

# Unterstützung der ambulanten Versorgung im Pandemiefall

## Empfehlungen aus der Evaluation des bayerischen Versorgungsarztansatzes in der ersten Phase der COVID-19-Pandemie

### Supporting Outpatient Care in a Pandemic

#### Recommendations from the Evaluation of the Bavarian Approach Regional Medical Coordination in the First Phase of the COVID-19 Pandemic

Michaela Olm, Boris Schymura, Marion Torge, Bernhard Riedl, Florian Vorderwülbecke, Peter Wapler, Anto Wartner, Antonius Schneider, Klaus Linde

#### Hintergrund

In der ersten Phase der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 wurden in Bayern im Rahmen des ausgerufenen Katastrophenfalls in Landkreisen und kreisfreien Städten sogenannte Versorgungsärzt\*innen (VÄ) eingesetzt, um die ambulante Versorgung zu koordinieren. Die Erfahrungen mit diesem Ansatz wurden in einem Evaluationsprojekt untersucht. Ein Ziel des Projektes war es, auf Basis der erhobenen Daten über den Versorgungsarztansatz hinausgehende Empfehlungen zur Unterstützung der ambulanten Versorgung in zukünftigen Pandemien zu erarbeiten.

#### Methoden

Zunächst erfolgten Querschnittsbefragungen von Versorgungs- und Hausärzt\*innen sowie eine interviewbasierte qualitative Befragung von Versorgungs-, Hausärzt\*innen und Vertreter\*innen von Behörden und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Auf Basis der erhobenen Daten wurden in einem sequenziellen Prozess Empfehlungen für Entscheidungsträger\*innen erarbeitet.

#### Ergebnisse

Hauptempfehlungen sind eine stärkere Berücksichtigung der ambulanten Versorgung in Katastrophen- und Notfallsituationen sowie bei der Aktualisierung vorhandener Katastrophen- und Pandemiepläne; der Aufbau systematischer Beratungs- und Feedbackstrukturen für Politik und Behörden unter Einbindung erfahrener niedergelassener Ärzt\*innen zur Vermeidung von Reibungsverlusten; eine effizientere Nutzung der vorhandenen Stärke des ambulanten Bereichs; Personen, Zuständigkeiten und Aufgaben für die Ebenen Land, Bezirk, Kreis vorab festlegen; angemessene, unterstützende Infrastruktur sicherstellen, damit beratende Ärzt\*innen effizient agieren können.

#### Schlussfolgerungen

Obwohl die Empfehlungen im Rahmen einer Evaluation des bayerischen Versorgungsarztansatzes entstanden sind, könnten sie, an die lokalen Gegebenheiten angepasst, auch bundesweit und außerhalb des offiziellen Katastrophenfalles für zukünftige Pandemie- und Notfallpläne hilfreich sein.

#### Schlüsselwörter

COVID-19; Katastrophenfall; Versorgungsärzt\*innen; koordinierende Ärzt\*innen; Pandemie- und Notfallpläne

#### Background

In the early phase of the COVID-19 pandemic in spring 2020, so-called regional medical coordinators (RMCs) were deployed in Bavaria as part of the declared state of emergency in districts and independent cities to coordinate ambulatory care. The experiences were examined in an evaluation project. One aim of the project was to use the data collected to develop recommendations for supporting ambulatory care in future pandemics.

#### Methods

First, cross-sectional surveys of RMCs and general practitioners (GPs) were conducted in parallel, as well as an interview-based qualitative survey of RMCs, GPs and representatives of authorities and the Bavarian Association of Statutory Health Insurance Physicians (BASHIP). Afterwards, based on the empirical data collected and taking into account available publications and reports, recommendations for decision-makers were developed in a sequential process.

#### Results

The main recommendations are a greater consideration of ambulatory care in catastrophic and emergency situations as well as in the updating of existing emergency and pandemic plans; establishment of systematic advisory and feedback structures for policy-makers and authorities with the involvement of experienced, ambulatory physicians to avoid frictional losses; more efficient use of the existing strength in ambulatory care; pre-definition of persons, responsibilities and tasks on state, district and county level; ensuring adequate supporting infrastructure so that advisory physicians can act efficiently.

#### Conclusions

Although the recommendations were developed in the context of an evaluation project of the Bavarian RMC concept, they could be helpful for future pandemic and emergency situations, also nationwide and outside official disaster situations, if adapted to local conditions.

#### Keywords

COVID-19; state of emergency; regional ambulatory care coordination; ambulatory care; pandemic and emergency plans

## Hintergrund

Seit Anfang 2020 stellt die COVID-19-Pandemie Menschen und Staaten weltweit vor große Herausforderungen und bringt Gesundheitssysteme mitunter an ihre Belastungsgrenze [1, 2]. Auch wenn sich insbesondere im Zusammenhang mit der vierten Welle seit Oktober 2021 die Kritik am politischen Pandemiemanagement verstärkt (siehe z.B. [3]), hat Deutschland gemessen an Infektionszahlen, COVID-19-Todesfällen und Gesamt-Übersterblichkeit die Pandemie im internationalen Vergleich bis zum Sommer 2021 vergleichsweise gut bewältigt [4, 5]. Der ambulante Sektor und vor allem eine leistungsstarke hausärztliche Versorgung haben hierzu wesentlich beigetragen [6, 7]. Gleichzeitig hat die Pandemie in Deutschland schon in den ersten beiden Wellen deutliche Schwächen bei der Vorbereitung und Bewältigung derartiger Ereignisse offengelegt. Es ist daher geboten, die gewonnenen Erfahrungen aufzuarbeiten und aus ihnen zu lernen. Im vorliegenden Artikel werden Empfehlungen aus der hausärztlichen Perspektive zur Unterstützung der ambulanten Versorgung im Pandemiefall und anderen medizinisch relevanten Katastrophen- bzw. Notfällen vorgestellt. Diese wurden in einem Projekt zur Evaluation der bayerischen Versorgungsärzt\*innen, welche in der ersten Phase der COVID-19-Pandemie etabliert wurden, erarbeitet.

