

# report schleswig-holstein

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Okt. 2011

# ersatzkassen

## Öffentlich-rechtlicher Rettungsdienst in Schleswig-Holstein **Das bestehende System hat sich bewährt**

**Ende dieses Jahres feiert der Rettungsdienst in Schleswig-Holstein ein kleines Jubiläum. Im November ist es 20 Jahre her, dass der Landtag erstmals ein Rettungsdienstgesetz verabschiedete – zuletzt wurde es 2001 geändert. Das Gesetz und die entsprechende Durchführungsverordnung geben bis heute den Rahmen für die Notfallrettung und den Krankentransport im Land vor.**

Nach den Vorgaben dieses Gesetzes ist der Rettungsdienst in Schleswig-Holstein grundsätzlich bodengebunden, wird also mit Rettungswagen (RTW) und Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF) über die Straße abgewickelt. Dabei wird in Schleswig-Holstein das Rendezvous-Verfahren praktiziert, bei dem der Notarzt von einem Rettungsassistenten in einem eigenen Fahrzeug zum Einsatzort gefahren wird, wo er sich mit dem RTW und dessen Besat-

### In dieser Ausgabe:

- Qualitätsprüfungen in der Pflege
- Anpassungen bei SAPV
- Kosten der EHEC-Epidemie

zung trifft. So ist der Notarzt flexibler, effizienter und schneller wieder einsetzbar. In Schleswig-Holstein gilt eine Hilfsfrist von zwölf Minuten. Das heißt, in 90 Prozent aller Notfalleinsätze muss spätestens zwölf Minuten nach dem Ende des Notrufs in der Leitstelle ein Notarzt oder ein RTW am Einsatzort eingetroffen sein. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern gibt es keine eigene Hilfsfrist für den Notarzt. Die drei in Schleswig-Holstein und die beiden in Hamburg stationierten Rettungshubschrauber (RTH) sind lediglich eine Ergänzung, auf die die Disponenten in den Leitstellen im Einzelfall zurückgreifen können, wenn

ihr Einsatz erforderlich erscheint. Die Hubschrauber sind in ihren Einsatzmöglichkeiten witterungsbedingt eingeschränkt, denn bei Gewitter, starkem Wind oder schlechter Sicht dürfen die Helikopter aus Sicherheitsgründen nicht fliegen.

Die etwa 100 Rettungswachen in Schleswig-Holstein sind so verteilt, dass planerisch alle von einer Straße zugänglichen Orte im Land innerhalb von zwölf Minuten erreicht werden können. Die Einhaltung der Hilfsfrist wird dokumentiert und streng kontrolliert. Sollte die 90-Prozent-Quote in einer Region dennoch nicht eingehalten werden, wird die Situation überprüft. Das hat in der Praxis dazu geführt, dass an bestehenden Rettungswachen wie z. B. in Lütjenburg zusätzliche Fahrzeuge stationiert wurden. Diese Korrekturen erfolgten immer auf der Grundlage einer Einigung zwischen den Kreisen bzw. kreisfreien Städten als den Trägern des Rettungsdienstes und den Kostenträgern. Die Standorte der 35 bodengebundenen Notärzte sind überwiegend historisch gewachsen und oft an Krankenhäusern angesiedelt. Im Jahr 2010 haben die gesetzlichen Krankenkassen mehr als 120 Millionen Euro für den Rettungsdienst in Schleswig-Holstein ausgegeben.

Aus Sicht der Ersatzkassen hat sich das öffentlich-rechtliche Rettungsdienst-System in den vergangenen 20 Jahren insgesamt gut bewährt. Dennoch gibt es von verschiedenen Stellen immer wieder Initiativen, die Änderungen am bestehenden System erreichen wollen. Zunächst mögen diese Initiativen wie Einzelfälle erscheinen – sie haben aber grundsätzliche Bedeutung, weil sie das sorgsam austarierete Gesamtsystem aus dem Gleichgewicht bringen können. Das jüngste Beispiel dafür ist der Notarzteinsatzhubschrauber „KUNO-SH-01“.

