

## Pandemie-Management in der ambulanten Versorgung: Analyse des bisherigen Verlaufs – Strategien und Maßnahmen für die Zukunft

Andreas Gassen



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Deutschland hat die Corona-Pandemie bislang vergleichsweise gut bewältigt. Die Zahlen der schweren Verläufe von COVID-19 sowie der Todesfälle pro 100.000 Einwohner liegen deutlich unter denen vieler anderer Länder. Ein wesentlicher Grund hierfür liegt in der Stärke der ambulanten Versorgung hierzulande. Sechs von sieben Corona-Patienten werden durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte behandelt. Die Praxen und ihre Selbstverwaltung in Form der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) waren in der Lage, schnell und flexibel auf die Herausforderungen zu reagieren. Binnen kurzem haben sie neben der Regelversorgung einen zweiten „Corona-Strang“ mit speziellen Versorgungsangeboten aufgebaut. Niedergelassene Ärzte haben das Monitoring von Erkrankten in Quarantäne übernommen. All das hat bewirkt, dass der Ansturm auf die Kliniken in Deutschland ausgeblieben ist. Das KV-System hat bewiesen, dass es mit einem abgestimmten Vorgehen, aber regional flexibel, die notwendigen Kräfte und Ressourcen mobilisieren kann. Nach Abklingen der Welle lautet deshalb für viele Experten das Fazit: „Die ambulante Versorgung hat uns gerettet.“

Mittlerweile hat sich die Pandemiesituation in Deutschland von einem bundesweiten Infektionsgeschehen mit zentralen Handlungsnotwendigkeiten hin zu regionalen Clusterausbrüchen verschoben. Für die nahe Zukunft geht es deshalb vor allem darum, auf solche regional begrenzten Ausbrüche mit stark steigenden Fallzahlen vorbereitet zu sein. In diesem White Paper wird zunächst die Leistung des ambulanten Systems anhand von beispielhaften Maßnahmen, Zahlen und Fakten dargestellt. Es folgen konkrete Vorschläge, wie a) – solange keine wirksame und ausreichend verfügbare Impfung vorhanden ist – ein Leben „mit Corona“ in der medizinischen Regelversorgung gestaltet werden kann und b) die Versorgung für mögliche weitere Infektionswellen beziehungsweise in regionalen „Hotspots“ gewährleistet werden kann. Abschließend geht es um die politischen Implikationen und Voraussetzungen, um die erfolgreiche Bewältigung der Pandemie auch für die Zukunft sicherzustellen.

### Einleitung

Anfang 2020 gelangte das neuartige Virus SARS-CoV-2 ins Bewusstsein der Weltöffentlichkeit. Was im chinesischen Wuhan mit unklaren Berichten im Januar über eine neuartige Lungenerkrankung begann, breitete sich zu einem globalen Pandemiefiasco aus. Während die „Corona-Krise“ in Europa aktuell abflaut, grassiert das Virus in anderen Erdteilen und fordert dort viele Todesopfer. Doch auch innerhalb Europas sind Infektions- und Todesraten unterschiedlich – trotz oft ähnlicher staatlicher Gegenmaßnahmen. Deutschland hat dabei vergleichsweise gut abgeschnitten: Die Zahlen der schweren Verläufe von COVID-19 sowie der Todesfälle pro 100.000 Einwohner liegen deutlich unter denen anderer Staaten. Mittlerweile sind sich zahlreiche Experten einig, dass ein wesentlicher Grund für den Erfolg des hiesigen Gesundheitssystems in einer nationalen Besonderheit liegt: Ein wesentlicher Teil der Versorgung findet ambulant und damit schon vor den Krankenhäusern statt. Das galt auch während der Corona-Pandemie. Sechs von sieben Corona-Patienten werden hierzulande durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte behandelt. Während anderswo die Patienten eher in zentralen Einheiten versorgt werden, konnten sie sich hierzulande auf das wohnortnahe Netz der rund 100.000 Praxen vor Ort verlassen. Die Menschen mussten nicht eine Klinik oder große Ambulanzen aufsuchen, um sich dort testen und bei Symptomen behandeln zu lassen, sondern konnten oft sogar zu Hause bleiben – den Empfehlungen entsprechend. Diese engmaschige, niedrigschwellige, auf persönlichen Kontakten und Vertrauen basierende Versorgung durch Haus- und Fachärzte gibt es in anderen Ländern nicht oder zumindest nicht so ausgeprägt wie bei uns. Bundesgesundheitsminister Spahn hat diese Besonderheit als Stärke erkannt und die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte deshalb als „ersten Schutzwall“ im Kampf gegen das Virus bezeichnet. Größtes Problem dabei war der Mangel an

persönlicher Schutzausrüstung. Mittlerweile hat sich die Lage in Deutschland von einer nationalen Pandemiesituation, die bundesweite Maßnahmen notwendig machte, hin zu regionalen Clusterausbrüchen verschoben. Diese erfordern jeweils ein schnelles und konzertiertes Handeln der Akteure vor Ort. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat – basierend auf ihren Erfahrungen und denen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Bewältigung der Corona-Pandemie – Handlungsempfehlungen und konkrete Maßnahmen für das künftige Versorgungsmanagement entwickelt.

