



## **Erkenntnisse und Erfordernisse aus der COVID-19-Pandemie**

Das deutsche Gesundheitswesen ist dank des engagierten Einsatzes der Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu keinem Zeitpunkt an die Grenze seiner Kapazitäten gelangt. Der Sicherstellungsauftrag in der Regelversorgung wurde auch in der Krise wahrgenommen. Darüber hinaus übernahmen Ärztinnen und Ärzte Aufgaben der Gefahrenabwehr, die der Öffentliche Gesundheitsdienst aufgrund mangelnder Ressourcen nicht erfüllen konnte. Der SARS-CoV2-Erreger hat nicht so viel Schaden angerichtet, wie vielleicht zu befürchten war. Um besser gerüstet zu sein für eine zukünftige, vielleicht gefährlichere Pandemie, hat die KVNO für verschiedene Szenarien einige Erkenntnisse und Erfordernisse formuliert.

### **Sicherheit**

Staat und Selbstverwaltung müssen für die handelnden Vertragsärzte und -psychotherapeuten ein Mindestmaß an materieller und persönlicher Sicherheit gewährleisten, damit sie sich auf die Bewältigung der medizinischen und organisatorischen Herausforderungen einer Pandemie konzentrieren können:

- Finanzierung und Bereitstellung von Persönlicher Schutzausrüstung in ausreichendem Umfang durch Bund und Land.
- Sicherstellung der Finanzierung aller erforderlichen Leistungen für Infizierte und Verdachtsfälle durch die GKV.
- Automatische Schutzschirm-Regelung für Praxen bei Feststellung einer epidemischen Lage nach § 5 IfSG.
- Fairer Lastenausgleich für Praxen, die besondere Aufgaben in der Pandemie übernehmen und damit Kollegen entlasten (z. B. Schwerpunktversorgung COVID-Kranker, Arbeit in Behandlungszentrum)
- Bei Einsätzen im Rahmen des Katastrophenschutzes umfassende Absicherung im Vorfeld.
- Anerkennung der Infektion mit einem Pandemie-Erreger als Arbeitsunfallereignis bei allen versorgenden Berufsgruppen.
- Die Einrichtung von Angeboten zur psychologischen Unterstützung von (trahierenden) Ärzten und medizinischen Fachberufen.

### **Kooperation und Schnittstellenmanagement**

Das Krisenmanagement bedarf der Optimierung. In Katastrophenlagen größeren Ausmaßes reichen die ärztlichen Ressourcen der zuständigen Akteure des Katastrophenschutzes nicht aus. Die Vertragsärzteschaft ist die bedeutendste medizinische Ressource, die überall vorhanden ist. Sie ist aber nicht durch Anweisung und zentraler Steuerung für das Krisenmanagement zu erschließen, sondern nur durch Einbindung in die Organisationsstrukturen des Katastrophenschutzes und dezentrale Aktivierung.

Deshalb fordern wir:

- Einbindung der KV in die Erstellung bzw. Aktualisierung von Pandemieplänen, Krisenalarmplänen etc. auf der Ebene des Landes, der Bezirksregierung und der Kommunen. Dazu gehört auch die Etablierung eines bidirektionalen Kommunikationsweges zwischen zuständiger Behörde und Ärzteschaft.
- Beteiligung der KV an kommunalen Krisenstäben.
- Durchführung von gemeinsamen Übungen von Vertragsärzteschaft mit dem Katastrophenschutz, dem ÖGD und den Krankenhäusern für Lagen, in denen Ressourcen aus der Vertragsärzteschaft benötigt werden.
- Alle Krankenhäuser sollen im Krisenfall verlässliche Schnittstellen zur Koordination der ambulant-stationären Versorgung in ihrer Region einrichten.

Eine gute Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Vertragsärzteschaft befördert den optimalen Einsatz der lokal vorhandenen ärztlichen Ressourcen. Damit dies gelingt, schlagen wir Maßnahmen vor, die im Pandemieplan des Landes zukünftig verbindlich aufgenommen werden könnten:

- Klarstellung der Aufgabenteilung zwischen ambulanter Versorgung und ÖGD, insbesondere bei der Frage der Diagnostik analog zu den Situationen nach §§ 2 bis 4 RVO
- Vorhalten von einheitlichen Rahmenverträgen für den Fall, dass Vertragsärzte Aufgaben des ÖGD übernehmen müssen. In den Rahmenverträgen muss die Finanzierung von den anfallenden Personal- und Strukturkosten ebenso wie des Materials geregelt sein.

## **Diagnostik**

Das schnelle Hochfahren der Diagnostik und eine der Lage angepasste optimale Teststrategie sind kritische Erfolgsfaktoren bei der Eindämmung einer Pandemie. Deutschland schneidet diesbezüglich im internationalen Vergleich sehr gut ab. Trotzdem gibt es Änderungsbedarf:

- Die bürokratischen Anforderungen dürfen nicht aus dem Ruder laufen. Ein einheitliches Muster z. B. für die Laborüberweisung wäre wünschenswert.
- Komplizierte Regelungen zur Kostenträgerschaft sollten sich nicht in der Kommunikation an die Bürger niederschlagen. Einfache, klare Regeln steigern die Chance auf Akzeptanz.
- Praxispersonal steht unter erhöhtem Risiko der Infektion. Das kostenlose Testen dieser Gruppe ist regelmäßig vorzusehen.

## **Versorgung**

Erste Anlaufstelle für Patienten sind auch in einer Pandemie mit einem Erreger wie SARS-CoV2 die ambulanten Praxen. Die Vertragsärzteschaft steht zu ihrem Sicherstellungsauftrag und ist in der Lage, eine getrennte Versorgung von Infizierten bzw. Verdachtsfällen und nicht infizierten Patienten zu organisieren.

Darüber hinaus kann sie agile Systeme vorhalten, die je nach Infektionslage auf- und wieder abgebaut werden können. Beispiel in der aktuellen Pandemie sind die sog. Corona-Behandlungszentren. Nur mit einer solchen Strategie können die Kapazitäts-

ten in den Kliniken auf Dauer für die krankenhauspflchtigen Fälle freigehalten werden.

- Bürokratische Hindernisse, die unter Krisenbedingungen in der Regelversorgung auftreten, sind von der Gemeinsamen Selbstverwaltung abzubauen. Dazu gehören beispielhaft die Zulassung von telefonischer AU und Beratung oder minimiertes Formularwesen).
- Zusätzlicher Aufwand in der Regelversorgung muss im Vergütungssystem abgebildet werden.
- Strukturkosten für zusätzliche Behandlungs-Einheiten müssen von Beginn an gegenfinanziert sein – ähnlich wie im stationären Sektor.

### **Kommunikation**

- Zur Vermeidung von Verunsicherung bis hin zur Panik in der Bevölkerung ist es erforderlich, die Kommunikationsaktivitäten von Behörden, Vertragsärzten und -psychotherapeuten bestmöglich aufeinander abzustimmen.