

LANDESKRANKENHAUSGESELLSCHAFT
THÜRINGEN e.V.

LKHG Thüringen e.V. • Friedrich-Ebert-Str. 63 • 99096 Erfurt

Thüringer Landtag
Haushalts- und Finanzausschuss
Jürgen-Fuchs-Straße 1
99096 Erfurt

THÜR. LANDTAG POST
25.05.2020 14:27

10286/2020

Verband der Krankenhausträger
in Thüringen

Friedrich-Ebert-Straße 63
99096 Erfurt

Telefon:

Telefax:

www.lkhg-thueringen.de

Per E-Mail: poststelle@thueringer-landtag.de

Ihre Nachricht vom	Unsere Nachricht vom	Telefon, Name	Datum
11.05.2020			25.05.2020

Thüringer Gesetz zur Umsetzung erforderlicher Maßnahmen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie (ThürCorPanG)

Hier: Anhörungsverfahren gemäß § 79 der Geschäftsordnung des Thüringer Landtags

Sehr geehrter
sehr geehrte Mitglieder des Haushalts- und Finanzausschusses,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 11. Mai 2020 und die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Beigefügt erhalten Sie unsere Stellungnahme sowie die erforderlichen Formblätter.

Für etwaige Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Geschäftsführer



Den Mitgliedern des
HuFA, InnKA, AfMJV, AfILF, AfSAGG,
AfBJS, AfWWDG, AfEKM



TLT/6266/20/7

Pax Bank eG Erfurt
Kto.: 50 08 18 10 14
BLZ: 370 601 93

USt-IdNr.: DE 242061375
IBAN: DE17 3706 0193 5008 1810 14
BIC: GENODE33PAX

Vereinsregister 669 RG Erfurt
Vorsitzende des Vorstands:

Geschäftsführer:

Thüringer Gesetz zur Umsetzung erforderlicher Maßnahmen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie (ThürCorPanG)/Drucksache 7/686 - Neufassung -

Stellungnahme der Landeskrankenhausesellschaft Thüringen e.V. im Rahmen des Anhörungsverfahrens gemäß § 79 der Geschäftsordnung des Thüringer Landtags

Die Corona-Pandemie hat die Wirtschaft und das Gesundheitswesen vor neue in dieser Dimension noch nie dagewesene Herausforderungen gestellt. Die Krankenhäuser als zentrale Player der öffentlichen Daseinsvorsorge haben sich dabei als verlässliche Partner bewiesen. Dies ist nicht zuletzt auch der hochprofessionellen Arbeit des Krankenhauspersonals, insbesondere in der Medizin und in der Pflege, zu verdanken. Dies verdient großen Respekt und Anerkennung.

Die Krankenhäuser in Thüringen haben in den zurückliegenden Monaten ihre verfügbaren Ressourcen mit absoluter Priorität zur Vorbereitung auf die erwartete COVID-19-Pandemie und zur Versorgung der COVID-19-Patienten eingesetzt. Mit einem beispiellosen Engagement haben sich alle Krankenhäuser auf diese Lage eingestellt und einen ganz wesentlichen Beitrag dafür geleistet, dass die konkreten Auswirkungen der Pandemie in Deutschland insbesondere im Hinblick auf die Mortalität gegenüber den meisten europäischen Staaten weniger gravierend sind. Die Kliniken haben in der ersten Phase der Pandemie gezeigt, dass sie in der Lage sind, flexibel und schnell auf sich verändernde Behandlungsnotwendigkeiten zu reagieren. Dafür mussten sie planbare Behandlungen deutlich reduzieren und in der Konsequenz auch in einem erheblichen Umfang auf Einnahmen verzichten.

Die Landeskrankenhausesellschaft Thüringen begrüßt daher ausdrücklich die Einrichtung des Sondervermögens für die Hilfe zur Überwindung direkter und indirekter Folgen der Corona-Pandemie.

Zu dem Gesetz im Einzelnen:

Zu Artikel 1

Thüringer Gesetz über die Errichtung eines Sondervermögens „Hilfe zur Überwindung direkter und indirekter Folgen der Corona-Pandemie (Thüringer Corona-Pandemie-Hilfefondsgesetz)

Zu § 2

Zweck und Mittelverwendung des Fonds

Ergänzungsvorschlag LKHG zu 4:

Unterstützung von Krankenhäusern, Vereinen... die aufgrund der Folgen der Pandemie und der daraufhin ergangenen staatlichen Maßnahmen erheblich beeinträchtigt sind (...)

Begründung:

Krankenhäuser als Einrichtung der öffentlichen Daseinsvorsorge benötigen eine Unterstützung durch den Freistaat Thüringen, da sie durch die staatlich verordneten Maßnahmen (insbesondere das Aufschieben von Behandlungen) erheblich beeinträchtigt sind. Zwar gibt es einen Schutzschirm des Bundes in Form einer Pauschale pro Tag infolge der staatlich verordneten Freihaltung von Betten für die erwarteten COVID-19-Patienten. Diese deckt jedoch nicht für alle Kliniken die Vorhaltekosten im erforderlichen Umfang ab.

Hinzu kommt, dass die Krankenhäuser insbesondere in den Monaten März und April zunehmend Schutzausrüstung beschaffen mussten und diese infolge der Angebotsverknappung zu teils deutlich höheren Preisen am Markt erwerben mussten.

Das Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz wurde durch das TMASGFF beauftragt, die Beschaffung von Material für die Krankenhäuser zu übernehmen. Das Landesamt für Verbraucherschutz hat mit dem beigefügten Schreiben (Anlage 1) angekündigt, den Krankenhäusern die Kosten in Rechnung zu stellen. Die LKHG regt an, die Leistungen der Krankenhäuser in angemessener Form dahingehend zu honorieren, dass das einschließlich bis 31.05.2020 ausgereichte Schutzmaterial den Krankenhäusern kostenfrei zur Verfügung gestellt wird. Andere Bundesländer, so z.B. die Landesregierung Brandenburg, haben die Krankenhäuser mit kostenloser Schutzausrüstung unterstützt.

