

DISKUSSIONSGRUNDLAGE – WHITE PAPER – MANAGEMENT DES PANDEMIEGESCHEHENS

AUSGANGSLAGE UND ZIEL DES PAPIERS

Im Verlauf der COVID-19-Pandemiesituation konnten bislang zwei Phasen beobachtet werden: Von einem bundesweiten Geschehen mit zentralen Handlungs- und Reaktionserfordernissen hatte sich die Situation hin zu regionalen Clusterausbrüchen mit teilweise erheblichen Fallzahlsteigerungen verschoben. Weitere Phasen des Pandemiegeschehens sind möglich und könnten sich in den kommenden Monaten entwickeln. Hinzukommen – unabhängig von der weiteren Entwicklung der COVID-19-Pandemie – saisonale Besonderheiten wie die zunehmende Verbreitung von Erkältungskrankheiten, grippalen Infekten und Influenzakerkrankungen. Gleichzeitig muss eine breite Influenzaprävention durch Gripeschutzimpfungen umgesetzt werden. Hieraus ergeben sich Handlungsnotwendigkeiten für folgende Versorgungsszenarien:

- 1. Regionale Clusterausbrüche, die in allen nachfolgend beschriebenen Phasen zusätzlich auftreten können.**
- 2. Flächendeckender Infektionsanstieg insbesondere durch Reiserückkehrer und gelockerten Umgang mit den AHA-Regeln in der Bevölkerung mit dem Risiko eines exponentiellen Anstiegs**
- 3. Gripeschutzimpfungen bei gleichzeitig ansteigenden Erkältungskrankheiten, grippalen Infekten und COVID-19-Erkrankungen unter Berücksichtigung eines Szenarios mit exponentiellem Wachstum**

Alle diese vorgenannten Situationen bedingen ein unmittelbares Handeln der beteiligten Akteure vor Ort. Das KV-System hat durch seine breit aufgestellte ambulante Versorgung sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Bereich in der ersten Phase der bundesweiten Pandemie seine außerordentliche Leistungsfähigkeit unter Beweis gestellt. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben damit ganz wesentlich zur Bewältigung der Krisensituation beigetragen. Zentraler Indikator für den Erfolg war, dass hierdurch 6 von 7 Patienten ambulant behandelt werden konnten. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte haben damit einen „Schutzwall“ gebildet, dessen Bedeutung sich im internationalen Vergleich offenbart: Wo die Versorgung ausschließlich an Krankenhäusern konzentriert und viele Patienten stationär aufgenommen wurden, die in Deutschland ambulant geblieben sind, war tendenziell der Anteil nosokomialer Infektionen erhöht und die Krankenhäuser waren schneller überlastet. In kürzester Zeit haben die Kassenärztlichen Vereinigungen ca. 450 Einrichtungen zur Testdiagnostik sowie rund 500 Einrichtungen zur Infektbehandlung aufgebaut, sowohl als ortsgebundene Zentren als auch in Form mobiler Einheiten. Sie haben das ambulante Monitoring von Patienten in Quarantäne übernommen. Der Patientenservice 116117 wurde über Nacht zur bundesweiten „Corona-Hotline“.

Auf Basis der gesammelten Erfahrungen soll dieses Papier beschreiben, welche unmittelbaren Handlungsempfehlungen im Falle der unterschiedlichen oben beschriebenen Szenarien bestehen, welche Maßnahmen regional und ggf. auch bundesweit rasch eingeleitet und umgesetzt werden sowie welche weiteren Schritte im Falle eines starken Anstiegs unternommen werden müssen. Hierbei soll auch ein situations- und regionalspezifisches Frühwarnsystem zum Einsatz kommen. Nicht zuletzt werden die Voraussetzungen, die für diese Versorgungsszenarien zu schaffen sind, adressiert.

