



Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO

an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages

über den

pandemiebedingten Aufbau von Intensivbetten

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 - 0002088

18. September 2024

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt.

Bundesministerium für Gesundheit ist auf künftige Pandemien nicht ausreichend vorbereitet

Das Bundesministerium für Gesundheit kann die Zahl der physisch vorhandenen Intensivbetten nicht beziffern, obwohl dies nach eigener Aussage essentiell für die Vorbereitung auf weitere Pandemien ist. Eine grundlegende Überarbeitung des nationalen Pandemieplans (NPP) ist bisher nicht erfolgt.

Worum geht es?

Krankenhäuser erhielten im Jahr 2020 für den Aufbau von Intensivbetten einmalig pauschal 50 000 Euro je Intensivbett. Den Ländern wurden dafür mehr als 680 Mio. Euro aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt. Dennoch sinkt die Zahl betriebsbereiter Intensivbetten seit Ende der Förderung kontinuierlich. Die Förderung stellte keine andauernden Versorgungseffekte sicher.

Was ist zu tun?

Die Arbeit am NPP ist konsequent voranzutreiben. Für systemrelevante Ausstattungsmerkmale von Krankenhäusern sind Meldestrukturen zu schaffen. Der NPP sollte zudem Hinweise enthalten, wie Bedarfe versorgungskritischer Ausstattungsgüter ermittelt und wie diese Güter verteilt werden können. Nicht an Krankenhäuser weitergeleitete Mittel sind von den Ländern zurückzufordern.

Was ist das Ziel?

Künftigen Pandemien muss wirksam begegnet werden können. Vergleichbare Förderleistungen müssen wirtschaftlich gestaltet werden. Dies setzt entsprechende Kontrollmechanismen voraus. Etwaige Wechselwirkungen unterschiedlicher Maßnahmen sollten bei der Ausgestaltung einer Förderleistung berücksichtigt und Doppelbegünstigungen ausgeschlossen werden. Eine Förderung muss stets nachhaltig ausgestaltet werden.

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	5
1	Einleitung	7
2	Rechtliche Grundlagen	8
3	Feststellungen im Jahr 2021	9
4	Feststellungen im Jahr 2024	10
4.1	Förderleistungen für Intensivbetten und Kauf von Beatmungsgeräten	10
4.2	Rückbau geschaffener Kapazitäten	11
4.3	Prüfung der Mittelverwendung	13
4.4	Beendigung der Förderung	14
4.5	Empfehlungen ExpertInnenrat und nationaler Pandemieplan	14
5	Vorläufige Würdigung und Empfehlungen	15
5.1	Fehlende Daten und unzureichende Vorbereitung	15
5.2	Prüfungsgeschehen der Länder intransparent	16
5.3	Nicht notwendige Beschaffungen	17
6	Stellungnahme des BMG	17
7	Abschließende Würdigung	19
7.1	Auf künftige Pandemien noch nicht ausreichend vorbereitet	19
7.2	Wirtschaftlichkeit der Förderung bleibt zweifelhaft	20

Abkürzungsverzeichnis

B

BAS *Bundesamt für Soziale Sicherung*

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

C

COVID-19 *Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Erkrankung*

D

DIVI *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin*

DIVI IntensivRegister-Verordnung *Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten*

E

ExpertInnenrat *ExpertInnenrat Gesundheit und Resilienz der Bundesregierung*

G

GMK *Gesundheitsministerkonferenz*

H

Haushaltsausschuss *Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages*

I

IfSG *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Infektionsschutzgesetz*

Intensivbetten *intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit Beatmungsmöglichkeit*

K

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

Krankenkassen *gesetzliche Krankenkassen*

KrhSurV *Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance*

M

MedBVS *Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Produkten des medizinischen Bedarfs bei der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie*

N

NPP *nationaler Pandemieplan*

R

RKI *Robert Koch-Institut*

W

WHO *World Health Organization*

0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof hat den pandemiebedingten Aufbau von Intensivbetten im Rahmen einer Kontrollprüfung untersucht. Er hatte das Thema bereits im Jahr 2021 geprüft und dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages (Haushaltsausschuss) hierüber berichtet. Die wesentlichen Erkenntnisse seiner aktuellen Prüfung fasst er wie folgt zusammen:

- 0.1 Zugelassenen Krankenhäusern wurde für den Aufbau von Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit eine Pauschale in Höhe von 50 000 Euro gewährt. Der Anspruch bestand vom 16. März bis 30. September 2020. In einem eigenständigen Verwaltungsverfahren hatten die zuständigen Landesbehörden die mögliche Förderung zu prüfen und zu bescheiden. Das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) stellte den Ländern die Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereit (Tnr. 2).
- 0.2 Für den Aufbau von Intensivbetten zahlte das BAS an die Länder insgesamt 681,2 Mio. Euro. Dies hätte rechnerisch zu einem Kapazitätswachstum von etwa 13 700 Intensivbetten führen müssen, der aus den Statistiken und Datensammlungen indes nicht abzulesen war. Die Anzahl betriebsbereiter und kurzfristig aktivierbarer Intensivbetten sinkt seit Oktober 2020 stetig, weil es an dem dafür notwendigen Pflegepersonal mangelt. Dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist nicht bekannt, wie viele der seither etwa 18 600 zurückgebauten Intensivbetten noch physisch vorgehalten werden. Es erwartete, dass die geförderten Intensivbetten die Versorgungsmöglichkeit im Pandemiefall dauerhaft erweitern würden. Die Länder hielten dies für nicht erforderlich. Der Bundesrechnungshof unterstützt die Erwartung des BMG. Leistungen aus Mitteln der Beitragszahler zum Aufbau von Intensivbettenkapazitäten sollten über die Dauer der COVID-19-Pandemie hinaus und insoweit nachhaltig wirken. Dies gilt umso mehr, als Krankenhausinvestitionen in die Zuständigkeit der Länder fallen. Der gesetzliche Wortlaut knüpfte die Förderung aber an keine in die Zukunft reichende Vorhaltung der Kapazitäten. Etwaige künftige Förderungen sollten dies gesetzlich sicherstellen (Tnrn. 4.1, 4.2, 5.1, 7.2).
- 0.3 Das Robert Koch-Institut (RKI) hat den aktuellen nationalen Pandemieplan (NPP) im März 2017 veröffentlicht. Dieser stellt zur Vorbereitung auf eine Influenzapandemie Handlungsempfehlungen bereit. Seit März 2020 ergänzte das RKI den NPP zwar um mehrere sogenannte COVID-19-Strategiepapiere. Eine grundlegende Überarbeitung steht aber aus. Der Bundesrechnungshof hat die Vorbereitung des BMG auf künftige Epidemien und Pandemien als noch nicht ausreichend betrachtet. Dem hat das BMG widersprochen. Die Pandemievorbereitung sei ein gesamtgesellschaftliches Anliegen. Für ihren Status könne nicht allein der Aufbau von intensivmedizinischen Bettenkapazitäten herangezogen werden. Der Bundesrechnungshof hält an seiner Einschätzung fest. Die Arbeiten am NPP sind konsequent voranzutreiben. Die COVID-19-Pandemie ist dabei stringent aufzuarbeiten. Für systemrelevante Ausstattungsmerkmale und die Zahl verfügbarer Fachkräfte im Gesundheitswesen sind verbindliche Meldestrukturen zu schaffen (Tnrn. 4.5, 5.1, 6, 7.1).

