

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/2587

Ministerium für Arbeit,
Soziales und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein



Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit
Postfach 70 61 | 24170 Kiel

An den
Vorsitzenden des Sozialausschusses
Herrn Christopher Vogt
-Landeshaus-
Düsternbrooker Weg 70
24105 Kiel

Kiel, 08. August 2011

**Bericht der Landesregierung über die aktuelle Situation bei den EHEC-
Infektionen, Sitzung des Sozialausschusses am 9. Juni 2011
hier: Schriftliche Beantwortung offener Fragen durch MASG und MLUR**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

in seiner Sitzung am 9. Juni 2011 kam der Sozialausschuss überein, das MASG und das MLUR um einen schriftlichen Bericht zur nächsten regulären Sitzung des Sozialausschusses zu bitten. Es sollten folgende Fragen beantwortet werden:

A) Welche Einnahmeausfälle sind bei den Gemüsebauern und Händlern in Schleswig-Holstein entstanden? In welchem Umfang können diese durch Ausgleichszahlungen der EU, des Bundes oder aus Landesmitteln kompensiert werden? Auf welcher Grundlage wird entschieden, wer eine Entschädigung in welcher Höhe erhält? Wer erhält keine Entschädigung? Welcher Anteil der Einnahmeausfälle kann überhaupt kompensiert werden und welchem Anteil müssen die betroffenen Bauern und Händler selbst ausgleichen?

B) Welche Mehrkosten (Personaleinsatz, Medikamente, Nutzung von Geräten) und Einnahmeausfälle (z. B. nicht durchgeführte Operationen) sind durch die EHEC und HUS Fälle bei den behandelnden Kliniken entstanden? Werden die Mehrkosten in voller Höhe von den Krankenkassen erstattet oder sind diese Leitungen von „Mehrleistungsabschlägen“ betroffen? Sind die auf EHEC und HUS Erkrankungen anzuwendenden Fallpauschalen kostendeckend im Bezug auf die durchgeführte Behandlung? Sollten die regulären Erstattungen der Krankenkassen nicht kostendeckend sein, durch wen (EU, Bund, Land, Krankenkassen) kann eine Kompensation in welcher Höhe bzw. zu welchem Anteil geleistet werden? Können die Einnahmeausfälle der Kliniken im Lauf des Wirtschaftsjahres „nachgeholt“ oder anderweitig kompensiert werden? Wen nicht, durch wen (EU, Bund, Land, Krankenkassen) kann eine Kompensation in welcher Höhe bzw. zu welchem Anteil geleistet werden?

C) Ist absehbar, ob und in welchem Ausmaß EHEC oder HUS Erkrankte dauerhafte, behandlungsbedürftige Folgeschäden zurück behalten werden? Welche könnten dies sein und besteht die Möglichkeit einer langfristigen Pflegebedürftigkeit? Ist für Patientinnen die derartige Folgeschäden erleiden, eine vollständige Finanzierung der notwendigen medizinischen und pflegerischen Behandlung sicher gestellt? Sind durch die Leistungen der Gesetzlichen oder Privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung alle durch EHEC oder HUS Erkrankungen bedingte Kosten von Spätfolgen abgedeckt? Wenn nicht, durch wen (EU, Bund, Land, Krankenkassen) kann eine Kompensation in welcher Höhe bzw. zu welchem Anteil geleistet werden?

Mit dem heutigen Schreiben komme ich dieser Bitte nach und übersende Ihnen die gemeinsame schriftliche Beantwortung der offenen Fragen durch das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit sowie das Ministerium für Landwirtschaft, Umwelt und ländliche Räume.

Beitrag des MLUR zum Fragekomplex A:

1. Welche Einnahmeausfälle sind bei den Gemüsebauern und Händlern in Schleswig-Holstein entstanden?

Hierüber liegen keine konkreten, belastbaren Zahlen vor, sodass die Einnahmeausfälle nicht beziffert werden können.

2. In welchem Umfang können diese durch Ausgleichszahlungen der EU, des Bundes oder aus Landesmitteln kompensiert werden?

