abgesehen von einzelnen Problemmeldungen – „bemerkenswert reibungslos“ verlaufen. Bis zum 16. April 2021 hätten die Apothekenrechenzentren auf der Grundlage von 47,5 Mio. Berechtigungsscheinen 290 Mio. Schutzmasken abgerechnet. Da die Abrechnungen zwischen Apotheken, Apothekenrechenzentren und BAS zeitlich verzögert erfolgten, sei ein Gesamtüberblick über die Zahl der eingelösten Berechtigungsscheine und abgegebenen Schutzmasken erst Ende Juni oder Anfang Juli 2021 zu erwarten. Die SchutzmV habe einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung der Maskenpflicht geleistet. Es sei nicht auszuschließen, dass sie auch zur Absenkung der Preise für FFP2-Masken beigetragen habe. Durch Abgabe kostenfreier Masken für fast die Hälfte der Bundesbevölkerung sei der Preis entsprechend gesunken.

Grundlage der Definition des Kreises der Anspruchsberechtigten in der SchutzmV sei die vom BMG am 17. November 2020 angeforderte Stellungnahme des G-BA vom 24. November 2020. In der Stellungnahme seien Vorerkrankungen und Risikofaktoren aufgeführt, die nach Studienlage mit einem signifikant erhöhten Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit COVID-19 verbunden waren. Aufgrund eines Hinweises des RKI auf neue Studien sei die Erkrankung Trisomie 21 ergänzt worden. Mit Ausnahme des starken Übergewichts (Body-Mass-Index > 30), zu dem den gesetzlichen und privaten Krankenkassen keine Abrechnungsdaten vorlägen, seien diese Personengruppen in die SchutzmV aufgenommen worden. Bei Zusammenstellung der anspruchsbegründenden Vorerkrankungen und Risikofaktoren habe das BMG im Interesse der Umsetzbarkeit anspruchsberechtigte Personen unter 60 Jahren auf Grundlage der bei den Krankenkassen vorliegenden Daten ermittelt. Eine einzelfallbezogene Risikoeinschätzung und Ausstellung von Attesten in ärztlichen Praxen sei wegen der damit verbundenen Infektionsgefahren und der Bindung ärztlicher Behandlungskapazitäten vermieden worden. Es sei kein anderes praktisch umsetzbares Verfahren ersichtlich. Bei den vom G-BA – neben dem Alter – empfohlenen Kriterien wie Pflegebedürftigkeit, Chroniker-Regelung und DMP-Status hätte das Risiko bestanden, vulnerable Personengruppen nicht zu erreichen. Privat Krankenversicherte, die einer Risikogruppe angehörten, seien nach Auffassung des BMG mit der abgesenkten Belastungsgrenze für Zuzahlungen (Chroniker-Regelung) und dem DMP-Status nicht zu ermitteln gewesen, da es sich hierbei ausschließlich um Instrumente der GKV handele.

Rund 23,5 Mio. Personen, die bis zum Inkrafttreten der SchutzmV das 60. Lebensjahr vollendet hatten, seien aufgrund ihres Lebensalters anspruchsberechtigt gewesen. Diese Auswahl habe von gesetzlichen und privaten Krankenkassen aufgrund der Versichertendaten vergleichsweise unkompliziert getroffen werden können. Dabei sei es aber zu Unter- und Übererfassungen von Anspruchsberechtigungen unterhalb der Altersgrenze ab 60 Jahren gekommen. Es sei nicht auszuschließen, dass Diagnosen untererfasst wurden. Auch hätten Verdachtsdiagnosen und Risikofaktoren über die Rechtsverordnung hinaus als anspruchsbegründend bewertet werden können. Gründe hierfür seien die Dauer von Abrechnungswegen, Ungenauigkeiten in den übermittelten Abrechnungen bei der Angabe von Diagnosen und fehlende Informationen über Schweregrade oder Krankheitsstadien.

Das BMG habe sich für die dezentrale Abgabe der Schutzmasken durch Apotheken entschieden. Die Abgabe von mehreren hundert Millionen Schutzmasken innerhalb von vier Monaten habe erhebliche Anforderungen an die Beschaffung, die Qualitätskontrolle, die Organisation der Abgabe und die Beratung der Anspruchsberechtigten gestellt. Die Apotheken gewährleisteten die flächendeckende Verteilung und notwendige Beschaffungswege. Das Personal sei mit der Beratung von Kundinnen und Kunden, der Prüfung der Anspruchsberechtigung und der Neuverpackung von Masken vertraut. Zudem habe mit der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA) ein zentraler Ansprechpartner zur Verfügung gestanden, mit dem rasche Abstimmungen möglich gewesen seien und der den Apotheken Informationen habe zukommen lassen können. Öffentlich diskutierte alternative Vertriebswege wie die Abgabe im Einzelhandel hätten zu massiven Umsetzungsproblemen geführt. Hier hätten keine Beratungsgespräche geführt und Anspruchsberechtigungen geprüft werden können.

Der Erstattungsbetrag von 6 Euro je Maske einschließlich Umsatzsteuer sei wesentlich auf eine vom BMG beauftragte Markterhebung zurückgegangen. Diese habe zum Stichtag 9. Oktober 2020 einen durchschnittlichen Nettobetrag für FFP2-Masken von 4,29 Euro ergeben. Dies entspräche einem Bruttobetrag von 5,11 Euro. Bei Festsetzung des Erstattungsbetrages seien unter anderem die Beschaffungskosten, Kosten für die Beratung und Kosten für eine etwaige Umverpackung zu berücksichtigen gewesen. Die Apotheken hätten auch das wirtschaftliche Risiko der Abgabe der Masken getragen.

Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung sei der Erstattungsbetrag auf 3,90 Euro je Maske einschließlich Umsatzsteuer abgesenkt worden. Durch Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten und die Pflicht zum Tragen von medizinischen Masken im öffentlichen Raum für die gesamte Bevölkerung sei die Vergütung der Apotheken aus der Abgabe von Schutzmasken weiter gestiegen. Das wirtschaftliche Risiko, beschaffte Schutzmasken nicht abgeben zu können, sei deutlich gesunken. Zudem hätte sich die Marktverfügbarkeit von FFP2-Masken von Dezember 2020 bis Februar 2021 erheblich verbessert. Damit einhergehend seien auch Beschaffungskosten gesunken. So hätten die vom BMG in Auftrag gegebenen Stichproben ergeben, dass der durchschnittliche Großhandelspreis für FFP2-Masken bei nachgewiesener Zertifizierung von Ende November 2020 bis Ende Februar 2021 von 1,62 Euro auf eine Preisspanne von 40 bis 80 Cent gefallen sei.

Grundsätzlich teile das BMG die Auffassung des Bundesrechnungshofes zur Zuständigkeit der Länder für Maßnahmen des öffentlichen Gesundheits- und Katastrophenschutzes. Aufgrund des Infektionsgeschehens habe die zügige Erarbeitung und Umsetzung der Schutzmaßnahmen aber Vorrang vor Vereinbarungen zur finanziellen Lastenverteilung gehabt, die erfahrungsgemäß kaum kurzfristig zustande kämen. Im Übrigen hätten auch einzelne Länder und Gemeinden Schutzmasken an vulnerable Personengruppen abgegeben.

2.5 Abschließende Würdigung

Der Bundesrechnungshof hält an seiner Kritik an der vom BMG durchgeführten Bestimmung der Anspruchsberechtigten fest, da es sich über die Empfehlung des G-BA hinwegsetzte. Das damit verfolgte Ziel, alle theoretisch zu berücksichtigenden Personen unterhalb von 60 Jahren zu erfassen, erreichte das BMG hierbei, wie es selbst einräumt, nicht. Im Vordergrund hätte nach Auffassung des Bundesrechnungshofes wegen der Eilbedürftigkeit stehen sollen, die am ehesten gefährdeten Personen mit möglichst geringem Aufwand zu ermitteln und wirksam zu schützen. Die Empfehlungen des G-BA erscheinen dem Bundesrechnungshof dafür geeignet gewesen zu sein. Das BMG nahm indes eine deutliche Unter- und Übererfassung in Kauf, obgleich Krankenkassen und private Krankenversicherungsunternehmen auf diese Risiken schon frühzeitig hingewiesen hatten.

Auch die Kalkulation der Erstattungsbeträge überzeugt im Ergebnis nicht. Das BMG konnte bis heute keine nachvollziehbare Begründung zur Festlegung des Erstattungsbetrages auf 6 Euro pro Maske Ende November 2020 vorlegen. Dem vom BMG insoweit angeführten Bruttobetrag von 5,11 Euro lag eine beauftragte Preisanalyse von Anfang Oktober 2020 zugrunde. Eine bei Festsetzung des Erstattungsbetrages aktuellere Preisanalyse von Ende November 2020 ergab indes, dass im Internet Schutzmasken zu einem durchschnittlichen Preis von 4,74 Euro verkauft wurden, dass im Einzelhandel der Preis bei durchschnittlich 3,92 Euro je Schutzmaske lag und dass im Großhandel – wo auch Apotheken die Masken beschaffen würden – Schutzmasken mit nachweislicher Zertifizierung zu einem durchschnittlichen Preis von 1,62 Euro erhältlich waren. Der Bundesrechnungshof bleibt deshalb bei seiner Auffassung, dass der Erstattungsbetrag von 6 Euro pro Maske zu einer deutlichen Überkompensation zu Gunsten der Apotheken führte, was einzelne Vertreterinnen und Vertreter in den Medien auch freimütig einräumten.