Seit Mitte Juli dieses Jahres sorgt „Kuno“ für Schlagzeilen im Land. Die private Hilfsorganisation „KBA Krankentransporte, Behinderten- und Altenhilfe e. V.“ aus Norderstedt, die im Kreis Segeberg in den öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst eingebunden ist, hat für drei Monate einen Hubschrauber gechartert, um ihn im Testbetrieb als Notarzteinsatzhubschrauber (NEH) – quasi als NEF aus der Luft – einzusetzen. Dafür hat der KBA allerdings keine Vereinbarungen mit den Krankenkassen als Kostenträgern getroffen. Der KBA reklamiert Zeitvorteile gegenüber einem NEF, Kostenvorteile gegenüber einem RTH und eine effektivere Ausnutzung der kostbaren Ressource „Notarzt“.

## DER KOMMENTAR



Dietmar Katzer,  
Leiter der vdek-  
Landesvertretung  
Schleswig-Holstein

### Wildwest in der Luft

„Alles Gute kommt von oben“ besagt ein altes Sprichwort. In Schleswig-Holstein ist das zurzeit anders. Da kommt der „KBA Krankentransporte, Behinderten- und Altenhilfe e. V.“ und präsentiert einen 30 Jahre alten Hubschrauber als Zukunftsmodell für den Rettungsdienst: Den Notarzteinsatzhubschrauber KUNO-SH-01. Begleitet von einer gelungenen medialen Inszenierung und einer aktiven, fast aggressiven PR, die leider zum Teil mit falschen Zahlen und hinkenden Vergleichen operiert, präsentiert sich der KBA in der Öffentlichkeit einmal mehr als selbstloser Wohltäter. Doch was kann und darf dieses Wundergerät eigentlich? Es kann keine Patienten transportieren. Es kann nicht rund um die Uhr eingesetzt werden. Es darf nicht überall fliegen oder landen. Und warum fliegt „Kuno“ überhaupt, ohne dass der KBA einen Vertrag mit den Krankenkassen hat? Weil der Chef vom KBA das so will – und weil

er die Unterstützung vom Norderstedter Oberbürgermeister hat. Norderstedt betreibt für den Kreis Segeberg die Leitstelle des Rettungsdienstes. Der Kreis Segeberg und die Nachbarkreise lehnen den Einsatz von „Kuno“ ab, doch Norderstedts Bürgermeister setzt sich darüber hinweg und weist seine Mitarbeiter in der Leitstelle an, den fliegenden Notarzt zu alarmieren. Ist das nun eine lokale Posse, ein kommunalpolitischer Machtkampf – oder geht es um wirtschaftliche Interessen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung?

Wir sind nicht so vermessen und sagen, dass der Rettungsdienst in Schleswig-Holstein perfekt ist und nicht optimiert werden könnte. Aber der Notarzteinsatzhubschrauber ist von der Sache her dafür nicht geeignet – und das Vorgehen des KBA in dieser Form erst recht nicht. Die Testphase des KBA mit „Kuno“ dauerte bis Ende September. Wir gehen davon aus, dass der KBA und „Kuno“ jetzt auf dem Boden der Tatsachen landen werden – und zumindest „Kuno“ dort auch bleiben wird. Damit gilt dann auch in Zukunft hoffentlich wieder: „Alles Gute kommt von oben“!

Die Krankenkassen können sich dieser Sichtweise nicht anschließen und sehen sich in ihrer Position durch unabhängige Experten bestätigt (siehe auch Interview mit Professor Dörges auf Seite 3). Vielmehr fürchten die Kassen, dass der KBA künstlich einen Bedarf für seinen Hubschrauber erzeugt, um damit „Fakten“ zu schaffen. Grundsätzlich gilt, dass ein NEH kein Rettungsmittel nach dem Rettungsdienstgesetz ist. Außerdem kann ein Helikopter wegen der Einschränkungen durch Witterung und

Dunkelheit prinzipiell kein NEF mit 24-Stunden-Bereitschaft ersetzen. Ein Rettungshubschrauber ist ein zusätzliches, ergänzendes Angebot im Rahmen des Rettungsdienstes, das den Vorteil eines schnellen Transports über längere Strecken bietet. Ein NEH dagegen würde – ohne einen zusätzlichen Nutzen gegenüber einem NEF zu bieten – erhebliche Mehrkosten erzeugen, die an anderen Stellen des Rettungsdienstes eingespart werden müssten.