Die EU- Kommission hat eine befristete Sondermaßnahme zur Stützung des Sektors Obst und Gemüse in Höhe von insgesamt 227 Mio. € verabschiedet, nach der Gemüseerzeuger für bis zu 50% ihrer Einnahmeausfälle bei bestimmten Produkten Ausgleichszahlungen beantragen konnten.

Die Antragsfrist ist zwischenzeitlich abgelaufen. In Schleswig-Holstein wurden Ansprüche in Höhe von insgesamt ca. 85.000,- € (10 Antragsteller) geltend gemacht.

Weitere Bundes- oder Landesentschädigungsprogramme für Gemüseanbauer oder Händler gibt es z. Z. in Schleswig-Holstein nicht.

3. Auf welcher Grundlage wird entschieden, wer eine Entschädigung in welcher Höhe erhält?

Entscheidungsgrundlage sind die geltenden EU-Verordnungen zur EHEC-Entschädigung und die nationale Durchführungsbestimmung des Bundes. Bis zum 18.07.2011 waren der Kommission die EU-weiten Antragszahlen zu übermitteln. Von dort wird die Höhe der Entschädigung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel festgelegt. Auf der Grundlage der eingegangenen Schadens-

meldungen verteilt die Kommission die zur Verfügung stehenden EU- Mittel auf die Mitgliedsstaaten.

4. Wer erhält keine Entschädigung?

Die Entschädigungsansprüche sind auf bestimmte Produkte begrenzt (Salate, Gurken, Tomaten, Gemüsepaprika, Zucchini). Für andere Gemüsearten und für Gemüsehändler sind keine Entschädigungszahlungen vorgesehen.

5. Welcher Anteil der Einnahmeausfälle kann überhaupt kompensiert werden und welchen Anteil müssen die betroffenen Bauern und Händler selbst ausgleichen?

Bei den genannten Produkten (siehe Antwort zu Frage 4.) kann der Ausgleich bis zu 50% betragen, alle weiteren Einnahmeausfälle sind von den Gemüseanbauern und den Händlern selbst zu tragen.

Beitrag des MASG zu den Themenkomplexen B) und C):

Vorbemerkung:

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat sich auf ihrer Sitzung am 29./30. Juni ausführlich mit den finanziellen Folgen des EHEC-Ausbruchs befasst. Der hierzu gefasste Beschluss ist als Anlage 1 beigefügt.

Die GMK erwartet von den Krankenkassen, dass diese mit den betroffenen Krankenhäusern im Rahmen der Budgetverhandlungen Lösungen für die finanziellen Auswirkungen finden. Dieses betrifft insbesondere die Bereiche:

- Mehrerlösausgleichszahlungen und Mehrleistungsabschläge
- Kostenintensive Leistungen, die nicht im DRG-System abgebildet werden können
- Kompensation für gesperrte Betten bzw. abgesetzte planbare Operationen.

Über die Umsetzung dieses GMK-Beschlusses wird Anfang September ein Ministergespräch mit Vertretern der Krankenkassen im MASG stattfinden.

1. Welche Mehrkosten (Personaleinsatz, Medikamente, Nutzung von Geräten) und Einnahmeausfälle (z. B. nicht durchgeführte Operationen) sind durch die EHEC und HUS Fälle bei den behandelnden Kliniken entstanden?

Die relevanten Kosten der behandelnden Krankenhäuser können in drei Bereiche unterteilt werden:

Medizinischer Aufwand, wie z.B.:

- Untersuchungen zum Ausschluss bzw. zur Bestätigung einer EHEC-Infektionen
- Kosten für die Durchführung der Plasmapherese bei HUS-Patienten
- Hoher Hygieneaufwand

- Hohe Laborkosten für EHEC-PCR-Kulturen
- Intensivbehandlungskosten auf peripheren Stationen
- Zusätzliche Kosten für neurologische Diagnostik.

Sach- und Personalkosten, wie z.B.:

- Hoher Organisations- und Informationsaufwand (Einstellen und Ausstatten auf Infektionswelle, Einrichtung eigener Aufnahmebereiche etc.)
- Arbeit der Krisenstäbe der Kliniken
- Deutlich höherer Pflegeaufwand aufgrund nephrologischer, neurologischer und psychischer Auffälligkeiten und Behandlungsintensität
- Hotelkosten für externe Dialysekräfte
- Zusätzliche Sachaufwendungen: insbesondere Reinigung und Logistik
- Hoher Aufwand für Verbrauchsmaterialien wie Mundschutz, Kittel, Handschuhe, Hauben, Wäsche, Desinfektionsmitteln etc.
- Erhöhter Verbrauch von Medizinprodukten.