Am 16. März 2020 rief Bayern zum ersten Mal in der Geschichte und als einziges Bundesland für den gesamten Freistaat den Katastrophenfall im Zusammenhang mit der Bewältigung der COVID-19-Pandemie aus [8]. Ziel dieser Maßnahme war eine Bündelung aller zur Verfügung stehenden Kräfte durch eine strukturierte Koordination von Behörden, Dienststellen, Organisationen und Einsatzkräften. Erstmals wurde dabei den regionalen Führungsgruppen Katastrophenschutz (FüGK) auch eine ärztliche Vertretung für den niedergelassenen Bereich zugeordnet: In jedem der insgesamt 96 bayerischen Landkreise bzw. kreisfreien Städte wurde vom Landrat/von der Landrätin bzw. dem

Oberbürgermeister/der Oberbürgermeisterin temporär eine Versorgungsärztin/ein Versorgungsarzt (VA) eingesetzt, welche/r die Koordination der ambulanten Versorgung im Allgemeinen und in Bezug auf COVID-19 unterstützen sollte [9]. Für die Berufung mussten VÄ über eine langjährige berufliche, insbesondere vertragsärztliche Erfahrung und eine abgeschlossene Facharztausbildung verfügen. Aufgaben der VÄ waren z.B. die Einrichtung von Schwerpunktpraxen für die ambulante Versorgung von COVID-19-Patient\*innen, die Planung und Vorbereitung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Grundversorgung sowie die Unterstützung bei der Einrichtung und dem Betrieb von örtlichen Testzentren und bei der Verteilung von Schutzausrüstung. Über die relativ allgemeinen Rahmenvorgaben der sechsseitigen ministeriellen Bekanntmachung [9] hinaus gab es keine genaueren Ausführungen. Der Katastrophenfall wurde am 16. Juni 2020 wieder aufgehoben. Damit endete zunächst auch die Tätigkeit der VÄ, die durch von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und den zuständigen Landkreisen eingesetzte koordinierende Ärzt\*innen abgelöst wurden. Gefördert durch die Fakultät für Medizin der Technischen Universität München (TUM) und das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst hat das Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der TUM vom 01.09.2020 bis 30.06.2021 ein Projekt zur Evaluation des Versorgungsarztansatzes durchgeführt. Ziele des Projektes waren

1. die Erfahrungen mit VÄ zu erfassen und zu analysieren und
2. auf Basis der erhobenen empirischen Daten über den Versorgungsarztansatz hinausgehend eine Empfehlungsliste zur Unterstützung der ambulanten Versorgung in zukünftigen Pandemien und anderen medizinisch relevanten Katastrophen- und Notfällen zu erarbeiten.

Der Fokus des vorliegenden Artikels ist die Darstellung der Empfehlungsliste und deren Erarbeitung.

## Methoden

Zur Bearbeitung des ersten Zieles wurden zwei parallel ausgesendete, schriftliche und quantitative Querschnittsbefragungen von Versorgungs- und Hausärzt\*innen sowie eine qualitative Befragung von Versorgungs-, Hausärzt\*innen und Vertreter\*innen von Behörden und der KVB in mündlichen, semistrukturierten Einzelinterviews durchgeführt. Für die quantitativen Befragungen wurden im November 2020 Fragebögen an alle 85 durch Internetrecherche identifizierbaren VÄ sowie an alle 197 hausärztlichen Lehrarztpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der TU München verschickt. Die Auswertung dieser Fragebögen erfolgte primär mit deskriptiven statistischen Methoden (Details siehe [10]). Für den qualitativen Projektabschnitt wurden zwischen Ende November 2020 und Ende Februar 2021 insgesamt 16 semistrukturierte Interviews mit sechs Versorgungsärzt\*innen, fünf Hausärzt\*innen sowie fünf Vertreter\*innen aus den Führungsgruppen Katastrophenschutz (FüGKs), Gesundheitsämtern oder mit Funktion in der KVB geführt (Details zu den Methoden siehe eAnhang, Abschnitt 1). Da die Empfehlungsliste den Geldgebern bis zum 30. Juni 2021 vorgelegt werden musste, erfolgte eine Vorabauswertung der Interviewanteile, in denen es spezifisch um Kritik und Verbesserungsvorschläge zum Versorgungsarztansatz und zum Pandemiemanagement allgemein ging.

Die Erarbeitung des zweiten Zieles, die Ableitung einer Empfehlungsliste für Entscheidungsträger\*innen, erfolgte anhand eines sequenziellen Prozesses. Dieser vereinte zum einen die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Befragungen, zum anderen wurden die im Rahmen des Projektes gesammelten Publikationen, Berichte und offizielle Dokumente (bspw. Bayerischer Influenzapandemieplan [11]) mit einbezogen. Dieser Prozess erfolgte in Anlehnung an ein sogenanntes Delphi-Verfahren [12], bestehend aus mehrstufigen Befragungs- und Beurteilungseinheiten einer Gruppe von Expert\*innen, in Verbindung

mit Rückkopplungsmechanismen nach jedem Überarbeitungsschritt. Konkret wurde dazu vom Projektteam (MO, BS, MT, KL) zunächst eine erste Version der Empfehlungsliste erarbeitet. Diese wurde dann, gemeinsam mit einer Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse, an ein vierköpfiges Berater-Gremium, das bereits bei der Projektkonzeption einbezogen worden war, weitergeleitet und in einer Zoomsitzung diskutiert. Das Gremium bestand aus vier Hausärzten (Ko-Autoren BR, FV, PW, AW), von denen zwei (FV, PW) auch als VÄ tätig waren. Unter Berücksichtigung der in dieser Sitzung genannten Verbesserungsvorschläge wurde eine zweite Version der Empfehlungsliste erarbeitet, die den Berater\*innen nun nochmals zur separaten, individuellen, schriftlichen Stellungnahme zugeschickt wurde. Nach Einarbeitung der Rückmeldungen wurde eine dritte Version drei weiteren externen Expert\*innen mit Funktionen bei KVB und Bayerischem Hausärzterverband zu Stellungnahmen vorgelegt. Unter Berücksichtigung dieser Anmerkungen wurde die finale Empfehlungsliste unter Einbezug aller Autor\*innen fertiggestellt. Das genauere Vorgehen ist im eAnhang, Abschnitt 3, beschrieben.

