

EHEC

# Anerkennung für die Leistung, Ringeln um die Kosten

*Krankenhäuser und Arztpraxen in Schleswig-Holstein haben die EHEC-Welle gemeistert. Wer den hohen Einsatz bezahlt, war zunächst unklar.*

Die Mitarbeiter in Schleswig-Holsteins Krankenhäusern und Arztpraxen haben für die Bewältigung der EHEC-Krise viel Lob erhalten. Ob diese im Juli tatsächlich überwunden ist und wie groß das Risiko einer möglichen zweiten Welle ist, ließ sich bis Redaktionsschluss nicht abschließend beantworten.

Fest stand aber: Mehrere Wochen lang herrschte an einigen Krankenhäusern und in mancher Arztpraxis im Land der Ausnahmezustand. Erst Ende Juni hatten die Klinikverantwortlichen erstmals wieder Zeit zum Durchatmen – und zur Berechnung der Kosten, die die unvorhergesehene Epidemie verursacht hat. Zum Redaktionsschluss zeichnete sich ab, dass sich Krankenkassen und Krankenhäuser in Schleswig-Holstein wohl auf eine gemeinsame Linie verständigen können: Die Behandlungsmehrkosten sind

Sache der Kassen, für Erlösausfälle dagegen sieht man die Gesamtgesellschaft in der Pflicht. Eine mögliche Lösung, die dafür im Raum stand, war ein Sonderfonds. Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg hatte EHEC auf der Gesundheitsministerkonferenz zum Thema gemacht. „Die Kliniken haben während der Krise Großartiges geleistet, dafür dürfen sie nicht finanziell bestraft werden“, sagte Garg. Mit Erfolg: Die Gesundheitsminister fordern einstimmig von den Krankenkassen, dass diese zu ihrer Verantwortung in der schwierigen Situation stehen und einheitlich lösungsorientiert mit den Krankenhäusern verhandeln und dass die besonders engagierten Krankenhäuser einen Ausgleich erhalten.

Wer aber soll die Kosten übernehmen? „Ich glaube nicht, dass die Kassen am Ende des Tages alle Kos-



**Nephrologe Dr. Holger Kristen und PD Dr. Tanja Kühbacher (von links) mit Mitarbeiterinnen auf einer Isolierstation des UK S-H.**

ten allein tragen können“, sagte der Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UK S-H), Jens Scholz, während einer Bilanz zur EHEC-Krise in Kiel. Er verwies auf schnell zugesagte unbürokratische Hilfen für Gemüsebauern und kündigte an: „Dafür kämpfen wir auch.“ Vier Wochen nach dem Ausbruch der EHEC-Krise stellte Scholz erstmals die Finanzierungsfrage. „Aus unserer Verantwortung als Maximalversorger ergeben sich in diesem Fall auch die höchsten Belastungen“, sagte der UK S-H-Chef. Aus welchen Töpfen die aufwändigen Behandlungen bezahlt werden, ist für ihn zweitrangig – wichtig sei, dass der wirtschaftliche Schaden ausgeglichen wird.

Zugleich ließen Scholz und weitere Klinikvertreter durchblicken, dass sie in dieser Frage angesichts des hohen Einsatzes in der Versorgung Unterstützung der Politik erwarten. Martin Wilde vom 5K Klinikverbund der großen kommunal geführten Häuser im Land forderte einen Sonderfonds, aus dem Kliniken individuell geholfen wird. Die Klinikmanager waren sich einig, dass bei der Erstattung nicht mit der Gießkanne gearbeitet werden darf. Sie forderten klinikindividuelle Lösungen, weil sich die Anforderungen an die einzelnen Häuser stark unterschieden. Auch die Krankenkassen stellten klar, dass sie nicht

alle Kosten, die den Kliniken entstanden sind, allein tragen können. „Bei den Behandlungsmehrkosten springen wir ein. Erlösausfälle auszugleichen ist aber nicht Aufgabe der Krankenkassen“, sagte Florian Unger vom vdek Schleswig-Holstein. Die AOK Nordwest teilte mit, für alle stationären Behandlungskosten ihrer Versicherten aufzukommen. Kassenchef Martin Litsch lobte ausdrücklich das besondere Engagement der Ärzte, Pflegekräfte und anderen Mitarbeiter während der EHEC-Krise. Das Klima im Land lässt hoffen, dass sich Kliniken und Kassen tatsächlich in den größtenteils noch laufenden Budgetverhandlungen für 2011 in dieser Frage einigen werden. Zugleich wird damit aber der Ruf nach Übernahme der nicht von den Krankenkassen gedeckten Kosten lauter.