## Rückschau: Wie hat das KV-System zur Bewältigung der Krise beigetragen?

Zwei Aspekte haben schon zu Beginn der Pandemie in Deutschland eine zentrale Rolle gespielt: 1. die frühe Verfügbarkeit von Tests, 2. die Tatsache, dass die meisten Tests ambulant stattfinden und die Menschen dafür nicht gehäuft in die Krankenhäuser müssen (Arentz u. Wild 2020). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat schnell und frühzeitig die Kostenübernahme für Testungen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen geregelt. Die KVen haben bundesweit, gemeinsam mit den Vertragsärzten und teilweise in Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, etwa 450 mobile und stationäre Testzentren eingerichtet sowie über 500 mobile und stationäre Corona-Behandlungseinrichtungen. Um das Ansteckungsrisiko in den Praxen zu mindern und Infektionsketten zu vermeiden, wurden vielfältige Maßnahmen auf Bundes- und regionaler Ebene ergriffen. Dazu gehören die Einrichtung separater Corona-Sprechstunden, ein deutlicher Ausbau von Telefon- und Video-konsultation sowie des Service- und Beratungsangebots 116117. Insgesamt haben die Partner der Selbstverwaltung aufgrund der Corona-Pandemie über 60 Sonderregelungen für die ambulante Versorgung geschaffen – alle mit dem Ziel, den Praxen die Arbeit zu erleichtern, Bürokratie abzubauen und die Versorgung sicherzustellen. Eine detaillierte Übersicht findet sich auf der entsprechenden Themenseite der KBV im Internet (<https://www.kbv.de/html/coronavirus.php>).

Einige der wichtigsten Meilensteine während der ersten Monate der Pandemie aus Sicht der KBV sind in Tab. 1 zusammengefasst.

Auch wenn Corona über Monate das scheinbar alles beherrschende Thema war, darf nicht vergessen werden, dass die Praxen „nebenher“ eine Regelversorgung aufrechtzuerhalten hatten. In normalen Zeiten finden in den Praxen der Niedergelassenen 3,9 Millionen Patientenkontakte pro Tag statt (Hochrechnung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung auf Basis von Abrechnungsdaten vom 2. April 2018 aus sieben Kassenärztlichen Vereinigungen). Dazu gehören viele chronisch Kranke und ältere Menschen, die auf eine regelmäßige Versorgung nicht verzichten können. Deshalb kam dem Aufbau einer „zweigliedrigen Versorgung“ (spezielle „Corona-Sprechstunden“ u. Ä.) neben der normalen Sprechstunde eine besondere Bedeutung zu. Die Trennung von (potenziell) infektiösen von anderen Patienten in den Praxen ist zwar nichts Ungewöhnliches, in diesem Umfang wie während der Pandemie aber dennoch eine besondere Herausforderung. Für Ärzte galt es täglich abzuwägen zwischen dem Bedarf ihrer Patienten an „normaler“ Versorgung, der Notwendigkeit, nicht dringende Behandlungen zu verschieben sowie der akuten und sicheren Versorgung von COVID-19-(Verdachts-)Fällen – und allen diesen Bedarfen gleichermaßen gerecht zu werden.

Nicht nur Verdachtsfälle, auch Infizierte und weniger schwer Erkrankte konnten in Deutschland ambulant versorgt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben auf vielfältige Weise die häusliche Betreuung von COVID-19-Patienten in den Regionen organisiert. Etwa durch:

- regelmäßige telefonische Kontaktaufnahme zu Hause,
- Hausbesuche, bei Bedarf 24/7,
- spezielle „COVID-19-Care-Ärzte“,
- Video- und Telefonsprechstunden,
- digitale Vernetzung mit den Gesundheitsämtern.

Durch dieses engmaschige Monitoring war es größtenteils möglich, eine Einweisung der Betroffenen ins Krankenhaus und damit neue Übertragungswege und die Gefahr einer Überlastung der Kliniken zu vermeiden.