## Ergebnisse

### Grundsätzliche Empfehlungen

Die Analyse der schriftlichen Befragungen hat ergeben, dass die Etablierung von VÄ im Rahmen des Katastrophenfalls im Frühjahr 2020 grundsätzlich von der Mehrheit der befragten Versorgungs- und Hausarzt\*innen positiv beurteilt wurde [10]. Die Auswertung, insbesondere der Interviews (Publikation in Vorbereitung), hat jedoch auch gezeigt, dass im Hinblick auf künftige Pandemieereignisse oder Katastrophensituationen Optimierungspotenzial bei der Kooperation zwischen Politik, Behörden, Landkreisen, KVB und niedergelassenen Ärzt\*innen besteht. Trotz der hohen Bedeutung des ambulanten Versorgungssystems wird in den vorhandenen Pandemieplänen [11, 13–15] nur sehr kurz auf Notfallstrukturen und Maßnahmen

im ambulanten Bereich eingegangen. Aktiv in der Versorgung tätige Hausarzt\*innen und andere niedergelassene Ärzt\*innen (sowie weitere relevante Berufsgruppen) waren bisher in Krisenstäben und den lokalen Führungsgruppen nicht systematisch vertreten. Die ambulante Versorgung sollte in Zukunft verstärkt in der Pandemie- und Katastrophenschutzplanung in Form einer systematischen Einbindung entsprechender Vertreter\*innen mit starkem Praxisbezug berücksichtigt werden. Dies könnte dazu beitragen, zukünftige Pandemien und andere medizinische relevante Katastrophen- und Notfallsituationen besser zu bewältigen und Reibungsverluste bei der praktischen Umsetzung staatlicher Vorgaben zu reduzieren.

Bei der Umsetzung muss der KVB eine wichtige Rolle zukommen, da sie auf der einen Seite als Körperschaft des öffentlichen Rechts agierend die Interessen aller niedergelassenen Vertragsärzt\*innen vertritt, auf der anderen Seite nach § 72 SGB V einen vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen hat – auch bzw. insbesondere in Pandemie- und anderen Katastrophenzeiten. Aufgrund ihrer strukturellen und personellen Möglichkeiten, jedoch auch hinsichtlich ihrer gesetzlichen Verpflichtungen wird der KV eine federführende Stellung bei Gestaltung und Umsetzung der unten aufgelisteten Empfehlungen zugeschrieben. Dazu gilt es aber, die KV mit entsprechenden Mitteln zur Einrichtung von schnell arbeitsfähigen Strukturen für Katastrophenfälle auszustatten. Darüber hinaus sollten der Bayerische Hausärzterverband, die ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände sowie die Landesärztekammern als kooperierende Partner einbezogen werden. Ein Teil dieser Empfehlungen wurde bereits vom Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Gassen, in einem Whitepaper gefordert [16]. Die unten aufgeführten Empfehlungen ergänzen diese durch Erfahrungen, welche im Kontext der Versorgungsarzt-Etablierung gemacht wurden.

Mit Ende des Katastrophenfalls endete zunächst auch die offizielle

Tätigkeit der Versorgungsärzt\*innen in Bayern. Ein Großteil war jedoch in der darauffolgenden Zeit im Auftrag der KVB in der Rolle einer ärztlichen Koordinator\*in/eines ärztlichen Koordinators tätig. Basierend auf den bisherigen Erfahrungen in der Pandemie wurde deutlich, dass die Einführung einer neuen, weitergehenden Funktion erfolgen sollte: die/den sogenannten „beratende/n Ärztin/Arzt“ als feste Vertretung der ambulanten Versorgung in Krisenbewältigungsgremien (bspw. den Führungsgruppen Katastrophenschutz, FüGKs). In Abgrenzung zu den bestehenden Funktionen (Versorgungsärzt\*innen, koordinierende Ärzt\*innen) wird daher in den folgenden Empfehlungen die Bezeichnung „beratende Ärzt\*innen“ verwendet.

### Konkrete Empfehlungen

Bei der Aktualisierung der vorhandenen Katastrophen- und Pandemiepläne sowie der Versorgungsstrukturen sollte die ambulante Versorgung deutlich stärker berücksichtigt und eingebunden werden („ambulanter Notfallversorgungsplan“).

Beispiele für konkrete Maßnahmen

- Niedergelassene Ärzt\*innen (v.a. Primärversorger\*innen) als feste Vertreter\*innen in der FüGK etablieren (Funktion: „beratende Ärzt\*innen“); Einsatz auch auf Bezirks- und Landesebene, falls erforderlich
- Berücksichtigung von regionalen Unterschieden z.B. Stadt/Land; Errichtung von Schwerpunktpraxen und Testzentren von lokalen Strukturen und Notfallsituationen abhängig machen
- Möglichkeit zur schnellen Einrichtung von KV-Krisenstäben (KBV/Länder-KVen) mit entsprechenden Krisenstrukturen und Fähigkeiten (Personal, Infrastruktur, Kommunikation); medizinisch-fachliche Leitung und Einbeziehung verwaltungstechnischer Kompetenz mit Entscheidungsbefugnis – direkter Draht zum Vorstand der KV
- Nutzung von Nicht-Katastrophenzeiten für Aus- und Weiterbildung von benanntem Personal. Übungen zur Verbesserung der Kooperation mit Partnern im Katastrophenschutz und Überprüfung/Optimierung von Krisenplänen; ggf. ver-

pflichtende und regelmäßige Fortbildungen etablieren

- Datenfluss und Transparenz aus dem ambulanten Bereich für die FüGK sicherstellen; Etablierung eines „Dashboards“/Meldeystems (Bsp. COVID-19: Welche Praxen impfen, welche sind Quarantänebedingt geschlossen, welche haben an Feiertagen geöffnet, welche Praxen testen/behandeln Infektpatienten) durch die KVen, um die Ressourcen der ambulanten Versorgung kurzfristig nutzen und steuern zu können. Eine solche Struktur könnte auch vorteilhaft für die Planung/Sicherung der ambulanten Versorgung in nicht krisenbedingten Ausnahmesituationen genutzt werden, wie z.B. Großereignisse (Fußball EM/WM; Oktoberfest).