In diesem Zusammenhang war es eine der wichtigsten Erkenntnisse der vergangenen Monate, dass eine ausreichende Menge an persönlicher Schutzausrüstung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für den Pandemiefall vorgehalten und deren Finanzierung gesichert werden muss. Darüber hinaus ist die Sicherstellung der einfachen und unbürokratischen Finanzierung bzw. dem Rückfluss der aufzuwendenden Mittel an die KVen u. a. von aufzubauender Infrastruktur unentbehrlich, um schnelle, klare und vor allem sichere Handlungsoptionen für alle Beteiligten sicherzustellen.

1 MANAGEMENT VON REGIONALEN CLUSTERAUSBRÜCHEN

1.1 REGIONALE TESTSTRATEGIE FESTLEGEN

Ganz grundsätzlich ist der ÖGD bzw. sind die Länder nach der derzeitigen Rechtslage für Testungen zuständig, die nicht durch eine im Patienten liegende Symptomatik begründet sind. Nach der Rechtsverordnung des BMG nach § 20i SGB V ist in der Konsequenz auch der ÖGD 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 und muss auch gegenüber verpflichtenden Testungen etwa für Reiserückkehrer gelten. Hierfür ist eine Beratung und Abstimmung einer konkreten regionalen Vorgehensweise zwischen den obersten Landesgesundheitsbehörden und den Kassenärztlichen Vereinigungen und darüber hinaus mit dem RKI zu empfehlen. Darüber hinaus würde es sich als zielführend erweisen, Informationen und Abstimmungsergebnisse auch auf die Bundesebene zu übermitteln, um das Teilen von Informationen und Erkenntnissen über regionale Grenzen hinweg zu ermöglichen.

1.2 REGIONALE SONDERREGELUNGEN INITIIEREN

Sofern aufgrund regional hoher Neuinfektionszahlen regionale Beschränkungskonzepte durch eine Gebietskörperschaft oder eine andere nach dem IFSG zuständige Behörde getroffen werden, können Corona-Sonderregelungen z. B. 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 G-BA hatte auf Antrag der KBV für die Landkreise Gütersloh und Warendorf einen entsprechenden Beschluss gefasst. Eine Rahmenbeschlussfassung durch den G-BA für ggf. weitere regionale Ausnahmeregelungen befindet sich derzeit in Vorbereitung. Darauf abgestimmte bundesmantelvertragliche Regelungen wurden durch GKV-SV und KBV ebenfalls bereits gefasst. Eine ggf. erforderliche Initiierung von Sonderregelungen die Rechtsnormen des G-BA betreffend kann zukünftig z.B. auf Antrag des für die betroffene Gebietskörperschaft zuständigen Landes, der KBV oder auch durch den G-BA von Amts wegen erfolgen.

1.3 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 bzw. 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 § 105 Absatz 3 SGB V - hierzu Erfahrungen gesammelt. Falls erforderlich können in enger Abstimmung zwischen ÖGD und KVen anlassbezogene lokale Maßnahmen vereinbart werden, um auf besondere regionale Herausforderungen zu reagieren.

CHECKLISTE FÜR DIE REGIONALE IMPLEMENTIERUNG

Regionaler Maßnahmenplan

Zur Beherrschung regionaler Ausbrüche wird die Unterstützung durch niedergelassene Ärzte und durch die KVen, wie sich bereits in der Vergangenheit gezeigt hat, unverzichtbar sein. Daher ist ein eng abgestimmtes Vorgehen zwischen dem ÖGD bzw. den Ländern 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, ÖGD und Kassenärztlichen Vereinigungen
- › Enge Zusammenarbeit der regionalen Krisenstäbe mit den Kassenärztlichen Vereinigungen
- › Zwingend ist die 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 bzw. 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 (KBV)

Ein begleitendes Unterstützungsangebot von Seiten der Bundesebene umfasst insbesondere die folgenden Punkte:

- › Abstimmung und Kommunikation mit dem BMG (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 ggf. Anpassung von Corona-Sonderregelungen mit Bundesvertragspartnern
- › Einbindung von bundesweiten Akteuren (G-BA, GKV-SV, 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 (Zi).
- › Anstreben von Vereinheitlichungen in den Themengebieten der Finanzierung etwaiger Infrastruktur und der Vereinfachung von Verfahrensabläufen.