Tab. 1 Meilensteine in der Corona-Krise aus Sicht der ambulanten Versorgung (Auswahl)

| Zeitpunkt        | Bund  | Selbstverwaltung/KV-System   |
|------------------|---|--|
| Ende Januar 2020 | Erste bekannte SARS-CoV-2-Infektion in Deutschland  |  |
| Februar 2020     |   | Regelung zur extrabudgetären Vergütung für alle ärztlichen Leistungen aufgrund eines klinischen Verdachts oder einer nachgewiesenen Infektion mit SARS-CoV-2<br><br>KBV startet tagesaktuellen Info-Service für Ärzte; Ausbau des Patientenservice 116117 mit Informationen zum Corona-Virus   |
| März 2020        | Robert-Koch-Institut (RKI) passt Empfehlungen an: COVID-19-Patienten sollen auch ambulant versorgt werden.<br><br>Zentrale Beschaffung von Schutzausrüstung<br><br>Beginn des bundesweiten Lockdowns, Verbot von Zusammenkünften<br><br>RKI stuft Pandemie-Risiko für Bevölkerung als hoch ein<br><br>Vorgaben zum Social Distancing<br><br>RKI ändert Testkriterien<br><br>Krankenhausentlastungs- und 1. Bevölkerungsschutzgesetz | KBV und GKV-Spitzenverband schließen Vereinbarung zur Ausstattung der Praxen mit zentral vom Bund beschaffter Schutzausrüstung<br><br>Telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei leichten Atemwegserkrankungen (befristet)<br><br>KVen eröffnen Corona-Test- und Behandlungszentren<br><br>Technischer und personeller Ausbau der 116117<br><br>KVen übernehmen Verteilung von Schutzausrüstung<br><br>Praxen dürfen Videosprechstunden unbegrenzt anbieten (befristet)<br><br>Diverse befristete Maßnahmen, insbesondere zur (Weiter-)Versorgung chronisch kranker Patienten |
| April 2020       | Reproduktionszahl („R-Wert“) in Deutschland sinkt unter 1<br><br>Empfehlung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung<br><br>Erste Lockerungen von Schutzmaßnahmen  | Ausweitung der Telefonkonsultation<br><br>KBV veröffentlicht „Back-to-Life“-Papier (medizinische Exit-Strategie im Zuge von Lockerungsmaßnahmen)<br><br>Weitere diverse Sonderregelungen für Praxen und Versorgung   |
| Mai 2020         | 2. Bevölkerungsschutzgesetz<br><br>Weiter deutlich sinkende Infektionszahlen in Deutschland   |  |
| Juni 2020        | Corona-Warn-App des Bundes<br><br>„Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ des Bundesgesundheitsministeriums<br><br>Auftreten regionaler/lokaler „Hotspots“ von Infektionen   | KVen vereinbaren Regelungen zum Testen auf Landesebene<br><br>Gemeinsamer Bundesausschuss ermöglicht Wiederinkraftsetzen von Regelungen wie der telefonischen AU-Bescheinigung auf regionaler Ebene im Zusammenhang mit Clusterausbrüchen  |

## Maßnahmen für künftiges Corona-Management

Solange keine wirksame und flächendeckend verfügbare Impfung gegen COVID-19 existiert, ist davon auszugehen, dass wir ein Leben „mit Corona“ führen müssen: Sei es in Form von mehreren Wellen oder in Form eines längerfristigen beziehungsweise immer wiederkehrenden Infektionsgeschehens auf mehr oder weniger niedrigem Niveau. Dieses wäre mit einer starken ambulanten Versorgung und gewissen Rahmenbedingungen gut zu bewerkstelligen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und das KV-System haben sowohl für die längerfristige Integration der Corona-Versorgung in die Regelversorgung als auch für regional auftretende Clusterausbrüche mit sprunghaft steigenden Fallzahlen strategische Ansätze zu deren Bewältigung erarbeitet. Wichtigste Voraussetzungen für alle Szenarien sind die konsequente Trennung von COVID-19-Verdachts- und Erkrankungsfällen von anderen Patienten sowie das Vorhandensein von ausreichend Schutzmaterial.

### Integration in Regelversorgung und Verhindern einer neuen Welle

Im April 2020 – als die ersten bundesweiten Beschränkungen gelockert wurden – hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter der Überschrift „Back to Life“ Vorschläge für eine Exit-Strategie zum Ende des Shutdowns aus medizinischer Sicht vorgelegt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020). Hintergrund ist das Ziel einer langfristigen Sicherung der Stabilität des Gesundheitssystems und die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Das Konzept verfolgt einen risikogruppenspezifischen Ansatz, indem es auf primär zu schützende Bevölkerungsgruppen fokussiert. Hierzu werden modulare, medizinisch indizierte Maßnahmen vorgeschlagen.