Um zu vermeiden, dass es bei staatlichen oder lokalen Verordnungen zu starken „Reibungsverlusten“ kommt (z.B. durch in der Praxis nicht oder nur mit großem Aufwand umsetzbare Vorgaben), sollte eine systematische, niederschwellige Beratungs- und Feedbackstruktur für Akteur\*innen der ambulanten Versorgung unter Einbindung erfahrener niedergelassener Ärzt\*innen der unmittelbaren Patientenversorgung auf allen Ebenen (Land, Bezirke und Kreise) aufgebaut werden.

Beispiele für konkrete Maßnahmen

- Einbezug bei Planung, Erarbeitung und Festlegung von Maßnahmen
- Zeitnahe Prüfung und Beratung zur praktischen Umsetzbarkeit von Verordnungen auf Landes- und Bezirksebene
- Zeitnahe Reaktion auf positive/negative Erfahrungen

Die vorhandene Stärke des ambulanten Bereichs sollte noch effizienter genutzt werden.

Beispiele für konkrete Maßnahmen

- Um das große Potenzial des ambulanten Bereichs (32 % aller in Bayern gemeldeten Ärzt\*innen sind in Praxen tätig) besser nutzen zu können, ist es notwendig,
- dass geeignete Kommunikationsstrukturen geschaffen werden
- die Arbeitsfähigkeit der Praxen/Einrichtungen sichergestellt ist (z.B.

ausreichend Schutzausrüstung/ Nachschub von Medikamenten und anderem med. Material)

- Bürokratie reduzieren (z.B. Abrechnung von Leistungen; nicht mehrere verschiedene Abrechnungsmodalitäten für einen Vorgang wie Testung)
- Lokale Flexibilität der Umsetzung von Maßnahmen; unter Berücksichtigung der Besonderheit „Selbstständigkeit“ erlauben
- Regelversorgung auch unter Pandemie-Bedingungen nicht außer Acht lassen, Kollateralschäden vermeiden

Ausreichend Schutzausrüstung muss lokal schnell verfügbar vorgehalten werden und Beschaffungs- und Verteilungsstrukturen sollten nach Möglichkeit vorbereitet sein.

Beispiele für konkrete Maßnahmen

- Pflicht der Praxen, ausreichend Schutzausrüstung für 1–2 Wochen vorzuhalten (Finanzierung regeln)
- Bereitstellung von Schutzausrüstung durch KV/Katastrophenschutz für anschließende Zeiträume

Die Finanzierungs- und Honorarbedingungen sollten zeitnah und situationsabhängig möglichst klar geregelt werden.

Beispiele für konkrete Maßnahmen

- Finanzierung von „Zusatzleistungen“ in Krisenzeiten muss angemessen und schnell verfügbar sein
- Die grundsätzlichen Zuständigkeiten für Finanzierung sollten vor weiteren Pandemie- bzw. Katastrophenfällen klar definiert werden (z.B. Pandemieversorgung vs. Honorarvolumen der Regelleistung)
- Kostenträger (Kassen/Staat) muss klar geregelt sein

Für Pandemie- und andere medizinische, relevante Katastrophen- und Notfälle sollten Personen, Zuständigkeiten und Aufgaben für die Ebenen Land/Bezirk/Kreis seitens der KVen vorab festgelegt werden.

Beispiele für konkrete Maßnahmen

- Vorab Bestimmung/Wahl von qualifizierten Ärzt\*innen für die Funktion als beratende Ärzt\*innen in einem transparenten, demokratischen Auswahlprozess, um die Akzeptanz bei den Vertragsärzt\*innen sicherzustellen

- Klare Definition von Aufgaben, Befugnissen, zeitlicher Verfügbarkeit und Positionen in den Hierarchieebenen
- Definition von Anforderung/Profil eines „beratenden Arztes“/einer „beratenden Ärztin“ (Bsp. Voraussetzung: gewisse praktische Erfahrung und Vernetzung); Kontakt zu Entscheidern gewährleisten
- Gewählte Amtszeit (bspw. 4 Jahre) oder turnusmäßige Rotation
- Kommunikationswege dieser Personen untereinander ermöglichen/festlegen (Sitzungen)
- Weisungsbefugnisse von beratenden Ärzt\*innen (z.B. Verpflichtung von Kolleg\*innen zu Bereitschaftsdienst) gegenüber selbstständig tätigen Ärzt\*innen in einer Ausnahmesituation bzw. einem Katastrophenfall möglichst vorab durch die KV regeln und kommunizieren

Eine angemessene, unterstützende Infrastruktur muss sichergestellt sein, damit beratende Ärzt\*innen effizient agieren können.

Beispiele für konkrete Maßnahmen

- Kommunikationsmittel, -wege und -strukturen etablieren und sicherstellen; Kommunikation muss schnell und krisensicher möglich sein; Adresslisten (v.a. E-Mail-Verteiler in die Praxen) müssen vorhanden und aktuell sein
- Bei Bedarf personelle und organisatorische/technische Unterstützung seitens der KV/FüGK sicherstellen
- Ausbau der Digitalisierung; Schaffung von Mindestanforderungen

## Diskussion

Die oben aufgelisteten Empfehlungen wurden von den Autor\*innen im Frühsommer 2021 systematisch und sorgfältig auf Basis quantitativer und qualitativer empirischer Erhebungen und unter Berücksichtigung vorliegender Publikationen, Berichte und Pandemiepläne erarbeitet und externen Vertretern von KVB und Bayerischem Hausärzterverband vorgelegt. Die Empfehlungen erfolgen grundsätzlich aus der Perspektive der ambulanten-ärztlichen Primärversorgung in Bayern, können aber nicht in Anspruch nehmen, die Standpunkte der KVB, des Bayerischen Hausärzterverbandes oder der niedergelassenen

Ärzt\*innen in Bayern zu vertreten. Die vorliegenden Empfehlungen bewegen sich auf einer eher organisatorischen Ebene. Die Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Versorgung während der COVID-19-Pandemie erfolgt(e), werden wesentlich von den politischen Entscheidungsträgern beeinflusst. Darüber hinaus sind zur Bewältigung von Krisen- und Pandemiesituationen ebenso die sozialen und emotionalen Kompetenzen handelnder Akteur\*innen von zentraler Bedeutung. Diese wichtigen „Soft Skills“ können jedoch in allgemeinen Empfehlungen nicht wirklich abgebildet werden.