Auch die Kassenärztliche Vereinigung meldete sich in der Kostenfrage zu Wort – denn auch die Arztpraxen hatten hohe zusätzliche Kosten. Entstanden sind sie durch die notwendigen Folgebehandlungen der betroffenen Patienten und durch die im Vorfeld erfolgte Abklärungsdiagnostik. KVSH-Chefin Dr. Ingeborg Kreuz forderte die Politik zum Handeln auf. Sie kann sich wie Wilde einen Sonderfonds vorstellen, der aus den derzeit erwirtschafteten Überschüssen im Gesundheitsfonds gespeist wird. Schwierig dürfte dabei die Berechnung und Überprüfung der



Prof. Jens Scholz (UK S-H), Martin Wilde (5K Kliniken) und Prof. Jörg Strotmann (Städtisches Krankenhaus Kiel, von links) bei der Pressekonferenz zur EHEC-Bilanz. (Fotos: di)

## EHEC – Droht eine zweite Welle?

Im Land zwischen den Horizonten bewerten wir Wellen mit der Petersen-Seegang-Skala. Wir haben Stufe neun (schwere See) mit einer sehr großen Welle verlassen und befinden uns nunmehr in Stufe zwei (schwach bewegte See). Die seit Anfang Mai beobachtete große Welle von EHEC-Infektionen mit vielen Hämolytisch-Urämischen-Syndromen (HUS) und neurologischen Krankheitsbildern wurde durch den Verzehr von Sprossen ausgelöst. Mittlerweile wurden bundesweit rund 3.000 Fälle von EHEC-Infektionen sowie über 650 HUS-Fälle gemeldet. Die Übertragung der EHEC-Erreger mit einem einzigen Nahrungsmittel ist für den typischen Verlauf als Explosivepidemie verantwortlich. Durch frühzeitige Verzehrwarnung und durch das Versiegen der Infektionsquelle kam es relativ rasch zu einem Rückgang der Neuinfektionen durch Nahrungsmittel.

Es ist jetzt mit Mensch-zu-Mensch-Übertragungen durch Schmierinfektionen zu rechnen. Aus vergangenen Ausbruchsgeschehen ist bekannt, dass bis zu zehn Prozent der beobachteten EHEC-Fälle sekundär auftreten. Für das aktuelle Ausbruchsgeschehen ist noch nicht sicher abzuschätzen, wie viele der beobachteten EHEC-Erkrankungen auf Schmierinfektionen zurückzuführen sind. Im eigenen Patientenkollektiv des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, finden sich bisher nur wenige Patienten, bei denen eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung angenommen wird. Hierbei handelt es sich vermutlich um Übertragungen innerhalb der Familien während der Phase der Diarrhoe des Indexpatienten.

Für die Abschätzung der zu erwartenden Kontaktinfektionen in den kommenden Wochen und Monaten sind die Daten früherer Ausbrüche mit „klassischem“ EHEC wenig wegweisend. In den bisher beobachteten Ausbrüchen und sporadisch auftretenden Fällen wurde im Vergleich zu Erwachsenen eine mehr als zehnfach höhere Inzidenz bei Kindern unter zwölf Jahren gefunden. Vom aktuellen Ausbruchsgeschehen sind überwiegend Erwachsene betroffen. Eine mögliche Erklärung hierfür kann das Ernährungsverhalten sein (geringerer Verzehr von Sprossen durch Kinder). Wahrscheinlich kommen aber auch erregerspezifische Eigenschaften (Toxinbildung, Aggregationsverhalten, Resistenzmechanismen) zum Tragen. Im aktuellen Ausbruchsgeschehen zeigt sich eine für Erwachsene ungewöhnlich hohe HUS-Mani-