- 0.4 Auf Grundlage des Berichts des Bundesrechnungshofes im Jahr 2021 bat das BMG die Länder, die Mittelverwendung zu kontrollieren, ergänzende Daten zur Förderung bereitzustellen und von den Krankenhäusern Nachweise zu fordern. Die Länder sahen hierfür keine Rechtsgrundlage. Nur einige übersandten zusätzliche Informationen. Damit führte die Initiative des BMG zu keinen greifbaren Ergebnissen. Künftig sollten die Finanzierungsverantwortung ergänzender Förderleistungen und die Kontrolle der Mittelverwendung grundsätzlich in einer Hand liegen. Das BMG wandte ein, dass dazu beim BAS zunächst in erheblichem Umfang Prüfungskapazitäten hätten geschaffen werden müssen. Für diese hätte nach den Prüfungen keine Verwendung bestanden. Der Bundesrechnungshof hält dagegen: Personal ließe sich befristet einsetzen, die Kontrolle hätte zeitlich flexibel gestaltet werden können. Soweit unterschiedliche Stellen mit der Genehmigung, Auszahlung und Prüfung von Fördermitteln betraut sind, sollten verbindliche einheitliche Standards und Berichtspflichten bestehen, die eine hinreichende Transparenz über die Kontrolle und ihre Wirkung schaffen (Tnrn. 4.3, 5.2, 6, 7.2).
- 0.5 Zur Beschaffung von Beatmungsgeräten und Zubehör setzte der Bund zusätzlich 406 Mio. Euro ein. Des Weiteren sollten die Länder kurzfristig nach eigenen Konzepten erforderliche Investitionskosten zum Aufbau von Intensivbettenkapazitäten übernehmen. Das BMG hat über diese Maßnahmen keinen Überblick. Es versäumte, die unterschiedlichen Leistungen gegenüber Krankenhäusern bei der Ausgestaltung der Förderung zu berücksichtigen. Künftig sollten Mehrfachbegünstigungen ausgeschlossen werden (Tnrn. 4.1, 5.2, 7.2).
- 0.6 Am 30. Juni 2020 bat das BMG die Landesministerien, die Intensivbettenförderung einzustellen. Zuvor hatte es „ausreichend“ aufgebaute Intensivbettenkapazitäten festgestellt. Mindestens ein zuständiges Ministerium erteilte Genehmigungen auch noch im August 2020. Darüber hinaus akzeptierte es Bestellungen, die nach dem 30. September 2020 ausgelöst wurden. Das BMG hat zugesagt, es werde die Länder auffordern, die Sachverhalte zu prüfen und überzahlte Fördermittel zurückzufordern. Künftig sollten Mechanismen geschaffen werden, die einen sofortigen Förderstopp auch in der Praxis gewährleisten (Tnrn. 4.4, 5.3, 6, 7.1).
- 0.7 In verschiedenen Fällen war die Gewährung der Intensivbettenförderung Gegenstand eines Gerichtsverfahrens zwischen Land und Krankenhaus. Bis zu einer gerichtlichen Klärung beließen einzelne Länder die vom BAS vereinnahmten Mittel in ihrem Landeshaushalt. Von den Ländern nicht an Krankenhäuser weitergeleitete Mittel sollten an den Gesundheitsfonds zurückgeführt werden. Das BAS bewirtschaftet den Gesundheitsfonds und realisiert aus nicht benötigten Mitteln Zinsgewinne (Tnrn. 4.1, 5.2, 7.2).

1 Einleitung

Aufgrund der Ausbreitung der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Erkrankung (COVID-19) stellte der Deutsche Bundestag für die Bundesrepublik Deutschland am 27. März 2020 eine epidemische Lage von nationaler Tragweite fest. Diese endete mit Ablauf des 25. November 2021.¹ Um der drohenden Überforderung des nationalen Gesundheitssystems entgegenzuwirken, wurden zahlreiche Gesetze und Rechtsverordnungen erlassen. Verschiedene Maßnahmen belasteten den Bundeshaushalt und den Gesundheitsfonds mit hohen zusätzlichen Ausgaben.

Anfang 2020 wurde eine Überlastung der Krankenhäuser aufgrund unzureichender Intensivbettenkapazitäten befürchtet. Krankenhäuser erhielten bis Herbst 2020 eine Förderung von 50 000 Euro je zusätzlich aufgestelltem Intensivbett mit maschineller Beatmungsmöglichkeit, insgesamt 681,2 Mio. Euro.²

Der Bundesrechnungshof hat die Förderung zusätzlicher Intensivbetten bereits im Jahr 2021 geprüft. Er bemängelte unter anderem, dass eine gezielte Steuerung und laufende Kontrolle der eingesetzten Mittel fehlten. Über die Ergebnisse berichtete der Bundesrechnungshof dem Haushaltsausschuss im Juni 2021.³ Der Haushaltsausschuss forderte die Bundesregierung auf, künftig sicherzustellen, dass die wirtschaftliche und sparsame Verwendung der eingesetzten Mittel stärker kontrolliert wird. Es sollten Mechanismen eingeführt werden, die frühzeitig vor Fehlentwicklungen und Missbrauch warnen.

Im Rahmen einer Kontrollprüfung hat der Bundesrechnungshof nunmehr untersucht, inwieweit die Mittelverwendung nachträglich kontrolliert wurde und strukturelle Mängel beseitigt wurden. Zudem betrachtete er die Weiterentwicklung des NPP. Er stieß hierbei erneut auf wesentliche Mängel und sieht sich veranlasst, darüber dem Haushaltsausschuss zu berichten. Das BMG hat zu den Prüfungsergebnissen des Bundesrechnungshofes Stellung genommen. Die Stellungnahme ist im Bericht berücksichtigt.

¹ § 5 Absatz 1 Satz 3 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG). Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 23. November 2021 (BGBl. I Seite 4906).

² BAS, Zahlungen für Krankenhäuser, Stand 15. März 2024, online unter <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/auszahlungsbetraege/>, Zugriff vom 28. Mai 2024.

³ Bericht nach § 88 Absatz 2 Bundeshaushaltsordnung an den Haushaltsausschuss 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) vom 9. Juni 2021 (www.bundesrechnungshof.de).

2 Rechtliche Grundlagen

In Hinblick auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, soweit nicht der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht hat (sog. konkurrierende Gesetzgebung).⁴ Der Bund hat dies u. a. mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) getan.⁵ Seit Einführung des KHG im Jahr 1972 teilen sich die Länder und die gesetzlichen Krankenkassen (Krankenkassen) die Finanzierung der Krankenhäuser. Das duale Finanzierungssystem unterscheidet Investitionskosten von Betriebskosten. Investitionskosten sind grundsätzlich von den Ländern zu tragen. Betriebskosten werden aus Mitteln der Krankenkassen erbracht.

Zugelassene Krankenhäuser erhielten für den Aufbau von Intensivbetten vom 16. März bis 30. September 2020 einmalig pauschal 50 000 Euro je Intensivbett.⁶ Einen Anspruch konnten zugelassene Krankenhäuser für jedes zusätzlich neu aufgestellte Intensivbett oder für aus anderen Stationen umgewandelte Betten geltend machen. Voraussetzung war eine Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden in einem eigenständigen Verwaltungsverfahren.⁷ Das BAS zahlte aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds die Mittel an die Länder, die diese Beträge an Krankenhäuser weiterleiteten.⁸ Darüber hinaus sollten die Länder kurzfristig nach eigenen Konzepten weitere erforderliche Investitionskosten zum Aufbau von Intensivbettenkapazitäten übernehmen.⁹

Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass die geförderten Intensivbetten für die Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten zur Verfügung stehen und u. a. eine maschinelle Beatmungsmöglichkeit vorhalten sollten. Sie sollten insbesondere über Betten aus anderen Stationen generiert werden, wobei der Gesetzgeber provisorisch geschaffene Intensivbetten für die pauschale Leistung anerkannte.¹⁰

Das BMG verpflichtete im April 2020 mit der Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten (DIVI IntensivRegister-Verordnung)¹¹ intensivbettenführende Krankenhäuser, sich in einem gemeinsamen Register des RKI und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI-Intensivregister) zu registrieren und täglich verfügbare Intensivbetten zu melden.¹² Mit Ablauf des

⁴ Artikel 74 Nummer 19a Grundgesetz.