## Interview mit Professor Volker Dörges zum Rettungsdienst in Schleswig-Holstein



Prof. Dr. Volker Dörges ist an der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel beschäftigt und Sektionsvorsitzender Hamburg/Schleswig-Holstein und stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte (AGNN e. V.)

### ▼ Was spricht aus medizinischer Sicht für und was gegen den Einsatz eines Notarzteinsetzhubschraubers?

▲ Für den Einsatz spricht nichts! Denn bei bestimmten Erkrankungs- oder Verletzungsmustern wie einem ST-Hebungsinfarkt, einem Schlaganfall, einem Schädel-Hirn-Trauma oder einem Polytrauma – also klassischen Notarzteinsetzungen – ist nach aktuellen notfallmedizinischen Erkenntnissen für den weiteren Verlauf nicht der Zeitpunkt entscheidend, wenn der Notarzt eintrifft. Von entscheidender Bedeutung ist vielmehr, dass nach spätestens 90 Minuten mit der indizierten medizinischen Therapie in einer geeigneten Klinik begonnen wird. Diese Daten

stammen aus einem Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung, das als veröffentlichter Standard gilt und weitgehend akzeptiert ist.

In einem Flächenland wie Schleswig-Holstein und angesichts der voranschreitenden Spezialisierung der Krankenhäuser können diese Vorgaben oft nur mit einem Rettungshubschrauber eingehalten werden, der den Patienten direkt in die geeignete Klinik fliegt. Das kann der Notarzteinsetzhubschrau-

ber nicht leisten! Es müsste ein Rettungshubschrauber nachgefordert werden, was wertvolle Zeit und zusätzliches Geld kosten würde. Ein Hubschrauber ohne Transportkapazität ergibt im Rettungsdienst keinen Sinn! Deshalb ist der Notarzteinsetzhubschrauber ein redundantes System und ein medizinisch nicht indizierter Irrweg.

### ▼ Was würde die Etablierung eines NEH am Standort Hartenholm für die etablierten Strukturen des Rettungsdienstes in Schleswig-Holstein bedeuten?

▲ Der Kreis Segeberg ist von der Luftrettung mit vier Rettungshubschraubern abgedeckt, dazu gibt es vier Notarzt-Standorte im Kreis. Jeder Einsatz des Notarzteinsetzhubschraubers würde die Einsatzzahlen – und damit die Einnahmen – der NEF und RTH entsprechend reduzieren. Da deren Vorhaltekosten gleich blieben, würde die Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems abnehmen. In der Konsequenz müssten die Gebührensätze bzw. die Minutenpreise angehoben werden. Nicht nur aus medizinischer Sicht, auch aus ökonomischer Perspektive ist der NEH ein redundantes System – er bietet keinen erkennbaren nachhaltigen Nutzen, würde das Gesamtsystem aber verteuern.

### ▼ Welche Rolle sehen Sie künftig für die Luftrettung in Schleswig-Holstein?

▲ Wegen der oft weiten Wege in unserem Flächenland wird ihre Bedeutung zunehmen. Gerade in entlegenen Bereichen, in denen die Einhaltung der oben beschriebenen 90-Minuten-Frist über die

Straße nicht gewährleistet ist, sollte bei einer entsprechenden Tracerdiagnose von vornherein ein Rettungshubschrauber disponiert werden.

Damit immer ein Rettungshubschrauber für Notfälle einsetzbar ist, müsste eine zentrale Koordinierungsstelle für die Luftrettungsmittel in Schleswig-Holstein eingerichtet werden. Sie kann verhindern, dass alle Hubschrauber gleichzeitig für sogenannte Sekundäreinsätze – also für Verlegungsflüge – benutzt werden und keiner mehr für Primäreinsätze im Notfall zur Verfügung steht.