Zu Artikel 4

Änderung des Thüringer Gesetzes über die kommunale Doppik

Zu § 40b

Ausnahmeregelungen für das Jahr 2020

Anmerkung LKHG:

Das Laborkonzept des TMASGFF (Anlage 2), wurde von Frau Ministerin Heike Werner in einer Presseinformation des TMASGFF am 5. Mai 2020 vorgestellt. Auf Seite 9 des Konzeptes ist die Finanzierung der Testung von asymptomatischen Personen (Patienten und Beschäftigte) in Thüringer Krankenhäusern vorgesehen, solange und soweit die ordnungspolitische Finanzierungsgrundlage (Finanzierung durch die gesetzlichen Krankenkassen) nicht geklärt ist. Die LKHG begrüßt ausdrücklich die Initiative des TMASGFF und die Aufnahme einer entsprechenden Regelung in dem Laborkonzept, da sie die Krankenhäuser von nicht gedeckten Kosten entlastet und zugleich sicherstellt, dass die Ausweitung von Testungen auf eine finanziell solide Basis gestellt wird.

Leder liegen – trotz mehrfacher Nachfrage der LKHG – keine weiteren Ausführungen oder Verfahrenshinweise zur Finanzierung der Testung vor. Damit ist das Konzept gegenwärtig nicht anwendbar. Ferner sind nach Kenntnis der LKHG offenbar hierfür auch keine Beträge im Haushalt eingestellt worden.

Die LKHG hält daher eine Ausnahmeregelung im Sinne des § 40b für geboten bzw. bittet den Haushaltsausschuss, den Wirtschaftsplan i. d. F. vom 07.05.2020 um die Position „Erstattung der Kosten für Testungen von asymptomatischen Personen in Krankenhäusern“ zu erweitern.

In § 40b Absatz 3 wird zutreffend auf die Sicherstellung der Aufgabenerfüllung aus Gründen des öffentlichen Wohls insbesondere der Daseinsvorsorge und der Gesundheitsversorgung abgestellt.

Die LKHG hält daher mit Verweis auf die vorgenannte Vorschrift die Einbeziehung der Refinanzierung dieser nicht gedeckten Kosten der Krankenhäuser für dringend geboten.

**Zu Artikel 17
Thüringer Gesetz zur Übernahme von Bürgschaften, Garantien
und sonstigen Gewährleistungen zur Stützung der Wirtschaft infolge der Corona-Pandemie
(Thüringer Wirtschaftsstabilisierungsgesetz)**

**Zu § 1
Bürgschaften, Garantien und Gewährleistungen**

Anmerkung der LKHG zu § 1 Absatz 2:

Die besondere Berücksichtigung der öffentlichen Daseinsvorsorge sollte auch dadurch hervorgehoben werden, dass Bürgschaften für Krankenhäuser - unabhängig von ihrer Trägerschaft (da alle Trägergruppen laut KHG dem Gemeinwohl verpflichtet sind und zum Auftrag der Daseinsvorsorge beitragen) – ausgesprochen werden können. Gerade in der Corona-Pandemie hat sich auf eindrucksvolle Weise gezeigt, dass alle Krankenhäuser in Thüringen in unverzichtbarer Weise zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung beitragen.

Dieses besondere Schutzbedürfnis sollte nach Auffassung der LKHG auch in § 1 Absatz 2 mit Bezug auf die Krankenhäuser in Thüringen stärker hervorgehoben werden.

**Zum Wirtschaftsplan
Sondervermögen „Thüringer Corona-Pandemie-Hilfefonds“**

Anmerkung der LKHG zu zum Titel 231 04, Erstattung nach § 21 Abs. 5 i. V. m. Abs. 4 S. 2 KHG:

Zugelassene Krankenhäuser, die mit Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit durch Aufstellung von Betten schaffen oder durch Einbeziehung von Betten aus anderen Stationen vorhalten, erhalten für jedes bis zum 30. September 2020 aufgestellte oder vorgehaltene Bett einmalig einen Betrag in Höhe von 50.000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der von den Ländern angemeldeten Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land zur Weiterleitung an die Krankenhäuser aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Auch in Thüringen haben die Krankenhäuser in Abstimmung mit dem TMASGFF in erheblichem Umfang zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten geschaffen sowie form- und fristgerecht die Zahlungen nach § 21 Abs. 5 KHG für zusätzlich geschaffene Beatmungsplätze beantragt. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern sind in Thüringen jedoch unverständlicher Weise bisher keine Zahlungen an die Krankenhausträger nach § 21 Abs. 5 KHG erfolgt. Dies ist umso weniger nachvollziehbar, da die finanziellen Mittel hierfür nicht vom Land, sondern aus dem Gesundheitsfonds aufzubringen sind.

Wir verweisen hierzu auch auf unser Schreiben an das TMASGFF vom 22.04.2020 (Anlage 3).

Erfurt, den 25. Mai 2020

Vorsitzende des Vorstands

Geschäftsführer

4 Anlagen



Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz
Tennstedter Straße 89 • 99047 Bad Langensalza

Krankenhäuser und Kliniken der Landkreise und
kreisfreien Städte im Freistaat Thüringen

Nur per Mail

Der Vizepräsident

Durchwahl
Telefon
Telefax

COVID19-PSA@lv.thueringen.de

Verteilung der persönlichen Schutzausrüstung (PSA) und Desinfektionsmittel (DM) an Krankenhäuser und Kliniken in den Landkreisen und kreisfreien Städten in Thüringen – Verfahren der Rechnungslegung

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Ihrem Zeichen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die an die Krankenhäuser und Kliniken im Rahmen der COVID-19-Pandemie gelieferten PSA/DM werden durch eine Erfassung der gelieferten und verteilten Waren mittels Liefer- und Ausgabescheinen nachvollziehbar gestaltet.

Auf dieser Grundlage wird das Land den Krankenhäusern und Kliniken als Empfängern von PSA/DM zu einem späteren Zeitpunkt Rechnungen mit einer Kostenumlage auf Basis einer Mischkalkulation stellen. Eine generelle kostenfreie Abgabe der PSA/DM durch den Freistaat ist rechtlich nicht möglich.