2 MANAGEMENT EINES FLÄCHENDECKENDEN INFEKTIONSANSTIEGS INSBESONDERE DURCH REISERÜCKKEHRER UND GELOCKERTEN UMGANG MIT DEN AHA-REGELN IN DER BEVÖLKERUNG

Der Einfluss von Reiserückkehrern auf das Infektgeschehen wird abschließend etwa Ende September beurteilt werden können, nachdem die letzten Bundesländer aus den Schulferien zurückgekehrt sind. Hier besteht ein potentielles Risiko für ein erneut exponentielles Wachstum des Infektionsgeschehens.

Übernahme der Aufgabe durch die niedergelassenen Ärzte

Die Tests obliegen dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Eine Unterstützung durch die von den Kassenärztlichen Vereinigung betriebenen Testzentren ist möglich, sofern hierfür die Finanzierung sowie eine einheitlich unbürokratische Dokumentation und Abrechnung sichergestellt ist. Nur so ist es denkbar, dass die niedergelassenen Ärzte möglicherweise einen wesentlichen Teil dieser Aufgabe übernehmen werden können.

Die Quarantänemaßnahmen sind durch den ÖDG zu veranlassen und zu kontrollieren. Das ambulante medizinische Monitoring von symptomatischen und leicht erkrankten COVID-19-Patienten kann wie bisher durch die vertragsärztliche Versorgung erfolgen. In Abhängigkeit vom Pandemieverlauf können hierfür die bestehenden Abrechnungsmodalitäten genutzt werden.

Bei einem erneuten deutlichen und flächendeckenden Anstieg der Infektionsfälle sollte die Reaktivierung, Fortführung oder Neuregelung insbesondere der nachfolgenden Sonderregelungen erwogen werden (siehe dazu auch Abschnitt 3 IV. auf Seite 6):

- › Ermöglichung der AU-Bescheinigung per Telefon bei leichten Erkrankungen der oberen Atemwege für bis zu 7 Tage plus Verlängerung von bis zu 7 Tagen nicht nur regional begrenzt. Dazu erforderliche Portokosten für Folgerezept, Verordnungen und Überweisungen
- › Telefonische Konsultationsmöglichkeit ohne Verrechnung mit dem vertragsärztlichen Honorar und ohne Begrenzung je Behandlungsfall, um insbesondere das kontinuierliche Monitoring von Infektfällen in deren häuslichem Umfeld zu ermöglichen
- › Fortführung der folgenden Sonderregelungen über den 30.09. hinaus:
 - Wegfall der 20%-Grenze bei Videosprechstunden
 - Psychotherapeutische Sprechstunde und probatorische Sitzungen per Video erbringbar
 - Umwandlung psychotherapeutischer Gruppen- in Einzeltherapie
 - Videosprechstunde in der sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen durch nichtärztliche Mitarbeiter und in der Substitutionstherapie
 - Videosprechstunde und Hygienepauschale für Durchgangsärzte
 - Diverse Sonderregelungen zu veranlassten Leistungen.

Darüber hinaus müsste schon jetzt sichergestellt sein, dass befristete gesetzliche Grundlagen verlängert werden (z. B. 105 Abs. 3 SGB V zur Finanzierung der Infrastruktur).

3 GRIPPESCHUTZIMPFUNGEN BEI GLEICHZEITIG ANSTIEGENDEN ERKÄLTUNGSKRANKHEITEN, GRIPPALEN INFEKTEN, COVID-19-ERKRANKUNGEN UNTER BERÜCKSICHTIGUNG EINES SZENARIOS MIT EXPONENTIELLEM WACHSTUM

3.1 INDIKATIONS- UND ZEITGERECHT IMPFEN

Vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie ist die Gripeschutzimpfung in diesem Jahr wichtiger denn je. Dies gilt insbesondere für Personen über 60 Jahre und Personen mit chronischen Erkrankungen, die ein hohes Risiko für einen schweren Verlauf einer Influenza haben. Deshalb besteht auch weiterhin die Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) diese Personengruppen sowie beruflich besonders exponierte Personen zu impfen. Die vergangenen Jahre haben jedoch gezeigt, dass die Inanspruchnahme der Grippeimpfung durch diesen Personenkreis zu gering ist und deshalb – auch vor dem Hintergrund vermeidbarer Todesfälle – deutlich ausgebaut werden sollte.