Das BMG beabsichtigte zwar, eine Anpassung des Erstattungsbetrages vorzunehmen, sobald Schutzmasken zu günstigeren Preisen beschafft werden konnten. Diesem Anspruch wurde es aber nicht gerecht, indem es erst zwei Monate nach Inkrafttreten der Schutzmaßnahmen den Erstattungsbetrag von 6 Euro auf 3,90 Euro absenkte. Die Berechnung des neuen Erstattungsbetrages kann der Bundesrechnungshof angesichts der zu diesem Zeitpunkt deutlich geringeren Abgabepreise für Schutzmasken nicht nachvollziehen. Das BMG hat selbst darauf hingewiesen, dass es von Ende November 2020 bis Ende Februar 2021 einen Abfall des durchschnittlichen Großhandelspreises von 1,62 Euro auf eine Preisspanne von 40 bis 80 Cent beobachtet hatte. Auch bei dem zweiten Erstattungsbetrag von 3,90 Euro ist deshalb

davon auszugehen, dass die Kosten der Apotheken bei Berücksichtigung eines marktüblichen Gewinnaufschlages erheblich überkompensiert wurden.

Der Hinweis des BMG, dass die kostenlose Abgabe der Masken maßgeblich zur Preissenkung beigetragen haben könnte, vermag die hohen Erstattungsbeträge nicht zu rechtfertigen. Selbst wenn diese Vermutung des BMG zuträfe, könnte ein objektiv zu hoher Erstattungsbetrag damit nicht nachträglich begründet werden.

Der Bundesrechnungshof begrüßt die Einsicht des BMG, dass die Länder bei der Finanzierung von Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsschutzes grundsätzlich nicht aus ihrer Verantwortung zu entlassen sind. Der Einwand drohender langwieriger Verhandlungen mit den Ländern erscheint in diesem Zusammenhang allerdings nicht stichhaltig. Zumindest dem Grunde nach hätte trotz der gebotenen Eile eine Beteiligung vereinbart werden können. Details zur Beteiligungshöhe hätten zurückgestellt werden können. Das Interesse an einer zügigen Versorgung vulnerabler Personen mit Schutzmasken war auch bei den Ländern groß. Dies belegen die eigenständig durchgeführten Abgaben von Masken einzelner Länder. Der Bundesrechnungshof wiederholt deshalb seine Empfehlung, bei künftigen Maßnahmen zu Lasten des Bundeshaushaltes auf eine Beteiligung vorrangiger Kostenträger zu achten.

3 Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser

3.1 Rechtlicher Rahmen

Der Gesetzgeber beschloss, zugelassenen Krankenhäusern Ausgleichszahlungen für verschobene oder ausgesetzte planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in der Zeit vom 16. März bis 30. September 2020 zu leisten. Ziel war es, freie Kapazitäten für die stationäre Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten zu erhöhen. Diese Ausgleichszahlungen betrugen zunächst³⁴ 560 Euro pro Tag je ausgebliebener Patientin bzw. ausgebliebenem Patienten.³⁵ Ab dem 13. Juli 2020 galt eine differenzierte Pauschale nach Art der Klinik zwischen 360 und 760 Euro bzw. 280 Euro für psychiatrische Krankenhäuser.³⁶

Nach dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz können Krankenhäuser seit dem 18. November 2020 erneut Ausgleichszahlungen erhalten.³⁷ Voraussetzungen dafür waren zunächst, dass

³⁴ Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (Zweites Bevölkerungsschutzgesetz, BGBl. I Seite 1018) wurde die Möglichkeit geschaffen, von der 560 Euro-Pauschale für bestimmte Gruppen von Krankenhäusern nach krankenhausbezogenen Kriterien durch Rechtsverordnung abzuweichen.

³⁵ Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27. März 2020 (BGBl. I Seite 580).

³⁶ Verordnung zur Anpassung der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 vom 8. Juli 2020 (BGBl. I Seite 1556).

³⁷ § 21 Absatz 1a Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG).

- die regionale Verfügbarkeit freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten (freies betreibbares intensivmedizinisches Bett) unterhalb von 25 % der Gesamtkapazität lag und
- eine 7-Tage-Inzidenz von über 70 je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt³⁸ bestand.

Neben der regionalen Verfügbarkeit freier betreibbarer intensivmedizinischer Betten unterhalb von 25 % legte das BMG mit der Rechtsverordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser fest, dass Ausgleichszahlungen seit dem 9. April 2021 gewährt werden können, wenn eine 7-Tage-Inzidenz von über 50 je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner besteht.³⁹

Krankenhäuser erhalten die Ausgleichszahlungen nur, wenn sie von der zuständigen Landesbehörde bestimmt worden sind. Dafür vorgesehen sind zunächst die Krankenhäuser, die an der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung teilnehmen oder entsprechende Strukturen aufweisen.⁴⁰ Andere Krankenhäuser der Region können weiterhin für die stationäre Regelversorgung von Patientinnen und Patienten genutzt werden.⁴¹ Die Pauschale wird für 90 % der nicht belegten Betten gegenüber der Bettenbelegung im Jahr 2019 gezahlt.⁴² Das RKI übermittelt an die zuständigen Landesbehörden tagesbezogene Übersichten über den durchschnittlichen Anteil der freien betreibbaren Intensivbetten.⁴³

Das BMG ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen (BMF) ohne Zustimmung des Bundesrates den Zeitraum für die Berücksichtigung von Einnahmeausfällen der Krankenhäuser zu verlängern sowie die Prozentsätze und weitere Merkmale der Förderung anzupassen.⁴⁴ Es kann die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser entsprechend der Entwicklung der Zahl der Infizierten und dem Schweregrad ihrer Erkrankung abweichend regeln.⁴⁵ Das BMG machte davon Gebrauch und erließ folgende Änderungen:

- Krankenhäuser konnten vom 17. Dezember 2020 bis 14. Januar 2021 Ausgleichszahlungen unabhängig von dem Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Betten erhalten, wenn im betreffenden Landkreis oder in der kreisfreien Stadt die 7-Tage-Inzidenz über 200 lag.⁴⁶

³⁸ Im Folgenden wird die Kategorisierung der 7-Tage-Inzidenz je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt angenommen.

³⁹ Verordnung vom 7. April 2021 (BAnz AT 8. April 2021 V1).

⁴⁰ Gibt es weniger als 15 % freie betreibbare intensivmedizinische Betten, können die zuständigen Landesbehörden auch weitere Krankenhäuser bestimmen, wenn diese einen Zuschlag über die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung vereinbart haben (§ 21 Absatz 1a Nummer 2 KHG).

⁴¹ Beschlussempfehlung und Bericht des 14. Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 19/24334, Seite 76.

⁴² § 21 Absatz 2a KHG.

⁴³ § 21 Absatz 1a KHG.

⁴⁴ § 23 Absatz 2 KHG.

⁴⁵ § 23 Absatz 2 Nummer 1 KHG.

⁴⁶ Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a KHG vom 22. Dezember 2020 (BAnz AT 24. Dezember 2020 V1).

- Krankenhäuser können seit dem 15. Januar 2021 Ausgleichszahlungen unabhängig von dem Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Betten erhalten, wenn im betreffenden Landkreis oder in der kreisfreien Stadt die 7-Tage-Inzidenz über 150 liegt.⁴⁷

Die Ausgleichszahlungen waren zunächst bis zum 31. Januar 2021 befristet. Schrittweise wurde die Förderung bis zum 15. Juni 2021 verlängert.⁴⁸ Eine darüberhinausgehende Anpassung sei aufgrund der Entwicklung des Infektionsgeschehens nach derzeitigem Stand nicht erforderlich.⁴⁹ Der Zeitraum, in dem Ausgleichszahlungen gewährt werden, endet nunmehr spätestens am 31. März 2022.⁵⁰

Die Länder übermitteln die Höhe der Ausgleichszahlungen dem BAS, das die Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds vorfinanziert. Der Bund erstattet den Betrag an die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.⁵¹

Das BMG hat die Auswirkungen der Regelungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu prüfen. Dafür kann es einen Beirat einberufen.⁵²

Die Länder müssen die von den Krankenhäusern ermittelten Beträge prüfen. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass nur plausible und begründete Meldungen an das BAS weitergegeben werden.⁵³

Mit der Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten (DIVI Intensivregister-Verordnung)⁵⁴ wurden intensivbettenführende Krankenhäuser verpflichtet, sich in dem Register der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI-Intensivregister) des RKI und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) zu registrieren und ihre tagesgenauen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten zu melden.⁵⁵ Die Verordnung trat am 10. April 2020 in Kraft.