⁵ Leibholz/Rinck, Kommentar zum Grundgesetz, Artikel 74 Nummer 19a Randnummer 757.

⁶ Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen vom 27. März 2020 (BGBl. 2020 Teil I Nummer 14 580).

⁷ § 21 Absatz 5 Satz 1 KHG.

⁸ § 21 Absatz 5 Satz 3 KHG i. V. m. § 21 Absatz 4 Satz 2 KHG.

⁹ Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 24. März 2020 (Bundestagsdrucksache 19/18112), Seite 2.

¹⁰ Entwurf COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 24. März 2020 (BT-Drucksache 19/18112), Seiten 21 und 28.

¹¹ Verordnung zur Aufrechterhaltung und Sicherung intensivmedizinischer Krankenhauskapazitäten (DIVI IntensivRegister-Verordnung) vom 8. April 2020 (BAnz AT 9. April 2020).

¹² § 1 Absatz 1 Satz 1 DIVI IntensivRegister-Verordnung.

25. November 2022 trat die DIVI IntensivRegister-Verordnung außer Kraft.¹³ Die Verpflichtung zur Angabe von Intensivbetten besteht weiterhin, begründet durch die Verordnung zur Krankenhauskapazitätssurveillance (KrhSurV).¹⁴

Das BMG war verpflichtet, die Auswirkungen der Leistungen für Intensivbetten auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu überprüfen.¹⁵ Im Wege einer umfassenden Analyse der Auswirkungen der Intensivbettenförderung sollte es kurzfristig über etwaige Korrekturbedarfe entscheiden.¹⁶ Das BMG konnte dazu einen Beirat aus Fachkreisen einberufen.¹⁷ Mittels Rechtsverordnung war das BMG befugt, die Höhe der pauschalen Leistung zu ändern und die Förderung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen zu verlängern.¹⁸

Zusätzlich zur Intensivbettenförderung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds war das BMG ermächtigt, Medizinprodukte wie Beatmungsgeräte zentral zu beschaffen.¹⁹ Von den Abnehmern sollte ein angemessener Ersatz der Aufwendungen verlangt werden.²⁰

Für den Bereich der Intensivmedizin war vom 1. März 2020 bis 31. Juli 2020 die Personaluntergrenzen-Verordnung²¹ ausgesetzt.²² Darin werden Untergrenzen für die von Pflegefachkräften zu betreuenden Patientinnen und Patienten festgelegt, um eine gute Behandlung sicherzustellen. In den ausgesetzten fünf Monaten legten Krankenhäuser die Personaluntergrenzen eigenständig fest. Gleichzeitig wurden Krankenhäuser von der Nachweisführung ihrer Personalkapazitäten entlastet.

3 Feststellungen im Jahr 2021

Die eingesetzten Beitragsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung hätten rechnerisch bundesweit zu einem Kapazitätswachstum von etwa 13 700 Intensivbetten führen müssen. Dieser war aus den Statistiken und Datensammlungen indes nicht abzulesen. Das BMG hatte auf eine exakte Feststellung der ursprünglich vorhandenen Intensivbetten verzichtet. Dies vereitelte eine Überprüfung des tatsächlichen Zuwachses an Intensivbetten, weil ein

¹³ § 1 Absatz 4 DIVI IntensivRegister-Verordnung i. V. m. § 5 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2 IfSG.

¹⁴ KrhSurV vom 19. September 2022 (BAnz AT 19. September 2022 V1).

¹⁵ § 24 KHG.

¹⁶ Entwurf COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 24. März 2020 (Bundestagsdrucksache 19/18112), Seite 30.

¹⁷ § 24 KHG.

¹⁸ § 23 Absatz 1 Nummer 1 und 2 KHG.

¹⁹ § 2 Absatz 1 der Verordnung zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Produkten des medizinischen Bedarfs bei der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie (Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung – MedBVS) i. V. m. § 5 Absatz 2 Nummer 4 Buchstabe c) IfSG.

²⁰ § 2 Absatz 2 MedBVS.

²¹ Verordnung zur Festlegung von Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern vom 28. Oktober 2019 (BGBl. I Seite 1492).

²² Artikel 1 der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 24. Juli 2020 (BGBl. I Seite 1701).

zahlenmäßiger Abgleich des Intensivbetten-Bestandes zu Beginn und am Ende der Förderung nicht möglich war. Der Bundesrechnungshof empfahl, den Verbleib und die tatsächliche Einsatzbereitschaft der mit der Förderung geschaffenen Intensivbetten zu klären.

Zwar sollte die Förderung unbürokratische und effektive Finanzhilfen an besonders belastete Leistungserbringer im Gesundheitswesen garantieren. Auch dabei muss aber stets eine gezielte Steuerung und laufende Kontrolle der eingesetzten Mittel gewährleistet bleiben. Der Bundesrechnungshof empfahl, die Länder zu verpflichten, sich seitens der Krankenhäuser Belege für Anschaffungen und Umbaumaßnahmen vorlegen zu lassen. Künftig sollten die Länder gesetzlich verpflichtet werden, von den Mittelempfängern beizubringende Unterlagen zu prüfen und dem Zahlungspflichtigen über die Ergebnisse zu berichten.

Der Bundesrechnungshof begrüßte, dass die Förderung von der Genehmigung der Länder abhängig gemacht wurde. Er bemängelte aber, dass dem Gesundheitsfonds – als letztlich Zahlungspflichtigem – eine Kontrolle verwehrt war. Die Finanzierungsverantwortung sollte mit einer Kontrollkompetenz verbunden sein, um Einfallstore für ein unwirtschaftliches Verhalten zu schließen.

4 Feststellungen im Jahr 2024

4.1 Förderleistungen für Intensivbetten und Kauf von Beatmungsgeräten

Das BAS zahlte an die Länder insgesamt 681,2 Mio. Euro zur Weiterleitung an die Krankenhäuser aus.²³ Rechnerisch wurde damit der Aufbau von 13 624 zusätzlichen Intensivbetten gefördert. Dem BMG lagen auch weiterhin keine validen Informationen über die Zahl der tatsächlich vorhandenen Intensivbetten zum 1. Januar 2020 als Basis für die Bedarfsermittlung vor. Es ging davon aus, dass die geförderten Betten „im Wesentlichen“ die Notfallreserve des DIVI-Intensivregisters bilden „dürften“. Einige Länder hatten die Genehmigung einer Intensivbettenförderung an die Vorlage von Nachweisen geknüpft. Insbesondere sollten Krankenhäuser Rechnungen vorlegen. Andere Länder hatten davon abgesehen. Die umstrittene Nachweisführung führte teilweise zu Klagen von Krankenhäusern gegen das jeweilige Land. Im April 2024 informierten drei Länder das BMG über anhängige Gerichtsverfahren. Länder hatten auch für derartige strittige Fälle beim BAS Förderleistungen geltend gemacht. Die Fördermittel wurden bis zu einer gerichtlichen Klärung in den Landeshaushalten vorgehalten. Im April 2024 betrugen die insoweit von den Ländern abgerufenen und nicht weitergeleiteten Mittel noch etwa 18,3 Mio. Euro.

²³ BAS, Zahlungen für Krankenhäuser, Stand 17. Juni 2024, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/covid-19-krankenhausentlastungsgesetz/auszahlungsbetraege/>, Zugriff vom 8. August 2024.