#### Gezielte Testungen

Testungen nach dem „Gießkannen-Prinzip“ sind aus medizinischer Sicht wenig sinnvoll. Das diagnostische Fenster für ein korrektes Testergebnis ist relativ schmal; das Ergebnis selbst gibt lediglich Auskunft über den zum Zeitpunkt des Abstrichs aktuellen Infektionsstatus, der wenig später schon hinfällig sein kann. Besser ist es daher, die Testkapazitäten auf bestimmte Risiko- und Bevölkerungsgruppen zu fokussieren und diese bei Bedarf öfter zu testen. Zu diesen Gruppen gehören:

- Patienten mit COVID-19-Symptomen und deren Kontaktpersonen,
- sogenannte vulnerable Gruppen wie Bewohner von Alten- und Pflegeheimen,
- Menschen mit berufsmäßigem/regelmäßigem Kontakt zu vulnerablen Gruppen, also etwa in der Alten- und Krankenpflege und in anderen Berufsgruppen.

Für die Testungen in der Kontaktpersonen-Nachverfolgung sowie im Rahmen des Arbeitsschutzes und die vorsorgliche Testung der stationär Pflegebedürftigen müssen klare gesetzliche Rahmenbedingungen (Zuständigkeit, Häufigkeit) geschaffen und Finanzierungsregelungen getroffen werden. Dies ist mit der „Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ des Bundesgesundheitsministeriums vom 8. Juni 2020 geschehen. Je nach Anlass für einen Test sind entweder die Vertragsärzte oder der Öffentliche Gesundheitsdienst zuständig, der seinerseits wiederum Dritte – auch Vertragsärzte – beauftragen kann. Die Finanzierung ist mit Stand Mitte Juli 2020 allerdings noch nicht für alle Fallkonstellationen abschließend geklärt.

#### Konsequente Patienten-Separierung

Es gibt weder das einzelne klinische Symptom für eine COVID-19-Erkrankung – vielmehr handelt es sich um mehrere häufig auftretende Symptome und klinische Zeichen –, noch gibt es „den“ typischen Krankheitsverlauf von COVID-19. Neben einem höheren Lebensalter gelten jedoch insbesondere Herzinsuffizienz, Hypertonie und Diabetes mellitus als Vorerkrankungen mit einem deutlich erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf und eine erhöhte Letalität. Aber auch chronische Lungenerkrankungen wie COPD und Erkrankungen mit Immundefizienz werden entsprechend eingeordnet. Gerade ältere und chronisch kranke Menschen machen aber einen hohen Anteil der Patienten in deutschen, vor allem hausärztlichen Praxen aus. Allein in hausärztlichen Praxen finden jeden Tag etwa 1,8 Millionen Patientenkontakte statt. Davon wiederum entfallen 850.000 Kontakte (46 %) auf Patienten der Höchstisikogruppe für COVID-19 (Alter > 75 J. und Patienten mit Herzinsuffizienz, Diabetes, COPD etc.). Um die Regelversorgung sicherzustellen und die Versorgung dieser Patientengruppen nicht zu gefährden, bedarf es einer klaren Trennung von Patienten ohne Verdachtssymptome von solchen mit Symptomen. Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bieten darüber hinaus auch Videosprechstunden an, um persönliche Patienten-Kontakte zu minimieren.

Die in der akuten Phase der Pandemie praktizierten Angebote (s. Gliederungspunkt 1.2) wurden mit dem Abflauen der Pandemie zurückgebaut beziehungsweise in den Regelbetrieb integriert. (Beispielsweise durch den Abbau

zentraler Test-/Behandlungszentren und Übernahme der verbleibenden Tests durch reguläre Praxen im Rahmen von Infektsprechstunden). Für die dauerhaft zwingend erforderliche und langfristig durchhaltefähige Trennung der Patientengruppen sind flächendeckende eigenständige „COVID-19 Einrichtungen“ bei weiter sinkenden Infektionszahlen nicht effizient. Lediglich in Ballungsräumen könnte der Erhalt von „COVID-19 Zentren“ aufgrund von höheren Patientenzahlen gegebenenfalls weiterhin sinnvoll sein. Die zentralen Einrichtungen in der Fläche können bei Bedarf jederzeit von den Kassenärztlichen Vereinigungen wieder „hochgefahren“ werden.