⁴⁷ Erste Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a KHG vom 26. Januar 2021 (BAnz AT 27. Januar 2021 V1).

⁴⁸ Ebenda; Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchs-berechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a KHG vom 24. Februar 2021 (BAnz AT 25. Februar 2021 V1); Rechtsverordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 7. April 2021 (BAnz AT 8. April 2021 V1); Erste Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 1. Juni 2021 (BAnz AT 2. Juni 2021 V1).

⁴⁹ Referentenentwurf zur Ersten Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser vom 28. Mai 2021, Seite 1.

⁵⁰ § 23 Absatz 2 Nummer 3 KHG.

⁵¹ § 21 Absatz 8 KHG.

⁵² § 24 Absatz 1 KHG.

⁵³ § 21 Absatz 2a KHG; Beschlussempfehlung und Bericht des 14. Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 19/24334, Seite 78.

⁵⁴ DIVI Intensivregister-Verordnung vom 8. April 2020 (BAnz AT 9. April 2020 V4).

⁵⁵ § 1 DIVI Intensivregister-Verordnung.

3.2 Feststellungen

3.2.1 Zahlungen an Krankenhäuser

Für den Zeitraum vom 16. März bis 30. September 2020 wurden laut BAS 9 Mrd. Euro an die zuständigen Landesbehörden ausgezahlt, die diese an die zugelassenen Krankenhäuser weiterleiteten.⁵⁶ Die durchschnittliche Auszahlung pro Tag betrug 45 Mio. Euro. Seit dem 18. November 2020 wurden laut BAS 4,9 Mrd. Euro an die zuständigen Landesbehörden ausbezahlt.⁵⁷ Die durchschnittliche Auszahlung pro Tag betrug bis Mitte Mai 28 Mio. Euro. Für das Jahr 2020 zahlte das BAS laut einer Studie 10,2 Mrd. Euro aus.⁵⁸

Für das Jahr 2021 waren zunächst 2 Mrd. Euro veranschlagt.⁵⁹ Im Februar 2021 wurden weitere 1,5 Mrd. Euro und im März 2021 1 Mrd. Euro aus der Globalen Mehrausgabe (Einzelplan 60) bereitgestellt,⁶⁰ die mit dem Nachtragshaushalt 2021 in den Einzelplan 15 überführt wurden. Aufgrund des erhöhten Mehrbedarfs an Bundesmitteln wurden Mitte Mai 2021 weitere 1,5 Mrd. Euro für Ausgleichszahlungen veranschlagt.⁶¹

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlten im Jahr 2020 an die Krankenhäuser insgesamt 81,5 Mrd. Euro für die Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten. Im Jahr 2019 hatten sie dafür insgesamt 80,2 Mrd. Euro bezahlt.⁶²

3.2.2 Entwicklung der Bettenauslastung und Ursachen

Die Bettenauslastung in Krankenhäusern, in denen nach diagnosebezogenen Fallpauschalen⁶³ abgerechnet wird, betrug nach den Ergebnissen einer Studie im Jahr 2020 67,3 % und im Vorjahr 75,1 %.⁶⁴ Intensivstationen waren danach im Jahr 2020 zu 68,6 % und im Vorjahr

⁵⁶ BAS, online unter https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Covid19_Krankenhausentlastungsgesetz/20210308_Zahlungen_COVID-19-Pandemie_beendet.pdf, Zugriff vom 8. April 2021.

⁵⁷ BAS, online unter https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Covid19_Krankenhausentlastungsgesetz/20210517_Zahlungen_COVID-19-Pandemie_laufende_Verfahren_17.5.2021.pdf, Zugriff vom 21. Mai 2021.

⁵⁸ Augurzky/Busse, 2021, Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise, Seite 5.

⁵⁹ Haushaltsgesetz 2021, Kapitel 1501 Titel 632 01 (Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG).

⁶⁰ HHA-Drs. 19/8409, Kapitel 6002 Titel 971 04, Seite 3.

⁶¹ HHA-Drs. 19/8645, Kapitel 6002 Titel 971 04, Seite 2.

⁶² GKV-Spitzenverband, online unter https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp, Zugriff vom 8. April 2020.

⁶³ Englisch: Diagnosis Related Groups (DRG).

⁶⁴ Die Bettenauslastung gibt die durchschnittliche Auslastung der Betten im stationären Bereich in Prozent an. Dazu wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung ins Verhältnis gesetzt (Statistisches Bundesamt, online unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Glossar/bettenauslastung.html>, Zugriff vom 1. April 2020).

zu 69,6 % ausgelastet.⁶⁵ Patientinnen und Patienten, die am neuartigen Coronavirus erkrankt waren, belegten im Jahr 2020 durchschnittlich 2 % der Krankenhausbetten und 4 % der Intensivbetten. Die geringere Bettenauslastung sei auf eine geringere Zahl an Behandlungsfällen zurückzuführen.⁶⁶ Im Jahr 2020 seien in Krankenhäusern die Behandlungsfälle im Vergleich zum Vorjahr um 2,5 Mio. Fälle⁶⁷ zurückgegangen.⁶⁸ Nur ein Bruchteil des Rückgangs sei auf planbare Operationen zurückzuführen. Deutlich werde der Rückgang bei „ambulant sensitiven“ Fällen. Hierbei könne ein stationärer Aufenthalt durch eine hochwertige ambulante Versorgung ersetzt werden. Für die Auslastung der Krankenhäuser sei das Inanspruchnahmeverhalten von Patientinnen und Patienten wesentlicher als die Absage von Behandlungen.⁶⁹

Eine Analyse der vom DIVI-Intensivregister erhobenen Daten zeigt, dass die bundesdurchschnittliche Anzahl gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle in Krankenhäusern deutlich schwankt. Während im August 2020 der Anteil der intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle an den gesamt belegten Intensivbetten rund 1 % betrug, wurden im Januar 2021 rund 25 % der belegten Intensivbetten für COVID-19-Fälle benötigt (vgl. Abbildung 1).

⁶⁵ Augurzky/Busse, 2021, Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise, Seite 8.

⁶⁶ Ebenda, Seite 4.

⁶⁷ Ebenda, Seite 6.

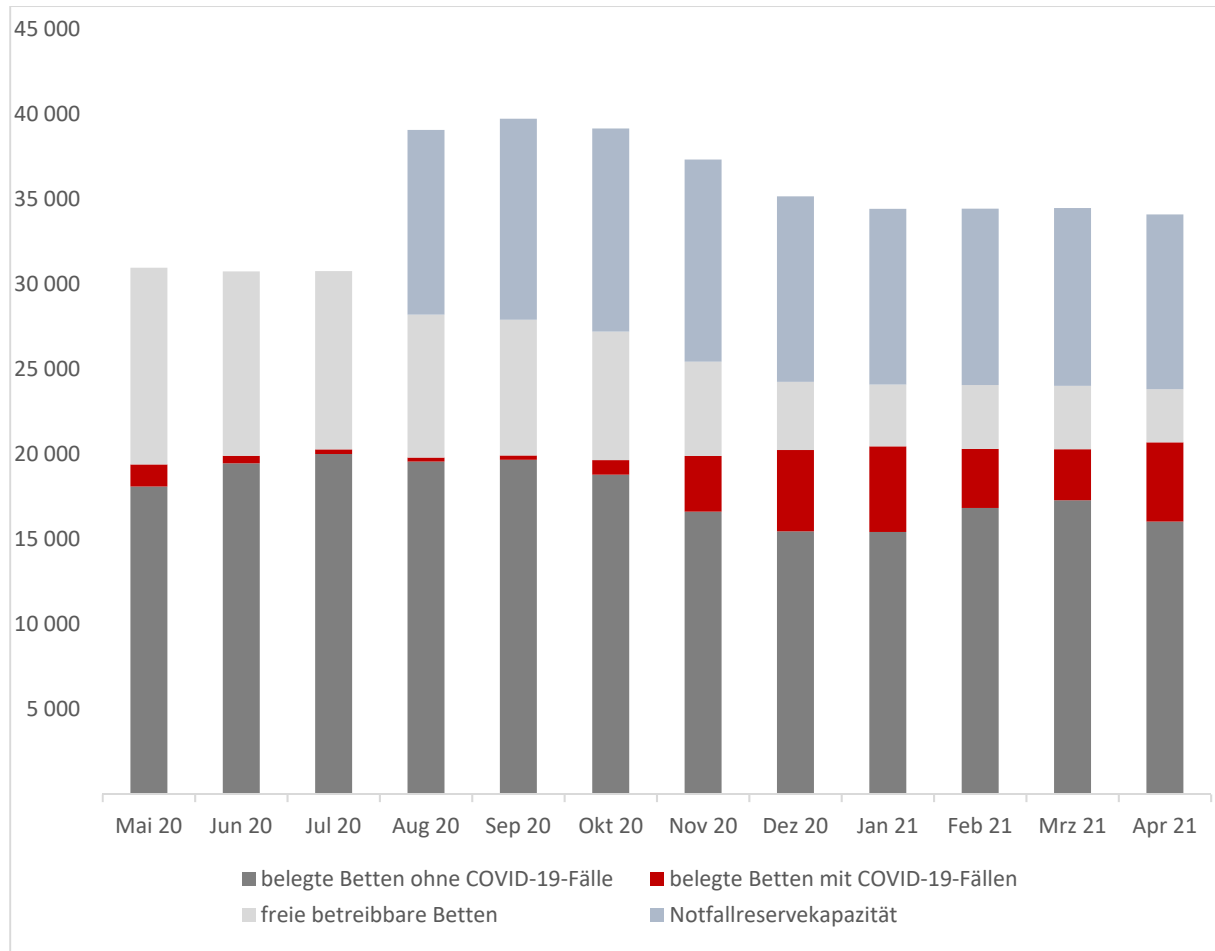
⁶⁸ Dabei werde die Differenz der in den beiden Jahren nach DRG abgerechneten Fälle betrachtet.