Neben der Förderung zusätzlicher Intensivbetten beschaffte das BMG selbst im Jahr 2020 Beatmungsgeräte, die unter anderem an Länder abgegeben wurden. Die Länder überließen die Beatmungsgeräte insbesondere ihren Krankenhäusern. In einer Arbeitsbesprechung der damaligen Bundeskanzlerin mit verschiedenen Ministern legten die Teilnehmenden Ende März 2020 fest, dass die Länder dem Bund den jeweiligen Einkaufspreis erstatten sollten. Per Rechtsverordnung²⁴ bestimmte das BMG bei der Beschaffung und Abgabe von Medizinprodukten durch Bundesbehörden, von den Abnehmern einen angemessenen Ersatz der Aufwendungen zu verlangen. Der Bund zahlte an die Hersteller der Geräte den Einkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer. Das BMG stellte den Ländern Nettopreise in Rechnung.

Das BMG bestellte im März und April 2020 zunächst 26 281 Beatmungsgeräte. Die Länder nahmen weniger Beatmungsgeräte ab als erwartet. Daraufhin erreichte das BMG, seine Abnahmeverpflichtung gegenüber den Herstellern zu reduzieren. Letztlich beschaffte es 13 738 Beatmungsgeräte für 287 Mio. Euro, 11 100 Monitore für 69 Mio. Euro und Zubehör für 50 Mio. Euro. Damit verpflichtete sich der Bund zu einer Zahlung von insgesamt 406 Mio. Euro.

Die Länder nahmen 4 507 Beatmungsgeräte ab. Hierfür stellte das BMG 72,3 Mio. Euro in Rechnung. Die vom Bund für diese Geräte gezahlte Umsatzsteuer umfasste 13,7 Mio. Euro.²⁵ Einen Teil der übrigen Beatmungsgeräte gab das BMG als humanitäre Hilfe an die World Health Organization (WHO) und Drittstaaten ab.²⁶ Im Herbst 2023 befanden sich noch 4 753 Beatmungsgeräte im Besitz des Bundes. Zum Zeitpunkt der Erhebung bemühte sich das BMG, die vorhandenen Beatmungsgeräte und Monitore einer zweckmäßigen Nutzung zuzuführen, um eine Vernichtung und weitere Lagerkosten zu vermeiden.

4.2 Rückbau geschaffener Kapazitäten

Seit April 2020 erfasst das DIVI-Intensivregister tagesaktuell die Zahl der betriebsbereiten Intensivbetten und eine Notfallreserve. Ein Intensivbett gilt als betriebsbereit, wenn hierfür ein Raum, funktionsfähige Geräte und Material sowie pflegerisches und ärztliches Fachpersonal vorhanden sind. In der Notfallreserve erfassen Krankenhäuser Intensivbetten, die innerhalb von sieben Tagen aktiviert werden können.²⁷

Die Zahl der betriebsbereiten und – als Notfallreserve ausgewiesenen – aktivierbaren Intensivbetten nahm seit August 2020 stetig ab. Zuvor hatten die bis 31. Juli 2020 ausgesetzten Personaluntergrenzen den Anstieg der gemeldeten Intensivbetten begünstigt. Während Krankenhäuser im August 2020 noch nahezu 40 000 Intensivbetten meldeten, sank die Zahl auf unter 35 000 im Januar 2021. Im Dezember 2023 belief sich die Zahl auf weniger als 23 000 Intensivbetten (vgl. Abbildung 1). Der Rückgang ist u. a. auf fehlendes Personal

²⁴ § 2 Absatz 2 MedBVS.

²⁵ Eigene Berechnung, bei der ein Umsatzsteuersatz von 19 % berücksichtigt wurde.

²⁶ Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage vom 19. Juli 2021 (Bundestagsdrucksache 19/31603).

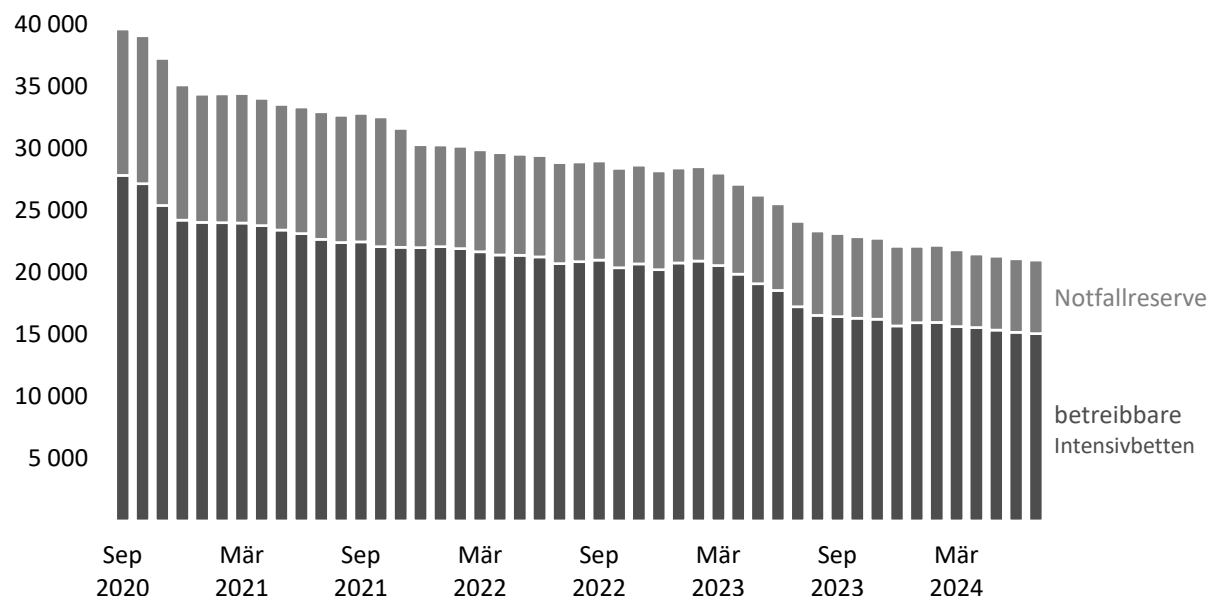
²⁷ DIVI-Intensivregister, <https://www.intensivregister.de/#/faq>, Zugriff vom 8. August 2024.

zurückzuführen. Ab Oktober 2020 beklagten die Krankenhäuser zunehmend Personalmangel. Zudem passte der Gesetzgeber Anfang 2021 die zulässigen Personaluntergrenzen erneut an, sodass weniger Patientinnen und Patienten von einer Pflegekraft betreut wurden. Dies hatte zur Folge, dass weniger betreibbare Betten verfügbar waren.²⁸ Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) wies anlässlich unserer Erhebungen im Dezember 2023 darauf hin, dass der aktuelle Rückgang der betriebsbereiten Betten auf den Fachkräftemangel beim Pflegepersonal zurückzuführen sei.

Abbildung 1

Immer weniger Intensivbetten

Insbesondere mit Wiedereinführung der Personaluntergrenzen sind die gemeldeten Intensivbettenkapazitäten für Erwachsene rückläufig. Seither sinkt die Zahl der betriebsbereiten Intensivbetten. Zugleich schrumpft die Notfallreserve.



Grafik: Bundesrechnungshof. Quelle: DIVI-Intensivregister.

Das BMG ging davon aus, dass die geförderten Intensivbetten die Versorgungsmöglichkeiten im Pandemiefall dauerhaft erweitern würden. Es setzte für die Förderung zwar zusätzlich geschaffene oder vorgehaltene Intensivbetten und Beatmungsgeräte voraus. Zugewiesenes Personal oder feste Räumlichkeiten mussten aber nicht nachgewiesen werden. Geförderte Intensivbetten mussten daher nicht ständig betriebsbereit sein.