Einnahmeausfälle (indirekte Kosten)

- In den jeweiligen Krankenhäusern standen periphere Stationen, Intensivstationen, Privatstationen sowie zeitweise auch Zentrale Notaufnahme-Bereiche für die reguläre Versorgung nicht zur Verfügung. Daher kam es zu einem Leistungsrückgang. Da auch Intensivkapazitäten betroffen waren, konnten insbesondere auch hoch bewertete chirurgische und neurochirurgische Fälle nicht elektiv aufgenommen und behandelt werden.
- Aufgrund des Erfordernisses viele Patientinnen und Patienten zu isolieren, sank die Auslastung der gesamten Kliniken in dem Zeitraum des EHEC-Ausbruchs ab.

In Anlage 2 sind die Ergebnisse einer Umfrage des MASG im Juni 2011 zu den Mehrkosten tabellarisch dargestellt. Dabei handelt es sich um erste Einschätzungen der in Schleswig-Holstein im Wesentlichen betroffenen Krankenhäuser.

2. Werden die Mehrkosten in voller Höhe von den Krankenkassen erstattet oder sind diese Leistungen von „Mehrleistungsabschlägen“ betroffen?

Derzeit sind dem MASG noch keine Verhandlungsergebnisse zwischen den Kostenträgern und den Krankenkassen bekannt. Siehe hierzu Vorbemerkung und Anlage 1.

3. Sind die auf EHEC und HUS Erkrankungen anzuwendenden Fallpauschalen kostendeckend im Bezug auf die durchgeführte Behandlung?

Das DRG-System hebt nicht auf die Kostendeckung einzelner Behandlungen ab. Die jeweilige DRG beschreibt den Schweregrad bzw. den durchschnittlichen Ressourcenverbrauch statistisch berechnet über ein großes Patientenkollektiv. Ob die daraus resultierende Vergütung dann auch tatsächlich für das jeweilige Krankenhaus kostendeckend ist, hängt von einer Reihe von Faktoren ab, u.a. vom jeweiligen Landesbasisfallwert. Der GMK-Beschluss sieht daher auch vor, dass das BMG einen Erfahrungsbericht über das Ergebnis der Verhandlungen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern erstellen soll.

Eine erste Einschätzung zur Bewertung der einzelnen DRGs bezogen auf EHEC wurde von den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein erstellt. Diese wird zur Orientierung hier wieder gegeben:

<p>Gruppe 1</p>	<p>DRG L72Z Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom</p>	<p>Die INEK-Kalkulation bildet nach erster Einschätzung den Aufwand der neurologischen Komplikationen, der Intensivbehandlungen sowie der Multiresistenz nicht ausreichend ab. Dies ist insbesondere auf Mehrkosten in folgenden Bereichen zurückzuführen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kosten Radiologie/MRT, • Kosten Intensivstation, • Medizinischer Bedarf (multiresistente Keime), • teilweise operative Anlage von Demers-Kathetern. <p>Krankenhäuser in Schleswig-Holstein erzielen für diese DRG grundsätzlich einen Erlös in Höhe von rund 10.450 €. Für bestimmte Behandlungen gibt es Zusatzentgelte, bei der Plasmapherese sind dieses z.B. rund 1.350 €.</p> <p>Das UK-SH schätzt, dass es zu einer Unterdeckung von bis zu 1.500 € pro Fall kommen könnte.</p>
<p>Gruppe 2</p>	<p>DRG G77Z Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane</p>	<p><u>Patienten der mit Komplexbehandlung multiresistenter Keime:</u> Für diese Patienten mit EHEC-Nachweis + Komplexbehandlung > 7 Tage (aber ohne HUS) könnte nach erster Einschätzung der kalkulierte Erlös den regulären Aufwand (allerdings ohne zusätzliche Schichten, Überstunden etc.) abbilden.</p> <p><u>Patienten ohne Komplexbehandlung multiresistenter Keime:</u> Diese Sammel-DRG bildet den</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehraufwand der Isolierung und • den Medizinischen Bedarf <p>nicht ab.</p> <p>Krankenhäuser in Schleswig-Holstein erzielen für diese DRG grundsätzlich einen Erlös in Höhe von rund 5.300 €.</p>