⁶⁹ Augurzky/Busse, 2021, Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise, Seite 4.

Abbildung 1

Bundesdurchschnittliche Intensivbettenbelegung und freie Intensivbettenkapazitäten von Mai 2020 bis April 2021

Die Anzahl der gemeldeten intensivmedizinisch behandelten COVID-19-Fälle schwankte im Zeitablauf deutlich.



Grafik: Bundesrechnungshof.

Quelle: DIVI-Intensivregister.⁷⁰

⁷⁰ DIVI-Intensivregister, online unter <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>, Zugriff vom 25. Mai 2021. Ein Bett gilt als *betreibbar*, wenn u. a. ein vorgesehener Raum, funktionsfähige Geräte und die personelle Besetzung mit pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal vorhanden sind. Krankheits- oder quarantänebedingte Ausfälle von Mitarbeitenden können folglich zu einer geringeren Anzahl freier betreibbarer Intensivbetten führen. Zudem beanspruchen schwer erkrankte COVID-19-Patientinnen und -Patienten mehr Personal sowie isolierte Räume, um eine getrennte Betreuung von Nicht-Infizierten sicherzustellen. Dadurch kann der Arbeitsaufwand auf den Stationen steigen, wodurch die Anzahl der betreibbaren Betten stärker abnimmt. Die Notfallreservekapazität, welche seit Anfang August 2020 im DIVI-Intensivregister erfasst wird, ist innerhalb von sieben Tagen aktivierbar, soweit das dafür benötigte Personal zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung steht. Dies geht einher mit einer Umgestaltung des regulären Krankenhausbetriebs.

3.2.3 Datenmeldungen an das DIVI-Intensivregister

Das DIVI-Intensivregister erfasst freie und belegte Behandlungskapazitäten auf den Intensivstationen von etwa 1 300 Akut-Krankenhäusern in Deutschland. Ein Bett gilt als betreibbar, wenn u. a. ein vorgesehener Raum, funktionsfähige Geräte und die personelle Besetzung mit pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal vorhanden sind. Mit der Erfassung sollen intensivmedizinische Engpässe frühzeitig erkannt und eine Grundlage für die datengestützte Handlungssteuerung in Echtzeit geschaffen werden.⁷¹ Auf dieser Grundlage wird z. B. über strategische Verlegungen von Patientinnen und Patienten entschieden.

Das RKI äußerte gegenüber dem BMG mit Schreiben vom 11. Januar 2021 die Vermutung, dass Krankenhäuser zum Teil weniger intensivmedizinische Behandlungsplätze meldeten, als tatsächlich vorhanden waren. Dadurch könnte der für die Gewährung von Ausgleichszahlungen erforderliche Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungsplätze von unter 25 % erreicht werden. Krankenhäuser würden zunehmend die hauseigenen Controlling-Abteilungen mit der Übermittlung der Daten für das DIVI-Intensivregister verpflichten, um monetäre Nachteile für den Standort zu vermeiden. Dies sei dem RKI in zahlreichen E-Mails und Telefonaten konkret mitgeteilt worden. Auch Länder seien an das RKI herangetreten und hätten rückwirkend um eine Anpassung der Zahl der gemeldeten freien betreibbaren intensivmedizinischen Betten gebeten. Dabei seien Anpassungen nur für Zeiträume gefordert worden, die für die Ausgleichszahlung relevant waren.

Nach Beobachtung des RKI entspannten sich zwar zeitweise die Fallzahlen auf den Intensivstationen. Allerdings sei der Anteil der freien betreibbaren Betten insgesamt niedrig geblieben. Die gemeldeten Daten seien daher nicht mehr für eine Bewertung der Situation geeignet. Das RKI empfahl, die Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser nicht mehr von den im DIVI-Intensivregister gemeldeten Daten abhängig zu machen.

Das BMG griff diese Hinweise auf und bat das RKI mit Erlass vom 8. Februar 2021, seitens der Länder oder Krankenhäuser geforderte (rückwirkende) Korrekturen der bereits gemeldeten intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten nur umzusetzen, wenn diese nachvollziehbar seien. Bei auffälligen Korrekturbitten sollten Änderungen unterbleiben und die Krankenhäuser bzw. Länder zur Begründung aufgefordert werden. Den für die Kontrolle in diesem Bereich geschaffenen Beirat und die Länder informierte das BMG nicht über diesen Sachverhalt.

3.2.4 Entwicklung eines neuen Stufenkonzeptes des RKI

Das RKI entwickelte im Februar 2021 ein Stufenkonzept, das eine Hilfestellung für die Entwicklung von Öffnungsstrategien oder Restriktionen bieten soll. Der Einsatz bevölkerungsbezogener antiepidemischer Maßnahmen soll danach möglichst evidenzbasiert unterstützt

⁷¹ DIVI-Intensivregister, online unter <https://www.intensivregister.de/#/index>, Zugriff vom 1. April 2021.

werden. Hierzu hat das RKI verschiedene Orte/Situationen (sog. „settings“) auf das mit ihnen verbundene Infektionsrisiko, ihren Anteil am pandemischen Geschehen, den direkten Einfluss auf schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle sowie ihre sozialen, psychologischen und ökonomischen Effekte bewertet. Diese „settings“ umfassten u. a. Hotels, gastronomische Einrichtungen, den Einzelhandel, den Personenverkehr, Kindertagesstätten und Grundschulen, kulturelle Einrichtungen sowie Altersheime. Das RKI betonte, alle eingesetzten Maßnahmen müssten kontinuierlich darauf überprüft werden, dass sie verhältnismäßig sind und nur durchgeführt werden, wenn sie notwendig sind und die negativen Folgen nicht überwiegen. Zudem stellte es heraus: „Die automatische Kopplung der Intensitätsstufen an einen einzigen Indikator (wie z. B. Inzidenz) ist nicht ausreichend, um die Komplexität des Infektionsgeschehens sowie die tatsächliche Belastung des Gesundheitssystems und die Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung durch COVID-19 abzubilden“. Zur Einordnung der epidemischen Lage auf lokaler Ebene zog das RKI folgende Kennzahlen heran:

- 7-Tage-Inzidenz,
- Anteil intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle an der Gesamtzahl der betreibbaren Intensivbetten,
- wöchentliche Inzidenz hospitalisierter Fälle unter den über 60-Jährigen und
- Anteil der Kontaktpersonen, die nachverfolgt werden können.

Des Weiteren sollten u. a. Kennzahlen wie der R-Wert, der Anteil neuer Varianten und das „setting“ des Ausbruchsgeschehens berücksichtigt werden.⁷²

3.2.5 Merkmale der zweiten Förderperiode

Der Beirat nach § 24 KHG hatte in seinem Bericht vom 12. November 2020 die Fortsetzung von Ausgleichszahlungen empfohlen. Dabei hatte er angeregt, die Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser mit umfassender oder erweiterter Notfallversorgung zu leisten, wenn

- weniger als 20 % freie betreibbare intensivmedizinische Betten vorhanden sind⁷³ und
- die 7-Tage-Inzidenz bei über 100 je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner liegt.

Betont hatte er, dass die Länder aufgrund ihres Sicherstellungsauftrages für die Vorhaltung freier Kapazitäten im Pandemiefall zuständig seien.

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder beschlossen am 22. März 2021, dass die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser durch die Ausgleichszahlungen des Bundes nachhaltig stabilisiert werden sollte. Dazu sieht der Bund eine Ausweitung der anspruchsberechtigten Krankenhäuser durch Absenkung des 7-Tage-

⁷² RKI, ControlCOVID Strategie und Handreichung zur Entwicklung von Stufenkonzepten bis Frühjahr 2021 vom 19. März 2021.