### Monitoring von COVID-19-Patienten

Ein zentraler Aspekt der Versorgung von an COVID-19 Erkrankten ist das ambulante Monitoring dieser Patienten über den gesamten Zeitraum ihrer Quarantäne. Ziel ist, dass die Patienten zu Hause bleiben und unter kontinuierlicher Beobachtung betreut werden, um die Notwendigkeit dringlicher Interventionen oder weiterer Untersuchungen rechtzeitig erkennen zu können. Dieses Monitoring kann in verschiedenen Formen erfolgen, zum Beispiel über zweimal tägliche telefonische Kontaktaufnahme mit Erhebung des Patientenstatus (u. a. Allgemeinzustand, Husten, Temperatur, Atemwegsbeschwerden) oder über eine Selbstdokumentation im Rahmen eines (digitalen) Patiententagebuchs und elektronische Übermittlung der Daten an den betreuenden Hausarzt oder an den ambulanten Besuchsdienst. Voraussetzung hierfür ist die unverzügliche Übermittlung der Daten von positiv getesteten Patienten an den behandelnden Arzt.

### Steuerung von Impfmaßnahmen

Momentan (Stand Juli 2020) ist nicht verlässlich abzusehen, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Menge ein gegen SARS-CoV-2 wirksamer Impfstoff zur Verfügung stehen wird. Sollte ein Impfstoff in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, bietet es sich an, ein risikoorientiertes Priorisierungskonzept für die Impfung zu etablieren. Dabei erscheint es zunächst wichtig, das Ausbreitungsrisiko über in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen tätige Personen zu minimieren beziehungsweise zu verhindern. Es ist in dieser Gruppe von ca. 3,8 Mio. (Angaben des Statistischen Bundesamtes) zu impfenden Personen auszugehen. Im nächsten Schritt sollten Personengruppen mit erhöhtem Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf geimpft werden (s. o.).

Diese Empfehlung müsste dann kurzfristig durch die dafür zuständige Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut erfolgen. Darüber hinaus sollte dafür Sorge getragen werden, dass auch alle anderen empfohlenen Schutzimpfungen (zum Beispiel gegen die saisonale Influenza) in höherem Maße und mit suffizienten Impfraten umgesetzt werden. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nehmen hierbei eine führende und zentrale Rolle ein und sind für eine höhere Nachfrage gerüstet.

### Regionales Frühwarnsystem

Die Bund-Länder-Konferenz zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie hat am 6. Mai 2020 beschlossen, „dass in Landkreisen oder kreisfreien Städten mit kumulativ mehr als 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern innerhalb der letzten 7 Tage sofort ein konsequentes Beschränkungskonzept unter Einbeziehung der zuständigen Landesbehörden umgesetzt“ werden muss. Vor diesem Hintergrund hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) länderspezifische Kennzahlen zur Steuerung des Pandemieverlaufs entwickelt (Stillfried et al. 2020). Hintergrund ist, dass eine einheitlich fixierte Interventionsgrenze (wie 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner) nicht berücksichtigt, wie stark die regionalen Kapazitäten der medizinischen Versorgung bei steigenden Fallzahlen beansprucht werden. Um die Ausbreitung von SARS-CoV-2 besser regionalisiert kontrollieren zu können, hat das Zi ein Modell entwickelt, das zwei Kennzahlen für das Pandemie-Management der Länder enthält: eine länderspezifische Belastungsgrenze des Gesundheitswesens sowie die sich daraus bei steigenden Fallzahlen ergebende Vorwarnzeit bis zum Erreichen dieser Belastungsgrenze. Diese Kennzahlen sollen helfen, die Dringlichkeit weitergehender Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zu bewerten und gegenüber möglichen Grundrechtseinschränkungen abzuwägen. Die Belastungsgrenze wird insbesondere abgeleitet aus den für die Versorgung von COVID-19-Patienten verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungsplätzen (25 Prozent aller registrierten Intensivplätze), dem Anteil der intensivmedizinisch behandlungspflichtigen COVID-19-Patienten an allen gemeldeten Infektionsfällen (5 Prozent), und der mittleren Behandlungsdauer der COVID-19-Patienten auf Intensivstationen (10 Tage). Je stärker die länderspezifische Belastungsgrenze durch die Interventionsgrenze (Zahl der Neuinfektionen) ausgeschöpft ist, desto kürzer ist die verbleibende Zeit bis zum Erreichen der Belastungsgrenze bezogen auf die im jeweiligen Bundesland verfügbaren intensivmedizinischen Ressourcen. Berücksichtigt man pauschal anzunehmende Zeitverluste bis zum Wirksamwerden von Maßnahmen unter der Annahme, dass sich die Vorwarnzeit hierdurch um 21 Tage verkürzt (effektive Vorwarnzeit), betrüge die verbleibende Zeit in einigen Bundesländern mehrere Wochen, in anderen nur wenige Tage.