Gruppe 3	DRG G67D: Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende. Diagnose/Dialyse/kompl. Eingriff, Alter > 2 J., ohne äußerst schwere CC oder gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 75 J., außer bei Para- / Tetraplegie	<ul style="list-style-type: none"> • Diese PatientInnen werden ebenfalls wie hochinfektiöse PatientietInnen behandelt. • Bei negativem EHEC-Befund werden sie ebenfalls über sehr niedrig dotierte DRGs, z. B. mit < 1.300 € vergütet. • Der hohe Sach- und Pflegeaufwand ist nicht abgebildet. • Die kalkulierten Kosten für den gesamten Med. Bedarf decken noch nicht einmal die Laborkosten für den Test auf EHEC.
---------------------	--	---

4. Sollten die regulären Erstattungen der Krankenkassen nicht kostendeckend sein, durch wen (EU, Bund, Land, Krankenkassen) kann eine Kompensation in welcher Höhe bzw. zu welchem Anteil geleistet werden?

Das geltende Recht sieht keine Kompensationsmöglichkeiten oder eine anderweitige Finanzierung dieser Leistungen außer die im Rahmen des Krankenhausentgeltrechts vor.

5. Können die Einnahmeausfälle der Kliniken im Lauf des Wirtschaftsjahres „nachgeholt“ oder anderweitig kompensiert werden? Wenn nicht, durch wen (EU, Bund, Land, Krankenkassen) kann eine Kompensation in welcher Höhe bzw. zu welchem Anteil geleistet werden?

Ob und wenn ja in welcher Höhe die Einnahmeausfälle der Krankenhäuser in 2011 „nachgeholt“ werden können, kann erst beurteilt werden, wenn die Bilanzen und statistischen Daten für das gesamte Jahr 2011 vorliegen. Allerdings muss man davon ausgehen, dass zumindest bei den größeren Kliniken der verhältnismäßige kurze Zeitraum sowie die in der Gesamtschau niedrige Zahl der EHEC-Fälle eine statistische Auswertung erschweren wird. So wurden zwischen Anfang Mai und Anfang Juli in Schleswig-Holstein 966 EHEC-Patienten und 205 HUS-Patienten stationär versorgt. Hiervon sind 11 Patienten verstorben.

Das UK-SH hat nach eigenen Angaben zwischen dem 15. Mai und 13. Juli 2011 39 EHEC-Patienten und 114 HUS-Patienten stationär behandelt. Für 2011 erwartet das UK-SH eine stationäre Fallzahl von insgesamt rund 98.000. Das heißt, der EHEC-Ausbruch wird am Jahresende eine Größenordnung von 0,3 % der gesamten Patientenzahl erreichen.

6. Ist absehbar, ob und in welchem Ausmaß EHEC oder HUS Erkrankte dauerhafte, behandlungsbedürftige Folgeschäden zurück behalten werden? Welche könnten dies sein und besteht die Möglichkeit einer langfristigen Pflegebedürftigkeit?

Nach Auskunft des UK-SH sind alle EHEC- und HUS-Patienten entlassen worden. Nach derzeitigem Stand sind dauerhafte Folgeschäden noch nicht bekannt geworden. Allerdings bedarf es einer längerfristigen Betreuung dieser Patienten, um zu konkreten Aussagen zu kommen. Diese wird z.B. im UK-SH im Rahmen der ambulanten Sprechstunden der Kliniken für Innere Medizin angeboten.

7. Ist für Patientinnen die derartige Folgeschäden erleiden, eine vollständige Finanzierung der notwendigen medizinischen und pflegerischen Behandlung sicher gestellt? Sind durch die Leistungen der Gesetzlichen oder Privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung alle durch EHEC oder HUS Erkrankungen bedingte Kosten von Spätfolgen abgedeckt? Wenn nicht, durch wen (EU, Bund, Land, Krankenkassen) kann eine Kompensation in welcher Höhe bzw. zu welchem Anteil geleistet werden?