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-Mt-18223-01-00
D-PL-18223-02-00

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Mit freundlichen Grüßen

Thüringer Landesamt
für Verbraucherschutz
Tennstedter Straße 89
99047 Bad Langensalza

www.verbraucherschutz-thueringen.de

Bankverbindung:
Landesbank Thüringen
IBAN: DE162706000000444626
BIC: HELADEF320



COVID-19 Labortestungen in Thüringen

Konzept zur Ausweitung von Tests

COVID-19 Labortestungen in Thüringen

Konzept zur Ausweitung von Tests

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Grundlagen der Diagnostik	1
2.1 Direkter Erregernachweis mittels PCR	2
2.2 Direkter Erregernachweis mittels Antigentest	2
2.3 Antikörpertests	3
3. Datengrundlage zur Konzepterstellung	4
4. Ausweitung PCR-Tests	6
4.1 Derzeitige Laborkapazität Thüringen.....	6
4.2 Möglichkeiten zur Steigerung der Kapazitäten.....	6
4.3 Wer soll mittels PCR getestet werden	7
5. Einführung Antikörper-Tests	8
5.1 Antikörper-Schnelltests	8
5.2 Antikörper-ELISA-Tests oder vergleichbare Formate	8
5.3 Wer soll getestet werden?.....	8
6. Kosten	9
6.1 Zusätzliche PCR-Untersuchungen	9
6.2 Antikörper-Tests.....	9
7. Literatur	10

1. Einleitung

Im Dezember 2019 traten in Wuhan, China erstmals gehäuft Atemwegserkrankungen unbekannter Ursache auf. Am 07.01.2020 wurde durch molekularbiologische Untersuchungen ein neuartiges Coronavirus identifiziert und zunächst als 2019-nCoV bezeichnet. Aufgrund der genetischen Verwandtschaft zu SARS-CoV wurde in der Folge der Name SARS-CoV-2 festgelegt und die Erkrankung COVID-19 benannt. Ausgehend von China hat sich SARS-CoV-2 rasch weltweit verbreitet, so dass die WHO am 30.01.2020 eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite deklarierte und den Ausbruch am 11.03.2020 zur Pandemie erklärte.

Coronaviren sind weltweit verbreitet und lösen vorrangig bei Wirbeltieren Erkrankungen aus. Sie können mutieren und in der Folge von Tieren auf den Menschen übertragen (Zoonose). Es existieren sieben humanpathogene Coronaviren: SARS-CoV (seit 2004 eradiziert), MERS-CoV (seit 2012, arabische Halbinsel), SARS-CoV-2 (seit Dezember 2019, Pandemie) sowie vier weitere Coronaviren, die leichte Infektionen der oberen Atemwege auslösen. Die Übertragung erfolgt vor allem per Tröpfcheninfektion. Eine spezifische Therapie oder eine Impfung gegen Coronaviren existiert nicht.

Die Erkrankung COVID-19 äußert sich als respiratorischer Infekt unterschiedlichen Schweregrades. Insbesondere bei älteren Menschen und Personen mit Vorerkrankungen kann es zu einer lebensbedrohlichen Lungenentzündung kommen. Die Inkubationszeit liegt zwischen 1 – 14 Tagen, im Schnitt bei 5 - 6 Tagen. Das Virus wird in den Sekreten der Atemwege ausgeschieden. Es wird geschätzt, dass die Infektiosität von Patienten bereits 2,5 Tage vor Symptombeginn besteht. Abstrichproben des Rachens enthielten vermehrungsfähige Viren bis zum vierten Tag, Sputumproben bis zum achten Tag nach Symptombeginn.

Zur Eindämmung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 wurden bundesweit Maßnahmen erlassen, die eine Einschränkung des öffentlichen Lebens bedeuten. Am 27. März 2020 trat die erste Thüringer Verordnung dazu in Kraft. Am 15.04.2020 wurde in der Telefonschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder ein Beschluss zur schrittweisen Lockerung dieser Maßnahmen ab Mai 2020 gefasst. Ein wichtiger Teilaspekt dieses Beschlusses ist die schnelle Erkennung und Unterbrechung von Infektketten. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor dafür besteht in einer Ausweitung der Testkapazitäten und in einer zielgerichteten Testung zum richtigen Zeitpunkt.

Am 17.04.2020 hat dazu das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein Papier „*Testen, testen, testen*“ – *aber gezielt* veröffentlicht, in dem die Teststrategie des Bundes vorgestellt wird.

Das vorliegende Konzept beschreibt auf Grundlage der Empfehlungen des BMG die Ausweitung von Testkapazitäten auf COVID-19 in Thüringen.

2. Grundlagen der Diagnostik

Für die Diagnostik der COVID-19 Erkrankung stehen grundsätzlich direkte Erregernachweise mittels PCR oder Antigentest sowie der indirekte Nachweis mittels Antikörpertest zur Verfügung.

Alle COVID-19-Tests unterliegen der EU-Richtlinie über In-vitro-Diagnostika (IVD), die derzeit in Europa die Marktzulassung für IVDs regelt. Gemäß dieser Richtlinie können die Hersteller die COVID-19-Tests – als "IVD niedrigen Risikos" – noch selbst zertifizieren (Konformitätserklärung) und auf eine unabhängige Überprüfung der Tests verzichten, bevor sie auf den Markt gebracht werden.

2.1 Direkter Erregernachweis mittels PCR

Aufgrund der raschen Sequenzierung des Erbguts des Erregers wurde bereits Anfang Januar 2020 von der WHO ein Protokoll zum Nachweis der viralen RNA mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) veröffentlicht (Corman et al. Diagnostic detection of 2019-nCoV by real-time RT-PCR). Die PCR ist zum Nachweis der akuten COVID-19 Infektion derzeit die Standardmethode für den direkten Erregernachweis aus Abstrichen des Nasenrachenraumes oder aus Sekreten der unteren Atemwege (Sputum, Trachealsekret, Bronchiallavage). Es sind mittlerweile eine Reihe verschiedener kommerzieller Testkits weltweit verfügbar, darunter auch etliche mit CE IVD Zertifizierung für den europäischen Markt. Eine aktuelle Übersicht über die zur Verfügung stehenden Tests findet sich auf der Internetseite „FIND“ (https://www.finddx.org/covid-19/pipeline/?section=molecular-assays#diag_tab). Zur Überprüfung der Qualität der PCR-Verfahren wird derzeit in Deutschland eine externe Laborvergleichsuntersuchung (Ringversuch) von INSTAND e.V. durchgeführt. Die Laborergebnisse sind bis Ende April 2020 zu melden, so dass eine Auswertung im Mai 2020 zu erwarten ist.

