



DEGAM-Strategiepapier

# Langzeitmanagement der COVID-19-Pandemie aus allgemeinmedizinischer Sicht

## Autoren

Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin:

Prof. Dr. med. Martin Scherer, Präsident

Prof. Dr. med. Eva Hummers, Vizepräsidentin

Prof. Dr. med. Antonius Schneider, Vizepräsident

Prof. Dr. med. Erika Baum, Schatzmeisterin

Prof. Dr. med. Anne Simmenroth, Schriftführerin

Prof. Dr. med. Christoph Heintze, Beisitzer

Dr. med. Ralf Jendyk, Beisitzer

Prof. Dr. med. Stefanie Joos und Prof. Dr. Ildikó Gágyor, Sektion Forschung

Dr. med. Sandra Blumenthal und Dr. med. Günther Egidi, Sektion Fortbildung

Prof. Dr. med. Jean-François Chenot u. Dr. Dipl.-Soz. Karen Voigt, Sektion Qualitätsförderung

Prof. Dr. med. Antje Bergmann und Dr. med. Maren Ehrhardt, Sektion Studium u. Hochschule

Dr. med. Uwe Popert und Dr. med. Jeannine Schübel, Sektion Versorgungsaufgaben

Dr. med. Marco Roos und Dr. med. Simon Schwill, Sektion Weiterbildung

## Unterstützer

Prof. Dr. Dr. Jonas Schmidt-Chanasit, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin

Prof. Dr. Hendrik Streeck, Universitätsklinikum Bonn, Institut für Virologie

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Charité, Berlin School of Public Health

Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing, Universität Tübingen, Institut für Ethik und Geschichte

Prof. Dr. Stefan Kluge, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Intensivmedizin;  
Präsidiumsmitglied DIVI

Prof. Dr. Gerd Antes, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Prof. Dr. Irmgard Streitlein-Böhme, Gesellschaft d. Hochschullehrer für Allgemeinmedizin (GHA)

Prof. Dr. Susanne Grundke, Hochschule für Technik u. Wirtschaft des Saarlandes, Angewandte  
Pflegerwissenschaft

Prof. Dr. Nico Dragano, Universitätsklinikum Düsseldorf, Centre for Health and Society, Institut  
für Medizinische Soziologie

Prof. Dr. David Klemperer, Fakultät Angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften,  
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

Prof. Dr. Falk Hoffmann, Universität Oldenburg, Abteilung Ambulante Versorgung u. Pharma-  
koepidemiologie

## In beratender Funktion

Prof. Dr. Helmut Fickenscher, Institut für Infektionsmedizin (Kiel), Präsident der Deutschen  
Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e.V. (DVV)

Prof. Dr. Gérard Krause, Abteilung Epidemiologie am Helmholtz-Zentrum für Infektions-  
forschung in Braunschweig

## Vorwort

Die COVID-19-Pandemie stellt die hausärztliche Medizin vor besondere Herausforderungen. Bislang hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) Hausärztinnen und Hausärzte mit einer stetig aktualisierten („living guideline“) Handlungsempfehlung „Neues Coronavirus“ unterstützt. Jetzt möchte sie ihre Expertise im Rahmen eines Vorschlags für ein Langzeitmanagement der Pandemie in den öffentlichen Diskurs einbringen.

Den Hausarztpraxen kommt in der Pandemie eine zentrale Bedeutung zu: Die ambulante Versorgung erfüllt eine Schutzfunktion für die Krankenhäuser, denn hier wird – neben der gewohnten Patientenversorgung – ein Großteil der COVID-19-Erkrankten abschließend behandelt. Um diese für das Gesundheitssystem so wichtige Struktur aufrechtzuerhalten, braucht es breite Unterstützung einerseits und den Einbezug der hier vorhandenen Expertise in das langfristige Pandemiemanagement andererseits. Da die Pandemiebewältigung nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingen kann, bietet die DEGAM hier ihre Unterstützung an.

Die DEGAM ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft der Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland. Diese nehmen generell eine besondere Position als verantwortliche Koordinatorinnen und Koordinatoren ein und müssen den Überblick über die Gesamtversorgung der Patienten behalten. In ihrer familienmedizinischen Funktion sind Hausärztinnen und Hausärzte als erste Ansprechpartner mit vielen aktuell ungelösten Problemen konfrontiert. Dazu gehören gerade in der Pandemie von Quarantäne oder Isolation betroffene Familien, Risikopatienten in Familien mit Schulkindern sowie pflegende Angehörige oder Betroffene von häuslicher Gewalt. Ebenso sind sie bei der Versorgung älterer, oft multimorbider und/oder pflegebedürftiger Menschen zu Hause und auch in Heimen gefordert.