Für EHEC-Patienten gibt es keine Sonderregelungen. Daher kommen – wie bei allen anderen Erkrankungen auch – die sozialen Sicherungssysteme zum Tragen. Da nach dem jetzigen Kenntnisstand weder ein Fremdverschulden noch eine staatliche Haftung in Frage kommt, bleibt es bei der sozialen Absicherung durch Kranken-, Pflege- und ggf. Rentenversicherung sowie die individuellen privaten Absicherungen.

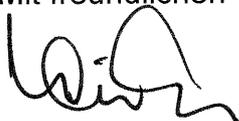
Dieser Auftrag ist im Verlaufe der Berichterstattung weiter ergänzt worden: Das Ministerium möge in diesem Bericht auch zu der Frage einer möglichen Entschädigung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den durch die Behandlung der Patienten besonders betroffenen Kliniken Aussagen treffen.

Auch wenn es sich hierbei um eine besondere Spitzenbelastung handelte, wie sie auch in anderen Berufen (z.B. Polizei, Feuerwehr) auftritt, gibt es keine Sonderregelung für Beschäftigte, die an der Behandlung von EHEC-Patienten beteiligt waren. Eine Entschädigung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den betroffenen Krankenhäusern ist daher nicht vorgesehen.

Für die Abgeltung der Überstunden greifen die jeweiligen tariflichen Regelungen. Wenn den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern andere Kosten entstanden sein sollten (wie z.B. Hotelübernachtung) fällt dieses ebenfalls in den Bereich der jeweils für den Betrieb geltenden Regelungen der Kostenerstattung. Ob einzelne Krankenhäuser im Rahmen der Mitarbeiterbetreuung weitere Aktivitäten (z.B. Incentive-Veranstaltungen) durchgeführt haben, ist dem MASG nicht bekannt.

Für Tätigkeitsverbote durch die Gesundheitsämter greifen ggf. Entschädigungsregeln des Infektionsschutzgesetzes. Entsprechende Anträge sind beim Landesamt für soziale Dienste zu stellen. Derzeit liegen dort acht Anträge vor.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Heiner Garg
Minister

**84. Gesundheitsministerkonferenz 2011
am 29./30. Juni 2011 in Frankfurt am Main**

TOP 5.7a

**Finanzielle Konsequenzen der derzeitigen
EHEC-Ausbrüche**

Antragsteller: Alle-Länder

Beschluss:

1. Die aktuelle Häufung von EHEC- und HUS-Fällen hat gezeigt, in welchem Umfang einzelne Krankenhäuser durch außergewöhnliche, nichtvorhersehbare und behandlungsintensive Situationen besonders belastet werden können. Gleichzeitig hat das Gesundheitswesen in den besonders betroffenen Regionen seine außerordentliche Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt.
2. Die Krankenhäuser in den hauptsächlich betroffenen Regionen, z.B. Hamburg und Schleswig-Holstein, haben äußerst engagiert und flexibel auf die Herausforderungen, die die EHEC-Infektionswelle mit sich gebracht hat, reagiert.
Die Krankenhäuser wurden dabei u.a. unterstützt durch Dialysepraxen mit Geräten für die Plasmapherese/Dialyse und mit geschultem Fachpersonal, von anderen Krankenhäusern durch Gestellung von Personal und Übernahme der Notfallversorgung. Auch die überregionale Kooperation, z.B. bei der Verlegung von Patientinnen und Patienten, funktionierte reibungslos.
3. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) erkennt diese außerordentlichen Leistungen und das besondere Engagement der Pflegekräfte, Ärzte und aller anderen Mitarbeiter dieser Krankenhäuser ausdrücklich an. In diesem Zusammenhang ist es von großer Wichtigkeit, den Krankenhäusern ausreichende finanzielle Sicherheit zuzugestehen, damit sie sich weiterhin in solchen Situationen auf die akut erforderlichen medizinischen Maßnahmen konzentrieren können.