Die Epidemiologie der Influenza- sowie COVID-19-Erkrankungen weist hinsichtlich der Risikogruppen für schwere Krankheitsverläufe sehr deutliche Parallelen auf. Daher ist es besonders wichtig, Möglichkeiten zur Risikoreduktion zu nutzen, um zumindest ein Erkrankungsrisiko zu senken und Doppelinfektionen mit deutlich höherem Risiko möglichst zu vermeiden.

Wenngleich für die kommende Impfsaison 2020/2021 mit voraussichtlich 25 Mio. Impfstoffdosen zwar mehr Impfstoff als in den vergangenen Jahren zur Verfügung steht, ist dennoch eine Knappheit zu erwarten. Daher sollten in den Arztpraxen zunächst und verstärkt die von der STIKO genannten Risikogruppen auf die empfohlene Impfung angesprochen und geimpft werden. Insbesondere die Impfung der im Gesundheitswesen Tätigen sollte konsequent umgesetzt werden.

Die STIKO empfiehlt die Durchführung der Grippeimpfung vorzugsweise im Oktober und November. Aufgrund der wahrscheinlich zu erwartenden pandemiegetriggerten erhöhten Anzahl von Impfungen sollten die Gripeschutzimpfungen durch die Vertragsärzte begonnen werden, sobald Impfstoffdosen durch das PEI freigegeben und verfügbar sind. In den vergangenen Jahren war dies bereits Anfang September der Fall.

Präventionsinitiative Impfen der KBV

Im Rahmen der Präventionsinitiative der KBV sind ab August folgende Maßnahmen geplant:

- › KBV-Themenseite „Impfen“ für Patienten
- › Aufruf zur Gripeschutzimpfung über #Ihre Abwehrkräfte
- › Social-Media-Aktivitäten über die Elfenkampagne
- › September Praxisplakat und Infokarte „Gripeschutzimpfung“
- › Anzeigen im Patientenmagazin „Zimmer eins“ und Beiträge im Newsletter PraxisNachrichten

3.2 SEPARIEREN VON ZU IMPFENDEN PERSONEN UND COVID-19 (VERDACHTS-)FÄLLEN

Aufgrund der Zeitgleichheit der Gripeschutzimpfsaison und des vermehrten Auftretens von Erkältungskrankheiten, grippalen Infekten und potentiellen COVID-19-Fällen ist in den vertragsärztlichen Praxen nach Möglichkeit eine Separierung dieser Fälle zu ermöglichen.

Die Wiedereinrichtung eines flächendeckenden Angebots von Infektsprechstunden und/oder eigenständigen „COVID-19 Einrichtungen“ muss von der Anzahl der Neuinfektion abhängig gemacht und jeweils regional entschieden werden. Hierzu kann das im nachfolgenden Abschnitt beschriebene Frühwarnsystem als regionale Entscheidungshilfe herangezogen werden. COVID-19 Einrichtungen können, in Abstimmung mit dem ÖGD, freiwillig auch durch Vertragsärzte oder KVen betrieben werden, wenn die Finanzierung und die Versorgung mit PSA klar geregelt ist.