Wir erheben mit diesem Strategiepapier nicht den Anspruch, einen „Königsweg“ beschreiben zu können, möchten aber die Perspektive der Allgemeinmedizin in die Betrachtung und das Management der noch länger andauernden COVID-19-Pandemie einfließen lassen.

## Inhalt

<b>Kernaussagen</b>	<b>5</b>
<b>Grundlegende Strategien – Problembeschreibungen und Lösungsvorschläge</b>	<b>6</b>
<b>Weiterführende Strategien</b>	<b>8</b>
Versorgung in der Pandemie	9
Forschung in der Pandemie	10
<b>Anhang</b>	<b>12</b>
Weiter- und Fortbildung in der Pandemie	12
<b>Referenzen</b>	<b>16</b>

## Kernaussagen

- **AHA+L+C-Regeln, ergänzt um die Vermeidung von GGG (geschlossene Räume, Gruppen und Gespräche):** alle Möglichkeiten der öffentlichen Kommunikation ausschöpfen, um die Umsetzungsraten dieser Basismaßnahmen zu maximieren. Alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen fungieren hier als Multiplikatoren. Keine Wunschatteste als Alibi, die Maskenpflicht zu umgehen. Eine Kommunikationskampagne, die die individuelle und kollektive Solidarität in den Mittelpunkt stellt, ist ein notwendiger Bestandteil der Optimierung präventiven Verhaltens.
- **Hausärztinnen und Hausärzte werden durch die Langzeitbeziehung zu ihren Patientinnen und Patienten mit den Folgen von Lockdown-Maßnahmen konfrontiert und nehmen neben den erwünschten auch die unerwünschten Wirkungen kontaktreduzierender Maßnahmen auf alle Lebensbereiche wahr.** Je ausbalancierter und widerspruchsfreier Maßnahmenpakete sind (z. B. im Rahmen eines stratifizierten Lockdown-Modells), desto besser können Hausärztinnen und Hausärzte beraten.
- **Damit die (Haus-)Ärzeschaft als Multiplikator wirken kann, muss sie die Rationale kennen, auf deren Basis politische Maßnahmen getroffen wurden.** Um scheinbare Widersprüche ihren Patientinnen und Patienten gegenüber erklären zu können (z. B. offene Friseursalons, aber geschlossene Fußpflege-Praxen), braucht es eine bevorzugte Information von Ärztinnen und Ärzten und aussagekräftige Erklärungen für die Fachöffentlichkeit – noch bevor politische Entscheidungen an die Öffentlichkeit gelangen. Vorab-Informationen helfen Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch anderen Fachgruppen, damit sie mit guten Argumenten auf die Fragen ihrer Patienten antworten können. Der Informationsweg kann über Ärztekammern, Berufsverbände und wissenschaftliche Fachgesellschaften laufen. Die (Haus-)Ärzeschaft kann somit zur Akzeptanz von Maßnahmen beitragen. Um die Compliance der Bevölkerung zu stärken, sollte bekannt sein: Wer berät zu welchen Fragen? Was ist die Evidenz und welche Abwägungen wurden vorgenommen, um zu einem Entschluss zu kommen? So kann auch die Allgemeinmedizin ihre edukative Funktion besser erfüllen und risikostratifiziert beraten.
- **Aufrechterhaltung der Versorgung und Zuversicht bei Patientinnen und Patienten fördern, diese auch zu nutzen.** Praxen sind „sichere“ Orte und zwar durch individuell angepasste Hygienekonzepte und durch eine strikte Trennung von Infektpatienten und Menschen ohne entsprechende Symptome. Derzeit ist sowohl ein „Zuviel“ (z. B. bei Versorgungsverzögerung von Myokardinfarkten) als auch ein „Zuwenig“ (z. B. unnötiges Risikoverhalten) an Angst in der Bevölkerung zu beobachten. In der ärztlichen Konsultation kann daher sowohl Beruhigung als auch Sensibilisierung vonnöten sein.
- **Förderung von Forschungsprojekten, um ein umfassendes Verständnis von COVID-19 unter Berücksichtigung der Primärversorgungsebene mit ihren Besonderheiten und den mildereren Krankheitsverläufen zu erlangen.** Es sollten interdisziplinäre Forschungsprojekte zu den direkten und indirekten gesundheitlichen Folgen der Lockdown-Maßnahmen (Änderung des Lebensstils wie z. B. Bewegungsmangel und Gewichtszunahme, psychische Ebene, Substanzmissbrauch, häusliche Gewalt) auf den Weg gebracht werden.