Die Empfehlungen sind im Rahmen eines Evaluationsprojektes erarbeitet worden. Dieses bezog sich zunächst konkret auf den Versorgungsarztansatz, welcher als Teil der Notfallmaßnahmen im Rahmen des im Frühjahr 2020 in Bayern ausgerufenen Katastrophenfalls etabliert wurde [8, 9]. Aus den gewonnenen Erfahrungen lassen sich jedoch zahlreiche Anregungen für die Unterstützung der ambulanten Versorgung im Pandemiefall und anderen medizinischen, relevanten Katastrophen- oder Notfällen ableiten, die über den Versorgungsarztansatz hinausgehen. In der Vergangenheit war es nicht üblich, ärztliche Vertreter\*innen der ambulanten Versorgung in Krisenstäbe oder die lokalen Führungsgruppen Katastrophenschutz (FüGKs) einzubinden. Insofern kann der Versorgungsarztansatz als sinnvoller erster Schritt interpretiert werden, der aber für die Zukunft modifiziert und weiterentwickelt werden sollte. Die Einbindung vorab ausgewählter, erfahrener und qualifizierter beratender Ärzt\*innen in Krisenstäben und lokalen Führungsgruppen im Katastrophenfall mit klaren Funktionen unter möglichst klaren Rahmenbedingungen als „Nachfolgemodell“ des Versorgungsarztansatzes erscheint grundsätzlich in hohem Maße sinnvoll und notwendig, ebenso die regelmäßige Übung solcher Situationen. Die Autor\*innen sind darüber hinausgehend der Meinung, dass die Empfehlungen, ggf. an regionale Gegebenheiten angepasst, auch bundesweit und außerhalb des offiziellen Katastrophenfalles für zukünftige Pan-

demie- und Notfallpläne hilfreich sein könnten. In Bayern wurde im Rahmen des am 11. November 2021 erneut ausgerufenen Katastrophenfalls am 8. Dezember 2021 in einer Verordnung auch wieder die Funktion des Versorgungsarztes reaktiviert [17]. Dabei soll möglichst auf die Personen zurückgegriffen werden, die bereits in der Vergangenheit als Versorgungsärzt\*innen oder koordinierende Ärzt\*innen tätig waren. Eine systematische Weiterentwicklung von Konzepten und Strukturen hat nach dem Wissen der Autor\*innen



#### Michaela Olm, MPH, ...

...war bis Ende 2021 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Technischen Universität München (TUM) tätig. Seit Januar 2022 arbeitet sie als Fachreferentin für Versorgungsforschung (Long-COVID) im Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

Foto: Michaela Olm

seit dem ersten Katastrophenfall nicht stattgefunden.

Insgesamt stellen die Erfahrungen in der derzeitigen „vierten Welle“ (Stand Mitte Dezember 2021) unsere im Frühsommer 2021 auf der Basis von Erhebungen während der „zweiten Welle“ im Winter 2020/2021 erarbeiteten Empfehlungen nochmals in einen neuen Kontext. Ein weiteres Mal müssen die an der Versorgung von Infekt- und Long-COVID-Patient\*innen beteiligten Haus- und Fachärzt\*innen, unter höchster Belastung und mit zum Teil realitätsfernen politischen Vorgaben, die erste Linie im Kampf gegen COVID-19 bilden, die ärztliche Grundversorgung sicherstellen und nebenbei Impfungen durchführen [3, 18]. In vielen Ge-

sprächen, die wir derzeit führen, kommt die Frustration darüber zum Ausdruck, dass auf politischer und behördlicher Ebene zu wenig aus den bisherigen Erfahrungen und Fehlern gelernt worden sei. In diesem Zusammenhang erhalten vor allem unsere ersten beiden Empfehlungen besonderen Nachdruck. Politik und Behörden sollten in Zukunft schon vor der Bekanntgabe von Entscheidungen, welche unmittelbare Auswirkungen auf die ambulante und insbesondere hausärztliche Versorgung und daher große Teile der gesamten Bevölkerung haben, auch erfahrene „Praktiker\*innen“ beratend miteinbeziehen. Der Aufbau effizienter Feedbackstrukturen auf regionaler und überregionaler Ebene kann darüber hinaus wesentlich dazu beitragen, die Umsetzung beschlossener Maßnahmen zu optimieren.

**Danksagung:** Die Autoren bedanken sich bei allen Mitwirkenden der Befragungen, den Experten, die einen Entwurf der Empfehlungsliste kommentiert haben, und bei Dr. Kerstin Hein und Bianca Jansky für ihr methodisches Feedback.

**Finanzierung:** Das Evaluationsprojekt wurde gefördert durch die Fakultät für Medizin der Technischen Universität München (TUM) und das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst (Förderkennzeichen H.40001.1.7(DMS)-TUM-1). Die Fördereinrichtungen hatten keinerlei Einfluss auf Fragestellung, Methoden, Auswertung und Interpretation der Ergebnisse.

**Anmerkung:** Wichtige Anteile der für die vorliegenden Empfehlungen verwendeten empirischen Befragungen sind Teile des Promotionsvorhabens (Dr. med.) von BS an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München.

**Zusatzmaterial im Internet**  
([www.online-zfa.de](http://www.online-zfa.de))

**eAnhang** Zusatzinformationen zu den Methoden

#### Interessenskonflikte:

FV und PW waren als Versorgungsärzte tätig.