Für die Durchführung der PCR sind geschultes Personal sowie spezielle Laborausstattung und Reagenzien notwendig, z. B. ein Labor der Schutzstufe 2 mit Sicherheitswerkbank der Klasse 2, Tragen von persönlicher Schutzausrüstung (FFP2-Maske, Handschuhe, Schutzkittel, Schutzbrille), Probenaufarbeitungskits zur Inaktivierung der Proben und Aufreinigung der viralen RNA, ggf. Automaten zur Probenvorbehandlung, Realtime-PCR-Cycler, ggf. PCR-Automat. Die Durchführung der Untersuchung dauert je nach Test ca. 4 - 6 Stunden, hinzu kommt Zeit für den Probentransport und die Befunderstellung und -übermittlung, so dass mit einem Ergebnis in der Regel 1 bis 2 Tage nach Probenahme zu rechnen ist.

Als alternative PCR-Testverfahren stehen voraussichtlich ab Mai 2020 PCR-Tests im Kassettenformat mit sehr kurzer Analysendauer (< 1 - 2 h) zur Verfügung. Voraussetzung für die Durchführung ist ein spezielles PCR-Gerät derselben Firma, in dem jeweils nur ein Test abgearbeitet werden kann. Diese Tests können daher nicht mit großem Probendurchsatz durchgeführt werden. Die PCR ist leicht durchzuführen, da alle PCR-Schritte – Probenaufarbeitung, Amplifikation, Detektion – in einer Kartusche ablaufen, in die lediglich die Probe gegeben wird. Daher ist auch kein speziell für PCR geschultes Personal notwendig. Die Probenzugabe für den SARS-CoV-2 Test muss allerdings in einem Labor der Schutzstufe 2 in einer Sicherheitswerkbank stattfinden. Es muss PSA getragen werden (FFP2-Maske, Handschuhe, Schutzkittel, Schutzbrille).

2.2 Direkter Erregernachweis mittels Antigentest

Antigentests als sogenannte „Schnelltests“ mit einer Testdauer bis zu 30 min. für den direkten Erregernachweis in der ärztlichen Praxis befinden sich in Entwicklung, sind aber zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht ausreichend validiert. Sie dürften aufgrund bestehender

Erfahrungen mit Influenza-Antigentests erwartungsgemäß deutlich weniger sensitiv sein als PCR-Tests, weshalb mit einer größeren Zahl falsch negativer Ergebnisse zu rechnen ist. Kreuzreaktionen mit humanen Coronaviren, die harmlosen Schnupfen auslösen, müssen ausgeschlossen werden (WHO April 2020). Ggf. könnten Antigentests künftig zu einer Entlastung der Laborkapazität für PCR-Testungen beitragen.

2.3 Antikörpertests

Die Produktion von Antikörpern gegen SARS-CoV-2 zeigt eine immunologische Auseinandersetzung des Menschen mit dem Erreger an. Antikörper (Klassen IgA, IgM und IgG) werden im Verlauf einer COVID-19 Erkrankung frühestens im Verlauf der zweiten Krankheitswoche gebildet und sind daher in der Regel erst 12 bis 14 Tage nach Symptombeginn im Blut nachweisbar. Der Antikörpernachweis ist daher nicht für die Frühdiagnostik einer bestehenden Infektion geeignet. Es ist davon auszugehen, dass der Nachweis von IgG-Antikörpern eine Immunität gegenüber SARS-CoV-2 bedeutet, d. h. ein Schutz vor einer Neuinfektion besteht. Dies muss allerdings noch durch Studien belegt werden. Wie lange IgG-Antikörper nach einer SARS-CoV-2 Infektion im Blut persistieren und die damit verbundenen Immunität anhält ist derzeit noch nicht bekannt.

Der Nachweis von Antikörpern gegen SARS-CoV-2 im Blut als indirekter Nachweis von COVID-19 kann zu folgenden Zwecken sinnvoll sein:

- Diagnosestellung im späteren Stadium der Infektion bei bereits negativer PCR. In diesem Fall hat neben dem Nachweis von IgG- auch der Nachweis von IgA/IgM-Antikörpern als Hinweis auf eine frische Infektion eine Bedeutung. Diese Indikation spielt grundsätzlich nur eine untergeordnete Rolle und wird daher bei der Erstellung dieses Konzeptes nicht weiter betrachtet.
- Feststellung der Immunität einer Person (IgG-Antikörper), insbesondere auch bei atypischen oder asymptomatischen Krankheitsverläufen
- Epidemiologische Studien (IgG) zur Erfassung asymptomatisch infizierter und damit Feststellung der Durchseuchung der Bevölkerung. Das ist notwendig für die Berechnung wichtiger epidemiologischer Parameter wie Letalität oder Attack Rate.
- Im Rahmen der Testung von Impfstoffen zum Nachweis des Impferfolgs (IgG).

Zum Antikörpernachweis sind folgende Testformate verfügbar:

■ *Neutralisationstest*

Dieser Test weist aktive, sog. neutralisierende Antikörper im Blut nach, die eine Immunität bedeuten. Der Nachweis erfolgt durch Hemmung der Virusvermehrung in einer Zellkultur. Das Ergebnis ist nach 3 bis 5 Tagen zu erwarten.

Vorteil: Sicherer Nachweis einer Immunität (Goldstandard)

Nachteil: aufwändig, lange Dauer, Durchführung nur in Speziallaboren (Labor der Schutzstufe 3 notwendig).

■ *Enzym-Immuno-Assay (ELISA) oder vergleichbare Verfahren*

Nachweis oder Fehlen von Antikörpern gegen SARS-CoV-2 im Serum, Bestimmung verschiedener Antikörperklassen (IgA, IgM oder IgG), qualitativer oder quantitativer

Antikörper-Nachweis, Durchführung in einem Labor, verschiedene kommerzielle Kits mit CE IVD Zertifizierung verfügbar, Automatisierung möglich, Testdauer 1 – 5 Stunden

Vorteil: weit verbreitete Labormethode, automatisierte Abarbeitung großer Probenmengen möglich

Nachteil: Blutentnahme notwendig, Versand an ein Labor, ausführliche Validierung von Testkits ausstehend, derzeit begrenztes Kontingent an Testkits aller Firmen

■ *Schnelltest*

qualitativer Nachweis von IgM und IgG-Antikörpern mittels Lateral Flow Assay, Testdauer bis 30 min., diverse kommerzielle Tests verfügbar

Vorteil: Blut aus Fingerbeere, keine venöse Blutabnahme notwendig, vor Ort in Arztpraxis durchführbar (Point-of-Care Test)

Nachteil: geringe Sensitivität und Spezifität, Validierung ausstehend, kein quantitativer IgG-Antikörpernachweis möglich

Anforderungen an Antikörpertests (IgG-Nachweis):

- Hohe Spezifität: es darf nur eine geringe Anzahl falsch positiver Ergebnisse generiert werden, da dies zur fälschlichen Annahme einer bestehenden Immunität führen würde. Für eine hohe Spezifität ist die Auswahl des eingesetzten viralen Antigens entscheidend. Es darf insbesondere keine Kreuzreaktion mit anderen, in Europa zirkulierenden Coronaviren zeigen.
- Hohe Sensitivität: es darf nur eine geringe Anzahl falsch negativer Ergebnisse generiert werden, da in diesem Fall eine bestehende Immunität nicht erkannt wird.
- Nachgewiesene IgG-Antikörper sollten neutralisierenden Antikörpern entsprechen, da nur dann eine mögliche Immunität ausreichend gesichert ist. Entscheidend hierfür ist die Auswahl des eingesetzten viralen Antigens.