Ein solches Frühwarnsystem, das statt einer einzigen fixen Zahl regionale Kennzahlen zueinander in Relation setzt und dabei die Versorgungskapazitäten vor Ort berücksichtigt, kann helfen, die Anzahl und die Art der not-



wendigen Interventionen zu bewerten. Es dient damit als eine Art Kompass für die Politik beim Pandemie-Management.

### **Mögliche digitale Unterstützung**

Eine Verbesserung der Datenbasis kann entscheidend dazu beitragen, Ausbruchsherde zu identifizieren, entsprechend zu reagieren und Maßnahmen planen zu können. Neben dem oben genannten Frühwarnsystem gehören dazu Apps zur Identifikation von Infektionsketten und zur Information von Betroffenen. Aufbauend auf bisherigen App-Entwicklungen ist es denkbar, neben der bereits möglichen elektronischen Terminvergabe für Testungen auch weitere Teile des Diagnose- und Behandlungspfades von COVID-19-Patienten digital abzubilden. Die Anbindung der Labore zur direkten Übermittlung von Testergebnissen an das RKI gehört unbedingt dazu. Auch die Beobachtung von Menschen in Quarantäne beziehungsweise von COVID-19-Erkrankten lässt sich elektronisch/telemmedizinisch unterstützen. Das erspart dem Patienten weitere Praxisbesuche, dem Arzt Hausbesuche und minimiert dadurch weitere Infektionsrisiken. Bei all diesen Überlegungen sollten Wege beschritten werden, die datenschutzkonform und für die Anwender möglichst freiwillig sind.

### **Versorgung in regionalen „Hotspots“**

Mittlerweile hat sich die COVID-19-Pandemiesituation von einem bundesweiten Geschehen mit zentralen Handlungs- und Reaktionserfordernissen auf regionale Clusterausbrüche mit teilweise erheblichen Fallzahlsteigerungen verschoben. Diese Veränderung, die auch für die kommenden Wochen und Monate zu erwarten ist, bedingt ein unmittelbares Handeln der beteiligten Akteure vor Ort. Auf Basis ihrer bisherigen Erfahrungen in der Pandemie hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung für den Fall von Clusterausbrüchen in sogenannten Hotspots Handlungsempfehlungen für ein schnelles regionales Versorgungsmanagement erarbeitet.

### **Regionale Teststrategien festlegen**

Nach der Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums ist der Öffentliche Gesundheitsdienst für die Festlegung der Teststrategie im Rahmen von regionalen Ausbruchsgeschehen zuständig. Aus Sicht des KV-Systems sollte für eine erfolgreiche Umsetzung von ausreichenden, zeit- und bevölkerungsnahen Testungen im Falle von Clusterausbrüchen jedoch ein Handlungsrahmen regional festgelegt sein. Dabei sind im Falle von begrenzten Testkapazitäten symptomatische Patienten vorrangig zu testen und zu behandeln. Ein solcher Vorrang kann auch für besonders gefährdete Gruppen (etwa in Pflegeheimen) angenommen werden. Hierfür ist eine Beratung und Abstimmung einer konkreten regionalen Vorgehensweise zwischen den obersten Landesgesundheitsbehörden und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu empfehlen. Darüber hinaus wäre es zielführend, Informationen und Abstimmungsergebnisse auch an die Bundesebene zu übermitteln, um das Teilen von Informationen und Erkenntnissen über regionale Grenzen hinweg zu ermöglichen.

### **Regionale Sonderregelungen initiieren**

Sofern aufgrund regional hoher Neuinfektionszahlen regionale Beschränkungskonzepte durch eine Gebietskörperschaft oder eine andere nach dem Infektionsschutzgesetz zuständige Behörde getroffen werden, können Corona-Sonderregelungen etwa für die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach telefonischer Anamnese oder die Verordnung von Leistungen (wie z. B. Heil-/Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege etc.) zur Unterbrechung von Infektionsketten und zur kurzfristigen Entlastung der Vertragsärzte rasch ermöglicht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Landkreise Gütersloh und Warendorf einen entsprechenden Beschluss gefasst. Eine Rahmenbeschlussfassung durch den G-BA für gegebenenfalls weitere regionale Ausnahmeregelungen befindet sich derzeit in Vorbereitung. Darauf abgestimmte bundesmantelvertragliche Regelungen wurden durch den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung und die KBV bereits gefasst. Eine gegebenenfalls erforderliche Initiierung dieser Sonderregelungen kann zukünftig nach Abstimmung zwischen den jeweiligen Landesregierungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfolgen.

