

## Bundesrechnungshof rechnet nach

### **Kurze Stellungnahme der Autorengruppen Thesenpapiere, 11.06.2021**

(1) Die Autorengruppe Thesenpapiere hat beginnend mit **Thesenpapier 4** (30.08.2020, Kap. 1.1.3, Abb. 6a/6b) und **Thesenpapier 6** (22.11.2020, hier Kap. 3.3) in der **Dritten Adhoc-Stellungnahme (SN3)** mit dem Titel „Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19 - zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-2/CoViD-19-Epidemie“ vom 16./17.05.2021 einen analytischen Schwerpunkt gesetzt und diesen am 06.06.2021 mit einer **ersten Ergänzung** noch weiter vertieft. Die medialen Reaktionen fielen teils sehr konstruktiv, teils ausgesprochen polemisch aus. In einer Bundestagsdebatte (Aktuelle Stunde am 20.05.2021) zum Thema wurde der Bericht der Autorengruppe fast ausschließlich unter dem Aspekt der Abgrenzung gegenüber der AfD diskutiert. Wiederholt wurde der Vorwurf laut, der Autorengruppe würde es an Wertschätzung gegenüber den aktiv in der Versorgung von CoViD-19-Patienten tätigen Ärzten und Pflegenden fehlen, ein Vorwurf, der sich selbst bei einer oberflächlichen Lektüre der Papiere (z.B. SN3, S. 14/15) als gegenstandslos herausgestellt hätte. Dagegen greift die Autorengruppe ganz gezielt den Punkt auf, dass die zusätzlich verausgabten öffentlichen Mittel – trotz ihres erheblichen Umfanges - nicht nachweisbar in der praktischen Behandlungssituation vor Ort angekommen zu sein scheinen.

(2) Am 09.06.2021 hat der **Bundesrechnungshof** in einem 42seitigen Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages unter dem Titel „*Bericht 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)*“ eine umfassende Kritik zur Ausgabenpolitik der Bundesregierung veröffentlicht, in dem die Kritik der Autorengruppe in weiten Teilen aufgegriffen und bestätigt wird.

Der Bericht des Bundesrechnungshofes gliedert sich (unter Umgehung der Frage der Beauftragung der Testzentren) in drei Teile:

- Abgabe von Schutzmasken (Kap. 2, S. 13ff),
- Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser (Kap. 3, S. 23ff) und
- Aufbau von Intensivbetten (Kap. 4, S. 36ff).

Hier wird lediglich zu Teil 2 und 3 Bezug genommen.

## **Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser (Kap. 2)**

**(3)** Der Bundesrechnungshof stellt zunächst die **Situation im Jahr 2020** dar:

- „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%“ (S. 31/2);
- „Die geringere Bettenauslastung sei auf eine geringere Zahl an Behandlungsfällen zurückzuführen. Im Jahr 2020 seien in Krankenhäusern die Behandlungsfälle im Vergleich zum Vorjahr um 2,5 Mio. Fälle zurückgegangen. Nur ein Bruchteil des Rückgangs sei auf planbare Operationen zurückzuführen. Deutlich werde der Rückgang bei „ambulant sensitiven“ Fällen“ (S. 27);
- „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“ (S. 26); „hinzu kamen 10,2 Mrd. Euro an Ausgleichszahlungen des Bundes als Ausgleich für den Bettenleerstand“ (S. 32).

**(4)** In der **Bewertung** hält der Bundesrechnungshof fest,

- „... 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“ (S. 32);
- „Für den Bundesrechnungshof stellen daher die Ausgleichszahlungen eine massive Überkompensation für Krankenhäuser im Jahr 2020 aus Steuermitteln dar“ (S. 32);
- „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“ (S. 33).

**(5)** An einem wichtigen, geradezu zentralen Punkt geht der Bundesrechnungshof deutlich über die Adhoc-Stellungnahme (SN3) der Autorengruppe hinaus. Während die Autorengruppe im Wesentlichen die Konsistenz, also Zuverlässigkeit in der Datenerhebung (Reliabilität) und Stimmigkeit der Datenwerke in den Vordergrund stellte und argumentierte, dass man Einschränkungen der Grundrechte nicht mit fehleranfälligen oder fehlerhaften Daten begründen könne – sondern man hier einen besonders hohen Qualitätsmaßstab anlegen müsse -, geht der Bundesrechnungshof konkret auf die

Motivation ein, die in einer **aktiven Veränderung der Daten** insbesondere der DIVI-Meldungen münden, nämlich die Erlangung der entsprechenden Zuschüsse (S. 29):

„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 herantreten 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.“ (Hervorh. Verf.)