⁷³ Krankenhäuser mit Basisnotfallversorgung sollten Ausgleichszahlungen erhalten, wenn der Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Betten weniger als 10 % beträgt.

Inzidenzwertes auf über 50 je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner vor.⁷⁴ Durch politische Maßnahmen sei die 7-Tage-Inzidenz Anfang dieses Jahres unter den für die Ausgleichszahlungen maßgeblichen Inzidenz-Wert von 70 gesunken. Es habe sich gezeigt, dass dennoch freie intensivmedizinische Behandlungskapazitäten zu schaffen seien. Die Belastung der Intensivstationen sei weiterhin hoch. Die Maßnahmen wurden in einer Rechtsverordnung des BMG zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser ohne Beteiligung des Gesetzgebers nach § 23 KHG umgesetzt.⁷⁵

Der Präsident des Bundesrechnungshofes als Bundesbeauftragter für Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung (BWV) bewertete die Absenkung des Kriteriums „7-Tage-Inzidenz“ von 70 auf 50 in einer Stellungnahme an das BMG als kritisch. Er wies darauf hin, dass der Anteil freier betreibbarer Intensivbetten trotz linearer Abnahme der Inzidenzzahlen in der Zeit von Januar bis Mitte März 2021 gleichförmig schwankend zwischen 3 300 und 4 300 verblieb. Unterlagen zur Erforderlichkeit der Maßnahme konnte das BMG dem Bundesrechnungshof nicht vorlegen.

Die beiden zentralen Voraussetzungen für die Ausgleichszahlungen (freie betreibbare Intensivbetten und 7-Tage-Inzidenz je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner) wurden zunehmend aufgeweicht, um mehr Krankenhäusern Anspruch auf Zahlungen zu ermöglichen.

Tabelle 1

Voraussetzungen für die Ausgleichszahlungen

	Anteil freier betreibbarer Intensivbetten	7-Tage-Inzidenz
	<i>in %</i>	<i>je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner</i>
Empfehlungen des Beirats nach § 24 KHG	< 20	> 100
Drittes Bevölkerungsschutzgesetz	< 25	> 70
Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser	< 25	> 50

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.

3.3 Vorläufige Würdigung

Die Auslastung von Krankenhausbetten insgesamt sank von 75,1 % im Jahr 2019 auf 67,3 % im Jahr 2020, die der Intensivstationen von 69,6 % auf 68,6 %. Die Auslastung der Intensiv-

⁷⁴ Beschluss der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 22. März 2021.

⁷⁵ Verordnung vom 7. April 2021 (BAnz AT 8. April 2021 V1).

betten mit Patientinnen und Patienten, die positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden, betrug im Jahr 2020 durchschnittlich 4 %. Der zusätzliche Leerstand in Krankenhäusern war weniger auf verschobene planbare Operationen als auf geringere Inanspruchnahmen durch potenzielle Patientinnen und Patienten zurückzuführen. Der Bundesrechnungshof hat herausgestellt, dass der Bund damit nicht überwiegend Zahlungen zur Aufrechterhaltung freier Krankenhauskapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten geleistet hat. Er hat vielmehr das betriebswirtschaftliche Risiko einer nicht ausreichenden Belegung der Krankenhäuser mitgetragen.

Der Bundesrechnungshof hat eingeräumt, dass eine Förderung zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung in der Fläche sachgerecht erschien, und sich insoweit der Einschätzung des Expertenbeirats nach § 24 KHG angeschlossen. Er hat aber darauf hingewiesen, dass die Krankenhausversorgung seit Jahren aufgrund unnötiger Doppelstrukturen, fehlender Spezialisierung und unzureichend erschlossener Potenziale für mehr ambulante Behandlungen als ineffizient gilt.⁷⁶ Soweit der Bund auch künftig Mittel zur wirtschaftlichen Aufrechterhaltung von Krankenhäusern aufzubringen beabsichtige, sollte er Mitspracherechte bei der Planung der Krankenhausstruktur erhalten. Nur so kann der Bund dazu beitragen, dass seine zur Aufrechterhaltung der Krankenhausversorgung eingesetzten Mittel effizient verwendet werden. Zumindest mittel- und langfristig sollte eine Perpetuierung der zum Teil unwirtschaftlichen und regional unzureichenden Versorgungsstrukturen durch pauschale Unterstützungsleistungen nach dem „Gießkannenprinzip“ vermieden werden.

Mit der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nutzte die Bundesregierung ihre Ermächtigung aus § 23 Absatz 2 Nummer 1 KHG. Ziel dieser Verordnungsermächtigung war es, Intensivbettenkapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten zu erhöhen, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser stand gerade nicht im Vordergrund. Spätestens mit der Rechtsverordnung wurde mithin die ursprüngliche Zielsetzung der Ausgleichszahlungen deutlich ausgeweitet. Der Bundesrechnungshof hat im Übrigen anerkannt, dass durch die weitreichende Befugnis des BMG kurzfristig auf das pandemische Geschehen reagiert werden sollte. Hierfür sind Rechtsverordnungen grundsätzlich geeignet. Allerdings erscheint es grundsätzlich problematisch, wenn Ausgaben in Milliardenhöhe aufgrund einer Rechtsverordnung getätigt werden können. Der Gesetzgeber sollte prüfen, ob eine so weitreichende Ermächtigung notwendig war.

Die aus Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen resultierenden Einnahmen der Krankenhäuser stiegen von 80,2 Mrd. Euro im Jahr 2019 auf 81,5 Mrd. Euro im Jahr 2020. Hinzu kamen 10,2 Mrd. Euro an Ausgleichszahlungen des Bundes als Ausgleich für den Bettenleerstand. Für den Bundesrechnungshof stellen daher die Ausgleichszahlungen eine massive Überkompensation für Krankenhäuser im Jahr 2020 aus Steuermitteln dar. Er begrüßt deshalb, dass mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz Kriterien festgelegt wurden, um

⁷⁶ 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/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2020/krankenhaeuser-seit-jahren-unterfinanziert-und-ineffizient>.

Ausgleichszahlungen zielgerichteter an Krankenhäuser zu leisten. Damit konnten die täglichen Auszahlungen von durchschnittlich 45 Mio. Euro auf 28 Mio. Euro gesenkt werden. Bei zukünftigen Maßnahmen, die zumindest auch der wirtschaftlichen Sicherung von Leistungserbringern dienen, sollte verstärkt darauf geachtet werden, dass die Höhe der Zahlungen angemessen ist.

Der Bundesrechnungshof hat beanstandet, dass das derzeitige System der Ausgleichszahlungen unerwünschte Mitnahmeeffekte ermöglicht. Die Analysen des RKI haben gezeigt, dass Datenmeldungen möglicherweise dazu genutzt wurden, schneller die Schwelle zu erreichen, ab der Ansprüche auf Ausgleichszahlungen für nicht belegte Betten entstanden. Der Bundesrechnungshof hat bei einer weiteren Verlängerung der Zahlung von Ausgleichspauschalen zu Kennzahlen geraten, die Fehlanreize und Mitnahmeeffekten entgegenwirken. Dazu sollten Kennzahlen gewählt werden, die nicht von den Empfängern der Ausgleichszahlungen beeinflusst werden können (z. B. Hospitalisierungsquoten und der jeweilige Anteil der COVID-19-Patientinnen und -Patienten an der Intensivversorgung). Als sachgerecht hat der Bundesrechnungshof Prognosemodelle bewertet, mit denen die in einem absehbaren Zeitraum benötigten Krankenhausbetten für COVID-19-Patientinnen und -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.

Das System des KHG ist bisher einer dualen Finanzierungskompetenz bei Krankenhäusern gefolgt. Die Länder sind danach grundsätzlich für die Investitionsfinanzierung zuständig, während die Krankenkassen überwiegend die Betriebskosten tragen. Im Zuge der COVID-19-Pandemie hat der Bund mittels seiner Ausgleichszahlungen ein neuartiges wesentliches Element im System der Krankenhausfinanzierung geschaffen. Sollte er sich auch nach der Pandemie an der Finanzierung nennenswert beteiligen, käme dies einer Abkehr von der dualen Krankenhausfinanzierung gleich. Der Bundesrechnungshof hat es für notwendig gehalten, dass sich dies bei der Verteilung des Steueraufkommens zwischen Bund und Ländern widerspiegeln sollte. Um die wirtschaftliche und ordnungsgemäße Verwendung der Bundesmittel gewährleisten zu können, sollten ergänzend Gestaltungsbefugnisse des Bundes und Erhebungs Kompetenzen des Bundesrechnungshofes erwogen werden.