In einem gemeinsamen Schreiben merkten die Länder im Juli 2021 an, dass etliche der bis 30. September 2020 vorgehaltenen Intensivbetten inzwischen nicht mehr an das DIVI-Intensivregister gemeldet würden. In geeigneten Räumlichkeiten seien vorübergehend Beatmungsmöglichkeiten geschaffen worden, etwa in Schlaflaboren oder Aufwachräumen. Diese seien nicht mehr gebraucht und nach dem 30. September 2020 rückgebaut worden. Darüber

²⁸ DIVI-Intensivregister, <https://www.intensivregister.de/#/faq>, Zugriff vom 8. August 2024.

hinaus hat das BMG keinen Überblick, inwieweit die Länder weitere Intensivbettenkapazitäten aufgebaut und gegebenenfalls eigene Förderungen durchgeführt haben.

Neben den an das DIVI-Intensivregister gemeldeten betriebsbereiten Intensivbetten und der Notfallreserve können Krankenhäuser physisch über weitere Intensivbetten verfügen. Diesen Betten sind gegenwärtig kein Personal bzw. keine Räumlichkeiten zugewiesen. Es existiert keine Übersicht, wie viele der seit Oktober 2020 etwa 18 600 zurückgebauten Intensivbetten, die nicht mehr an das DIVI-Intensivregister gemeldet werden, noch durch die Krankenhäuser physisch vorgehalten werden.

4.3 Prüfung der Mittelverwendung

Im Nachgang zum Bericht des Bundesrechnungshofes aus dem Jahr 2021 prüfte das BMG, ob der Aufbau zusätzlicher intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten nachträglich kontrolliert werden könnte. Es vertrat die Auffassung, dass Prüfungen aufgrund der ohnehin bestehenden Genehmigungspflicht durch die Länder möglich seien. Die Länder könnten von den Krankenhäusern Nachweise in Form von Rechnungen, Kostenaufstellungen und gegebenenfalls Bildmaterial fordern. Den Krankenhäusern seien Mindestnachweise möglich und zumutbar. Entsprechend bat das BMG die Länder mit Schreiben vom 21. Juni 2021 um Aufstellung

- der Zahl der zusätzlich genehmigten Intensivbetten, differenziert nach der Schaffung neuer Intensivbetten und der Umwandlung bestehender Betten,
- der Fälle, in denen eine Beschaffung oder Umwandlung von den Krankenhäusern nicht nachgewiesen werden konnte, und
- der zurückgeforderten Förderbeträge aufgrund fehlender Nachweise.

In einer vom Vorsitzland der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) übersandten gemeinsamen Antwort der Länder bedauerten diese, dem Anliegen des BMG nicht nachkommen zu können. Es lägen nur die im Antragsverfahren erfassten Daten und Daten zu den getätigten Förderungen vor. Das BMG habe hiervon Kenntnis. Es existiere keine Rechtsgrundlage für die Anforderung weiterer Unterlagen in Form von Rechnungen oder Kostenaufstellungen. Verwendungsnachweise seien auch nicht erforderlich. Es handele sich um einen pauschalen „Bonus“ als Anreiz zur Schaffung zusätzlicher Intensivbetten. Ausschlaggebend für die Förderung sei die Anzahl der bis 30. September 2020 zusätzlich geschaffenen **oder** vorgehaltenen Intensivbetten. Zwischen neu geschaffenen und umgewandelten Betten sei gesetzlich nicht differenziert worden, die Zahlen seien nicht erhoben worden.

Das BMG hielt die Verweigerung durch die Länder für nicht nachvollziehbar. Es antwortete, dass der Gesetzgeber die Förderung explizit unter Genehmigungsvorbehalt der Länder gestellt habe. Die Länder sollten den Aufbau weiterer Kapazitäten planvoll steuern. Es treffe auch nicht zu, dass die geförderten Intensivbetten physisch nicht oder nicht mehr vorhanden sein müssten. Krankenhäuser müssten entsprechende Mindestnachweise erbringen. Das BMG bat erneut um krankenhausbezogene Angaben zu den erteilten und abgelehnten

Genehmigungen, zur Zahl neu geschaffener Intensivbetten und bloßer Umwandlungen, zu Rückforderungen und laufenden Prüfungen. Dazu stellte es eine tabellarische Vorlage bereit.

Das GMK-Vorsitzland leitete das Schreiben des BMG an die Länder weiter. Gegenüber den Amtschefinnen und Amtschefs der Gesundheitsministerien des Bundes und der Länder sah es keinen Anlass, die bisherige Haltung der Länder zu ändern. Allerdings gingen die geforderten Angaben kaum über – in anderem Zusammenhang – gelieferte Daten hinaus. Daher schlug das GMK-Vorsitzland den Ländern vor, die Angaben zu übermitteln. Eine Unterscheidung zwischen Neuanschaffungen und Umwandlungen hielt es dabei weder für sachgerecht noch erforderlich. Aus den Antworten der Länder ging hervor, dass mindestens sieben Länder Angaben wie Rechnungsunterlagen oder Seriennummern der Beatmungsgeräte angefordert hatten. Andere Länder beriefen sich weiterhin auf eine fehlende Rechtsgrundlage für die Anforderung von Unterlagen. Vier Länder wiesen die Zahl der Anschaffungen und Umwandlungen aus. Dabei entfielen 52 % der geförderten Fälle auf Umwandlungen.

4.4 Beendigung der Förderung

Das BMG bewertete im Juni 2020 die vorhandenen und aufgebauten Intensivbetten als „ausreichend“. Mit Schreiben vom 30. Juni 2020 bat es die Landesministerien, bis auf Weiteres keine Genehmigungen mehr für zusätzliche Intensivbetten zu erteilen. Dabei bezog es sich auf Ergebnisse des Expertenbeirats nach § 24 KHG. Der Rechtsanspruch blieb unverändert bis 30. September 2020 bestehen. Eine Anpassung oder vorzeitige Aufhebung der Anspruchsgrundlagen im Gesetzgebungs- und Ordnungswege hielt das BMG für nicht umsetzbar. Dies hätte eine Zustimmung des Bundesrates erfordert und wäre nur zeitlich verzögert möglich gewesen.

Ein Landesrechnungshof prüfte die Auszahlungen für die Förderung von Intensivbetten. Das zuständige Landesministerium hatte die Genehmigung der Intensivbetten an die Verpflichtung geknüpft, Nachweise vorzulegen. Es genehmigte noch im August 2020 geförderte Intensivbetten. Drei Krankenhäuser hatten Unterlagen vorgelegt, die Bestellungen deutlich nach dem 30. September 2020 belegten, nämlich im November und Dezember 2020. Das Landesministerium teilte dem Landesrechnungshof mit, dass zwei der benannten Krankenhäuser die zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungsplätze hilfsweise mit Geräten betrieben, die es aus anderen Bereichen des Krankenhauses abgezogen hatte. Bei dem weiteren Krankenhaus blieb unklar, mit welchen Geräten die zusätzlichen Intensivbetten bis zur Lieferung der bestellten Geräte bereitgestellt wurden. Ob Länder die pauschale Förderung über den 30. September 2020 hinaus gewährten, war dem BMG nicht bekannt.