**(6)** In der zusammenfassenden Bewertung kommt der Bundesrechnungshof zum Thema **„Anfälligkeit der Parameter für eine Beeinflussung durch die potenziellen Zahlungsempfänger“** zu folgendem Schluss (S. 36):

„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.*“ (Hervorh. Verf.)

(7) In dem vorstehenden Zitat merkt der Bundesrechnungshof in Übereinstimmung mit der Argumentation der Autorengruppe an, dass den verwendeten Daten als „**als Entscheidungsgrundlage für weitere politische Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung**“ eine besondere Bedeutung zukommt.

(8) Diese Fragen müssen politisch und nicht zuletzt juristisch aufgearbeitet werden. Interessant ist dabei jedoch außerdem die Ausführung, dass das RKI offensichtlich im Dialog mit dem BMG auf die **Gefahren durch mangelhafte Daten** der DIVI hingewiesen hat („... nicht mehr für eine Bewertung der Situation geeignet...“, S. 29) und manipulationssicherere Daten eingeforderte – also eine Erweiterung des allein auf die Melderaten („Inzidenzwerte“) basierenden Vorgehens, so wie es die Autorengruppe Thesenpapiere seit Anfang ihres Bestehens immer wieder gefordert hat (s. bereits Thesenpapier 1, Kap. 1.1, Nr. 1, 05.04.2020). Nach Angaben des Bundesrechnungshofes (S. 30)

„...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.“

Der Bundesrechnungshof empfiehlt daher (S. 33):

„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).“

Aus Sicht der Autorengruppe ist hier zusätzlich anzumerken, dass es rätselhaft erscheint, dass trotzdem die politisch Verantwortlichen in der öffentlichen Debatte und in der Durchsetzung von Gesetzgebungsverfahren nicht davon abließen, mit diesen „nicht geeigneten“ Daten weiter zu argumentieren.

### **Aufbau von Intensivbetten**

(9) Auch hier stellt der Bundesrechnungshof zunächst die **Situation** dar:

- „Für den Aufbau neuer Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit zahlte das BAS über den Gesundheitsfonds von Mitte März 2020 bis Anfang März 2021 rund 686,1 Mio. Euro aus. Damit müssten rechnerisch 13 722 neue Intensivbetten gefördert worden sein“ (S. 37);

- „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“ (S. 37);
- „Die Förderung von 50 000 Euro wurde auch dann gewährt, wenn ein bereits vorhandener Low-Care Behandlungsplatz lediglich im erforderlichen Umfang aufgerüstet wurde“ (S. 39);
- „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*“ (S. 39, Hervorh. Verf.).

**(10)** Der Bundesrechnungshof hält das Vorgehen hinsichtlich der Schaffung von Intensivbetten grundsätzlich für einen „vielversprechenden Ansatz“, stellt aber folgende Forderungen auf (S. 40/1):

- „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. Daher hält es der Bundesrechnungshof für unverzichtbar, dass die Zahl der durch die Förderung beschafften zusätzlichen Intensivbetten mit Beatmungsmöglichkeit verlässlich beziffert werden kann“;
- „Auch die Anzahl von Low-Care Behandlungsplätzen, die zu High-Care Behandlungsplätzen umgewandelt wurden, hätte durch eine effektive Kontrolle nachvollzogen werden müssen“.

**(11)** In seiner Würdigung stellt der Bundesrechnungshof zu diesem Punkt (Förderung Intensivbetten) fest, dass die **Einheitlichkeit von Finanzierung und Kontrolle** gegeben sein muss. Der Gesundheitsfonds hat die Finanzierung zu übernehmen, hat aber keine Möglichkeiten, die Umsetzung der Maßnahmen zu kontrollieren. Die daraus abgeleitete Empfehlung lautet konsequenterweise, dass zunächst die Bundesländer verpflichtet werden müssen, Unterlagen über die Mittelverwendung von den Krankenhäusern einzufordern.

Der Bericht schließt mit dem Satz:

„Zur Stärkung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und zur Bekämpfung künftiger epidemischer Geschehnisse wäre die Aufstockung der vorhandenen betreibbaren 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 betreibbare Betten) von immerhin 57 %. Der Verbleib und die tatsächliche Einsatzbereitschaft der mit der Förderung geschaffenen Intensivbetten ist daher auch aus diesem Grund zu klären.“

Dem ist nichts hinzuzufügen.

Autorengruppe Thesenpapiere, 13.6.2021