## Grundlegende Strategien – Problembeschreibungen und Lösungsvorschläge

### Schäden vermeiden

Die beiden amerikanischen Medizinethiker Thomas Beauchamp und James Childress entwickelten 1979 vor dem Hintergrund ethischer Grenzüberschreitungen in der Forschung die sogenannte Prinzipienethik<sup>1,2</sup>. Die vier Prinzipien, bestehend aus dem Prinzip des Nicht-Schadens, der ärztlichen Fürsorge, der Autonomie des Patienten und die Berücksichtigung der Gerechtigkeit sind heute nicht nur essentiell in Fragen der Forschungsethik, sondern zudem eine Hilfestellung bei schwierigen Entscheidungsfindungen in der Medizin – dies gilt selbstverständlich auch für die Allgemeinmedizin. Primum nil nocere – vor allem keinen Schaden anrichten – ist dabei eines der Grundprinzipien hausärztlicher Tätigkeit. So definiert die Allgemeinmedizin auch die Quartärprävention, den Schutz vor zuviel oder falscher Medizin, zu einem ihrer Spezifika.

Bei der Corona-Pandemie haben wir es mit einer Situation zu tun, die zunächst der hausärztlich vielfach angewandten Prämisse des abwartenden Offenhaltens, insbesondere in Phasen mit hoher infektiologischer Dynamik, widerspricht. Um die sprunghafte Ausbreitung des Virus einzudämmen, ist immer wieder entschlossenes Handeln gefragt. Solange wir nicht über ein nachgewiesenermaßen wirksames Medikament verfügen oder große Teile der Bevölkerung geimpft sind, muss es Ziel sein, die Infektions-Dynamik so weit zu verlangsamen, dass die Ressourcen des Gesundheitswesens und insbesondere die personellen Kapazitäten der Intensivstationen nicht überfordert werden. Die ambulante Versorgung schützt die Kliniken unter anderem dadurch, dass ambulant zu begleitende Patientinnen und Patienten im primärärztlichen Sektor versorgt werden. Voraussetzung für die Sicherstellung der Versorgung in beiden Sektoren ist der Schutz aller im Gesundheitssystem Aktiven vor eigenen Infektionen.

### Zwischen Fürsorge, Schutz und sozialer Gerechtigkeit: Flexible Modelle sind in der Pandemie der Schlüssel zum Erfolg

Um die weitreichenden Folgen durch eine Pandemie abzumildern, gibt es prinzipiell mehrere Strategien, die durchaus auch miteinander kombiniert werden können bzw. sich je nach infektiologischem Geschehen auch abwechseln.<sup>3</sup> Dabei ist es durchaus denkbar, dass es eine regional unterschiedliche Umsetzung gibt, die sich an den Situationen vor Ort orientiert. Im Nationalen Pandemieplan werden genannt:

- Eindämmung (Containment): einzelne infizierte Personen werden identifiziert und isoliert und für engere Kontaktpersonen wird eine häusliche Quarantäne angeordnet. Diese Stra-

ategie verfährt insbesondere in den Regionen und Gemeinden, in denen die Inzidenz noch gering ist und der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) über ausreichende personelle Ressourcen zur Durchbrechung von Infektionsketten verfügt. Der Schulterschluss zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und dem ÖGD ist dabei ein Mittel der Pandemiebekämpfung.<sup>4</sup> Hilfreich ist eine klar definierte Aufgabenteilung – je nach Grad der Überlastung des ÖGD in der Pandemie – zwischen ÖGD und Hausärzten, die in den Kommunen Verantwortung übernehmen.

- Schutz (Protection) besonders von einer Infektion gefährdeter Personen wie beispielsweise Bewohnern von Pflegeheimen oder Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen. Ethische Herausforderungen ergeben sich bei dieser Strategie, wenn Risikogruppen „zu ihrem Schutz“ eine Partizipation am gesellschaftlichen Leben vorenthalten wird. Eine Herausforderung in dieser Pandemie ist es, dass große Anteile der Bevölkerung (z. B. Ältere) der Risikogruppe zuzuordnen sind. Das Kriterium Alter dominiert das Risiko tödlicher Erkrankungsausgänge wesentlich stärker als eine ggf. bestehende Vorerkrankung.

