

Bad Segeberg, 6. September 2011

**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/2680**

EHEC – Auswirkungen auf die ambulante ärztliche Versorgung

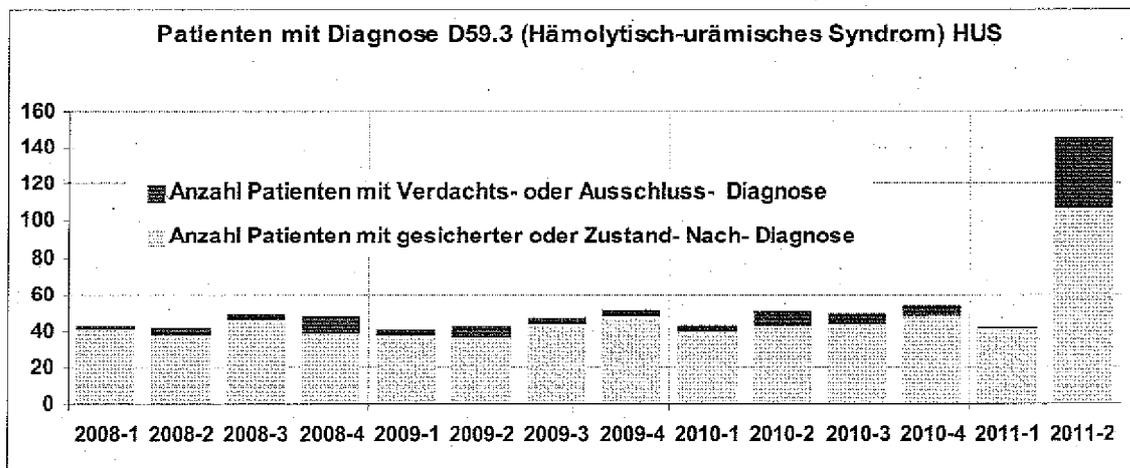
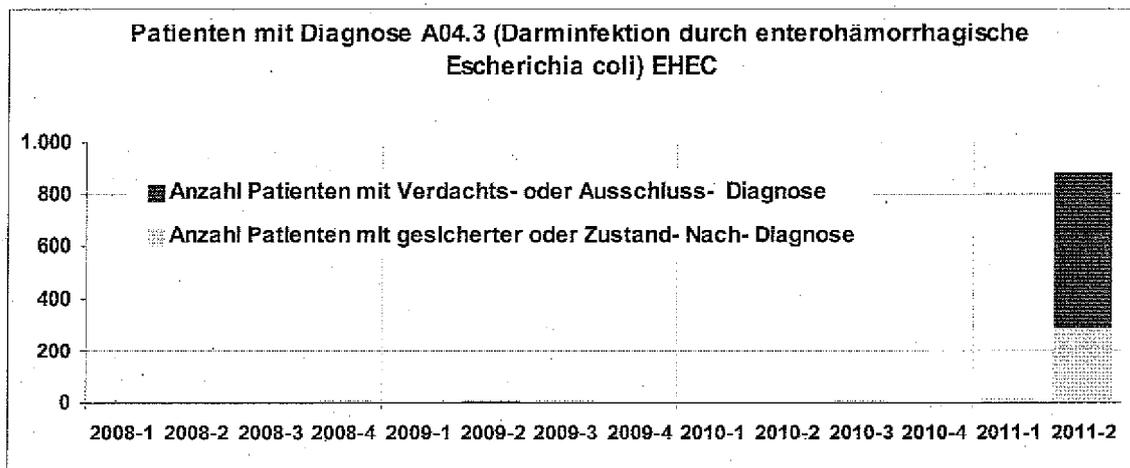
Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein
zu TOP 1 der 33. Sitzung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen
Landtages am 8. September 2011

Dr. Ingeborg Kreuz
Vorsitzende des Vorstandes
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

I. Die Auswirkung der EHEC-Infektion in den Praxen

Der Ausbruch der EHEC-Infektion wurde auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein spürbar. Die Infektion führte zu einem Mehraufwand in den Praxen, der sich allerdings zum derzeitigen Zeitpunkt nicht in Euro und Cent beziffern lässt.

Die Zunahme dieses vor der jüngsten EHEC-Krise eher seltenen Krankheitsbildes veranschaulichen die folgenden Schaubilder:



Verunsicherung der Patienten führt zu hohem Beratungsbedarf in den Praxen

Unsere Mitglieder berichten von einer spürbaren Verunsicherung der Patienten, die sie im Frühjahr und Sommer in ihren Praxen erlebten. Zu beobachten war ein erhöhter Beratungs- und Aufklärungsbedarf. Patienten, die über Symptome klagten, die auch durch eine EHEC-Infektion verursacht werden können, suchten im Frühjahr bzw. Sommer vermehrt den Arzt auf, um Sicherheit zu erhalten, ob sie sich mit dem EHEC-Erreger infiziert haben. Auch wenn dies, glücklicherweise, in den meisten Fällen nicht der Fall war, so bedeutete dies einen deutlichen Mehraufwand in der Praxen, sowohl für die Abklärungsdiagnostik als auch für die Beratung und Aufklärung der Patienten.