Ein großer Schritt wäre die Verbesserung der Einsetzbarkeit bei Nacht. In Bayern gab es zwei erfolgreiche mit einem speziell ausgerüsteten Hubschraubermodell. Dies könnte auch bei uns die Schlagkraft und Effizienz der Luftrettung deutlich erhöhen. Für Schleswig-Holstein ist ein Rettungshubschrauber mit 24-Stunden-Bereitschaft ausreichend.

Ein weiterer Punkt betrifft die Politik: Schleswig-Holstein ist das einzige Bundesland, in dem die Luftrettung nicht im Landesrettungsdienstgesetz geregelt ist. Das muss sich ändern!

#### ▼ Wo gibt es aus Ihrer Sicht Potenzial, die derzeitigen Strukturen des Rettungsdienstes in Schleswig-Holstein zu optimieren?

▲ Grundsätzlich ist der Rettungsdienst bei uns im Land gut aufgestellt – auch für den prognostizierten demografischen Wandel. Wir brauchen in Schleswig-Holstein nicht mehr Notärzte, als wir heute haben. Viele der Notarztstandorte sind seit jeher an Krankenhäusern untergebracht. Die Entscheidungsträger haben diese Frage leider oft durch die lokale Brille betrachtet. Mehrere dieser Standorte sind aus heutiger Sicht suboptimal – eine Verlegung vom zentral gelegenen Krankenhaus an den Stadtrand oder an Ausfallstraßen könnte in vielen Fällen die Frist bis zum Eintreffen des Notarztes am Einsatzort erheblich verkürzen.

Auch die Leitstellenstruktur muss sich dringend verändern: Wir brauchen vier bis fünf integrierte regionale Rettungsleitstellen. Da sich einige Kreise bzw. kreisfreie Städte immer noch gegen eine Kooperation sperren, ist in dieser Frage ein Machtwort bzw. eine Entscheidung des Innenministers nötig.

Die Leitstellen müssen für alle medizinischen Hilfesuchen zuständig sein – das schließt ausdrücklich auch den Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung ein, denn viele Einsätze, die heute von Notärzten aus

dem Rettungsdienst versorgt werden, gehören eigentlich in den Bereich des KV-Notdienstes.

#### ▼ Vor welchen Herausforderungen steht der Rettungsdienst in Schleswig-Holstein in den kommenden Jahren – und wie kann man ihnen begegnen?

▲ Wenn das oben beschriebene Optimierungspotenzial ausgeschöpft wird, ist der Rettungsdienst in Schleswig-Holstein für die meisten Herausforderungen gut gerüstet. Von zentraler Bedeutung ist, dass alle Akteure das Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung verinnerlichen und ihr Denken und Handeln an den darin formulierten hohen Anforderungen an die präklinische und innerklinische Notfallversorgung ausrichten.

Der Kostendruck wird weiter steigen – gerade deshalb ist es sinnvoll und notwendig, den bodengebundenen Rettungsdienst und die Luftrettung noch besser zu verzahnen und die Notarztstandorte landesweit unter einsatztaktischen Gesichtspunkten zu überplanen. Beides würde die Leistungsfähigkeit und Effizienz des Rettungsdienstes erhöhen.

Dazu gehört auch, die Aus- und Fortbildung der Notärzte und Rettungsassistenten weiter zu verbessern. Gerade bei den Rettungsassistenten ist aus meiner Sicht zwingend erforderlich, dass die Ausbildung inhaltlich von Fachärzten geleitet wird.

Es ergibt aus meiner Sicht allerdings keinen Sinn, schon jetzt ein Szenario für das Jahr 2030 zu entwerfen, weil niemand sicher so weit in die Zukunft blicken kann. Sinnvoller wäre es, mit einem kürzeren Zeithorizont zu arbeiten und ein Konzept für 2015 oder 2020 zu entwickeln und es dann jeweils zu überprüfen und kurzfristig anzupassen.



Der Rettungshubschrauber „Christoph Europa 5“ aus Niebüll bei einem Einsatz in St. Peter Ording  
Quelle: DRF Luftrettung

## Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen durch den PKV-Prüfdienst

Mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes am 4. August 2011 erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. Prüfaufträge im Umfang von zehn Prozent zur Durchführung einer Qualitätsprüfung in ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen.