3. Datengrundlage zur Konzepterstellung

Anzahl Pflegekräfte in Thüringen

Ende 2017 arbeiteten knapp 21.000 Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen, hinzu kommen rund 12.000 Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten

Anzahl med. Personal in Krankenhäusern (Angaben laut TLS)

Ende 2017 waren knapp 17.300 Ärzte und Pflegepersonal in Krankenhäusern tätig.

Anzahl Bewohner Pflegeheime

Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen: rund 25.000;

Einzug in eine Pflegeeinrichtung aus Krankenhaus, Rehaeinrichtung oder Häuslichkeit: monatlich ca. 800 Personen;

Einzug in Kurzzeitpflege: monatlich ca. 890 Personen

Rückkehr aus einer Krankenhausbehandlung bzw. Reha (Annahme: 2 x pro Jahr je Pflegebedürftigem): monatlich ca. 4.180 Personen

Gesamtaufnahme Pflegeeinrichtungen in Thüringen pro Monat: 5.870, d.h. ca. 1.500 pro Woche

Anzahl Personen mit akutem respiratorischem Infekt (ARE) in Thüringen außerhalb Influenza-Saison

Daten dazu lassen sich schätzen anhand der Influenza-Surveillance der Arbeitsgemeinschaft Influenza <https://influenza.rki.de/>. Die Konsultationsinzidenz ist die Anzahl der sich in den Arztpraxen vorstellenden Patienten mit ARE pro 100.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe (Erstkonsultation) angegeben pro Woche.

Die Konsultationsinzidenzen liegen in Thüringen in den Sommermonaten zwischen 500 und 1000 Konsultationen (aller Altersgruppen) pro 100.000 Einwohner. In Bezug auf die Einwohnerzahl von Thüringen in Höhe von 2.143.145 (2018) ergeben sich daraus etwa 10.700 – 21.400 Arztbesuche wegen ARE pro Woche.

Die Gesamtzahl der Personen mit ARE dürfte allerdings deutlich höher liegen, da bei leichten Infekten (Schnupfen) nicht jeder Erkrankte einen Arzt aufsucht. Hier sind Daten aus dem GrippeWeb <https://grippeweb.rki.de/> hilfreich. GrippeWeb ist ein Web-Portal, das seit März 2011 in Deutschland die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen beobachtet und dazu Informationen aus der Bevölkerung selbst verwendet (ca. 8.000 Teilnehmer). GrippeWeb erfasst, welcher Anteil der Gesamtbevölkerung Woche für Woche an einer akuten Atemwegsinfektion erkrankt ist und welcher Anteil mit solch einer Erkrankung eine ärztliche Praxis aufgesucht hat. In den Sommermonaten außerhalb der Influenza-Saison suchen ca. 15 – 20 % der ARE Erkrankten einen Arzt auf (Epid Bull 06. Juli 2017). Unter Berücksichtigung der Konsultationsinzidenz ergeben sich für Thüringen rund 53.000 bis 143.000 Personen mit ARE pro Woche.

Vermutete Durchseuchung der Thüringer Bevölkerung mit SARS-CoV-2 (Prävalenz)

In Thüringen sind mit Stand 20.04.2020 knapp 2.000 Erkrankungen COVID-19 gemeldet wurden, dies entspricht knapp 1 Promille der Bevölkerung. Bei einer angenommen 9fach höheren Dunkelziffer entsprechend der österreichischen Hochrechnung (Hirk et al. 2020) dürfte zu diesem Zeitpunkt ca. 1% der Bevölkerung durchseucht sein.

Positiver prädiktiver Wert (PPV) eines Tests

Der positive prädiktive Wert oder positive Vorhersagewert ist ein Parameter zur Einschätzung der Aussagekraft von medizinischen Testverfahren. Er gibt an, wie viele Personen, bei denen eine bestimmte Krankheit mittels eines Testverfahrens festgestellt wurde, auch tatsächlich krank sind. Der PPV ist von der Prävalenz der Erkrankung abhängig. Er wird wie folgt berechnet:

$$PPV = 100 (SEN \times PRÄ) / (SEN \times PRÄ + ((1-SPE) \times (1-PRÄ)))$$

mit: SEN=Sensitivität; PRÄ=Prävalenz; SPE=Spezifität

Bei einem SARS-CoV-2 IgG-Antikörpertest mit einer angenommenen hohen Sensitivität und Spezifität von 99 % ergibt sich bei einer Prävalenz von COVID-19 von 1 % ein PPV von 50 %. Das bedeutet, dass jeder zweite positive Test falsch positiv ist. Bei einer Prävalenz der Erkrankung von 10 % beträgt der PPV 92 %, d.h. weniger als jeder zehnte Test ist falsch positiv. Bei einer Prävalenz von 4 % / 8 % beträgt der PPV 80 % / 90 %.

Bei einer niedrigen Prävalenz der COVID-19 Erkrankung in der Bevölkerung spielt der positive prädiktive Wert eine entscheidende Rolle bei den Überlegungen zur Einführung von Antikörpertests.

4. Ausweitung PCR-Tests

4.1 Derzeitige Laborkapazität Thüringen

Die mikrobiologischen Labore in Thüringen sind im Rahmen der Aufsicht nach § 51 IfSG dem TLV, Dezernat 31 bekannt. Im März 2020 wurden diese Labore befragt, ob sie eine Diagnostik auf SARS-CoV-2 anbieten. Dies bejahten 7 Labore. Diese wurden in der Folge wöchentlich befragt nach Anzahl durchgeführter Tests, Testkapazität für die nächste Woche, aktuellen Problemen/Engpässen. Ende März 2020 kamen 2 weitere Labore hinzu. Es besteht kein Überblick über die Anzahl Thüringer Proben, die von Thüringer Ärzten, Krankenhäusern oder Laboren an Labore anderer Bundesländer gesandt werden.