In einigen Fällen wirkte sich die EHEC-Infektion auch durch einen organisatorischen Mehraufwand auf, beispielsweise in Fällen, in denen die Einrichtung gesonderter Wartezonen oder Behandlungszimmer für EHEC-Verdachtsfälle erforderlich wurde.

Erhöhte, nicht vorhersehbare Kosten sind in den Praxen nicht nur durch die notwendige Abklärungsdagnostik von Verdachtsfällen entstanden, sondern auch durch Folgebehandlungen von betroffenen Patienten im Anschluss an einen EHEC-bedingten Klinikaufenthalt.

Ein Beispiel aus der Versorgungswirklichkeit

Eine große Berufsausübungsgemeinschaft mit Hausärzten und Internisten (insgesamt neun Ärzte) im Kreis Pinneberg hat im II. Quartal 2011 ca. 70 Patienten mit Verdacht auf EHEC behandelt. Auf Grund schwerwiegender Symptome wurden vier Patienten in die Klinik überwiesen. Die Patienten gehörten überwiegend der Altersgruppe 30 bis 60 Jahre an. Blutabnahmen, Hygieneaufklärung und Sensibilisierung zum Krankheitsbild standen im Vordergrund der Arbeit der beteiligten Ärzte.

Die Hauptarbeit bestand allerdings darin, eine große Anzahl verunsicherter Patienten mit „üblichen“ Darminfektionen (rund 580) aufzuklären, zu beruhigen und daran zu hindern, Selbstmedikation zu betreiben (d.h. alte, bisher nicht aufgebrauchte Antibiotika einzunehmen). Für jeden dieser Fälle wendete der Arzt durchschnittlich rund 15 Minuten auf, darüber hinaus war das Praxispersonal (Medizinische Fachangestellte) pro Fall zusätzlich etwa zehn Minuten gebunden.

Auswirkungen in den laborärztlichen Praxen

Besonders wirkte sich die EHEC-Krise bei den Laborärzten aus. Exemplarisch an dieser Stelle die Erfahrungen aus der laborärztlichen Gemeinschaftspraxis in Lübeck:

Nach Bekanntwerden der ersten Erkrankungsfälle stieg ab dem 29. Mai 2011 die Anzahl der Proben und der daran durchgeführten Untersuchungen schlagartig an. Allein im Stuhllabor erhöhte sich das Probenaufkommen um das zwei- bis dreifache. Da in aller Regel mehr als eine Stuhlprobe eingeschickt wurde, stieg die Zahl der durchgeführten Untersuchungen ungefähr um das zehnfache.

Normalerweise ist das Labor von 7 bis 19 Uhr geöffnet, in den Wochen bis zum Ende der Epidemie verlängerten sich diese Zeiten aber regelhaft jeden Tag um fast drei zusätzliche Arbeitsstunden. Dies führte zu mehreren hundert Überstunden bei den Mitarbeitern, die vergütet werden mussten.

In Absprache mit der Ärzteschaft in Lübeck war das Labor zudem auch an Wochenenden geöffnet, d. h. auch am Sonnabend und Sonntag wurden Proben im Labor abgearbeitet. Hierzu zählten auch zahlreiche Einsendungen aus der Anlaufpraxis des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes in Lübeck, da die Universität an Wochenenden, aufgrund der dort engen Personalsituation, keine externen Proben annahm.

Neben diesem massiven Zuwachs in der Analytik stieg der Beratungsbedarf der Ärzte in Lübeck und Umgebung kräftig an. Hinzu kamen täglich zwischen 30 und 50 Anrufe von Patienten, die eine ärztliche Beratung wünschten.

Trotz umfangreicher Aufklärungskampagnen und entsprechenden Informationen an die Praxen nahm der Beratungsbedarf während des gesamten Zeitraumes kaum ab. In Gesprächen mit den Ärzten insbesondere in den Landarztpraxen im Umland wurden der laborärztlichen Gemeinschaftspraxis immer wieder die teilweise dramatische Versorgungssituationen durch eine hohe Zahl zusätzlicher Patienten geschildert.

Darüber hinaus führte die durch die EHEC-Epidemie verursachte deutliche Zunahme an Stuhleinsendungen dazu, dass neben den EHEC-Erregern eine Reihe von weiteren meldepflichtigen Darmkeimen wie Noroviren, Campylobacter, Salmonellen und Yersinien nachgewiesen wurden.

Dies zeigt, dass auch unter normalen Bedingungen ein weitaus größerer Bedarf an Stuhluntersuchungen besteht, diese aber aus Budgetgründen häufig nicht angefordert werden. Nicht diagnostizierte Darmerkran-

kungen mit meldepflichtigen Keimen führen aber nicht nur zu einer weiteren Verbreitung der Infektionen, sondern häufig auch zu schweren Verläufen, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen. Deshalb besteht hier Handlungsbedarf.