Seit Anfang August befinden sich daher die Landesverbände der Pflegekassen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. in Verhandlungen zum Abschluss einer Vereinbarung über die Beteiligung des PKV-Prüfdienstes. Die Vereinbarung soll sicherstellen, dass der PKV-Prüfdienst bei der Durchführung der Qualitätsprüfungen und den damit zusammenhängenden Prozessen und Verfahren dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nord gleichgestellt ist.

Damit eine einheitliche Bewertung der Prüfkriterien gewährleistet ist, wird der MDK Nord die ersten fünf Prüfungen des PKV-Prüfdienstes begleiten. Diese Vorgehensweise soll ebenfalls in Hamburg vereinbart werden. Nach Abschluss der zehn Prüfungen findet ein gemeinsames Gespräch des MDK Nord mit dem PKV-Prüfdienst unter Moderation der Landesverbände der Pflegekassen statt, um unterschiedliche Vorgehensweisen während einer Prüfung abzustimmen.

Die aus den Prüfungen resultierenden Ergebnisse der Transparenz werden vom PKV-Prüfdienst auf der

Grundlage der Transparenzvereinbarungen eigenständig an die Datenclearingstelle weitergeleitet. Ob es bei der Weitergabe der erforderlichen Daten des PKV-Prüfdienstes Schnittstellenprobleme im Bereich der EDV mit der Datenclearingstelle geben wird, bleibt dabei abzuwarten.

Nichts geändert hat sich hingegen bei der Entscheidung, welche Maßnahmen nach einer Prüfung zu treffen sind, wenn Qualitätsmängel festgestellt wurden. Auch wenn die Prüfung durch den PKV-Prüfdienst durchgeführt wurde, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers, welche Konsequenzen die festgestellten Qualitätsmängel haben.

Um die gesetzliche Änderung möglichst schnell umzusetzen, haben die Landesverbände der Pflegekassen in Schleswig-Holstein dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Prüfaufträge für jede zehnte Pflegeeinrichtung übersandt, die im Jahr 2011 bis zum 1. September noch nicht durch den MDK Nord geprüft worden war.

Die Landesvertretung Schleswig-Holstein des vdek hofft, dass die Beteiligung eines zweiten Prüfdienstes für Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein ohne größere Probleme und Schwierigkeiten – insbesondere in den Einrichtungen – verlaufen wird.

## Anpassungen bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Zum 1. Juli 2009 schlossen die schleswig-holsteinischen Krankenkassen / -verbände und Palliativnetze die ersten Verträge über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) von Schwerstkranken in der Lebensendphase nach §§ 132d ff. SGB V. Zum 1. Oktober 2010 wurde dann in der letzten von acht Regionen der gleichlautende, kassenartenübergreifende Vertrag geschlossen. So war eine flächendeckende Versorgung in Schleswig-Holstein

sichergestellt. Dabei wurden die acht Regionen in enger Abstimmung mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit festgelegt.

Da die SAPV in Schleswig-Holstein damals zum ersten Mal vertraglich geregelt wurde, einigten sich die Verhandlungspartner darauf, die Verträge und die Vergütung nach einem Jahr zu überprüfen. Von Oktober 2010 bis Mai 2011 gab es darüber intensi-

ve Gespräche zwischen den Vertretern der Krankenkassen / -verbände und den acht Palliativnetzen. Anfang Mai wurden dann rückwirkend zum 1. Januar 2011 mit allen beteiligten Palliativnetzen ein Änderungsvertrag sowie die Neugestaltung der Vergütungstabelle für die Abrechnung der geeinten Leistungspauschalen unterzeichnet.

Wesentliche Änderung bei der Neugestaltung der Vergütungstabelle ist die Zusammenführung der additiven Teilversorgung und der vollständigen Versorgung in die SAPV. Unterschiedliche Auffassungen bei der Beurteilung von additiver Teilversorgung und vollständiger Versorgung hatten in der Vergangenheit immer wieder zu Unstimmigkeiten zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen geführt. Durch die Veränderung der Vergütungstabelle hat sich die Zusammenarbeit mit den Palliativnetzen wesentlich verbessert.