4.5 Empfehlungen ExpertInnenrat und nationaler Pandemieplan

Der im März 2024 konstituierte ExpertInnenrat Gesundheit und Resilienz der Bundesregierung (ExpertInnenrat) befasst sich auf wissenschaftlicher Basis mit der Frage, wie

Gesundheitswesen und Gesellschaft künftigen Gesundheitskrisen bestmöglich begegnen können. Da die Aufgaben hierbei in die Verantwortlichkeit von Bund, Ländern und Kommunen fallen, hielt er es für notwendig, gemeinsame Konzepte zu erarbeiten. Insbesondere die Kooperation, Koordination und Kommunikation von Akteuren und Strukturen müssten regelmäßig eingeübt werden.²⁹

Das RKI hatte den aktuellen NPP im März 2017 veröffentlicht. Der NPP dient der Vorbereitung auf eine Influenzapandemie und stellt Handlungsempfehlungen für Behörden und Institutionen auf Bundes- und Länderebene bereit. Er bildet die Grundlage für die Pandemiepläne der Länder und die Ausführungspläne der Kommunen. Der NPP soll

- die Sterblichkeit und die Krankheitslast in der Gesamtbevölkerung senken,
- die Versorgung erkrankter Personen sicherstellen,
- essentielle, öffentliche Dienstleistungen aufrechterhalten und
- zuverlässige und zeitnahe Information etwa für politische Entscheidungsträger liefern.³⁰

Seit März 2020 ergänzte das RKI den NPP um mehrere sogenannte COVID-19-Strategiepapiere.³¹ In diesen bewertete es Infektionsschutzmaßnahmen und stellte Stufenkonzepte etwa zur Vermeidung schwerer Erkrankungen und Todesfälle bereit. Eine grundlegende Überarbeitung des NPP steht aber aus. Das BMG legte im Januar 2024 dar, dass es mit dem RKI und den Ländern unter Hochdruck an einer Aktualisierung des NPP arbeite. Dieser solle um weitere Atemwegserkrankungen ergänzt werden. Für angepasste Empfehlungen oder Handlungsweisen seien wissenschaftliche Grundlagen notwendig. Dies sei ein längerer Prozess, da verschiedene Akteure eingebunden werden müssen. Des Weiteren stünden Studienergebnisse aus, etwa zur Effektivität von Infektionsschutzmaßnahmen.

5 Vorläufige Würdigung und Empfehlungen

5.1 Fehlende Daten und unzureichende Vorbereitung

Der Bundesrechnungshof hat beanstandet, dass das BMG die Zahl der physisch vorhandenen Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit nicht beziffern konnte. Ebenfalls konnte es den Verbleib der mit der Förderung geschaffenen Intensivbetten nicht klären. Ob die Intensivbetten für zukünftige Pandemien bereitstehen, ist nicht geklärt. Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, entsprechende Maßgaben im Falle einer künftigen Förderung deutlich zu formulieren. Bei sämtlichen Maßnahmen sollten Finanzierungszuständigkeiten beachtet werden. Für Krankenhausinvestitionen sind die Länder zuständig. Darüber hinaus sollten bei der

²⁹ Erste Stellungnahme des ExpertInnenrats vom 22. Mai 2024.

³⁰ RKI, NPP Teil 1, 2. März 2017, Seite 7.

³¹ RKI, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/ZS/Pandemieplan_Strategien.html, Zugriff vom 8. August 2024.

Planung alle relevanten Faktoren, wie etwa die Zahl der Fachkräfte, berücksichtigt werden. Zudem sollte der Zeitraum gesetzlich bestimmt werden, in dem die geförderte Ausstattung kurzfristig aktivierbar sein muss.

Das BMG ist auf zukünftige Epidemien und Pandemien derzeit nicht ausreichend vorbereitet. Die im DIVI-Intensivregister erfassten Daten betriebsbereiter und aktivierbarer Intensivbetten bilden zwar eine verlässliche Basis, um aktuelle Versorgungskapazitäten beurteilen zu können. Die Entwicklung zeigte aber, welchen Einfluss neben der technischen Ausstattung weitere Faktoren wie die Zahl verfügbarer Fachkräfte auf die medizinische Versorgung haben. Um im Falle einer weiteren Krise mit Auswirkung auf das Gesundheitswesen den Bestand an Geräten und etwaige Bedarfe kurzfristig abschätzen zu können, sollte das BMG Strukturen etablieren, die eine Meldung der vorhandenen systemrelevanten Faktoren ermöglichen. Geeignete Strukturen könnten im NPP festgelegt werden. Eine zeitnahe Aktualisierung des NPP ist daher dringend erforderlich.

5.2 Prüfungsgeschehen der Länder intransparent

Die nachträgliche Prüfung der Mittelverwendung für die Förderung von Intensivbetten führte zu keinen greifbaren Ergebnissen. Eine transparente Aufklärung unterblieb. Die Landesbehörden legten das Antrags-, Prüf- und Bewilligungsverfahren zur Intensivbettenförderung in eigener Zuständigkeit unterschiedlich fest. Die Weigerung einiger Länder, Belege anzufordern, vereitelte eine flächendeckende Prüfung der Mittelverwendung.

Um die Einhaltung von Fördervoraussetzungen überwachen und einer zweckwidrigen Mittelverwendung entgegenzutreten zu können, hätten geeignete Kontrollmöglichkeiten geschaffen werden müssen. Dies setzt präzise rechtliche Bestimmungen voraus, die eine wirtschaftliche Verwendung von Fördermitteln gewährleisten. Vorteilhaft ist grundsätzlich, wenn die Finanzierungsverantwortung und eine Kontrollmöglichkeit der Mittelverwendung in einer Hand liegen.

Das BMG versäumte im Übrigen festzulegen, dass nicht benötigte Mittel bis zur Auszahlung an die Krankenhäuser in der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds verbleiben. Finanzielle Mittel des Gesundheitsfonds werden vom BAS bewirtschaftet, das aus (aktuell) nicht benötigten Mitteln Zinsgewinne realisiert.

Dem Bund fehlte der notwendige Einblick in die etwaigen Ausstattungsbedarfe der Krankenhäuser. Dies trug zu einer Überbeschaffung bei den Beatmungsgeräten bei. Bei zentralen Beschaffungen sollte das BMG bei der Bedarfsplanung die vorhandene technische Ausstattung berücksichtigen. Dazu ist ein höheres Maß an Transparenz über die aktuellen Bestände und eine Abstimmung hinsichtlich separater Beschaffungsmaßnahmen anderer Akteure notwendig.

5.3 Nicht notwendige Beschaffungen

Im Juni 2020 stellte das BMG zwar ausreichende intensivmedizinische Behandlungskapazitäten fest. Seine Aufforderung an die Länder vom 30. Juni 2020, die Genehmigung weiterer Intensivbetten einzustellen, zeigte jedoch keine ausreichende Wirkung. Eine vorzeitige Beendigung der Förderung war innerhalb der gesetzlichen Regelung nicht vorgesehen. Überbeschaffungen waren daher nicht ausgeschlossen. In vergleichbaren Fällen sollten künftig Möglichkeiten geschaffen werden, die einen sofortigen Förderungsstopp garantieren.

Beschaffungen, die Krankenhäuser nach dem 30. September 2020 getätigt haben, sind nicht förderfähig. Der gesetzliche Wortlaut ist eindeutig: Die Förderung galt nur für bis 30. September 2020 zusätzlich aufgestellte oder vorgehaltene Intensivbetten. Das BMG sollte darauf hinwirken, dass Mittel für Intensivbetten, die erst danach zusätzlich aufgestellt oder vorgehalten wurden, von dem jeweiligen Land zurückgefordert werden.