Mit der Etablierung von Antigentests bei Pflegenden und Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen, häuslicher Pflege, Krankenhäusern und Praxen werden zudem zukünftig Konzepte möglich, die Brückenschläge zwischen beiden Strategien erlauben. Schutz würde dann bedeuten, Risikogruppen in Institutionen zu schützen, indem man Infektionsketten durch zweimal wöchentliches Testen der Mitarbeiter frühzeitig durchbricht.<sup>5</sup> In ihrer S1-Handlungsempfehlung gibt die DEGAM ausführliche Empfehlungen für Hygienekonzepte und Monitoring in Alten- und Pflegeheimen.<sup>6</sup> Neben Empfehlungen zu Alten- und Pflegeheimen beziehen sich weite Teile der S1-Handlungsempfehlung auf das Management von Verdachtsfällen, das ambulante Monitoring von SARS-CoV-2 positiv getesteten Patientinnen und Patienten sowie die Identifikation von Personen mit Indikation einer Krankenhausbehandlung. Bei der ambulanten Triage wird in der DEGAM-Leitlinie zwischen dem Vorgehen bei leichten, unspezifischen Symptomen und Personen mit deutlicher Beeinträchtigung des Allgemeinzustands und/oder erhöhtem Risiko unterschieden. Letztlich gilt es, die Ressourcen der Krankenhäuser nicht für Personen in Anspruch zu nehmen, denen eine solche Indikation fehlt. Auch dies ist ein Teil der oben genannten Schutzfunktion.

Um gefährdete Personen außerhalb von Pflegeeinrichtungen in die Strategien einzuschließen, bleibt ein Bündel nichtpharmakologischer Maßnahmen erforderlich:

- Einhaltung der AHA+L+C-Regeln (Abstand, Hygieneregeln, Alltagsmasken, Lüften, Corona-App). Werben für eine weite Anwendung der Corona-App inklusive persönlicher Aufzeichnungen, um sich im Fall einer Infektion an potenziell weitere Infizierte erinnern zu können. In der gesamten Risikokommunikation über COVID-19 fehlt es an einer Strategie, die an den sehr erfolgreichen Erfahrungen bei der Eindämmung der Aids-Pandemie anknüpft und unter Nutzung aller Möglichkeiten der öffentlichen Kommunikation die je individuelle und

kollektive Solidarität („Selbstschutz ist Fremdschutz“) als wichtigstes Instrument für die Bewältigung der Pandemie in den Mittelpunkt stellt.<sup>7</sup> Eine solche Kampagne mit ihrer dezentralen Umsetzung und partizipativen Aneignung in den Lebenswelten (von der KiTa bis zum Altenheim, in Betrieben, Stadtteilen und Freizeiteinrichtungen) ist nach heutigem Wissen ein notwendiger Bestandteil zur Maximierung präventiven Verhaltens und wird sicherlich auch noch im Zuge der Impfung notwendig bleiben. Den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen kommt dabei eine herausragende Bedeutung als Multiplikatoren zu. Problematisch sind in diesem Zusammenhang Masken-Atteste.<sup>8,9,10</sup> Laut DEGAM-Handlungsempfehlung „ist eine Befreiung von der Maskenpflicht zwar aus gravierenden medizinischen Gründen prinzipiell möglich, aber sicherlich nur in absoluten Ausnahmefällen gerechtfertigt.“<sup>11</sup> Kontraproduktiv und gefährlich sind verzerrende oder herunterspielende Fehlinformationen durch Ärztinnen und Ärzte gegenüber Patientinnen und Patienten, die nicht nur die Umsetzung der Basismaßnahmen gefährden und somit das Risiko für die Ausbreitung erhöhen, sondern gleichzeitig das Vertrauen in den ärztlichen Beruf beschädigen.