Für die Versorgung von schwerstkranken Kindern und Jugendlichen wurde eine gesonderte Vergütung mit dem Palliativnetz der DRK-Heinrich-Schwesterschaft e.V. abgeschlossen. Die Schwesterschaft betreut pro Jahr etwa 25 Patienten in ganz Schleswig-Holstein. Wegen der geringen Fall-

zahlen und des großen Einzugsgebietes haben die Verhandlungspartner eine individuelle Vergütungstabelle ebenfalls zum 1. Januar 2011 vereinbart, die den speziellen Anforderungen gerecht wird.

Trotz der flächendeckenden Versorgung, der angepassten Verträge und der neuen Vergütungsvereinbarungen gibt es noch zwei Problemregionen in Schleswig-Holstein. Sowohl in der Region Kiel als auch in der Region Herzogtum Lauenburg / Stormarn gibt es jeweils zwei von einander unabhängige Palliativnetze. Um eine bedarfsgerechte Versorgung, die gesetzlich vorgeschrieben ist, sicherzustellen, haben die Krankenkassen / -verbände mit jeweils einem der beiden Palliativnetze Verträge abgeschlossen. In beiden Regionen haben Vertreter der Krankenkassen zudem Kooperationsgespräche zwischen den jeweiligen Netzen moderiert, damit möglichst viele Ärzte mit Aus- und Weiterbildung im Palliativbereich sowie ambulante Pflegedienste an der Versorgung der schwerstkranken Menschen teilnehmen. Während die Kooperationsgespräche in der Region Herzogtum Lauenburg / Stormarn in vollem Gange sind, können die Gespräche in der Region Kiel aktuell als gescheitert angesehen werden.

## Die Kosten der EHEC-Epidemie

Schleswig-Holstein hatte während der diesjährigen EHEC-Epidemie mehr Krankheitsfälle zu bewältigen als jedes andere Bundesland. Hier wurden 966 EHEC-Erkrankungen gezählt und 205 Fälle mit dem Hämolytisch-urämischem Syndrom (HUS). Bis zum 2. August, als das Gesundheitsministerium in Kiel den EHEC-Ausbruch für beendet erklärte, gab es elf registrierte Todesfälle.

Zahlen des Kompetenzzentrums für das Meldewesen übertragbarer Krankheiten am Institut für Infektionsmedizin zeigen, dass in 85 Prozent der EHEC-Erkrankungen und bei 92 Prozent der HUS-Fälle eine Einweisung in eine Klinik erfolgte. EHEC und HUS betrafen also fast ausschließlich den stationären Bereich.

Während der Epidemie kümmerten sich alle Akteure im Gesundheitswesen mit großem Einsatz um die Versorgung der Erkrankten und um die Aufklärung der Infektionswege. Erst als diese medizinische Herausforderung bewältigt war, ging es um die Kosten-

frage. Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) reklamierte einen Verlust von mindestens 2,8 Millionen Euro durch zusätzliche Sach- und Personalkosten, den Mehrerlösausgleich bei den Zusatzentgelten sowie durch entgangene Erlöse wegen Bettensperrungen für EHEC-Patienten. Die 5-K-Kliniken sowie das Städtische Krankenhaus Kiel erwarteten einen wirtschaftlichen Schaden von zusammen mehr als 1,75 Millionen Euro.

„Wir lassen kein Krankenhaus in Schleswig-Holstein im Regen stehen“, hatte Dietmar Katzer, Leiter der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein, schon im Juni gesagt – und dieses Wort gilt. Die Ersatzkassen hatten früh erklärt, die Kosten für die Behandlung der EHEC- und HUS-Patienten ohne Einzelfallprüfung zu übernehmen.

Die Gesundheitsministerkonferenz beschloss Ende Juni einstimmig, dass die Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände im Rahmen der Verhandlungen mit den betroffenen Krankenhäusern darü-

ber hinaus auch für eine Kompensation sorgen sollten, wenn planbare Operationen wegen der Behandlung von EHEC- und HUS-Patienten abgesetzt oder verschoben werden mussten. Erst wenn diese Verhandlungen ergebnislos verlaufen, sollte der Gesetzgeber nach anderen Möglichkeiten suchen, hieß es.