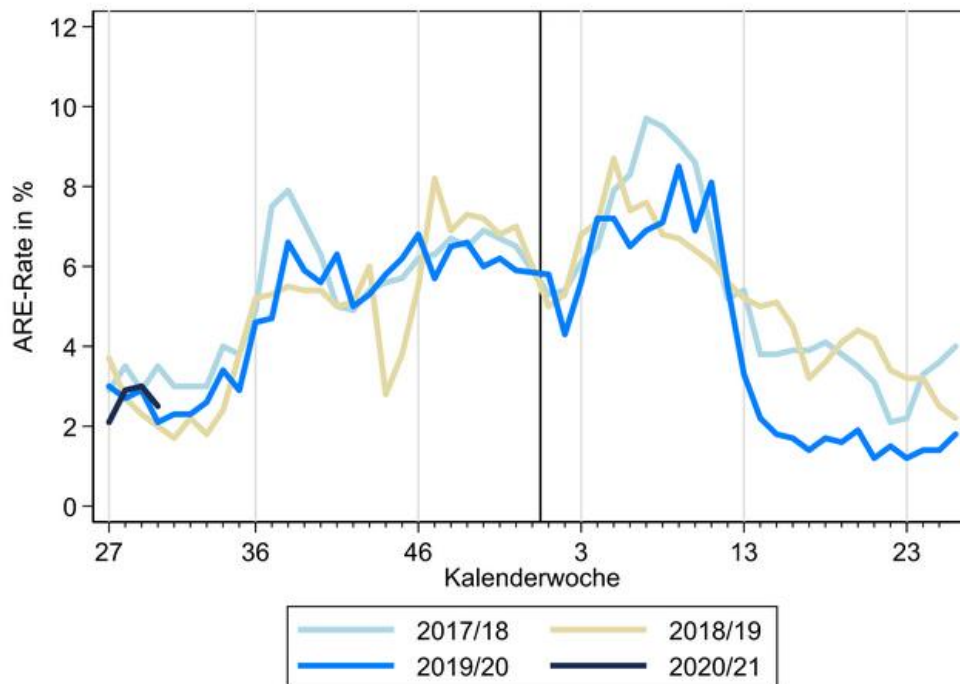
3.3 AUF DAS SZENARIO EINES ERNEUTEN ÜBERREGIONALEN LOCK-DOWN VORBEREITET SEIN

Im Falle eines erneuten exponentiellen Wachstums des Infektionsgeschehens sollten die folgenden Maßnahmen ergriffen werden:

- › schnellstmögliche Erkennung und unverzügliche Isolation Infektiöser und potentiell Infizierter
- › Planung und Abschätzung von Laborkapazitäten
- › zeitnahe Testungen insbesondere symptomatischer Personen sicherstellen, zu positiven Nachweisen sind unverzüglich möglichst alle Kontaktpersonen zu ermitteln und zu isolieren
- › Verfügbarkeit und Nachschub von persönlichen Schutzausrüstungsartikeln sicherstellen
- › zeitlich begrenzte Wiedereinführung der für diesen Ausnahmefall eingeführten Sonderabrechnungsregelungen (siehe oben unter 2).

3.4 EPIDEMIOLOGISCHE DATENLAGE FÜR DIE WIEDEREINRICHTUNG VON „COVID-19 EINRICHTUNGEN“ NUTZEN

Aus der Arbeit des Robert-Koch-Instituts ist der saisonale Verlauf von Infektionskrankheiten der oberen Atemwege in Deutschland und die damit verbundene Inanspruchnahme der ärztlichen, insbesondere der hausärztlichen Versorgung gut nachvollziehbar. Basis ist die fortlaufende Dokumentation in Sentinelpraxen. Demnach steigt die Inzidenz der Akuten Respiratorischen Erkrankungen (ARE) ab der 34. KW deutlich an und erreicht ab KW 38 regelhaft eine Prävalenz von über 5%. Demnach muss davon ausgegangen werden, dass in den Folgewochen mindestens jeder 20. Einwohner eine Episode einer Atemwegserkrankung erleidet.