Weiterer Bestandteil einer effektiven Strategie wird ein Impfstoff sein. **Diesem Themenkomplex wird die DEGAM ein eigenes Positionspapier widmen, weshalb an dieser Stelle keine detaillierte Auseinandersetzung damit erfolgt.**

## Weiterführende Strategien

### Für die gesamte Bevölkerung:

- Sachliche Aufklärung über Risikogruppen und riskantes Verhalten. Bewertung der in der allgemeinen Bevölkerung erlaubten Tätigkeiten gemäß der bekannten Ansteckungswahrscheinlichkeiten und Priorisierung entsprechend COVID-Risikostufen. Entängstigung bezüglich Nicht-Risikogruppen (z. B. Kinder).
- Ausweitung des qualitätsgesicherten Einsatzes von Antigen-Schnelltests für Angehörige von Risikopersonen (z. B. vor einem Treffen mit Kindern, Enkeln etc.).

### Für aktive/mobile Risikopersonen:

- speziell eingerichtete Einkaufszeiten/Taxi- und Einkaufsdienste für Risikopersonen
- frei verfügbare FFP2-Masken für Risikopersonen und Angehörige sowie Pflegende/Versorgende mit klaren Anweisungen zur Handhabung/Anwendung (sofern die Grunderkrankung das Tragen ermöglicht)
- Unterstützung beim Anlegen von Patientenverfügungen/Vorsorgevollmachten

## Versorgung in der Pandemie

Die DEGAM hat Hausärztinnen und Hausärzte in ihren 2012 publizierten Zukunftspositionen als „Spezialisten für den ganzen Menschen“ definiert. Das primäre Ziel der DEGAM ist eine Versorgung, die den Schutz der Patientinnen und Patienten, aber auch der gesamten Gesellschaft einschließt. Unter diesem Primat steht die hausärztliche Versorgung aktuell vor großen Herausforderungen.

Die vordringliche Aufgabe besteht momentan im Schutz: Hausärztinnen und Hausärzte schützen die Corona-Risikogruppen (wie z. B. ältere, von Multimorbidität betroffene Menschen), sie schützen aber auch die psychisch Belasteten und die sozial Benachteiligten. Schließlich schützen sie jeden einzelnen Patienten und jede einzelne Patientin nach den individuellen Bedürfnissen und Notwendigkeiten. Im Rahmen des Langzeitmanagements der COVID-19-Pandemie ist es essentiell, diese zentrale Aufgabe der ambulanten Versorgung aufrechtzuerhalten und zu stärken.

Das funktioniert besser, wenn positive Botschaften kommuniziert werden und weniger gut, wenn Angst und Verbote ins Zentrum gestellt werden. Eine wesentliche Aufgabe von Hausärztinnen und Hausärzten liegt daher neben der Aufklärung in der Aufrechterhaltung der Zuversicht der Patientinnen und Patienten. Wie dies erfolgreich gelingen kann, muss ein Aspekt sein, der mit Politik und Medien zu besprechen ist. Mit dem notwendigen Respekt vor der Infektion, müssen auf Ebene der Versorgung die gebotenen Verhaltensweisen in der Pandemie bei jedem einzelnen Menschen gestärkt werden. Das ist manchmal anstrengend und mühsam, aber ohne „Compliance“ greifen die besten Maßnahmen nicht. Wie oben angedeutet, haben wir bei der Bekämpfung von HIV/Aids als Gesellschaft schon einmal bewiesen, dass ein solcher Prozess, der auf der Bedeutung des Individuums und seines Verhaltens (und nicht auf einem Klima der Angst) fußt, gelingen kann. Gleichzeitig nehmen wir zahlreiche verstörende Bilder wahr von Menschen, die die Gefahren der Infektion unterschätzen und/oder sich (selbst)gefährdend verhalten. Wichtig sind daher Sensibilisierung, Aufklärung und eine frühe Verfügbarkeit von Informationen, die Hausärztinnen und Hausärzte die Möglichkeit geben, die Rationale von politischen Entscheidungen zu verstehen und als Multiplikatoren bei der Einstellungs- und Verhaltensänderung zu fungieren.

Entängstigung bei gleichzeitiger Wachsamkeit und Solidarität ist eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass auch in Pandemiezeiten die notwendige Versorgung realisiert wird. Ebenso wenig wie Patientinnen und Patienten eine Ansteckung in Krankenhäusern befürchten müssen, brauchen sie Angst vor notwendigen Hausarztbesuchen zu haben. Dies gewinnt u. a. vor dem Hintergrund der Tatsache an Bedeutung, dass die Zahl der Behandlungsfälle in onkologischen, kardiologischen, neurologischen, endokrinologischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen im Laufe des Monats März 2020 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um bis zu 40 % in der letzten Märzwoche zurückging.<sup>12</sup> Die Zahl der Krebsmeldungen von

Pathologen in Nordrhein-Westfalen sank im April 2020 ebenfalls erheblich.<sup>13</sup> Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse sollte auch bei der Erstellung und Umsetzung von gemeinsamen, qualitätsgesicherten Hygienekonzepten die versorgungsübergreifende Zusammenarbeit angewendet werden, um Hygienebrüche in der Patientenweiterleitung zu vermeiden.