3.4 Stellungnahme des BMG

Das BMG hat keine grundlegenden rechtsstaatlichen Einwände gegen die Verlängerung und Modifikationen der Ausgleichszahlungen durch Rechtsverordnung gesehen. Dies schließt auch den Fall ein, dass Mittel in erheblicher Größenordnung ausgezahlt würden. Der Gesetzgeber habe das BMG zu entsprechenden Verordnungsregelungen ermächtigt. Die Ausrichtung, Systematik und Ausgestaltung der Ausgleichszahlungen sei in § 21 KHG normiert. Das BMG habe die Regelungen im Wesentlichen lediglich verlängert und an die Entwicklung des Infektionsgeschehens angepasst, ohne das Konzept als solches zu ändern. Eine Regelung durch Rechtsverordnung sei erforderlich, da über die zeitliche Dauer, in der Ausgleichs-

zahlungen geleistet werden, kurzfristig entsprechend der sehr dynamischen Infektionslage zu entscheiden sei. Gesetzliche Regelungen seien dafür ungeeignet.

Eine Überkompensation könne allenfalls im Zeitraum von März 2020 bis zum Inkrafttreten der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung vom 3. Juli 2020 aufgetreten sein. Nach Inkrafttreten dieser Verordnung habe sich die Höhe der Ausgleichszahlungen nach der Kostenstruktur der Krankenhäuser gerichtet. Überkompensationen seien somit ausgeschlossen. Die Festlegung der Höhe der ab März 2020 gezahlten Freihaltepauschalen sei das Ergebnis eines politischen Kompromisses gewesen, der eine schnelle und unbürokratische Gewährung der Mittel ermöglichen sollte. Dies sei auch aufgrund der damaligen rasant steigenden Infektionszahlen und zu beobachtenden Überlastungen der Gesundheitsversorgung sowohl in Nachbarstaaten als auch weltweit geschehen.

Die geltenden Voraussetzungen für die Gewährung von Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser seien im Wesentlichen im Dritten Bevölkerungsschutzgesetz geregelt worden. Sie sollen laut BMG eine höhere Zielgenauigkeit der Mittelverteilung gewährleisten. Zugleich solle sichergestellt werden, dass die Regelungen durch die Länder und die Krankenhäuser ohne unzumutbaren Verwaltungsaufwand umsetzbar seien. Daher seien die Parameter für die Gewährung von Ausgleichszahlungen im Wesentlichen auf die Höhe der 7-Tage-Inzidenz und die Quote der Auslastung der Intensivbetten beschränkt worden. Fehlanreize für die Mittelverwendung seien weitgehend ausgeschlossen worden, da als Betrachtungsebene nicht das einzelne Krankenhaus, sondern die Ebene des Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt gewählt wurden. Dadurch hätten einzelne Krankenhäuser nur begrenzt Steuerungsmöglichkeiten hinsichtlich der Herstellung der Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung von Ausgleichsleistungen.

Die Frage einer dauerhaften Beteiligung des Bundes an der Krankenhausfinanzierung würde sich nach Auffassung des BMG derzeit nicht stellen. Wenn in der nächsten Legislaturperiode eine derartige Beteiligung erwogen werden sollte, würden die Argumente des Bundesrechnungshofes berücksichtigt werden.

3.5 Abschließende Würdigung

Die Ausgleichszahlungen nach § 21 KHG ermöglichten vielen Krankenhäusern im vergangenen Jahr eine massive Überkompensation aus Steuermitteln: Bei sinkender Bettenauslastung um knapp 8 Prozentpunkte wuchsen die Zahlungen der Krankenkassen für Krankenhausbehandlungen im Jahr 2020 gegenüber 2019 um 1,7 %. Hinzu traten die Ausgleichszahlungen des Bundes, die allein im Jahr 2020 10,2 Mrd. Euro betrugen. Der Bund hat damit nicht überwiegend Zahlungen zur Aufrechterhaltung freier Krankenhauskapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten geleistet, sondern vielmehr das betriebswirtschaftliche Risiko einer nicht ausreichenden Belegung der Krankenhäuser mitgetragen. Der Bundesrechnungshof begrüßt insoweit, dass mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz Kriterien festgelegt wurden, um die Ausgleichszahlungen zielgerichteter an Krankenhäuser leisten zu können.

Der Bundesrechnungshof nimmt zur Kenntnis, dass das BMG zumindest für den Zeitraum von März bis Anfang Juli 2020 die Möglichkeit einer Überkompensation anerkennt. Zugleich begrüßt er das Bemühen, diesen Zustand mit der Anpassung der Ausgleichszahlungen an die Kostenstruktur der Krankenhäuser ab Juli 2020 zu beseitigen. Überkompensationen erstreckten sich aber auch auf die Folgezeit. Diese betrafen vor allem den Kreis der mit der Förderung begünstigten Krankenhäuser in der Fläche. Belegt wird dies durch die Bestimmungen des Dritten Bevölkerungsschutzgesetzes, mit denen die anspruchsberechtigten Krankenhäuser enger gefasst wurden. Der Bundesrechnungshof merkt in diesem Zusammenhang an, dass die Krankenhausversorgungsstruktur seit Jahren wegen unnötiger Doppelstrukturen, fehlender Spezialisierung und unzureichend erschlossener Potenziale für mehr ambulante Behandlung als ineffizient gilt. Er nimmt insoweit Bezug auf seinen Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages vom 10. September 2020.⁷⁷

Der Bundesrechnungshof hält zudem an seiner Einschätzung fest, dass Regelungen im Wege einer Rechtsverordnung problematisch sind, wenn sie Ausgaben des Bundes von mehreren Milliarden Euro betreffen. Dabei wird nicht in Frage gestellt, dass dieses Vorgehen zulässig ist und der Gesetzgeber eine hinreichende Ermächtigungsgrundlage geschaffen hat. Der Bundesrechnungshof sieht aber die Gefahr einer partiellen Aushöhlung des parlamentarischen Budgetrechts, wenn der Bundestag über die Angemessenheit von Ausgaben in beträchtlicher Höhe nicht mehr selbst entscheiden kann. Er merkt an, dass durch den Beschluss der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 22. März 2021 die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser durch die Ausgleichszahlungen des Bundes nachhaltig stabilisiert werden sollte. Die daran anknüpfende Rechtsverordnung veränderte insoweit die mit der gesetzlichen Bestimmung im KHG verfolgte Zielsetzung der Ausgleichszahlungen.

Das Argument des BMG, gesetzliche Regelungen könnten nicht zügig genug beschlossen werden, wurde in Gesetzgebungsverfahren der jüngeren Vergangenheit widerlegt. Bei zahlreichen gesetzlichen Neuregelungen zur Pandemiebekämpfung lagen nur wenige Tage zwischen der Vorlage des Kabinettsentwurfes und dem Inkrafttreten eines Gesetzes. Auch kurzfristig eingebrachte Änderungsanträge in laufende Gesetzgebungsverfahren führten in letzter Zeit häufig zu kurzfristigen Anpassungen von Gesetzen. Die Dauer der Ausgleichszahlungen hätte nach Einschätzung des Bundesrechnungshofes damit kurzfristig gesetzlich verlängert und an das Infektionsgeschehen angepasst werden können. Alternativ hätte zumindest eine Deckelung der Ausgaben in der Verordnungsermächtigung vorgesehen und mit der Verpflichtung des BMG verbunden werden können, bei höheren Ausgaben die Zustimmung des Deutschen Bundestages einzuholen.

Der Bundesrechnungshof sieht weiterhin erhebliche Fehlanreize durch die Gestaltung der Voraussetzungen für die Ausgleichszahlungen. Zurecht hat das BMG darauf hingewiesen, dass die 7-Tage-Inzidenz und die Zahl der freien betreibbaren Intensivbetten als Förder-

⁷⁷ Bericht des Bundesrechnungshofes an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages gemäß § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung der Krankenhausfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung vom 10. September 2010, HHA-Drs. 19(8)6147.

merkmale gewählt wurden, um eine höhere Zielgenauigkeit zu erreichen und den Verwaltungsaufwand gering zu halten. Dies schloss jedoch nicht grundlegend die Anfälligkeit der Parameter für eine Beeinflussung durch die potenziellen Zahlungsempfänger aus. Das RKI berichtete über mehrfache Kontaktaufnahmen mit dem Ziel, Meldungen der freien betreibbaren Intensivbetten nachträglich zu korrigieren. Die Möglichkeit einer – zumindest versehentlichen – Beeinflussung der Datenmeldung besteht also weiterhin. Dies ist besonders problematisch, da drohende Engpässe der medizinischen Versorgung auch als Entscheidungsgrundlage für weitere politische Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung dienen. Anreize, diesen Indikator zu beeinflussen, müssen deshalb soweit als möglich ausgeschlossen werden.

Der Bundesrechnungshof 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 eignen könnten sich 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. 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 müssen.

Der Bundesrechnungshof begrüßt die Zusage des BMG, die Befugnisse der Bundesebene zu verbessern, falls künftig eine dauerhafte Beteiligung des Bundes an der Krankenhausfinanzierung angestrebt werden sollte. Er hält in diesem Fall eine entsprechende Anpassung der Verteilung des Steueraufkommens zwischen Bund und Ländern für notwendig. Auch sollten ergänzend Gestaltungs- und Mitspracherechte des Bundes verankert sowie Prüf- und Erhebungs Kompetenzen des Bundesrechnungshofes im Bereich der Krankenhausplanung erwogen werden.