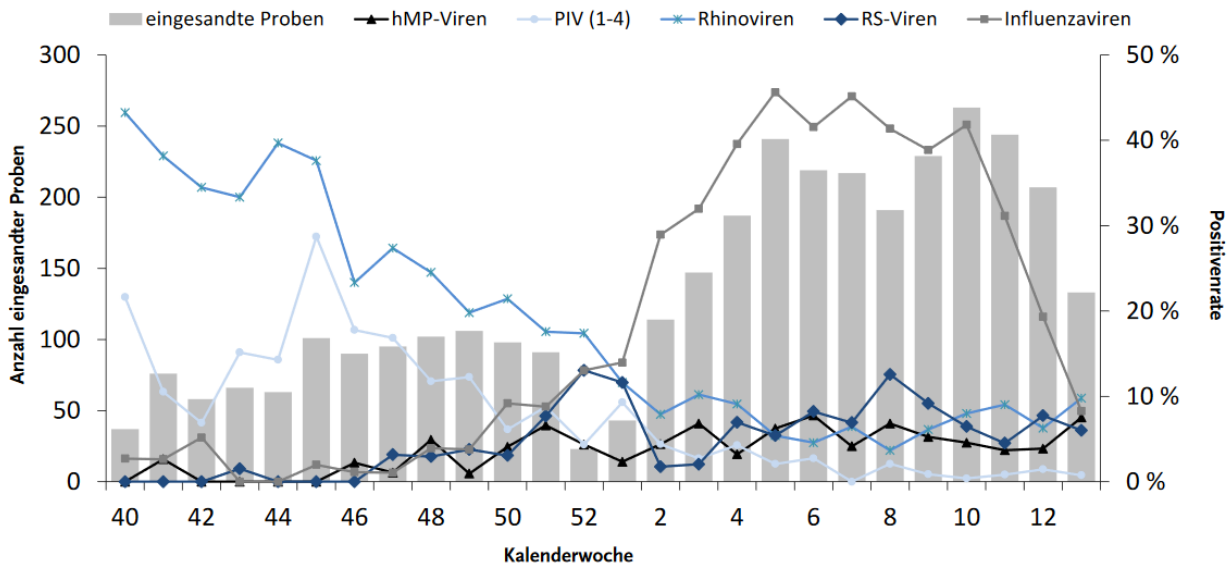


Quelle: RKI, <https://grippeweb.rki.de/> Abruf am 7. August 2020 (Abbildung 1)

Von ARE sind zudem insbesondere Kinder und Jugendliche unter 15 Jahre betroffen. Ab Mitte September erleidet voraussichtlich jedes 10. Kind eine respiratorische Erkrankung.

Während die Prävalenz der einfachen Erkältungskrankheiten gegen Jahresende rückläufig ist, beginnt zeitgleich die saisonale Grippewelle, die sich etwa bis zum Ende des ersten Quartals erstreckt.

Folglich ist im vierten und ersten Quartal grundsätzlich mit einer hohen Prävalenz von Atemwegsinfekten zu rechnen, die bis zur Verfügbarkeit eines Impfstoffs gegen SARS-CoV-2 einen hohen Abklärungsbedarf in Praxen, Teststellen und ggf. Notaufnahmen führen werden (sofern die Inzidenz von Atemwegserkrankungen nicht – wie im März/April 2020 geschehen – durch weitreichende Maßnahmen der Kontaktbeschränkungen minimiert wird).



Quelle: RKI, https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2019_2020/2020-28.pdf Abruf am 7. August 2020

Die zusätzliche saisonale Belastung durch Influenzainfektionen sollte nicht unterschätzt werden. In zurückliegenden Jahren lag der Anteil der stationär behandlungsbedürftigen Patienten bei Influenzainfektion höher als bei COVID-19 im März/April 2020. Auf Basis der Daten aus Sentinelpraxen steigen die Konsultationsraten wegen ARE ab KW 33 an und erreichen ab KW 39 (dritte Woche im September) rund 1.000 Konsultationen pro 100.000 Einwohner wöchentlich, ab KW 50 ist mit 1.500 Konsultationen zu rechnen. Wiederum besonders betroffen sind hierbei die Kinderärzte.

Geht man davon aus, dass dieser Bedarf mindestens zusätzlich zu dem im Juni/Juli beobachteten Bedarf an Abstrichen für COVID-19-Verdachtsfälle hinzukommt, sind nach einer Fallzahlab-schätzung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) ab etwa Mitte September in der vertragsärztlichen Versorgung besondere Angebote für symptomatische Infektfälle (Infektsprechstunden, COVID-Schwerpunktpraxen, Abstrichzentren) sinnvoll, wenn eine Steuerung der Infektfälle z. B. über telefonische oder digitale Voranmeldung in diese Angebote gelingt.