## Forschung in der Pandemie

Wir sind überzeugt davon, dass sowohl klinische Forschung als auch Versorgungsforschung in hausärztlichen Praxen und an deren Schnittstellen die bisher sehr stark infektiologisch/virologisch/intensivmedizinisch geprägte Perspektive für eine erfolgreiche Bewältigung der Pandemie ergänzen muss.

- 1** Vor diesem Hintergrund regen wir die verstärkte Finanzierung von klinischen Forschungsprojekten in der hausärztlichen Versorgungsebene an, um ein umfassendes Verständnis von COVID-19 unter Berücksichtigung der Primärversorgungsebene mit ihren Besonderheiten des Niedrigprävalenzbereiches und milderer bis moderater Krankheitsverläufe zu erlangen. Konkret können hierzu klinische Forschungsprojekte beitragen, die sich mit Fragestellungen rund um klinische Scores und Genauigkeit diagnostischer Maßnahmen (z. B. verschiedene Probegewinnungs-Techniken, Antigen-Schnelltests) auseinandersetzen. Ebenso werden Studien zum Verlauf von COVID-19 im ambulanten Setting inkl. Co-Morbiditäten und dem Auftreten von Langzeitfolgen benötigt, um ein tieferes Verständnis über das Pandemiegeschehen zu erlangen. Gemeinsam mit anderen Disziplinen sollten Forschungsprojekte zu den direkten und indirekten gesundheitlichen Folgen der Lockdown-Maßnahmen (psychische Ebene, Substanzmissbrauch, häusliche Gewalt, Änderung des Lebensstils z. B. Reduktion von Sport, Gewichtszunahme etc.) auf den Weg gebracht werden.
- 2** Die ambulant-hausärztliche Versorgungsebene ist in der Bewältigung der Pandemie essenziell. Insofern muss es Ziel sein, die Abläufe in den Praxen möglichst effizient und unter größtmöglichem Schutz der Praxisteams zu managen. Dies ist auf verschiedenen Ebenen bisher nicht der Fall, zu viel Bürokratie (z. B. bei Abrechnungsprozessen) und mangelnder Informationsfluss (z. B. zwischen Gesundheitsämtern und Hausarztpraxen) sind derzeit Realität. Für eine systematische Bewertung wünschen wir uns daher kurzfristig Versorgungsforschungsprojekte zur Gewinnung valider Erkenntnisse über die Abläufe in den Praxen und deren Schnittstellen, um einerseits geeignete Unterstützungstools zu entwickeln und andererseits die Erkenntnisse kurzfristig in politische Entscheidungsprozesse einspeisen zu können. Der Fokus muss auch auf die Forschung zur Versorgung vulnerabler Gruppen gelegt werden (z. B. geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in Alten- und Pflegeheimen). Auch nach möglichen positiven Auswirkungen der Pandemie sollte geforscht werden (z. B. Reduktion von unnötigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (=Abbau von Überversorgung)).

- 3 Ein weiterer Punkt, der aus unserer Sicht bisher zu wenig berücksichtigt wurde, betrifft die Kommunikation über COVID-19 und die Bewältigungsmaßnahmen durch handelnde Akteure und politische Entscheidungsträger. Die aktuellen Demonstrationen zeigen, dass das Lockdown-Paket für einige Teile der Gesellschaft nicht ausreichend verständlich ist. Um transparent kommunizieren und eine weitere Polarisierung der Gesellschaft vermeiden zu können, braucht es Informationen aus interdisziplinären Forschungsprojekten zur Frage, welche Begriffe und Kennzahlen in welchen Bevölkerungsgruppen wie verstanden werden. Ebenso sollte untersucht werden, wie eine „entängstigende Kommunikation“ gelingen kann, um effektiv zu sein, aber möglichst wenig psychische „Kollateralschäden“ (z. B. Ängste, sozialer Rückzug) auszulösen.