4 Aufbau von Intensivbetten

4.1 Rechtlicher Rahmen

Zugelassene Krankenhäuser erhielten 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. Voraussetzung dafür war eine Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Die Mittel werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

finanziert.⁷⁸ Eine Rückzahlung im Fall einer fehlerhaften Meldung bzw. einer unberechtigten Förderung sahen die gesetzlichen Regelungen nicht vor.

4.2 Feststellungen

4.2.1 Zahlungen an Krankenhäuser

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.⁷⁹ Damit müssten rechnerisch 13 722 neue Intensivbetten gefördert worden sein.⁸⁰ Die Länder hatten zwischenzeitlich vom BAS Fördermittel vereinnahmt, für die noch keine Anträge bewilligt waren.⁸¹ Mittel, die von den Ländern nicht an Krankenhäuser weitergeleitet worden waren, wurden an das BAS zurückgezahlt.

Die DKG hatte im Gesetzgebungsverfahren einen Förderbetrag von 85 000 Euro⁸² für ein Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit gefordert. Der Förderbetrag von 50 000 Euro je zusätzlich geschaffenem Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit sei nach Darstellung des BMG das Ergebnis eines politischen Kompromisses.

Unabhängig hiervon beschaffte das BMG selbst im Februar 2020 rund 14 200 Beatmungsgeräte aus Bundesmitteln. Bis Mitte Februar 2021 hatten die Länder davon etwa 4 500 Geräte abgerufen.

⁷⁸ § 21 Absatz 5 KHG.

⁷⁹ Dieses Verfahren ist beendet. Derzeit werden noch Nachläufer, Klärfälle oder Erstattungsverfahren abgewickelt (BAS, online unter https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Covid19_Krankenhausentlastungsgesetz/20210308_Zahlungen_COVID-19-Pandemie_beendet.pdf, Zugriff vom 8. April 2021).

⁸⁰ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der FDP, BT-Drs. 29/29480, Seite 3.

⁸¹ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drs. 19/21742, Seite 11.

⁸² Die DKG nahm dabei folgende Kalkulation vor: Für eine Sauerstoff- und Druckluftversorgung, Infusomaten (Infusionspumpen), Perfusoren (Spritzenpumpen) sowie Wandhalterungen bzw. ein Wandschienensystem für diese Geräte entstünden Kosten von ca. 20 000 Euro. Die Installation eines Zentralmonitorings koste ca. 5 000 Euro. Für eine besondere Spannungsversorgung (getrenntes IT-Netz) und ableitfähige Fußböden fielen Kosten von ca. 50 000 Euro an. Zudem koste ein Trenntransformator mit Grundinstallation ca. 3 000 Euro. Die Kosten für ein Beatmungsgerät lägen zwischen 12 000 und 18 500 Euro. Die Kosten für ein Intensivbett beliefen sich auf einen Betrag zwischen 5 000 Euro und mehr als 10 000 Euro.

4.2.2 Erfassung von Intensivbetten

Intensivbetten werden nach den Versorgungsstufen Low-Care, High-Care und Intensivbetten für eine extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) kategorisiert.⁸³

Das Statistische Bundesamt bezifferte die Zahl der Intensivbetten im Jahr 2017 auf 28 031.⁸⁴ Dabei wurden die aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt gezählt. Das BMG erfragte Anfang März 2020 bei den Ländern die Zahl der Intensivbetten und der verfügbaren Beatmungsplätze. Die Länder meldeten 16 784 Intensivbetten, davon 14 145 mit Beatmungsmöglichkeit.

Krankenhäuser mussten dem DIVI-Intensivregister im Frühjahr 2020 einmalig die Zahl ihrer am 1. Januar 2020 aufgestellten⁸⁵ Intensivbetten melden.⁸⁶ Auf die tatsächliche Betreibbarkeit kam es dabei nicht an. Bis Ende August 2020 wurden anstelle der tatsächlich aufgestellten Intensivbetten die intensivmedizinischen Planbetten abgefragt. Planbetten geben die Anzahl zugewiesener Intensivbetten nach dem Krankenhausstandort-Strukturplan wieder.⁸⁷ Die Zahl der Planbetten sei nach Einschätzung einzelner Länder deutlich höher als die Zahl der tatsächlich aufgestellten Intensivbetten.

Das BMG stellte im Sommer 2020 fest, dass es bei der Definition eines „Intensivbetts“ einen Interpretationsspielraum gab. Die Zahl der gemeldeten aufgestellten Intensivbetten sei möglicherweise nicht einheitlich ermittelt worden. Es entschied deshalb, dass Krankenhäuser rückwirkend zum Stichtag 1. Januar 2020 tatsächlich aufgestellte, technisch vollständig ausgestattete Low-Care, High-Care und ECMO Behandlungsplätze melden sollten. Im September 2020 bat das BMG die Länder darauf hinzuwirken, dass die Krankenhäuser eine Korrekturmeldung übermitteln. Auch danach wurde allerdings bezüglich der Definition Erörterungs- und Klärungsbedarf gesehen. Zum Teil wurden nicht nur Intensivbeatmungsbetten, sondern auch Intensivüberwachungsbetten gemeldet. Des Weiteren wurden Intensivbetten anderer Fachabteilungen wie der Herzchirurgie gemeldet. Diese würden sich in der Regel nicht für eine Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten eignen.

⁸³ § 1 Absatz 2 DIVI-Intensivregister-Verordnung. Ein Low-Care Intensivbett ist ein intensivmedizinischer Behandlungsplatz einer einfachen Versorgungsstufe. Eine invasive Beatmung ist nicht möglich. Ein High-Care Intensivbett ist ein intensivmedizinischer Behandlungsplatz einer hohen Versorgungsstufe. Es muss über eine invasive Beatmungsmöglichkeit im Rahmen der Akutversorgung verfügen. Ein ECMO-Intensivbett ist ein intensivmedizinischer Behandlungsplatz der höchsten Versorgungsstufe. Die Lungenfunktion einer Patientin oder eines Patienten wird außerhalb seines Körpers (extrakorporal) unterstützt (DIVI-Register, online unter <https://www.intensivregister.de/#/faq>, Zugriff vom 29. März 2021).

⁸⁴ Statistisches Bundesamt, 2018, Gesundheit Grunddaten der Krankenhäuser 2017, Seite 22. Zu den Intensivbetten zählen auch Schwerkrankenbetten mit Überwachungseinrichtungen, nicht aber Aufwachbetten.

⁸⁵ Im DIVI-Intensivregister werden grundsätzlich die betriebsbereiten Betten erfasst. Ein Intensivbett gilt als betriebsbereit, wenn ein vorgesehener Raum, funktionsfähige Geräte und Material sowie die personelle Besetzung mit pflegerischem und ärztlichem Fachpersonal vorhanden ist (RKI, online unter <https://www.intensivregister.de/#/faq>, Zugriff vom 29. März 2021). Davon zu unterscheiden ist die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten. Die Förderung nach § 21 Absatz 5 KHG bezog sich auf die tatsächlich aufgestellten Betten.

⁸⁶ § 1 Absatz 2 DIVI Intensivregister-Verordnung.

⁸⁷ DIVI-Register, online unter <https://www.intensivregister.de/#/faq/0a669404-1ad3-40bf-b04a-ac1a91f02b02>, Zugriff vom 29. März 2021.

Die Förderung von 50 000 Euro wurde auch dann gewährt, wenn ein bereits vorhandener Low-Care Behandlungsplatz lediglich im erforderlichen Umfang aufgerüstet wurde.⁸⁸ Ein Land wies darauf hin, dass verschiedene Krankenhäuser diese Möglichkeit genutzt hätten. Anders als High-Care Behandlungsplätze ermöglicht die Low-Care Behandlung keine invasive Beatmung.⁸⁹ Die Kosten für ein Beatmungsgerät betragen zwischen 12 000 und 18 500 Euro. Die Zahl der am 1. Januar 2020 tatsächlich aufgestellten Intensivbetten zuzüglich der im Jahr 2020 geförderten Intensivbetten entspreche nicht der Zahl der am 1. Januar 2021 gemeldeten aufgestellten Intensivbetten. Anfang März 2021 lagen dem BMG nach eigener Aussage keine validen Informationen zur Zahl der tatsächlich aufgestellten Intensivbetten zu den Stichtagen 1. Januar 2020 und 1. Januar 2021 vor.