Zusammenfassend lässt sich die Situation am Beispiel Lübeck wie folgt beschreiben: Im Vergleich zum stationären Sektor wurden im niedergelassenen Bereich nicht nur weitaus höhere Untersuchungszahlen während der EHEC-Epidemie erbracht, sondern zusammen mit der niedergelassenen Ärzteschaft auch eine äußerst effektive und aufwendige Aufklärungsarbeit für die Bevölkerung geleistet.

Es ist somit auch ein Verdienst der ambulanten Medizin, dass die Ausbreitung der Erkrankung in Lübeck und Umgebung kein größeres Ausmaß annahm und die erkrankten Patienten schnell einer entsprechenden Therapie bis hin zur stationären Aufnahme zugeführt werden konnten. Dies alles, ohne das hierfür bis jetzt zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt wurden.

Bereitschaftsdienst wurde verstärkt

Die Kassenärztliche Vereinigung hat zudem in der fraglichen Zeit ihren Bereitschaftsdienst verstärkt, um der erhöhten Nachfrage gerecht zu werden und die Notaufnahmen der Kliniken zu entlasten. Eine der Maßnahmen war, dass zu bestimmten Zeiten ein zweiter Arzt in der Leitstelle eingesetzt wurde, um auf die Vielzahl der Anfragen zu reagieren.

Kann die Zusammenarbeit insgesamt als gut bewertet werden, so ist doch anzumerken ist, dass ein ungewöhnliches Ereignis wie die EHEC-Krise auch einige noch vorhandene Schwachstellen in der Kooperation offenbarte.

II. EHEC-bedingte Kosten in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Hinzuweisen ist, dass ausgerechnet im Jahr der EHEC-Infektion eine gesetzliche Bestimmung, die auf vergleichbare Situationen zugeschnitten ist, keine Anwendung findet. Mit dem Inkrafttreten des GKV-Finanzierungsgesetzes zu Jahresbeginn wurde für das Jahr 2011 die Regelung des SGB V außer Kraft gesetzt, wonach bei einem nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs – wie im aktuellen Beispiel durch die EHEC-Infektion – eine Nachvergütung durch die Krankenkassen zu erfolgen hat (§ 87d Abs. 2 Satz 6 SGB V). Das Fehlen dieser gesetzlichen Verpflichtung hat die Gespräche mit den Krankenkassen darüber, wer die EHEC-bedingten Mehrkosten zu tragen hat, deutlich erschwert.

Positiv ist, dass Ende Juni nach intensiven Verhandlungen mit den Krankenkassen erreicht werden konnte, dass der PCR-Test bei Verdacht und Diagnose der EHEC-Infektion von Laborärzten extrabudgetär für das II. und III. Quartal 2011 abgerechnet werden kann.

Schwierig ist eine exakte Darstellung der EHEC-bedingten Kosten in der ambulanten Versorgung auch, weil die verschiedenen in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen nicht ohne Weiteres als EHEC-Folge identifizierbar sind. Um zumindest nachträglich einen gewissen Überblick zu erlangen, hat die KVSH die schleswig-holsteinischen Vertragsärzte Ende Juni gebeten, alle Leistungen, die in einem direkten Zusammenhang mit der EHEC-Infektion stehen, mit einer besonderen Kennzeichnung zu versehen, um so die tatsächliche Höhe der Kosten bestimmen zu können.

Da das III. Quartal noch nicht abgeschlossen ist, liegt derzeit noch keine Auswertungen der EHEC-bedingten Mehrkosten in der ambulanten ärztlichen Versorgung nach dem 1. Juli vor. Auch bleiben die spezifischen Mehrkosten, die bereits im II. Quartals 2011 angefallen sind, zunächst unberücksichtigt.

Auch endete der Mehraufwand in der ambulanten Versorgung nicht mit dem Abebben der Neuinfektionen. So werden Fälle mit D59.3-Diagnose (HUS) erst im III. Quartal sichtbar sein, da die meisten Patienten zunächst stationär versorgt wurden und die ambulante Nachsorge in den Arztpraxen erst im Folgequartal abgerechnet wird.

Hinzu kommt, dass der hohe Grad der Pauschalierung der Vergütungen für ambulante Leistungen über sogenannte Grundpauschalen den tatsächlichen Aufwand in Folge der hohen Zahl von EHEC-Infektionen verwischt.

III. Lehren aus der EHEC-Krise

Die Behandlung der Epidemie-Patienten ist für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte selbstverständlich. Es muss aber auch selbstverständlich sein, dass dieser unvorhergesehene Behandlungsbedarf vergütet wird, wie es im SGB V im Prinzip auch vorgesehen ist.

Die EHEC-Krise hat gezeigt, dass es einer generellen Regelung bedarf, um unvorhergesehene Massenerkrankungen wie EHEC oder andere Epidemien aufzufangen. Die KVSH regt an, auch mit Blick auf manche Diskussion der vergangenen Wochen über die Verwendung möglicher Überschüsse im Gesundheitsfonds, ein Sonderfonds zu schaffen, aus dem bei künftigen unvorhersehbaren Massenerkrankungen sowohl die stationären als auch ambulanten Mehrausgaben finanziert werden.