Anfang September befasste sich der Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtags mit den Auswirkungen der EHEC-Epidemie. Zu dieser Anhörung waren u. a. Vertreter des vdek, der Krankenhausgesellschaft (KGSH) und der Kassenärztlichen Vereinigung (KVSH) geladen.



Der vdek bei der EHEC-Anhörung im Sozialausschuss: Armin Tank, Referatsleiter ambulante Versorgung (r.), Ludger Buitmann, Referatsleiter stationäre Versorgung. Im Hintergrund Dr. Ingeborg Kreuz, Vorstandsvorsitzende der KVSH

Die KGSH geht mittlerweile von einer Zusatzbelas-

tung von mehr als fünf Millionen Euro für die betroffenen Krankenhäuser aus, für die die gesetzlichen Krankenkassen nach dem geltenden Recht der Krankenhausfinanzierung nicht aufkommen müssen – und es auch nicht dürfen, weil das Entgeltsystem in Deutschland auf den im Vorwege kalkulierten DRG-Fallpauschalen basiert.

Aufgrund der Ausnahmesituation in diesem Jahr haben die gesetzlichen Krankenkassen in Schleswig-Holstein angekündigt und teilweise schon vereinbart, auf Mehrerlösausgleiche, die auf die Behandlung von EHEC- und HUS-Patienten zurückzuführen sind, zu verzichten und alle Fälle ohne eine Prüfung über das DRG-System zu finanzieren. Die Krankenkassen erwarten dafür entsprechende Nachweise. Dagegen bleibt es aus Sicht des vdek dabei, dass die gesetzlichen Krankenkassen „Ausfallgeld“ bzw. entgangene Einnahmen aus verschobenen planbaren Operationen nicht finanzieren werden. Wie groß diese Einnahmeverluste tatsächlich sind, kann ohnehin erst mit dem Jahresabschluss des jeweiligen Krankenhauses dargelegt werden. Denn viele der im Mai, Juni und Juli

wegen EHEC abgesagten Operationen können im weiteren Verlauf des Jahres nachgeholt worden sein. Eine weitere Zahl zur Einordnung der EHEC-Epidemie: Gemessen an der für 2011 erwarteten Zahl von 98.000 stationären Fällen am UKSH machen die EHEC- und HUS-Patienten gerade einmal 0,3 Prozent des Gesamtaufkommens aus.

Nach Angaben der KVSH war der EHEC-Ausbruch auch im ambulanten Bereich deutlich spürbar. Dabei waren die niedergelassenen Ärzte vor allem mit einem erhöhten Beratungs- und Aufklärungsbedarf der Patienten konfrontiert, weil viele Menschen verunsichert waren. Wenn sie Symptome aufwiesen, die auch durch eine EHEC-Infektion verursacht worden sein könnten, suchten sie vermehrt einen Arzt auf, der in den meisten Fällen jedoch Entwarnung geben konnte. Die

gesetzlichen Krankenkassen sagten auf dem Höhepunkt der Epidemie im Juni zu, dass die Kosten für den PCR-Test bei Verdacht und Diagnose einer EHEC-Infektion für das zweite und dritte Quartal extrabudgetär abgerechnet werden können. Tatsächliche Mehrkosten konnte die KVSH noch nicht beziffern. Bislang ist erst das erste Quartal 2011 abgerechnet, die EHEC-Epidemie erstreckte sich aber über das zweite und dritte Quartal. Nach den Bestimmungen des GKV-Finanzierungsgesetzes muss ohnehin keine Nachvergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen mehr erfolgen, wenn es zu einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs kommt.

Grundsätzlich bleibt also die Frage bestehen, wer bei unvorhersehbaren Ereignissen – wie es die diesjährige Epidemie eines war – für die Kosten aufkommen soll. Die Gesundheitsminister wollen, dass die Zusatzkosten durch EHEC und HUS allein von der Gemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten getragen werden. Die Ersatzkassen empfinden das als ungerecht. Aus Sicht des vdek ist das vielmehr eine Aufgabe der Gesamtgesellschaft.