## Literatur

1. World Health Organisation (WHO): Weekly epidemiological update on COVID-19 16 November 2021. Verfügbar unter: [www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports](http://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports) (letzter Zugriff am 30.11.21)
2. Madahar P, Wunsch H, Jha P, Slutsky AS, Brodie D. Trends in COVID-19-related in-hospital mortality: lessons learned from nationwide samples. *Lancet Resp Med* 2021; 9: 322332
3. Kochen M. Politische Corona-Sünden. *Z Allg Med* 2021; 97: 483484
4. Karlinsky A, Kobak D. Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset. *Elife*. 2021; 10:e69336
5. Arentz C, Wild F. Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie. WIP-Analyse 3/2020. Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln. Verfügbar unter: [www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/vergleich-europaeischer-gesundheitssysteme-in-der-covid-19-pandemie.html](http://www.wip-pkv.de/forschungsbereiche/detail/vergleich-europaeischer-gesundheitssysteme-in-der-covid-19-pandemie.html) (letzter Zugriff am 30.11.21)
6. Korzilius H. Ambulante Versorgung: Schutzwall für Krankenhäuser. *Dtsch Arztebl* 2020; 117: A-754 / B-642
7. Haserück A. Ambulante Versorgung: Herausforderung bestanden. *Dtsch Arztebl* 2021; 118: A-554/B-468
8. Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration. 92 Tage Katastrophenfall Corona-Pandemie in Bayern: 2020. Verfügbar unter: [www.innenministerium.bayern.de/sus/katastrophenschutz/fuegk/index.php](http://www.innenministerium.bayern.de/sus/katastrophenschutz/fuegk/index.php) (letzter Zugriff am 5.8.21)
9. Bayerische Staatsministerien des Innern, für Sport und Integration und für Gesundheit und Pflege. Notfallplan Corona-Pandemie: Aufrechterhaltung der Arztversorgung während des festgestellten Katastrophenfalls. Bayerisches Ministerialblatt. 2020;Nr. 157. Verfügbar unter: [www.verkuendung-bayern.de/files/baymb/2020/157/baymb/2020-157.pdf](http://www.verkuendung-bayern.de/files/baymb/2020/157/baymb/2020-157.pdf) (letzter Zugriff am 30.11.21)
10. Olm M, Schymura B, Torge M, et al. Erfahrungen mit Versorgungsärzt\*innen in der frühen COVID-19-Phase 2020 in Bayern – Befragung von Versorgungs- und Hausärzt\*innen. *Gesundheitswesen* 2022; DOI: 10.1055/a-1719-1072
11. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Bayerischer Influenzapandemieplan; 2020. Verfügbar unter: [www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2020/02/influenza-bayern.pdf](http://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2020/02/influenza-bayern.pdf). (letzter Zugriff am 30.11.21)
12. Humphrey-Murto S, Varpio L, et al. The use of the Delphi and other consensus group methods in medical education research: a review. *Acad Med* 2017; 92: 14918
13. Robert Koch-Institut. Nationaler Pandemieplan Teil I; 2017. Verfügbar unter: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (letzter Zugriff am 30.11.21)
14. Robert Koch-Institut. Nationaler Pandemieplan Teil II; 2016. Verfügbar unter: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/174/29x3vIR5Miwxa6.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (letzter Zugriff am 30.11.21)
15. Landeshauptstadt München Referat für Gesundheit und Umwelt, ÄKBV, KVB. Nationaler Pandemieplan: Maßnahmen und Vorgehensweise in der Landeshauptstadt München; 2006. Verfügbar unter: [www.muenchen.de/rathaus/dam/jcr:ceb59a26-abf2-481e-afc1-245ead90e80f/nationaler\\_pandemieplan.pdf](http://www.muenchen.de/rathaus/dam/jcr:ceb59a26-abf2-481e-afc1-245ead90e80f/nationaler_pandemieplan.pdf) (letzter Zugriff am 30.11.21)
16. Gassen A. Pandemie-Management in der ambulanten Versorgung: Analyse des bisherigen Verlaufs – Strategien und Maßnahmen für die Zukunft: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2020. [www.kbv.de/media/sp/Gassen\\_Pandemie-Management\\_amb\\_Versorgung\\_WCFM\\_MWV\\_2020.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Gassen_Pandemie-Management_amb_Versorgung_WCFM_MWV_2020.pdf) (letzter Zugriff am 30.11.21)
17. Bayerische Staatsministerien des Innern, für Sport und Integration und für Gesundheit und Pflege. Notfallplan Corona-Pandemie: Aufrechterhaltung der Arztversorgung während des festgestellten Katastrophenfalls. Bayerisches Ministerialblatt. 2021; Nr. 864. Verfügbar unter: [www.verkuendung-bayern.de/files/baymb/2021/864/baymb/2021-864.pdf](http://www.verkuendung-bayern.de/files/baymb/2021/864/baymb/2021-864.pdf) (letzter Zugriff am 20.12.21)
18. Beier M. Weder den Politikern noch der Öffentlichkeit ist bewusst, was derzeit eigentlich in den Arztpraxen geleistet wird. Interview vom 11.11.2021. Verfügbar unter: [www.hausaerzte-bayern.de/index.php/aktuell/politik/positionen/1142-weder-den-politikern-noch-der-oeffentlichkeit-ist-bewusst-was-derzeit-eigentlich-in-den-arztpraxen-geleistet-wird](http://www.hausaerzte-bayern.de/index.php/aktuell/politik/positionen/1142-weder-den-politikern-noch-der-oeffentlichkeit-ist-bewusst-was-derzeit-eigentlich-in-den-arztpraxen-geleistet-wird) (letzter Zugriff am 30.11.2021)

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Klaus Linde  
Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung  
Klinikum rechts der Isar/Technische Universität München  
Orleansstraße 47  
81667 München  
Tel.: 089-6146589-16  
[klaus.linde@mri.tum.de](mailto:klaus.linde@mri.tum.de)



## DEGAM im Netz

[www.degam.de](http://www.degam.de)  
[www.degam-leitlinien.de](http://www.degam-leitlinien.de)  
[www.degam-patienteninfo.de](http://www.degam-patienteninfo.de)  
[www.tag-der-allgemeinmedizin.de](http://www.tag-der-allgemeinmedizin.de)  
[www.degam-kongress.de](http://www.degam-kongress.de)  
[www.online-zfa.de](http://www.online-zfa.de)  
[www.degam-famulaturboerse.de](http://www.degam-famulaturboerse.de)