4.3 Vorläufige Würdigung

Der Bundesrechnungshof hat beanstandet, dass das BMG bis heute nicht in der Lage ist, die Zahl der tatsächlich aufgestellten Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit verlässlich zu beziffern. Aufgrund von Interpretationsspielräumen bzw. wegen verschiedener Definitionen konnten die von den Ländern gemeldeten Zahlen weder nachvollzogen werden, noch sind gesetzliche Kontroll- und Rückforderungsmöglichkeiten vorgesehen. Damit fehlt ein Nachweis für eine effiziente Mittelverwendung. Der Bundesrechnungshof hat dies angesichts des Fördervolumens für nicht vertretbar gehalten. Zur Kontrolle der ordnungsgemäßen Verwendung der Fördermittel aus dem System der GKV wäre es zumindest erforderlich gewesen, die Zahl der zum 1. Januar 2020 gemeldeten Intensivbetten mit der Zahl zum 1. März 2021 unter der Prämisse zu vergleichen, dass in diesem Zeitraum tatsächlich 13 722 zusätzliche Betten geschaffen wurden.

Die Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern liegt grundsätzlich in der Verantwortung der Länder. Soweit der Bund den Gesundheitsfonds zu Finanzhilfen in erheblicher Höhe verpflichtet, muss er geeignete Möglichkeiten zur Kontrolle der Mittelverwendung vorsehen. Der Bundesrechnungshof hat zu diesem Zweck empfohlen, die Länder zunächst zu verpflichten, sich seitens der Krankenhäuser Belege zur Anschaffung von Zubehör und Umbaumaßnahmen vorlegen zu lassen. Das BMG sollte darüber hinaus prüfen, inwieweit sich rückwirkend Kontrollpflichten und Rückforderungsmöglichkeiten gesetzlich regeln lassen. Diese wären durch das BAS zugunsten des Gesundheitsfonds geltend zu machen.

4.4 Stellungnahme des BMG

Das BMG hat die fehlende Bestimmbarkeit der Zahl zusätzlich geschaffener intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten darauf zurückgeführt, dass bis zur Einrichtung des DIVI-

⁸⁸ Schriftliche Fragen mit den in der Woche vom 1. Februar 2021 eingegangenen Antworten der Bundesregierung, BT-Drs. 19/26440, Seite 65.

⁸⁹ Ebenda.

Intensivregisters keine einheitliche Definition der unterschiedlichen Kategorien von Intensivbetten existierte. Damit habe es keine verlässliche Ausgangsgröße gegeben, anhand derer der Zuwachs an zusätzlichen Intensivbetten hätte gemessen werden können. Dies sei erst nach den flächendeckenden Meldungen der Krankenhausstandorte an das DIVI-Intensivregister deutlich geworden.

Zudem sei gemäß § 21 Absatz 5 KHG auch die Umwandlung bestehender Behandlungskapazitäten in intensivmedizinische Kapazitäten gefördert worden. Die Förderung sollte damit effektiver gestaltet werden. Dies sei etwa durch Aufstockung von Low-Care zu High-Care Behandlungsplätzen geschehen. Eine exakte zahlenmäßige Erfassung sei wegen der definitiven Unklarheiten nicht möglich.

Die Förderung sei bewusst von einer Genehmigung durch die Länder abhängig gemacht worden, damit diese sich im Genehmigungsverfahren Unterlagen vorlegen lassen können. Damit habe die Rechtmäßigkeit der Förderung geprüft werden sollen. Es sei bekannt, dass Länder die von den Krankenhäusern vorgelegten Unterlagen mitunter als nicht ausreichend angesehen hätten und auf Auszahlung der beantragten Fördermittel verklagt worden seien. Fördermittel, die ohne Rechtsgrundlage ausgezahlt wurden, etwa weil keine intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten geschaffen wurden, seien auch ohne ausdrückliche Rechtsgrundlage zurückzuzahlen. Entsprechend wiesen die Abrechnungsunterlagen des BAS Rückzahlungen von einzelnen Ländern in u. U. erheblicher Größenordnung aus.

Die Regelungen stellten einen Kompromiss zwischen notwendiger Schnelligkeit und Effektivität der Förderung einerseits und unumgänglicher Kontrolle und Steuerung der Mittelverwendung andererseits dar. Bei Intensivierung der Kontroll- und Steuerungsinstrumente hätte die Förderung nicht in der gebotenen Kurzfristigkeit erfolgen können. Angesichts der unvorhersehbaren Entwicklung der Pandemie sei dies nicht vertretbar gewesen.

4.5 Abschließende Würdigung

Der Bundesrechnungshof hielt es für einen vielversprechenden Ansatz, Beitragsmittel der Versichertengemeinschaft in Höhe von nahezu 700 Mio. Euro einzusetzen, um drohenden Engpässen bei den Intensivbetten zur Bekämpfung der Epidemie entgegenzuwirken. Mit diesem enormen Mitteleinsatz sollten 13 700 zusätzliche Intensivbetten geschaffen werden. Ein solcher Kapazitätszuwachs ist aus den vorliegenden Statistiken und Datensammlungen indes nicht abzulesen. Dies gilt auch für die im DIVI-Intensivregister abrufbaren Zahlen. Umso wichtiger ist es, die ordnungsgemäße und zweckentsprechende Verwendung der eingesetzten Fördermittel kontrollieren zu können. Daher hält es der Bundesrechnungshof für unverzichtbar, dass die Zahl der durch die Förderung beschafften zusätzlichen Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit verlässlich beziffert werden kann. Dies ist derzeit nicht der Fall. Soweit es aufgrund verschiedener Definitionen schon in der frühen Phase der Pandemie zu uneinheitlichen Meldungen kam, 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 wurden, hätte durch eine effektive Kontrolle nachvollzogen werden müssen. Soweit eine rückwirkende Feststellung zum Stichtag 1. Januar 2020 nicht mehr möglich war, hätte ersatzweise ein frühestmöglicher Stichtag festgelegt werden müssen. Der Bundesrechnungshof hält es für nicht vertretbar, dass das BMG auf eine exakte Feststellung der zunächst vorhandenen Intensivbetten verzichtete. Dies hat einen zahlenmäßigen Abgleich des Intensivbetten-Bestandes zu Beginn und am Ende der Förderung und damit die Überprüfung der Förderung auf ihre Wirksamkeit vereitelt.

Der Bundesrechnungshof begrüßt, dass die Förderung von der Genehmigung der Länder abhängig gemacht wurde und somit die Rechtmäßigkeit im Einzelfall geprüft werden konnte. Dem Gesundheitsfonds als letztlich Zahlungspflichtigem war und ist eine Kontrolle hingegen verwehrt. Finanzierungsverantwortung und Kontrolle sollten jeweils in einer Hand liegen, um Einfallstore für ein unwirtschaftliches Verhalten zu schließen. Diese Fehlkonstruktion wird nicht durch den Hinweis geheilt, dass die Länder nicht alle Anträge genehmigten.

Das BMG hat zwar zutreffend darauf hingewiesen, dass Fördermittel, die ohne Rechtsgrundlage ausgezahlt wurden, zurückzuzahlen sind. Die Durchsetzung etwaiger Ansprüche scheitert jedoch an den unzureichenden Kontrollmöglichkeiten des Gesundheitsfonds. Da die tatsächliche Anzahl der in den geförderten Krankenhäusern vorhandenen Intensivbetten nicht bekannt ist, können Angaben der Fördermittelempfänger nicht mit der für eine Beweisführung in einem Rechtsstreit erforderlichen Sicherheit überprüft werden. Der Bundesrechnungshof erkennt an, dass aufgrund der nicht absehbaren Entwicklung der COVID-19-Pandemie unbürokratische und effektive Finanzhilfen an besonders belastete Leistungserbringer im Gesundheitswesen gezahlt werden mussten. Die gezielte Steuerung und laufende Kontrolle der eingesetzten Mittel müssen angesichts des vorliegenden Finanzvolumens jedoch gewährleistet bleiben. Der Bundesrechnungshof hält daher an seiner Empfehlung fest, die Länder zunächst zu verpflichten, sich seitens der Krankenhäuser Belege über die Anschaffung von Zubehör und über Umbaumaßnahmen vorlegen zu lassen.

Auch sollte geprüft werden, inwieweit sich rückwirkend Kontrollpflichten und gegebenenfalls Rückforderungsmöglichkeiten durch den Gesundheitsfonds bzw. das BAS durchsetzen lassen. Künftig sollten entsprechende Pflichten der Länder zur Prüfung der von den Mittelempfängern vorzulegenden Unterlagen ebenso wie daran anknüpfende Berichtspflichten gegenüber dem Zahlungspflichtigen – in diesem Fall gegenüber dem Gesundheitsfonds bzw. dem BAS – gesetzlich verankert werden.

Die Klärung der ordnungsgemäßen Mittelverwendung für die Schaffung zusätzlicher Intensivkapazitäten hat 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 Intensivbetten eine relevante Größe: gemessen am Bestand der im Monat April 2021 bundesweit verfügbaren 24 000 Intensivbetten (belegte und freie betriebsfähige Betten) von immer-

hin 57 %. Der Verbleib und die tatsächliche Einsatzbereitschaft der mit der Förderung geschaffenen Intensivbetten ist daher auch aus diesem Grund zu klären.

Dr. Weber

Sievers