6 Stellungnahme des BMG

Das BMG hat darauf hingewiesen, dass die Situation im März 2020 durch einen starken Anstieg der Infektionen gekennzeichnet war. Deren Ausmaß, Dauer und Gefährlichkeit sei nicht annähernd abschätzbar gewesen. Daher sei es erforderlich gewesen, in kürzester Zeit Ausgleichs- und Förderinstrumente wie die Freihaltepauschalen und die Intensivbettenförderung zu schaffen. Dafür hätte es keine Vorbilder gegeben. Das BMG habe das Ziel verfolgt, aus anderen Ländern bekannte Probleme in Deutschland zu vermeiden. Angesichts der hohen Dringlichkeit sei es nicht oder nur eingeschränkt möglich gewesen, sorgfältige Ermittlungen durchzuführen. Der tatsächliche Bestand und der zusätzliche Bedarf an intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten sei kurzfristig nicht zu ermitteln gewesen. Dies gelte auch für flankierende Maßnahmen wie Schulungen und die damit verbundenen Kosten. Eine Finanzierung durch die Länder hätte keine zusätzlichen Behandlungskapazitäten innerhalb des Zeitrahmens und in der erforderlichen Größenordnung gewährleistet. In dieser Sondersituation seien eine Überfinanzierung und Beschaffungen über den Bedarf hinaus nicht von vornherein zu vermeiden gewesen. Unabhängig hiervon würden die Hinweise des Bundesrechnungshofes bei der Ausgestaltung künftiger Förderinstrumente berücksichtigt.

Das BMG hat dem Bundesrechnungshof zugestimmt, dass für zukünftige Epidemien und Pandemien eine flächendeckende transparente Meldung der vorhandenen systemrelevanten und betreibbaren Ausstattung von Intensivstationen aber auch weiterer Bereiche der stationären Versorgung essentiell sei. Es widerspreche aber der pauschalisierenden Aussage, das BMG sei auf künftige Pandemien nicht ausreichend vorbereitet. Die Vorbereitung auf Pandemien sei Aufgabe der Bundesregierung und ein gesamtgesellschaftliches Anliegen. Für den Status einer Vorbereitung auf zukünftige Pandemien könne nicht allein der Aufbau von intensivmedizinischen Bettenkapazitäten herangezogen werden. Diese verallgemeinernde Formulierung entferne sich vom eigentlichen Prüfungsgegenstand des Bundesrechnungshofes zum pandemiebedingten Aufbau von Intensivbetten. Sie fälle ein Gesamturteil über die Pandemievorbereitung ohne ausreichende Feststellungen zu den anderen dafür relevanten

Maßnahmen. Dies sei nicht Gegenstand der vorliegenden Prüfung. Zur Pandemievorbereitung stelle die Kapazitätserfassung von Intensivbetten lediglich einen Teilaspekt dar. Der Bundesrechnungshof komme zu dem Ergebnis, dass die Erfassung von Daten betriebsbereiter und aktivierbarer Intensivbetten eine verlässliche Basis bilden würde, um aktuelle Versorgungskapazitäten beurteilen zu können. Anschließend führe er aus, dass auch weitere Faktoren wie die Zahl verfügbarer Fachkräfte Einfluss auf die medizinische Versorgung habe, wobei er selber feststelle, dass die Erfassung betriebsbereiter Intensivbetten das Vorhandensein pflegerischen und ärztlichen Personals voraussetze. Bereits deswegen sei der pauschalen Aussage zu widersprechen, das BMG sei auf künftige Pandemien nicht vorbereitet.

Der Meldeaufwand für das medizinische Personal solle wegen knapper personeller Ressourcen im Gesundheitswesen nicht nur in einer Krisensituation möglichst gering gehalten werden. Verpflichtende Meldeangaben sollten bestenfalls automatisiert übermittelt werden. Zuvorderst sollten Daten abgefragt werden, die ohnehin in den Krankenhausinformationssystemen erfasst würden und versandt werden könnten. Dazu zählten die vom Bundesrechnungshof vorgeschlagenen Abrechnungsdaten. Vor diesem Hintergrund definiere und evaluiere das BMG aktuell geeignete Steuerungsparameter und Kenngrößen für das Management von Epidemien und Pandemien unter Berücksichtigung größtmöglicher Automatisierung der Meldung.

In Vorbereitung auf künftige Pandemien oder vergleichbare Ereignisse habe das BMG die Überarbeitung des NPP gemeinsam mit den Ländern und zuständigen Bundesoberbehörden eingeleitet. In Anlehnung an den Rahmenplan der WHO solle ein Ansatz mit Fokus auf virale Atemwegserreger mit pandemischem Potenzial verfolgt werden. Der NPP solle sukzessiv erweitert werden können. Seine Ausgestaltung als digitales modular aufgebautes „lebendes Dokument“ solle ein Aufgreifen aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und sich ändernder rechtlicher Rahmenbedingungen ermöglichen. Die GMK habe dem Überarbeitungskonzept am 12. Juni 2024 zugestimmt. Der Überarbeitungsprozess sei damit offiziell gestartet.

Das BMG teile die Auffassung des Bundesrechnungshofes, dass es zu einer höheren Effektivität der Kontrolle der Mittelverwendung beitrage, wenn diese und die Finanzverantwortung in einer Hand lägen. Wäre die Kontrolle über die Mittelverwendung für die Intensivbettenförderung dem BAS übertragen worden, hätten aber beim BAS kurzfristig personelle und sächliche Kapazitäten in erheblichem Umfang geschaffen werden müssen. Für diese hätte nach den Prüfungen keine Verwendung mehr bestanden. Daher sei eine dezentrale Kontrolle der Mittelverwendung durch die Länder vorgesehen worden. Dies habe zu einer unterschiedlichen Handhabung der Kontrollverfahren durch die einzelnen Länder geführt. Das BMG werde künftig die Empfehlungen des Bundesrechnungshofes berücksichtigen und durch entsprechende Vorgaben eine weitgehende Einheitlichkeit der Prüfungen durch die Länder ermöglichen. Durch entsprechende Vorgaben solle auch eine rasche Weiterleitung von Fördermitteln durch die Länder sichergestellt werden. Zudem solle eine kurzfristige Einstellung der Förderung möglich sein.

Dem BMG sei bisher nicht bekannt gewesen, dass auch für nach dem 30. September 2020 aufgestellte Intensivbetten Fördermittel von den Ländern abgerufen wurden. Das BMG

werde die Länder auffordern, die Sachverhalte zu prüfen und Fördermittel von den Krankenhäusern zurückzufordern, falls sie rechtswidrig ausgezahlt wurden.

7 Abschließende Würdigung

7.1 Auf künftige Pandemien noch nicht ausreichend vorbereitet

Das BMG ist nicht in der Lage, die Zahl der physisch vorhandenen Intensivbetten in den Krankenhäusern verlässlich zu beziffern, obwohl dies – auch nach Aussage des BMG – essentiell ist für die Vorbereitung auf weitere Pandemien. Damit fehlt es an einem zentralen Merkmal einer ausreichenden Pandemievorsorge.

Anders als es das BMG darstellt, hält der Bundesrechnungshof dieses nicht für gänzlich unvorbereitet. Er hat etwa festgestellt, dass der NPP um mehrere Control-COVID-Papiere ergänzt wurde. Eine grundlegende Überarbeitung steht aber unstrittig aus. Der Bundesrechnungshof rät in diesem Zusammenhang, die COVID-19-Pandemie stringent aufzuarbeiten. Das Vermeiden von Fehlsteuerung und verbesserte Meldestrukturen sieht er als wesentlichen Schlüssel. Ein wirksames Krisenmanagement erfordert im Bedarfsfall auch landkreis- und länderübergreifende Austausche. Dazu muss die vorhandene Ausstattung flächendeckend transparent und jederzeit abrufbar sein. Dies ist auch erforderlich, um bei krisenbedingten Beschaffungsprogrammen wie der vorliegenden Intensivbettenförderung Überbeschaffungen zu vermeiden. Neben Bundes- und Landesbehörden sollten hierbei weitere Institutionen einbezogen werden, die über einschlägige Informationen wie Abrechnungsdaten verfügen. Der Bundesrechnungshof schließt sich in diesem Zusammenhang der Empfehlung des ExpertInnenrats an, dass die Kooperation, Koordination und Kommunikation der Akteure stets gewährleistet sein muss. Die Pandemievorsorge fällt nicht allein in den Zuständigkeitsbereich des BMG. Diese Einschätzung des BMG teilt der Bundesrechnungshof.