## Gespräche am Wasser

„Was wird aus dem UKSH?“ hieß es bei der Veranstaltung der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein am 29. September. Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein schiebt einen Investitionsstau von mehr als 700 Millionen Euro vor sich her. Die schwarz-gelbe Landesregierung lotete in einem Markterkundungsverfahren die Möglichkeiten einer vollständigen Privatisierung aus. Im Sommer empfahl der Wissenschaftsrat eine Defusionierung der beiden Standorte Kiel und Lübeck. Und dann stieg auch noch der Siemens-Konzern aus dem im Bau befindlichen Partikeltherapie-Zentrum aus, das ein Leuchtturm-Projekt für das Gesundheitsland Schleswig-Holstein werden sollte. Viele Baustellen also – deshalb die Frage: Was wird aus dem UKSH?

Zu Beginn gab es einen Exkurs nach Hessen. Von dort berichteten der Arzt und Landtagsabgeordnete Dr. Thomas Spies und Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy, ehemaliger Personalchef des Uniklinikums Gießen. Aus Sicht des Abgeordneten war die dortige Fusion und Privatisierung der Unikliniken Gießen und Marburg unzureichend vorbereitet. Vor allem für die Beschäftigten und die Patienten hat sie deutlich mehr Nachteile als Vorteile mit sich gebracht – und auch die Probleme des Landes nicht gelöst.

In Schleswig-Holstein ist die Variante der vollständigen Privatisierung des UKSH mittlerweile vom Tisch. Die Regierungsparteien CDU und FDP schwenkten kürzlich um in Richtung einer öffentlich-privaten Partnerschaft, um den Sanierungsstau abzubauen.

Demnach soll ein privater Investor die Immobilien erwerben und sie sanieren oder neu bauen. Das UKSH mietet die Gebäude zurück, bis sie nach 30 Jahren wieder in das Eigentum des Landes übergehen. Der Betrieb des UKSH bleibt in öffentlich-rechtlicher Verantwortung. Für dieses „Asset-Modell“ gibt es jetzt eine breite Mehrheit im Landtag.

Dennoch gibt es nach wie vor Unterschiede zwischen den Parteien, die in den Redebeiträgen von SPD-Fraktionschef Dr. Ralf Stegner und CDU-Fraktionsvize Tobias Koch deutlich wurden – was sicherlich auch am bevorstehenden Landtagswahlkampf lag. Koch legte seinen Schwerpunkt auf die finanzpolitischen Aspekte und gab der SPD die Schuld an der desaströsen Finanzlage. Stegner warnte vor einer Defusionierung der beiden Standorte, weil die Trennung den Status der Spitzenmedizin in Schleswig-Holstein bedrohen würde. Aus dem gleichen Grund wollte er auch den Siemens-Ausstieg noch nicht als Ende des geplanten Partikeltherapiezenters akzeptieren.



Die Referenten bei den „Gesprächen am Wasser“: von links: Tobias Koch, Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy, Dr. Ralf Stegner, Dr. Thomas Spies. Ganz rechts: Dietmar Katzer, Leiter der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein.

### PERSONALIEN



Der vdek in Schleswig-Holstein hat einen neuen Pressesprecher. Seit Mai 2011 leitet **Florian Unger** das Referat Grundsatzfragen, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit in der Landesvertretung an der Kieler Förde.

Zuvor arbeitete der gebürtige Norddeutsche zehn Jahre lang als Hörfunk- und Fernsehjournalist für den NDR in Schleswig-Holstein und Hamburg.

Nun ist der 41 Jahre alte Diplom-Politologe selbst erster Ansprechpartner für die Medien und wird die Interessen des vdek sowie die Belange der mehr als eine Million Ersatzkassen-Versicherten in der

Öffentlichkeit und gegenüber den Akteuren in der Gesundheitspolitik in Schleswig-Holstein vertreten.

#### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Schleswig-Holstein des vdek  
Wall 55 (Sell-Speicher) · 24103 Kiel  
Telefon: 04 31 / 9 74 41-16  
Telefax: 04 31 / 9 74 41-23  
E-Mail: lv-schleswig-holstein@vdek.com  
www.vdek.com  
Verantwortlich: Dietmar Katzer  
Redaktion: Florian Unger