### **Regelversorgung und Versorgung von COVID-19-Patienten sichern**

Wie es bereits in der bundesweiten Pandemiephase erfolgreich geübte Praxis war, so ist es auch bei regionalen Clusterausbrüchen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich, dass COVID-19-Fälle beziehungsweise Verdachtsfälle (unklare Infektionen der oberen Atemwege) von allen anderen Patienten klar getrennt werden. Die vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen haben – abgesichert durch den Paragraphen 105 Absatz 3 SGB V – hierzu Erfahrungen gesammelt. Falls

erforderlich können in enger Abstimmung zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Kassenärztlichen Vereinigungen anlassbezogene lokale Maßnahmen vereinbart werden, um auf besondere regionale Herausforderungen zu reagieren.

## Checkliste für die regionale Implementierung

### *Regionaler Maßnahmenplan*

Zur Beherrschung regionaler Ausbrüche ist ein eng abgestimmtes Vorgehen zwischen dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Kassenärztlichen Vereinigungen unerlässlich. Dies schafft die Grundlage für eine erfolgreiche Bewältigung des Ausbruchsgeschehens und sichert gleichzeitig die unverzichtbare Regelversorgung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben diesbezüglich bereits regionalspezifische und maßgeschneiderte Lösungsansätze entwickelt.

Zur Findung eines regionalen Maßnahmenplans sollten insbesondere die folgenden Punkte bedacht werden:

- Benennung und gegenseitige Bekanntgabe von regionalen Entscheidungsträgern von Seiten Land/Kreis/Stadt, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Kassenärztlichen Vereinigungen,
- enge Zusammenarbeit der regionalen Krisenstäbe mit den Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Verfügbarkeit und Verteilung von persönlicher Schutzausrüstung (Bestandsaufnahme/Reichweite von vorhandenen Materialien, Klärung des weiteren Finanzierungswegs, Bekanntgabe von Bezugsmöglichkeiten für Praxen, Testzentren etc.),
- Planung und Abschätzung von Laborkapazitäten sowie Entwicklung von Steuerungsmöglichkeiten in Überlauflabore (ggf. unter Einbindung der Bundesebene, s. u.),
- Kommunikationsplan für die Information der Bürgerinnen und Bürger beziehungsweise Patienten (Handreichungen, Anlaufstellen, Einbindung der Serviceplattform 116117)
- Kooperationsvereinbarungen/Rahmenverträge inkl. Finanzierung (Infrastruktur, Tests, Schutzausrüstung etc.) im Vorfeld schließen,
- Fortlaufende, enge Abstimmung zwischen Land/Kreis und Kassenärztlicher Vereinigung während des Ausbruchsgeschehens.

### *Unterstützungsangebot auf Bundesebene*

Ein begleitendes Unterstützungsangebot von Seiten der Bundesebene (durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung) umfasst insbesondere die folgenden Punkte:

- Abstimmung und Kommunikation mit dem Bundesgesundheitsministerium (Schnittstellenfunktion),
- Initiierung von zeitlich befristeten Corona-Sonderregelungen des G-BA nach Abstimmung zwischen den jeweiligen Landesregierungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen über die KBV,
- Übersicht und gegebenenfalls Anpassung von Corona-Sonderregelungen mit Bundesvertragspartnern,
- Einbindung von bundesweiten Akteuren (G-BA, GKV-Spitzenverband, BMG, Laborverbände etc.),
- Ansprechpartner für die KVen zu überregionalen Fragestellungen und Sammlung von regionalen Informationen (Aufbau einer Netzwerkstruktur und Wissenstransfer aus Best-Practice-Modellen),
- Bereitstellung von länderspezifischen Kennzahlen zur Steuerung des Pandemieverlaufs (Vorwarnzeit) durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.

## „Lessons learned“ und daraus abgeleitete politische Implikationen

Allen Betroffenen, sei es mittelbar oder unmittelbar, hat die bisherige Pandemie neue Erfahrungen und wichtige Erkenntnisse bereitet. Dazu gehören aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Selbstverwaltung vor allem folgende Punkte.

- **Schutzausrüstung:** Ihr Fehlen war die Achillesferse des deutschen Gesundheitssystems bei der Bekämpfung der Pandemie. Die Praxen sind für eine über den „Alltagsbedarf“ hinausgehende Beschaffung nicht zuständig. Für die Zukunft muss sichergestellt sein, dass eine ausreichende Menge an persönlicher Schutzausrüstung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für den Pandemiefall vorgehalten wird und deren Finanzierung gesichert ist.