Mit Stand 16.04.2020 führen 9 Thüringer Labore PCR-Tests auf SARS-CoV-2 durch. In der Woche 9.4.2020 – 16.4.2020 wurden in Thüringen knapp 11.000 PCR-Test durchgeführt (Vorwoche 12.200). Die tägliche Testkapazität beträgt 3.600 Tests. Die meisten Labore führen Tests an 6 oder 7 Tagen die Woche durch, so dass sich eine **wöchentliche Testkapazität von rund 24.000 Tests** ergibt. Derzeit ist diese Kapazität nur rund zur Hälfte ausgelastet.

4.2 Möglichkeiten zur Steigerung der Kapazitäten

- TLV, Abt. 5 Veterinäruntersuchung: Testkapazität ca. 100 Tests/Tag; geplanter Beginn ab KW 17

In der Abteilung 5, Veterinäruntersuchung des TLV sind die räumlichen, gerätetechnischen und personellen Voraussetzungen zur Durchführung der SARS-CoV-2 PCR gegeben. Zurzeit befinden sich Mitarbeiter aus Abt. 5 in Einarbeitung in der Abteilung 3 des TLV. Zukünftig soll die Probenaufarbeitung und die Durchführung der PCR zusätzlich in Abt. 5 als Dienstleistung für die Abt. 3 erfolgen. Es werden dabei die gleichen Protokolle verwendet. Die Erfassung der Proben im Labordatensystem sowie die Befundung erfolgt in Abt. 3.

- PCR-Kassettentests:

Voraussichtlich ab Mai 2020 Verfügbarkeit eines neuen PCR-Kassettentest; Labore, die dieses System bereits verwenden, könnten auch Corona-Tests durchführen, je nach Anzahl der Labore und Gerätegröße ca. 100 – 300 Tests täglich

Voraussichtlich ab Mai 2020 Verfügbarkeit eines weiteren Covid-19-Tests als PCR-Kassettensystem, Testdauer 2 h, Kapazität 10 Tests in 24 h pro Gerät bei 24 h Bedienung.

Diese Systeme wären für kleinere Krankenhauslabore ohne großen Durchsatz interessant. Derzeit steht die CE-IVD Zertifizierung noch aus.

Mögliche künftige PCR-Testkapazität Thüringer Labore: kurzfristig ca. 4.000 Tests / Tag, ca. 25.000 Tests / Woche; langfristig ca. 5.000 Tests / Tag, ca. 30.000 Tests / Woche.

4.3 Wer soll mittels PCR getestet werden

Ziel der PCR-Testung ist die frühzeitige Diagnosestellung zur Unterbrechung von Infektketten, zum Schutz besonderer Risikogruppen (ältere Menschen, Menschen mit Vorerkrankungen) sowie zur Aufrechterhaltung des Gesundheitswesens.

Folgende Personengruppen sollen mittels PCR auf SARS-CoV-2 getestet werden:

1) Symptomatische Personen:

- a) Akute respiratorische Symptome + COVID-19 Kontakt bis 14 Tage vor Erkrankungsbeginn
- b) Virale Pneumonie + Zusammenhang mit Häufung in Pflegeeinrichtung oder Krankenhaus
- c) Virale Pneumonie ohne Alternativdiagnose
- d) Akute respiratorische Symptome + Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis oder Krankenhaus
- e) Akute respiratorische Symptome + Zugehörigkeit zur Risikogruppe
- f) Akute respiratorische Symptome + Mitarbeiter in systemrelevantem Bereich
- g) Akute respiratorische Symptome + Bewohner oder Mitarbeiter in Gemeinschaftseinrichtung wie JV, Asylunterkunft, Kinderheim, Behindertenheim
- h) Akute respiratorische Symptome + Wohnort in Kreis mit hoher akuter Inzidenz

2) Asymptomatische Personen, Screening 1 – 2 x pro Woche:

- a) Mitarbeiter in Krankenhäusern sowie stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, die COVID-19 Patienten betreuen
- b) Mitarbeiter besonders gefährdeter Bereiche in Kliniken (z. B. ITS, Hämato-Onkologie, Geriatrie)
- c) Mitarbeiter in Krankenhäusern sowie stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen in Kreisen mit hoher akuter Inzidenz
- d) Neu- und Wiederaufnahmen in Pflegeeinrichtungen (je zweimalig vor Aufnahme sowie an Tag 5 und 8 danach)
- e) Mitarbeiter und Bewohner in Pflegeeinrichtungen mit COVID-19 Fall + Kontakt
- f) Mitarbeiter, Bewohner, Patienten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen mit COVID-19 Ausbruch + Kontakt

Da Infektionen oftmals asymptomatisch oder nur mit leichten unspezifischen Symptomen verlaufen, kann das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion nur sicher durch einen Labortest nachgewiesen werden. Um insbesondere in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen infiziertes Personal mit leichten Symptomen oder ohne Symptomatik festzustellen, kann ein regelmäßiges Screening der Mitarbeiter (z. B. 2 x pro Woche) sinnvoll sein. Allerdings bestehen hier auch Nachteile: Es sind falsch negative Ergebnisse zu erwarten, da der Untersuchungszeitpunkt evtl. zu früh im Krankheitsablauf liegt. Außerdem ist mit hohen

Probenzahlen und entsprechenden Kosten zu rechnen. Daher sollte ein solches Screening risikoadaptiert erfolgen.

5. Einführung Antikörper-Tests

Der Stellenwert der Antikörpertests zur Bestimmung der Immunität ist noch nicht geklärt. Wissenschaftliche Untersuchungen werden derzeit ausgewertet. In Deutschland läuft gegenwärtig eine Studie der Universität Bonn unter Federführung von Prof. Streeck im besonders betroffenen Landkreis Heinsberg (Gemeinde Gangelt). Eine erste Auswertung hat dort eine Durchseuchung der Bevölkerung von 15 % ergeben (siehe Mitteilung im Deutschen Ärzteblatt). Das RKI plant zeitnah drei serologische Studien in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (siehe RKI Pressemitteilung). Erste Ergebnisse werden bereits im Mai 2020 erwartet. Das BMG plant darüber hinaus regelmäßige Sentinel-Testungen repräsentativer Personengruppen. Auch die WHO empfiehlt die Durchführung von Antikörperbestimmung nur im Rahmen von Studien.