3.5 FÜHINDIKATOR ZUR BEWERTUNG DES PANDEMIEGESCHEHENS HERANZIEHEN

Das wöchentliche Testaufkommen dürfte dementsprechend allein aufgrund saisonaler Effekte um mindestens 1.000 je 100.000 Einwohner (rd. 800.000) steigen. Alleine dies dürfte auch in einer erhöhten Zahl gemeldeter COVID-19-Neuinfektionen resultieren, ohne dass hieraus bereits ein besonderes pandemisches Geschehen abzuleiten wäre. Die derzeit starre Interventionsgrenze von kumulativ mehr als 50 COVID-19-Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner binnen 7 Tagen sollte daher noch einmal überdacht und ergänzt werden.

Es wird vorgeschlagen auch die zeitliche Entwicklung des Infektionsgeschehens zu berücksichtigen. Hierzu kann der vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) entwickelt Frühindikator „Vorwarnzeit“ genutzt werden. Der Frühindikator gibt die Anzahl von Tagen bis zum Erreichen der Belastungsgrenze des

Gesundheitswesens an, wenn sich die Zahl der Neuinfizierten pro Tag bis dahin weiterhin kontinuierlich erhöht. Eine Belastungsgrenze wird bei expansivem Pandemiegeschehen am ehesten in der intensivmedizinischen Versorgung erreicht. In Deutschland wurden bislang 7,5 Prozent der COVID-19-Fälle intensivmedizinisch behandelt; je Patient wird dafür ein Bett auf der Intensivstation im Mittel 10,1 Tage lang belegt. Sollte das Pandemiegeschehen täglich 11.000 Neuinfizierte erreichen (insgesamt 111.000 aktiv Infizierte), würde dies nach den bisherigen Versorgungsdaten dazu führen, dass rund 8.300 Intensivbetten belegt wären. Dies entspricht etwa einem Viertel der Gesamtkapazität der Betten auf Intensivstationen in Deutschland. Eine höhere Belegungsrate der Intensivstationen könnte zu ersten Priorisierungsentscheidungen führen, weshalb im Modell des ZI die Zahl von 11.000 Neuinfektionen täglich als rechnerische Obergrenze gilt, die nicht überschritten werden sollte. Die Vorwarnzeit beschreibt innerhalb von wieviel Tagen 11.000 Neuinfektionen ausgehend vom aktuellen Stand des Infektionsgeschehens erreicht würden, wenn der Reproduktionswert z. B. durchgehend bei 1,3 läge. Die effektive Vorwarnzeit berücksichtigt, dass die Politik zur Implementierung von Maßnahmen des Pandemiemanagements ausreichend Zeit benötigt. Dieser Zeitbedarf wird im Modell mit 21 Tagen berücksichtigt (Quelle: <https://www.zidatasciencelab.de/covid19dashboard/Start>).

Anders als der tagesaktuelle R-Wert oder die Zahl der Neuinfizierten gibt der Frühindikator „Vorwarnzeit“ der Politik einen Anhaltspunkt für den noch bestehenden zeitlichen Handlungsspielraum, um die Risiken weitergehender Maßnahmen des Pandemiemanagements abzuwägen. Dies dürfte gerade in der bevorstehenden Phase einer voraussichtlichen Überlagerung der COVID-19-Pandemie durch den saisonalen Anstieg von Atemwegserkrankungen und den resultierenden zusätzlichen Bedarf an COVID-19-Tests von besonderer Bedeutung sein. Dabei sollte stets berücksichtigt werden, dass von Maßnahmen des Pandemiemanagements möglichst keine Beeinträchtigung der dringlichen Regelversorgung anderer akuter und chronischer Krankheiten ausgeht. Der Frühindikator liegt auf Ebene der Bundesländer vor. Für die Infektsaison 2020/2021 wird er um die gemeldeten Influenzafälle (<https://grippeweb.rki.de/>) erweitert. Außerdem wird eruiert, inwiefern anhand der Meldedaten zur konkreten regionalen epidemiologischen Lage Aussagen zur Notwendigkeit bzw. Skalierung unterstützender Einrichtungen durch KVen zur Entlastung der Praxen von Infektpatienten abgeleitet werden können.