Der Bundesrechnungshof erkennt an, dass das BMG nunmehr ein Konzept zur Fortschreibung des NPP mit den Ländern abgestimmt hat und der Aktualisierungsprozess durch die GMK offiziell begonnen wurde. Neben aktuellen Beständen sollte ein neuer NPP möglichst auch Hinweise zur Bedarfsermittlung versorgungskritischer Ausstattungsgüter und ihrer Verteilung bzw. ihres Austausches berücksichtigen. Versorgungsspezifische Indikatoren wie die Morbidität, die Demographie und der Investitionsbedarf der Krankenhäuser sollten dabei beachtet werden. Die Arbeiten am NPP müssen konsequent vorangetrieben und alsbald abgeschlossen werden. Das Ende der epidemischen Lage von nationaler Tragweite endete mit Ablauf des 25. November 2021 und liegt inzwischen knapp drei Jahre zurück.

7.2 Wirtschaftlichkeit der Förderung bleibt zweifelhaft

Die Zahl der physisch vorhandenen Intensivbetten und den Verbleib zahlreicher mit der Förderung geschaffener Intensivbetten konnte das BMG nicht klären. Darum bleibt ungewiss, ob die geförderten Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit für zukünftige Epidemien oder Pandemien tatsächlich bereitstehen. Die Annahme der Länder, Intensivbetten nur bis 30. September 2020 vorhalten zu müssen, steht im Widerspruch zur Interpretation des BMG, das von einer längerfristigen Erweiterung der Versorgungsmöglichkeiten ausging. Angesichts eines Finanzvolumens von nahezu 700 Mio. Euro unterstützt der Bundesrechnungshof die Erwartung des BMG, dass mit der Intensivbettenförderung in die Zukunft reichende Kapazitäten geschaffen werden, die über die Dauer der COVID-19-Pandemie hinausgehen und insoweit nachhaltig wirken. Der gesetzliche Wortlaut bildet dies jedoch nicht präzise ab. Etwaige künftige Förderungen sollten dies gesetzlich sicherstellen. Dies gilt umso mehr, als Krankenhausinvestitionen in die Zuständigkeit der Länder fallen.

Eine Möglichkeit zum sofortigen Förderstopp sahen die gesetzlichen Regelungen nicht vor. Überbeschaffungen und reine Mitnahmen konnten dadurch nicht wirksam abgewehrt werden. Der Bundesrechnungshof verkennt nicht, dass mit der Förderung kurzfristig unbürokratische Anreize gesetzt werden sollten. Auch dann muss eine (ergänzende) Förderleistung aber stets an einen tatsächlichen Bedarf anknüpfen. Sobald dieser gedeckt ist, muss die Leistung eingestellt werden. Dies muss künftig regulatorisch sichergestellt sein.

Der Bundesrechnungshof begrüßt die Zusage des BMG, bei künftigen Fördermaßnahmen die Empfehlungen des Bundesrechnungshofes zu berücksichtigen. Um Überbeschaffungen zu vermeiden und einen wirtschaftlichen Mitteleinsatz zu gewährleisten, sollten bei Beschaffung komplexer Ausstattungsgüter Überlegungen zu notwendigen Fachkräften und etwaigen Schulungsmaßnahmen sowie zu ihrer Akquisition in die Antragsprüfung mit einbezogen werden. Ausstattungsgüter dürfen nur dann gefördert werden, wenn sie – unter Berücksichtigung zumutbarer Anstrengung – im Bedarfsfall verlässlich betreibbar sind. Gesetzliche Regelungen sollten zudem eine Nachfrist bestimmen, in der geförderte Ausstattungsgüter (kurzfristig) aktivierbar sein müssen. Bei allen zukünftigen Maßnahmen sollte grundsätzlich die Finanzierungszuständigkeit beachtet werden.

Förderleistungen sachgerecht bemessen

Unklar bleibt weiterhin, wie hoch die tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser für die Umwandlung vorhandener Betten waren. Diese dürften sich von den Kosten für neu aufgestellte Intensivbetten deutlich unterscheiden, deren Zahl vorliegend ungewiss ist. Die Höhe pauschaler Förderleistungen muss grundsätzlich angemessen sein. Der tatsächliche Aufwand muss dabei im Blick behalten werden. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass Krankenhäuser üblicherweise aufgrund physisch vorhandener Intensivbetten intensivmedizinische Behandlungskapazitäten kurzfristig auch ohne zusätzliche Beschaffungen bereitstellen können.

Mehrfachförderung vermeiden

Neben der Intensivbettenförderung erhielten die Krankenhäuser mitunter weitere Hilfen. Dazu zählte die Abgabe von Beatmungsgeräten, sofern die Länder diese zu Nettopreisen oder unentgeltlich weitergaben. Zudem waren die Länder aufgefordert, eigene Beiträge zum Aufbau von Intensivbetten zu leisten. Das BMG versäumte, für die Leistungen gegenüber Krankenhäusern in ihrer Gesamtheit eine Koordination sicherzustellen. Künftig sollten Wechselwirkungen bei der Ausgestaltung einer Förderung berücksichtigt und Mehrfachbegünstigungen ausgeschlossen werden.

Angemessene Kontrolle der Mittelverwendung sicherstellen

Der Bundesrechnungshof erkennt an, dass das BMG die rechtliche Situation wiederholt bewertete und die Länder aufforderte, sich Belege und Rechnungen vorlegen zu lassen. Neue Erkenntnisse folgten daraus aber nicht. Nicht eindeutig geregelte Prüfpflichten ließen Raum für Interpretation und begünstigten unzureichende Prüfaktivitäten. Dies ist künftig zu vermeiden.

Die Ausführungen des BMG, dass das BAS für etwaige Kontrollaufgaben kurzfristig Personen hätte einstellen müssen, für die später keine Verwendung bestand, überzeugen nur bedingt. Für zeitlich begrenzte Aufgaben können Personen befristet eingestellt werden. Um dies zu begünstigen, hätte eine etwaige Prüfung der Mittelverwendung durch das BAS zeitlich flexibilisiert werden und gegebenenfalls nachgelagert erfolgen können. Grundsätzlich sollten bei Förderleistungen Finanzverantwortung und Kontrolle zusammengeführt werden. Sofern unterschiedliche Stellen mit der Genehmigung, Auszahlung und Prüfung von Fördermitteln betraut sind, sollten verbindliche einheitliche Standards und Berichtspflichten bestehen, die eine hinreichende Transparenz über die Kontrolle und ihre Wirkung schaffen.

Keine unnötigen Zinsverluste des Gesundheitsfonds

Der Bundesrechnungshof begrüßt die Zusage des BMG, künftig Regelungen bezüglich der Weiterleitung der Fördermittel durch die Länder festzulegen. Bereits jetzt halten Länder streitbefangene Mittel in den eigenen Haushalten zurück. Dies führt zu einem Zinsverlust des Gesundheitsfonds. Das BMG sollte darauf hinwirken, dass von Ländern nicht an Krankenhäuser weitergeleitete Mittel an den Gesundheitsfonds zurückgeführt werden.

Dr. Weber

Sievers

Beglaubigt: Schadow, Tarifbeschäftigte

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.