- **Rolle der Selbstverwaltung:** In einer Pandemie- beziehungsweise nationalen Katastrophensituation müssen die Zuständigkeiten und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene zweifelsfrei geklärt sein. Eingriffe in die Kompetenz der Selbstverwaltung – wie sie in einem Bundesland exzerziert und in einigen anderen ernsthaft erwogen wurden – sind nicht hilfreich. Sie wirken eher demotivierend für die Ärzte vor Ort, die sich oft weit über persönliche Grenzen hinweg engagiert haben, und stellen zudem aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen unzulässigen Eingriff in die Berufsfreiheit dar.
- **Wirtschaftliche Unterstützung und Förderung von Investitionen:** Die Erfahrungen haben gezeigt, dass Deutschland dank seiner starken ambulanten Versorgung und seinem engmaschigen Netz an Haus- und Facharztpraxen vergleichsweise gut durch die Krise gekommen ist. Dabei haben die Praxen an zwei Fronten gekämpft: Einerseits waren sie durch SARS-CoV-2 besonders gefordert, andererseits bleiben viele andere Patienten den Praxen fern aus Angst vor einer Ansteckung – mit allen wirtschaftlichen Folgeerscheinungen, die das für eine Praxis als selbstständiges Unternehmen hat. Deshalb hat die Politik dafür Sorge zu tragen, dass die ambulante Versorgung – und damit letztendlich die Patienten – am Ende nicht als Verlierer dasteht und Praxen vom Netz gehen. Während für die Krankenhäuser und den Öffentlichen Gesundheitsdienst milliardenschwere „Konjunktur- und Krisenbewältigungspakete“ geschnürt werden, um etwa die Digitalisierung voranzutreiben, müssen Ärzte derlei Investitionen weitgehend aus eigener Tasche zahlen. Hier sollte nicht mit zweierlei Maß gemessen werden.

## Fazit und Ausblick

Immer wieder haben „Experten“ in den letzten Jahren unser Gesundheitssystem als zu teuer und ineffizient gegeißelt. Doch nun zeigt sich, dass genau dieses System der wesentliche Grund für die gelungene und gut gesteuerte medizinische Versorgung während der Krise war.

Während der eigentlich zuständige Öffentliche Gesundheitsdienst bislang weder organisatorisch noch von seiner technischen und personellen Ausstattung her über die nötigen Voraussetzungen zur Bewältigung einer pandemischen Lage verfügt, hat das KV-System bewiesen, dass es mit einem abgestimmten Vorgehen, aber regional flexibel die notwendigen Kräfte und Ressourcen mobilisieren kann. Die Praxen haben verhindert, dass zu viele Menschen ins Krankenhaus kamen und das Gesundheitssystem überlastet wurde. Genau das war ja auch das ursprüngliche Ziel aller Maßnahmen: zu verhindern, dass die Kapazitäten für die Versorgung schwer Erkrankter nicht ausreichen und infolgedessen die Versorgung zusammenbricht. An diesem Punkt sind wir in Deutschland zu keiner Zeit auch nur annähernd gewesen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Ressourcen und Knowhow aufgebaut, die nun in die Regelversorgung integriert beziehungsweise im Falle eines erneuten starken Anstiegs der Infektionszahlen reaktiviert werden können.

Auch wenn die Verantwortlichkeit für Art, Umfang und Dauer von Beschränkungskonzepten sowie damit einhergehende Maßnahmen bei den regional zuständigen Behörden liegt, besteht im KV-System die Bereitschaft, sich bei regionalen Corona-Ausbrüchen einzubringen. Dies setzt im Gegenzug die Bereitschaft zur frühzeitigen Einbindung, Abstimmung und Kooperation auf Landesebene voraus. Das vorliegende Papier ist insofern auch als Empfehlung und Angebot an die politisch Verantwortlichen zu verstehen.

## Literatur

- Arentz C, Wild F (2020) Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie. WIP-Analyse 3/2020. Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020) Back to Life. Beitrag der KBV zu einer Exit-Strategie zum Ende des „Shutdown“ aus medizinischer Sicht. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/2020\\_04\\_16\\_Backtolife.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/2020_04_16_Backtolife.pdf) (abgerufen am 13. Juli 2020)
- Stillfried et al. (2020) Geeignete Maßzahlen für ein Pandemie-Management: Interventionsgrenze, Reproduktionszahl, Vorwarnzeit. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin. URL: [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMS/Zi-Papier\\_Geeignete\\_Masszahlen\\_fuer\\_ein\\_Pandemie-Management.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMS/Zi-Papier_Geeignete_Masszahlen_fuer_ein_Pandemie-Management.pdf) (abgerufen am 15. Juli 2020)

### Dr. Andreas Gassen

Dr. Andreas Gassen ist seit März 2014 Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die KBV vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der rund 175.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Gassen ist Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie und seit 1996 in einer Praxis in Düsseldorf niedergelassen.