festationsrate mit rund 25 Prozent der gemeldeten EHEC-Infektionen. In früheren Studien wurden Manifestationsraten von nur sechs bis sieben Prozent gefunden. Der hohe Anteil der HUS-Manifestation kann jedoch auch durch eine bisher fehlende Diagnose von EHEC-Infektionen bei Erwachsenen mit geringer oder fehlender klinischer Symptomatik begründet sein. Somit ist eine hohe Dunkelziffer von derzeit asymptomatischen Ausscheidern des EHEC-Stamms O104:H4 wahrscheinlich.

Insgesamt ist von einer niedrigen Rate von Sekundärinfektionen durch EHEC-Ausscheider auszugehen. Vorläufige Daten aus dem Institut für Medizinische Mikrobiologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, weisen darauf hin, dass viele Patienten den aktuellen EHEC-Stamm über mindestens vier Wochen ausscheiden. Diese gilt es sorgfältig nachzuuntersuchen. Personen mit bekanntem Trägerstatus können bekanntermaßen durch eine bewusst durchgeführte Händehygiene sicher Übertragungen vermeiden. Die größte Gefahr für einen protrahierten Ausbruch auf niedrigem Niveau stellen asymptomatische Träger von EHEC dar, die sich ihres Trägerstatus nicht bewusst sind. Es ist deshalb zu erwarten, dass ausgehend von EHEC-Trägern weiterhin sporadisch auftretende Infektionen sowie Kleinraumepidemien mit wenigen betroffenen Patienten ausgelöst werden können. Eine wichtige Herausforderung zur Minimierung dieser Infektionen sind ausgedehnte Umgebungsuntersuchungen im Umfeld bekannter EHEC-Träger sowie ggf. eine einmalige Reihenuntersuchung von Mitarbeitern in Nahrungsmittel verarbeitenden Betrieben. Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass eine erneute massive Häufung von EHEC-Infektionen mit dem aktuell kursierenden Ausbruchsstamm nicht zu erwarten ist. Für die definitive Beendigung des Ausbruchsgeschehens (glatte See) sind ausgedehnte Kontrolluntersuchungen zur Auffindung asymptomatischer EHEC-Träger in Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst notwendig.

*Prof. Johannes K.-M. Knobloch, Prof. Werner Solbach, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene, Medizinaluntersuchungsamt, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Tel. 0451/5002822, Email Johannes.Knobloch@uk-sh.de*

tatsächlich entstandenen zusätzlichen Kosten sein, denn neben den Behandlungen hatten Arztpraxen mit vielen EHEC-Patienten auch einen erheblichen organisatorischen Mehraufwand.

Die Krankenkassen legten schon Ende Juni erste überschlägige Rechnungen vor und präsentierten der Öffentlichkeit, welche Löcher EHEC in ihre Kassen gerissen hat. Deutlich wird dies am Beispiel UK S-H: Mindestens 2,8 Millionen Euro Verlust sind dort wegen der aufwändigen Versorgung von 283 EHEC- sowie 106 HUS-Patienten (Stand 21. Juni) entstanden. Der 5K Verbund bezifferte den wirtschaftlichen Schaden seiner Mitgliedshäuser sowie

EHEC zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorbei, fünf wurden noch auf der Intensivstation versorgt. Über Folgeerkrankungen, -behandlungen und -kosten war zu diesem Zeitpunkt nach Ansicht der Experten keine seriöse Aussage möglich.

Der organisatorische Aufwand zeigte sich auch daran, dass in der EHEC-Krise am UK S-H zwei Mal täglich ein Krisenstab zusammentreten musste. Bis Pfingsten brauchten auch die Regio Kliniken un-

*Dr. Thorsten Wygold: Notfallkrankenhaus wäre im Kreis Pinneberg möglich gewesen.*

des Städtischen Krankenhauses Kiel wegen EHEC auf rund 1,8 Millionen Euro. Die Regio Kliniken, in denen 143 Patienten mit bestätigtem EHEC-Verdacht behandelt wurden, gaben die dadurch verursachten Verluste mit einer halben Million Euro an. Zur Zusammensetzung des Fehlbetrages nannte das UK S-H folgende Kostenblöcke:

- Erlösausfall: Weil zahlreiche Patienten isoliert in Einbettzimmern liegen mussten, standen weniger Betten für die Behandlung anderer Patienten zur Verfügung. Verlust: 1.853.500 Euro.
- Mehrerlösausgleich: Diese Rückzahlungsverpflichtung bei Zusatzentgelten etwa für Dialysen und Plasmapherese entsteht, wenn diese über das mit den Kostenträgern vereinbarte Budget hinausgehen. Sie werden dann nur zu 35 Prozent erstattet. Verlust: 441.000 Euro.
- Zusätzliche Personalkosten: Ärzte, Labor-, Pflege- und Dialysefachkräfte waren in den vergangenen Wochen rund um die Uhr im Einsatz. Zusatzkosten: 342.000 Euro.
- Zusätzliche Sachkosten: Mietkosten für medizinische Geräte und Betten, Hotel- und Reisekosten für zusätzliches Personal (das zum Teil aus anderen Bundesländern geholt werden musste) sowie Mehrkosten der Servicegesellschaft. Gesamtaufwand: 165.500 Euro.

Diese Rechnung beinhaltet nur die Behandlung der bis 21. Juni wegen EHEC behandelten Patienten im UK S-H. Für 42 von ihnen war der Kampf gegen



(Foto: Regio Kliniken)

ter Leitung des Ärztlichen Direktors Dr. Thorsten Wygold einen täglichen Krisenstab. Über Telefonkonferenzen wurde dort das Vorgehen an den einzelnen Standorten der Gruppe beraten. Zwar musste kein zusätzliches Personal eingestellt werden, aber das Stammpersonal leistete allein am Standort Pinneberg, der die Hauptlast zu dieser Zeit trug, rund 400 Überstunden. Weil man im Juni nicht sicher sein konnte, wie stark sich die Epidemie ausbreitet, gab es zwischen Klinik und Kreis Gespräche über eine mögliche Erweiterung der räumlichen Kapazitäten. Bei einer weiteren Ausbreitung hätte man sich auf zusätzliche Räume außerhalb der Krankenhäuser verständigt. „Wäre es erforderlich gewesen, hätten wir binnen 24 Stunden ein Notfallkrankenhaus für EHEC-Patienten im Kreis Pinneberg eröffnen können“, sagte Wygold.

Einen Eindruck vom hohen Einsatz der Ärzte und weiteren Mitarbeiter bekam das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt bei einem Besuch in der Inneren Medizin des UK S-H Mitte Juni. PD Dr. Tanja Kühbacher und ihre Kollegen waren zu dieser Zeit noch im Dauereinsatz, aber erstmals vorsichtig optimistisch,

die schlimmste Zeit hinter sich zu haben. Für die koordinierende Oberärztin und ihre Kollegen war eine der zahlreichen Herausforderungen, dass es für die Behandlung keine Leitlinien gibt. Auch die seelische Belastung für das Personal war hoch. Die Gastroenterologin berichtete von jungen Patienten, die vor EHEC kerngesund waren, plötzlich lebensgefährlich erkrankten und neurologische Ausfälle zeigten: „Das geht nicht spurlos an einem vorüber.“

Leistungen einzelner Mitarbeiter wollte sie nicht herausstellen: „Wir hätten das nicht bis hierher geschafft, wenn nicht alle an einem Strang gezogen hätten.“ Das betrifft Ober- und Assistenzärzte genauso wie Dialyseschwestern, Raumpfleger und die aus ande-