4. Die GMK begrüßt die Initiative der Hamburger Krankenkassen und Krankenkassenverbände, die den betroffenen Krankenhäusern ihre Unterstützung und „pragmatische Lösungen“ für Budgetfolgen zugesagt haben.

Die GMK erwartet von den Krankenkassen und Krankenkassenverbänden in allen Ländern, dass diese - wie in Hamburg - zu ihrer Verantwortung in dieser schwierigen Situation stehen und einheitlich lösungsorientiert mit den betroffenen Krankenhäusern verhandeln.

Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass

- a. besonders belastete Krankenhäuser für ihr spezielles Engagement nicht durch Mehrerlösausgleichszahlungen und Mehrleistungsabschläge finanziell zusätzlich benachteiligt werden;
- b. kostenintensive Leistungen, die nicht im DRG-System abgebildet sind, vergütet werden können;
- c. eine Kompensation erfolgt, wenn z.B. planbare Operationen auf Grund der Behandlung von zusätzlichen EHEC- und HUS-Patientinnen und Patienten abgesetzt oder verschoben werden mussten und es deshalb in dem betroffenen Krankenhaus insgesamt zu einem Leistungsrückgang kommt.

Das BMG wird gebeten, einen Erfahrungsbericht über das Ergebnis der Verhandlungen der Krankenkassen und Krankenkassenverbände mit den betroffenen Krankenhäusern zu erstellen. Auf dieser Grundlage ist über eventuellen Handlungsbedarf zu entscheiden.

5. Dabei ist besonders die Notwendigkeit zu prüfen, das KHEntgG in Bezug auf außergewöhnliche, nichtvorhersehbare und behandlungsintensive Situationen wie den derzeitigen EHEC-Ausbruch in der Weise anzupassen, dass besonders belastete Krankenhäuser für ihr spezielles Engagement nicht durch Mehrerlösausgleichszahlungen und Mehrleistungsabschläge oder Mindererlöse bei elektiven Leistungen finanziell zusätzlich benachteiligt werden.

Begründung:

Nach geltendem Recht muss ein Krankenhaus 65% der Erlöse, die es über die Vereinbarung hinaus erbracht hat, an die Krankenkassen zurückzahlen (Mehrerlösausgleich). Darüber hinaus werden Leistungssteigerungen im Verhältnis zum Vorjahr bei Budgetvereinbarungen mit einem „Mehrleistungsabschlag“ von zur Zeit 30% belegt. Neuverhandlungen bei wesentlichen Änderungen der Vereinbarungsgrundlagen sind grundsätzlich möglich. Hierdurch kann besonderen finanziellen Herausforderungen von Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Behandlung von EHEC- und HUS-Patientinnen und Patienten flexibel begegnet werden.

Darüber hinaus kann dem Umstand Rechnung getragen werden, dass Leistungen im Zusammenhang mit außergewöhnlichen, nichtvorhersehbaren und behandlungsintensiven Ereignissen im DRG-System nicht abgebildet sind.

Auch ist zu beachten, dass in den von solchen Ereignissen betroffenen Krankenhäusern periphere Stationen und Intensivstationen sowie zeitweise auch zentrale Notaufnahme-Bereiche für die reguläre Versorgung nicht zur Verfügung stehen und es deshalb zu einem Leistungsrückgang kommen kann, der unter bestimmten, restriktiven Voraussetzungen kompensiert werden sollte (siehe im Einzelnen den Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit zu Kosten für die Versorgung von EHEC-Patienten im Krankenhaus zu TOP 5.7 der 84. GMK vom 23.06.2011).

Die Situation sollte ergänzend in einem Sachstandbericht der AOLG aufgearbeitet werden.

Votum: 16 : 0 : 0

Protokollerklärung:

Die Länder erwarten, dass die Verhandlungen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern bis zum Jahresende zum Abschluss geführt werden.

Protokollerklärung (Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen):

Unabhängig von den akuten Herausforderungen rund um die EHEC-Epidemie appellieren die Länder Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Bremen an die Bundesregierung, die derzeit laufende Konvergenzphase nach § 10 KHEntG gesetzlich so zu gestalten, dass deutschlandweit ein einheitlicher Bundesbasisfallwert gilt. In der Übergangsfrist sollen die Bundesländer an den einheitlichen Bundesbasisfallwert herangeführt werden, die am Ende der Konvergenzphase in 2015 noch unterhalb des Bundesbasisfallwertes liegen.