# Zusatzinformationen zu den Methoden

## 1. Methoden der qualitativen Befragung

### Interviewpartner\*innen

Ziel der Rekrutierung war mindestens jeweils 5 Vertreter\*innen folgender drei Personengruppen für Interviews zu gewinnen: 1) Versorgungsärzt\*innen (VÄ); 2) Hausärzt\*innen (HÄ); 3) Vertreter von Behörden Landratsamt/Führungsgruppe Katastrophenschutz, Gesundheitsämtern, oder der Kassenärztlichen Vereinigung die unmittelbar mit Versorgungsärzt\*innen zusammengearbeitet hatten. Die Identifikation potenzieller Interviewpartner\*innen erfolgte über die per Internet-Recherche erstellte Liste von Versorgungsärzt\*innen, institutseigene Kontakte und Kontakte von kooperierenden Lehrärzt\*innen des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der TU München. VÄ mussten während der Zeit des Katastrophenfalls (16.3.-16.6.2020) mindestens 6 Wochen in der entsprechenden Funktion tätig gewesen sein. Bei der Rekrutierung wurde versucht, eine ausreichende Heterogenität der Befragten bzgl. Geschlecht und Region (Stadt/Land, hohe/niedrige Inzidenz) zu erzielen. Gleichzeitig wurde angestrebt, dass alle drei Personengruppen möglichst aus dem gleichen Landkreis bzw. der gleichen kreisfreien Stadt stammten. Letztlich wurden zwischen Ende November 2020 und Ende Februar 2021 Interviews mit 6 VÄ, 5 HÄ, 3 Vertreter\*innen von Behörden (Gesundheitsämter) und 2 Vertreter\*innen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die Teilnehmer\*innen stammten aus 8 verschiedenen Landkreisen/kreisfreien Städten.

### Interviewmethodik

Die Teilnehmer wurden in Einzelinterviews mittels „Zoom“ befragt. Ziel war es, den Erzählfluss der teil-

nehmenden Akteur\*innen anzuregen. Dies sollte ermöglichen, die persönliche Perspektive der Interviewten und die von ihnen konstruierten subjektiven Sinnzusammenhänge zu erfassen. Andererseits sollte eine gewisse Problemzentrierung erfolgen. Die Vorgehensweise lag damit zwischen problemzentrierten und narrativen Experteninterviews. Die „Leitfäden“ dienten als grobe Orientierung und sollten gewährleisten, dass folgende Themen angesprochen wurden:

#### Leitfaden-Themen

##### Versorgungsärzt\*innen:

- Struktur Versorgungsarztansatz in der Region und konkrete Aufgaben
- 4 Hauptaufgaben (COVID-19-Testung, Schwerpunkt-/Infekt-/Fieberpraxen, persönliche Schutzausrüstung, Aufrechterhaltung der medizinischen Grundversorgung)
- Zusammenarbeit mit anderen „Playern“ (Ministerien/Landrat/Bürgermeister\*innen)
- Zusammenarbeit mit Hausärzt\*innen
- Zusammenarbeit mit sonstigen ambulanten Strukturen
- Zusammenarbeit mit der ärztlichen Leitung der Führungsgruppe Katastrophenschutz
- Kommunikation/Digitalisierung
- Belastung durch die Aufgabe Versorgungsarzt/-ärztin
- Verbesserungsvorschläge

##### Leitfaden-Themen Hausärzt\*innen:

- Pandemie in Ihrer Praxis
- Struktur Versorgungsarztansatz
- Kommunikation mit Versorgungsarzt/-ärztin
- COVID-19-Testung
- Schwerpunktpraxen
- Persönliche Schutzausrüstung
- Zusammenarbeit mit andere Hausarztpraxen und sonstigen ambulanten Strukturen
- Versorgung von Altenheimen
- Kommunikation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

- Sonstige Informationsquellen
- Verbesserungsvorschläge

#### Leitfaden-Themen Behörden/Politik:

- Funktion in der Pandemie
- Erfahrung mit einer Pandemie
- Struktur Versorgungsarztansatz
- COVID-19-Testung
- Schwerpunktpraxen
- Persönliche Schutzausrüstung
- Aufrechterhaltung der ambulanten Versorgung
- Zusammenarbeit Versorgungsarzt/-ärztin und Hausarzt\*innen
- Zusammenarbeit Versorgungsarzt/-ärztin mit sonstigen ambulanten Strukturen
- Struktur Versorgungsärzte – Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
- Zusammenarbeit Versorgungsarzt/-ärztin – ärztliche Leitung der Führungsgruppe Katastrophenschutz
- Herausforderungen
- Verbesserungsvorschläge

Zu jedem Thema wurden ein bis zwei „Leitfragen“ gestellt und gegebenenfalls, zur Unterstützung des Erzählflusses, durch „Hilfsfragen“ ergänzt.

### Auswertung

Die Interviews wurden zunächst transkribiert. Da bis zum 30.6.2021 ein Abschlussbericht vorgelegt werden musste, erfolgte zwischen Mitte März und Mitte Mai eine Vorauswertung, die auf die für die Empfehlungsliste relevanten Interviewteile fokussierte. Die thematische Analyse diente dabei als Methode zur Identifizierung, Analyse und Dokumentation von Mustern (themes) in den Interviews. Die Analyse erfolgte mit Unterstützung durch die Software MAXQDA. Die Codierung und Themenbildung erfolgte primär durch BS (ein Teil zusätzlich durch MO und einen weiteren Institutsmitarbeiter) und wurde regelmäßig in Teamsitzungen diskutiert. Außerdem erfolgte eine Methodenwerkstatt mit externen Experten für qualitative Methoden.

## 2. Sammlung von offiziellen Dokumenten, Publikationen und Berichten

Hintergrundinformationen für das Projekt wurden während der Projektlaufzeit durch wiederholte themenspezifische Internet-Recherchen (meist in Google), „opportunistisch“ (d.h. zufällig aufgefundene Berichte und Publikationen) oder über spontan eingehende Berichte gesammelt. Eine systematische Suche wurde zwar erwogen, erschien aber nicht umsetzbar, da gängige Datenbanken für begutachtete Zeitschriften themen-relevante Veröffentlichungen bzw. Quellen kaum enthalten (das Thema wurde nicht in wissenschaftlichen Studien bearbeitet).