4 SICHERSTELLUNG DER VERSORGUNG MIT PSA

Im bisherigen Verlauf der Pandemie haben die KVen notgedrungen die Aufgabe übernommen, für ihre Mitglieder persönliche Schutzausrüstung (PSA) zu beschaffen und zu verteilen. Dabei hat sich insbesondere gezeigt, dass weder der öffentliche Gesundheitsdienst noch der Katastrophenschutz über genügend PSA zur Verteilung verfügte bzw. nicht bereit war, diese der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung zu stellen. Für den weiteren Verlauf der Pandemie muss sichergestellt sein, dass ausreichend Schutzmaterial zur Verfügung steht und dessen Finanzierung gesichert ist.

5 REGELUNGSRAHMEN KLAR GESTALTEN/BÜROKRATIE ABBAUEN

Im Rahmen der Pandemiebekämpfung erscheint es aus Sicht des KV-Systems erforderlich, die rechtliche Ausgestaltung klarer zu fassen als dies bisher der Fall ist und hiermit verbunden soweit wie möglich Bürokratie abzubauen. Hierbei ist es entscheidend, klar zwischen drei Regelungskreisen zu unterscheiden:

1. Die Behandlung Erkrankter
2. Präventionsleistungen (Impfen)
3. Unterstützung bei Aufgaben der Pandemiebekämpfung

Die Behandlung kranker GKV-Versicherter war und ist – so dies ambulant möglich ist – Aufgabe des KV-Systems und wird einheitlich über den EBM geregelt.

Die Durchführung von Impfungen ist hingegen systematisch anders geregelt. Hier wird allein der Leistungsanspruch einheitlich auf der Bundesebene geregelt. Leistungserbringerrechtlich unterfällt über die Vorschrift des § 132e SGB V hingegen die Regelungskompetenz auf die einzelnen KVen und kann in gewohnter

Weise ggf. neben Rahmenvorgaben auf der Bundesebene auf die regionalen Erfordernisse angepasst werden. Insofern sollte im Zusammenhang mit dem Thema der Impfungen alleine der Leistungsanspruch und ggf. erforderliche Rahmenanforderungen auf der Bundesebene geregelt werden, während die Konkretisierung der Leistungserbringung auf der Landesebene erfolgen sollte.

Etwas anderes gilt für Aufgaben, wie der Pandemiebekämpfung, die in der Zuständigkeit der Bundesländer liegen und bei deren Erfüllung das KV-System Unterstützung anbietet. Dies gilt insbesondere für das Thema der Testungen. Hier sind – wie regelhaft bei den nichtkurativen Leistungen im in Rede stehenden Kontext – die Länder bzw. der ÖGD in der Verantwortung.

Sofern hier eine Unterstützung des KV-Systems gewünscht wird, empfiehlt sich eine Rahmengesetzgebung/Verordnung auf der Bundesebene insbesondere zum Leistungsanspruch, die dann in ihrer Konkretisierung der Unterstützung durch die KVen auf Landesebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ländern zu verhandeln ist.

Hierbei sind insbesondere der Aufwendungsersatz und die ärztliche Leistung zwischen dem Land und der Kassenärztlichen Vereinigung zu verhandeln, um die Praktikabilität der Durchführung sicherstellen zu können.

Insgesamt ist für diesen Komplex festzuhalten, dass – wo immer möglich – der Leistungsanspruch (und auch etwaig zu verwendende Formulare) auf der Bundesebene weitgehend vereinheitlicht werden sollte, während die Leistungserbringung nebst der erforderlichen Finanzierung auf der Landesebene zwischen KVen und Ländern verhandelt werden sollte.