Ergebnis Umfrage MASG aus dem Juni 2011

Klinik	zusätzliche Behandlungskosten	atypische Kosten	organisatorischer Aufwand / Erlösausfall	zusätzlicher personeller Aufwand	Gesamtdefizit
UK-SH	Hierzu liegen vom UK-SH noch keine Berechnungen vor. Die mögliche Rückzahlung aufgrund des Mehrerlösausgleichs wird mit rund 1 Mio. € angegeben.	167 T€ Sachkosten	Verlust durch gesperrte Betten wird mit rd. 1,8 Mio. € beziffert	Nur RD: zusätzlicher Personalaufwand von rd. 20.000 € Organisation zusätzlicher Kapazitäten ca. 3.000 €, 250 T€ Erlösausfall	zusätzliche personeller Aufwand Pflegekräfte für beide Campi: über 4000 zusätzlicher Stunden zwischen 24.05. und 10.06.; Zusätzliche Stunden des ärztl. Dienstes werden auf 3.300 Stunden geschätzt 2,8 Mio. €
5-K-Verbund plus Stadt. Krhs. Kiel ¹	Diese wurden nicht gesondert ausgewiesen, da Verhandlung mit Kostenträger für die Übernahme laufen. Teuer beschafftes Plasma, Transport Plasma und Anmietung zusätzlicher Zentrifugen: ca. 15.000 €.	entgangener Erlös von rd. 1,75 Mio. € Krisenorganisation ca. 10.000 € zus. Ambulante Versorgung (Zusatzpersonal) 18.600 € + 35 amb. Fälle nicht abrechenbar 5.250 € Mehrerleistungsabschlag - 23.260 €	Nur RD: zusätzlicher Personalaufwand von rd. 20.000 € Organisation zusätzlicher Kapazitäten ca. 3.000 €, 250 T€ Erlösausfall	innerhalb der Kliniken geregelt	1,76 Mio. €
DIAKO Flensburg	Verlegung ins DIAKO - somit keine Kosten	36.000 €	Krisenstab 2.500	zusätzliche Personalkosten ca. 60.000 €	400 T€
Malteser Krhs. Flensburg	18.409 €	2.154 €	kann nicht spezifiziert werden relativ hoch, kann aber im Moment nicht in € beziffert werden	600 Überstunden - ca. 20.000 €	70 T€
Klinik Preetz	voraussichtlich keine	Kosten für Isolations- und Hygienemaßnahmen und zusätzliche Labordiagnostiken	Bildung spezieller Isolationsbereiche und Rufbereitschaften.	kann nicht spezifiziert werden	54 T€
Klinikum NF	wurden nicht gesondert ausgewiesen, da Verhandlung mit Kostenträger für die Übernahme laufen	Erlösausfälle - nicht genau beziffert	Personal aufwand sehr hoch - nicht genau beziffert	22.085 € durch Überstunden	24 T€
Sana OH Schön Klinik Neustadt	k.A.	Nicht bestätigte EHEC-Fälle wird Isolation nicht bezahlt 260 €/Tag	260 €/Tag und mikrobiologische Untersuchungen zu je 35 € zus. Personal in Intensiv, Notfallaufnahme und 2. Quarantänestation 50.000 - 60.000 €	1,5 bis 2 VK - Externe Kräfte wurden nicht benötigt	k.A.
St. Adolf Stift Reinbek	Vergütung wirtschaftlich akzeptabel (keine HUS-Patienten behandelt), wenn Verhandlungen mit Kostenträgern positiv verlaufen.	Erlösausfälle - 150.000 €	Personal aufwand sehr hoch - nicht genau beziffert	zusätzliches Personal nur im Bereich der Hygiene	k.A.
Sana Lübeck	keine angefallen				210 T€

1: Zum 5-K-Verbund gehören folgende Kliniken: Klinikum Itzehoe, WKK Heide, Imland-Kliniken, FEK Neumünster, Klinikum Bad Bramstedt