## Infektionsmedizin besser aufstellen

Unter dem Eindruck unterschiedlicher Erfahrungen mit der Bewältigung der EHEC-Epidemie hat die Akademie der Wissenschaften in Hamburg eine Verbesserung der Strukturen der Infektionsmedizin in Deutschland gefordert. „Eine Stärkung der infektiologischen Forschung und eine Verbesserung der klinischen Ausbildung und Versorgung im Bereich Infektionserkrankungen sind dringend geboten“, mahnte der Sprecher der Akademie-Arbeitsgemeinschaft „Infektionen und Gesellschaft“, Prof. Ansgar W. Lohse (UKE). Künftigen Herausforderungen nach EHEC, Schweinegrippe oder Vogelgrippe müsse besser als bisher begegnet werden, sagten die nach Hamburg gekommenen Experten aus dem Bundesgebiet und der Schweiz bei einem außerordentlichen Workshop. Dazu müssten Studenten wie Weiterbildungsassistenten noch mehr als bisher qualifiziert werden im Erkennen, Behandeln und Erforschen von Infektionskrankheiten. Dies könne organisatorisch am besten geschehen in Anbindung an ein Fach mit einem Organschwerpunkt wie Pneumologie oder Gastroenterologie oder an die Intensivmedizin. Für eine breite Ausbildung mit guten Berufsaussichten sei das am sinnvollsten. Auf jeden Fall müssten die Universitäten mehr Mittel für das Querschnittsfach Infektionsmedizin zur Verfügung stellen. Ein Lichtblick: „Durch die Stärkung der Infektionsmedizin im neu geschaffenen Deutschen Zentrum für Infektionsmedizin werden wir in Zukunft auch große internationale Studien durchführen können“, anerkannte Prof. Werner Solbach (Lübeck). (hk)

ren Bundesländern zur Unterstützung eingeflogenen Fachkräfte. Auch logistisch war die Bewältigung des Patientenandrangs eine Herausforderung: Für die fünf im UK S-H kurzfristig eingerichteten Isolierstationen mussten andere Stationen geschlossen werden. Andere Intensivpatienten wurden ausgelagert, Privatpatienten verlegt, elektive Eingriffe verschoben und die Patienten zur weiteren Betreuung vorläufig in die Praxen zurück geschickt. „Der ganze Campus bei uns ist betroffen. Wir konnten das nur bewältigen, weil die niedergelassenen Ärzte hervorragend mit uns zusammenarbeiten“, betonte Kühbacher.

Auch die oft kritisierte öffentliche Trägerschaft des Universitätsklinikums könnte ein Vorteil bei der Bewältigung der Krise gewesen sein – oder hätte ein privater Träger genauso wie das UK S-H kurzerhand die Privatstationen freigemacht und damit auf wertvolle Einnahmen verzichtet? Mit solchen Fragen konnte sich die Oberärztin während der Krise nicht beschäftigen. Als Koordinatorin musste sie sehen, dass ihre Mitarbeiter der Belastung irgendwie standhalten. Es gab Ärzte in Kiel und sicherlich auch an weiteren Standorten, die während der schlimmsten Zeit der Krise trotz der langen Arbeitszeiten keinen Tag frei hatten. Auf Freizeitausgleich hoffte niemand, die Überstunden werden ausgezahlt. Kühbacher gab zu bedenken, dass für die Ärzte anschließend nicht nur das normale Tagesgeschäft weiterging, auch die verschobenen Operationen mussten nachgeholt werden.

Vergleichbar betroffen wie Schleswig-Holstein war nur Hamburg. Die Hauptlast dort hatte das UKE zu tragen. Am 21. Juni wurden noch 46 Patienten mit HUS versorgt. Zuvor waren 78 erwachsene HUS-Patienten und 21 Kinder, die am HUS erkrankt waren, nach Hause entlassen worden. Alle entlassenen Patienten werden über mehrere Wochen hinweg engmaschig in der ambulanten Nachsorge des UKE betreut. Insgesamt werden Gastroenterologen, Neurologen und Nephrologen des UKE die Patienten in einer gemeinsam organisierten Sprechstunde über einen Zeitraum von einem Jahr regelmäßig untersuchen. „Die Ärzte des UKE werden in den folgenden Wochen die medizinischen Daten aus der Behandlung der Patienten mit Hämolytisch-Urämischem Syndrom wissenschaftlich aufarbeiten und auswerten. Mit Ergebnissen ist im November zu rechnen“, sagte Prof. Rolf A. K. Stahl, Ärztlicher Leiter der III. Medizinischen Klinik des UKE.

*Dirk Schnack*