Das gesammelte Material lässt sich grob in drei Kategorien unterteilen:

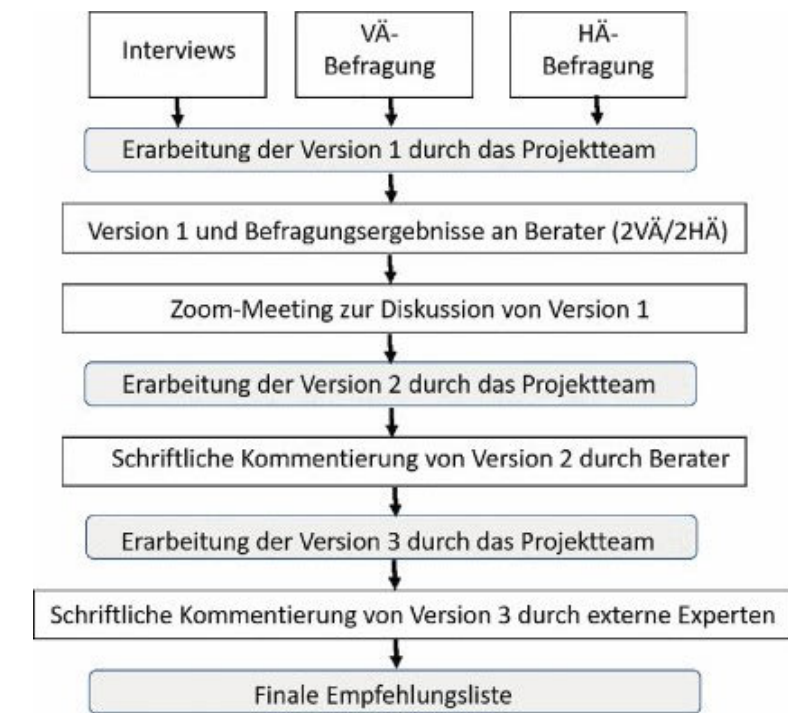
- **Offizielle Dokumente:** diese umfassten z.B. ministerielle Bekanntmachungen, Pandemiepläne etc.
- **Publikationen:** hierbei handelte es sich häufig um nicht-wissenschaftliche Artikel vorwiegend in ärztlichen Medien (z.B. Ärztezeitung, Deutsches Ärzteblatt).
- **Berichte:** hierbei handelte es sich um meist spontan eingehende schriftliche Berichte oder umfangreichere Mails, in denen Versorgungs- und/oder Hausarzt\*innen (z.T. weil sie von dem Evaluationsprojekt erfahren hatten) von Ihren Erfahrungen berichteten.

Insgesamt umfasst die Sammlung ca. 60 Dokumente.

## 3. Erarbeitung der Empfehlungsliste

### Erarbeitung der Version 1

Zunächst sichtete das Projektteam die für die Erstellung der Empfehlungen besonders wichtigen Ergebnisse aus den quantitativen und qualitativen Erhebungen (Was wurde positiv bewertet, was kritisiert, welche Verbesserungsvorschläge gemacht?) und den gesammelten Dokumenten. Der Fokus lag dabei auf den folgenden zwei Fragen: 1) Unter welchen Bedingungen macht die Funktion Versorgungsarzt/-ärztin bzw. koordinierende/r Arzt/Ärztin bei zukünftigen Pandemien Sinn? 2) Wie kann die ambulante Versorgung im Pandemiefall besser unterstützt werden? Drei Teammitglieder (MO, BS und KL) er-



Quelle: Olm et al.

**Abbildung:** Sequenzieller Prozess zur Erarbeitung der Empfehlungsliste

stellten dann unabhängig voneinander erste Empfehlungsentwürfe. Diese (zum Teil deutlich unterschiedlichen) Listen wurden vom Team diskutiert. Daraus ergaben sich Strategien für eine Priorisierung, Fokussierung und Präzisierung. So wurde eine Liste potenzieller „Adressaten“ für die Empfehlungen erstellt. Als primärer Adressat wurde die Landespolitik definiert, als sekundäre Adressaten die KV, Entscheidungsträger auf lokaler Ebene, Ärzteverbände und ggfs. die Öffentlichkeit. Die Liste sollte nicht zu lang sein und spezifische Aufgaben für spezifische Adressaten definieren. Die Empfehlungen sollten die Ausrufung eines Katastrophenfalles nicht a priori voraussetzen und prinzipiell auch auf andere Bundesländer übertragbar sein.

Die dementsprechend erarbeitete Version 1 der Empfehlungsliste wurde dann dem Beratergremium gemeinsam mit einer Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse zugesandt und ca. eine Woche später in einer Zoom-Konferenz ausführlich diskutiert.

### Erarbeitung der Version 2

Die Version 1 war im Vergleich zu den späteren Versionen noch stärker unmittelbar auf die empirischen Ergebnisse bezogen. In der Zoomsitzung

wurde dieser Entwurf und die in seine Entwicklung einbezogenen Überlegungen durch das Beratergremium stärker in Bezug auf die praktischen Erfahrungen bei der Pandemiebewältigung reflektiert. Dies führte dazu, dass in Version 2 die versorgungsarzt-spezifischen Aspekte gegenüber der allgemeinen Primärversorgung weniger stark im Vordergrund standen. Dementsprechend wurden die Empfehlungen breiter. Auf Basis der protokollierten Diskussion wurde vom Projektteam die Version 2 ausformuliert, die bereits alle wesentlichen Empfehlungen der finalen Liste umfasste.

### Finalisierung der Empfehlungsliste

Version 2 wurden dem Beratergremium nun nochmals zur separaten, individuellen, schriftlichen Stellungnahme zugesandt. Hierbei ergaben sich vor allem kleinere Ergänzungen und Formulierungsänderungen. Nach Einarbeitung der Rückmeldungen wurde die neue Version 3 nun noch drei weiteren externen Expert\*innen mit Funktionen bei KV und Bayerischem Hausärzterverband zu Stellungnahmen vorgelegt. Auf der Basis der eingehenden Kommentare ergaben sich nur noch minimale Veränderungen für die finale Liste.