5.1 Antikörper-Schnelltests

Verfügbare Antikörper-Schnelltests auf IgM und IgG-Antikörper sind nicht ausreichend validiert und weisen generell eine zu geringe Sensitivität und Spezifität auf. Sie treffen weder eine Aussage zur Infektiosität noch verlässlich zur Immunität der jeweiligen Person. Sie werden daher derzeit von der WHO, vom RKI und auch vom TLV nicht empfohlen.

Auch in Großbritannien wurden diese Tests als nicht geeignet bewertet (Iacobucci).

5.2 Antikörper-ELISA-Tests oder vergleichbare Formate

Es sind in Deutschland verschiedene kommerzielle Tests verfügbar.

Die Laborabfrage der Thüringer Labore vom 16.04.2020 hat ergeben, dass 3 Labore bereits Antikörpertests durchführen und 4 weitere Labore die Einführung planen. Alle Labore berichten, dass die Belleferung mit Testkits bei allen Herstellern nur mit eingeschränkten Mengen erfolgt.

5.3 Wer soll getestet werden?

Es wird nur die Indikation Immunitätsbestimmung mittels ELISA-Tests betrachtet. Aufgrund derzeit fehlender Studien und unklarer Aussagekraft der Tests, des niedrigen positiven prädikativen Werts der Testkits bei niedriger Prävalenz von COVID-19 (siehe Punkt 3) und begrenzter Testkapazitäten wird die Antikörpertestung derzeit für folgende Personengruppen empfohlen:

- a) Mitarbeiter in Krankenhäusern (Level 1 und Level 2 Kliniken nach Thüringer Versorgungskonzept) und stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, die COVID-19 Patienten betreuen.

Bei dieser Personengruppe ist eine höhere Prävalenz als im Thüringer Durchschnitt zu erwarten. Zu beachten ist, dass auch bei Vorliegen von IgG-Antikörpern die Immunität gegenüber SARS-CoV-2 aufgrund der mangelnden wissenschaftlichen Datenlage

nicht als gesichert gelten kann. Auch positiv getestetes Personal muss bei der Betreuung von COVID-19 Patienten weiterhin persönliche Schutzausrüstung tragen.

- b) Bürger in einer besonders betroffenen Region in Thüringen mit einer hohen akuten Inzidenz von COVID-19.

Hier ist regional eine höhere Prävalenz als im Thüringer Durchschnitt zu erwarten. Die Ergebnisse sollten im Rahmen einer Studie erhoben werden und auch z. B. dem RKI zur Verfügung gestellt werden.

6. Kosten

6.1 Zusätzliche PCR-Untersuchungen

Kosten pro PCR:

Abrechnung nach **EBM** (KVT, Krankenkassen):

Ziffer 32816 einmal am Behandlungstag (Abstrich + ggf. Sputum) **59 Euro**

Abrechnung nach **GOÄ** (Privat, Krankenhäuser): 1fach

<u>Ziffer</u>	<u>Bezeichnung</u>	<u>Preis (Euro)</u>
4780	Isolierung von Nukleinsäuren	52,48
4782	RNA Transkription	29,14
4783	PCR	29,14
4785	Sondenhybridisierung	17,49

Gesamt **128,23 Euro pro Probe**

Die Kostenübernahme symptomatischer Personen erfolgt durch die Krankenkassen.

Ungeklärt ist die Kostenübernahme einer vorsorglichen Testung asymptomatischer Personen. Das BMG prüft die Schaffung einer zusätzlichen Rechtsgrundlage für die Übernahme der Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung. Ein entsprechender Gesetzentwurf befindet sich in der Diskussion. Bis zur Klärung wird das Land die Kosten tragen.

Da die Gesamtzahl der vorsorglichen Testungen asymptomatischer Personen für die benannten Gruppen schwer zu schätzen ist und auch vom weiteren Verlauf der Pandemie abhängt, kann noch keine Gesamtkostenrechnung für Thüringen erstellt werden.

Für die Kostenberechnung der PCR-Untersuchung wird ein Preis von 59 Euro pro Probe zugrunde gelegt.

6.2 Antikörper-Tests

Kosten pro IgG-Test

Abrechnung nach **EBM** (KVT, Krankenkassen):

Ziffer 32641 (Begründung der med. Notwendigkeit) **11,10 Euro**

Abrechnung nach GOÄ (Privat, Krankenhäuser):

Ziffer 4291, 1fach: **20,40 Euro**

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) untersucht den Markt für neue Testangebote. Sobald entsprechend gute Tests vorliegen, werden sie für entsprechende Testkonzepte und zur Abrechnung durch die Kassen zugelassen.

7. Literatur

- Bundesgesundheitsministerium: „Testen, testen, testen“ – aber gezielt. 17.04.2020
- World Health Organisation: Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19. Scientific Brief 8 April 2020, [Advice on the use of point-of-care immunodiagnostic tests for COVID-19](#)
- Petherick A: Developing antibody test for SARS-CoV-2. The Lancet Vol395; 4 April 2020
- Hirk R et al.: Investigating the dark figure of COVID-19 cases in Austria: Borrowing from the deCODE Genetics study in Iceland. Researchgate 1 April 2020 <https://www.researchgate.net/publication/340363740>
- Keeley AJ et al.: Roll-out of SARS-CoV-2 testing for healthcare workers at a large NHS foundation trust in the United Kingdom, March 2020, EuroSurv 09 April 2020
- Iacobucci G: Covid-19: Antibody tests will not be rolled out in UK until at least May, MPs hear. BMJ 9 April 2020; doi: 10.1136/bmj.m1449
- Robert-Koch-Institut: Wie viele Menschen sind Immun gegen das neue Coronavirus? Robert-Koch-Institut startet bundesweite Antikörper-Studien. Pressemitteilung 09.04.2020
- Feldstudie zu SARS-CoV-2: bei 15 Prozent in Gangelt Infektion nachgewiesen. Deutsches Ärzteblatt 9. April 2020
- Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie: COVID-19 Versorgungskonzept Thüringen, 6. April 2020

THÜR. LANDTAG POST
26.05.2020 08:50

1106412020

LANDESKRANKENHAUSEGESellschaft
THÜRINGEN e.V.



Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit, Frauen und Familie

Stv. Referatsleiterin Krankenhauswesen
Postfach 900354
99106 Erfurt

Per E-Mail:

Ihre Nachricht vom	Unsere Nachricht vom	Telefon, Name	Datum
			22.04.2020

Zahlungen nach § 21 Absatz 5 KHG für zusätzlich geschaffene Beatmungsplätze – Ihr Schreiben an die Thüringer Krankenhäuser vom 16. April 2020 –
Hier: Stellungnahme der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V.

Sehr geehrte
sehr geehrte

wir bedanken uns für das heutige Telefonat in o.g. Angelegenheit. Sie baten darin um schriftliche Darlegung der Position der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e.V. zu Ihrem o.g. Schreiben vom 16. April 2020 an die Krankenhäuser.

Wir begrüßen grundsätzlich Ihren Ansatz, die Krankenhäuser frühzeitig über die Antragsmodalitäten und die Auszahlungsvoraussetzungen zu informieren. Allerdings sind in dem Schreiben zusätzliche Anforderungen/Restriktionen enthalten, die weder dem Wortlaut des § 21 Abs. 5 KHG noch der zugrundeliegenden bundesweit gültigen Ausgleichszahlungsvereinbarung nach § 21 Absatz 7 KHG zu entnehmen sind.

Hierzu im Einzelnen:

Zu 1. Ausgangswert:

Sie verweisen zunächst zutreffend auf die Tabelle 2 (Anlage 1) der auf Bundesebene zwischen den Selbstverwaltungspartnern geeinten Ausgleichszahlungsvereinbarung.

Allerdings ist die Herleitung des Ausgangswertes unzutreffend: Maßgeblich ist nach Auffassung der LKHG ausschließlich die Meldung der Krankenhäuser auf Grundlage der Abfrage des TMASGFF vom 11. März 2020. Die ergänzende Heranziehung der zusätzlich aufstellbaren Intensivbetten innerhalb von



24 Stunden darf hingegen nicht in die Ausgangsbasis einbezogen werden. Diese zusätzlichen Beatmungskapazitäten können im Moment auf Grund ungenutzter OP-Kapazitäten freigezogen werden. Sie sind somit keineswegs mit Stand 11. März 2020 ab sofort verfügbar, sondern können erst binnen 24 Stunden als zusätzliche Kapazitäten realisiert werden. Daher handelt es sich um zusätzliche Beatmungskapazitäten. Sie dürfen folglich auch nicht in die Ausgangsbasis einbezogen werden.

Ausgangsbasis bildet somit ausschließlich die Anzahl der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit, die von den Krankenhäusern in der Abfrage vom 11. März 2020 mit Stand 01.03.2020 aufgestellt waren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ggf. von Krankenhäusern auch Kapazitäten bereits vor dem 1. März 2020 zusätzlich geschaffen wurden. Diese Krankenhäuser sollten durch ihr frühzeitiges Handeln nicht bestraft und damit wirtschaftlich nicht schlechter gestellt werden.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass im Einzelfall auch in der Zeit zwischen dem 1. März 2020 und dem 11. März 2020 ggf. weitere Kapazitäten kurzfristig geschaffen wurden, so dass die Angabe in der Abfrage nicht zwingend mit der Kapazität zum Stichtag 01.03.2020 korrespondieren muss.

Zu 2: Antragstellung

Die maßgebliche Tabelle 2 der Ausgleichsvereinbarung, auf die Sie Bezug nehmen, sieht keine weiteren Nachweise/Kalkulationen vor. Auch eine Erläuterung zur Erfüllung der Krankenhaushygiene ist mit dem Antragsverfahren nicht verbunden.

Um das Antragsverfahren zu beschleunigen haben sich die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene auf ein schlankes Nachweisverfahren (vgl. Anlage 1: dort Tabelle 2 der Ausgleichszahlungsvereinbarung) geeinigt. Diese sieht die Ermittlung der Differenz zwischen der bisher vorgehaltenen zur aktuell vorgehaltenen Anzahl an Intensivbetten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit für die Zahlung der Bonusvergütung (50.000,00 € je Kapazität) und die Bestätigung der Unterschrift durch den Geschäftsführer vor. Ziel ist es, das Antragsverfahren zu beschleunigen. Die von Ihnen geforderten zusätzlichen Anforderungen/Nachweise sind weder dem Gesetz noch der Bundesvereinbarung zu entnehmen, sie verzögern zudem unnötig das Antrags- und Genehmigungsverfahren. Wir bitten Sie daher, das Antragsverfahren ausschließlich an der Tabelle 2 der Bundesvereinbarung auszurichten.

Zu 3: Zahlungsvoraussetzungen

Ein Nachweis, dass die Beschaffung der zusätzlich aufgestellten Geräte nach dem 1. März 2020 erfolgte, ist nach der gesetzlichen Vorgabe und der Ausgleichszahlungsvereinbarung ebenfalls nicht zu führen. Vielmehr ist die Tabelle 2 der Bundesvereinbarung maßgeblich, auf die Sie in Ihrem Schreiben eingangs selbst Bezug genommen haben.

Sehr geehrte , wir bitten Sie, das Antragsverfahren entsprechend den vorgenannten bundesvertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen anzupassen.

Zusammenfassend stellen wir fest: Gesundheitspolitisches Ziel des Gesetzgebers war, mit einer schlanken bürokratiearmen Lösung die Beatmungskapazitäten schnellstmöglich zu verdoppeln. Hier sollten durch den Freistaat Thüringen keine zusätzlichen bürokratischen Hürden aufgestellt werden.

Abschließend möchten wir betonen, dass angesichts der großen Herausforderungen auch die Erwartungshaltung der Krankenhäuser besteht, dass sich der Freistaat unabhängig von der Bonuszahlung aus dem Gesundheitsfonds an den deutlich höheren Kosten beteiligt, die den Krankenhäusern durch die zusätzlichen Beatmungsplätze entstehen. In anderen Ländern, so z.B. in Rheinland-Pfalz, wurden solche Hilfen den Krankenhäusern bereits zugesagt (Anlage 2). Ein entsprechendes positives Signal seitens des Freistaates Thüringen wäre für die Krankenhäuser eine wichtige Anerkennung in dieser besonderen Situation.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zu Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Geschäftsführer

Das Dokument wurde zum Zweck der Veröffentlichung in der BTd bearbeitet.