## Anhang

### Weiter- und Fortbildung in der Pandemie

#### Weiterbildung

Die fachärztliche Weiterbildung (in der Allgemeinmedizin) darf nicht durch Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie beeinflusst werden. Unnötige Verlängerung von Weiterbildungszeiten und ein Rückgang von Facharztanerkennungen ärztlichen Fachpersonals, welches dringend in der Versorgung und Eindämmung der Pandemie benötigt wird, sollten vermieden werden.

Wir sehen diesbezüglich Handlungsbedarf in drei zentralen Bereichen:

- 1 Ausübung ärztlicher Tätigkeit für Ärztinnen in Weiterbildung während einer Schwangerschaft.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie wird durch unterschiedliche Gewerbeaufsichtsämter ein generelles Beschäftigungsverbot für Schwangere in Einrichtungen der medizinischen Versorgung ausgesprochen. Dies gilt universell und wird häufig nicht vor dem Hintergrund einer individuellen Beurteilung von Gefährdungen durchgeführt. Zeiten des Beschäftigungsverbots werden nicht auf die Weiterbildung angerechnet.

Der Anteil von Ärztinnen in Weiterbildung (ÄiW) nimmt zu, besonders stark in der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin. Damit steigt auch der Anteil schwangerer Ärztinnen in Weiterbildung.

Durch ein generelles Beschäftigungsverbot wird die Weiterbildungsdauer Schwangerer unnötig verlängert. Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben sagt dazu: „Soweit es nach den Vorschriften des Mutterschutzgesetzes verantwortbar ist, ist der Frau auch während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit die Fortführung ihrer Tätigkeiten zu ermöglichen.“<sup>14</sup> Gerade in der aktuellen Lage wird in medizinischen Einrichtungen und speziell in hausärztlichen Praxen verstärkt auf Hygienekonzepte geachtet. Vor diesem Hintergrund lassen sich Gefährdungen für Schwangere sehr gut einschätzen und das Arbeitsumfeld gestalten. Wir befürworten daher eine Beurteilung der individuellen Gefährdung, damit die Weiterbildungszeit Schwangerer nicht per se verlängert wird.

### **2** Angebot und Möglichkeit erforderliche Pflichtteile der fachärztlichen Weiterbildungsordnung zu absolvieren.

Die in der COVID-19-Pandemie geltenden Kontaktbeschränkungen und Hygieneregeln führten zu einer Abnahme bzw. einem Aussetzen des Angebots von Pflichtteilen in der fachärztlichen Weiterbildung (z. B. Gesprächskurse der Psychosomatischen Grundversorgung, Balintgruppen, Sonographiekurse, etc.). Die fehlende Möglichkeit, diese Pflichtteile zu absolvieren, führt zu einer Verlängerung der Weiterbildungszeit von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung.

Es ist zwar zu beobachten, dass es einen zunehmenden Anteil von Fortbildungen als Online-Angebot gibt, diese beschränken sich jedoch zumeist auf die Vermittlung von theoretischen Inhalten. Vielerorts bleiben die Angebote zu praktisch-kommunikativen Weiterbildungsinhalten ausgesetzt.

Wir regen daher die Wiederaufnahme der ausgesetzten praktisch-kommunikativen Weiterbildung an, um die regelhafte fachärztliche Weiterbildung zu gewährleisten. Die Lösung liegt in einem angepassten Angebot in reduzierter Gruppengröße mit online-basierten Anteilen und einem risikoadaptierten Teilnehmernmanagement (durch Antigen-Schnelltests zur Reduktion der Infektionswahrscheinlichkeit).

### **3** Durchführung kollegialer Gespräche zur Facharztanerkennung (Facharztprüfungen) durch die jeweiligen Landesärztekammern.

Die in der COVID-19-Pandemie geltenden Kontaktbeschränkungen und Hygieneregeln führten zu einer Abnahme bzw. einem Aussetzen von kollegialen Gesprächen zur Facharztanerkennung. Zum Ende der Weiterbildungszeit endet die Förderung der ärztlichen Weiterbildung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Bei vielen ÄiW erfolgt keine Folgeanstellung vor Abschluss der Facharztprüfung. Einige ÄiW leben in dieser Zeit von Ersparnissen, andere melden sich arbeitslos. Dieser Ausfall der ärztlichen Arbeitskraft ist im Krankenhaus üblicherweise durch einen um sechs Monate über das Ende der Weiterbildungszeit hinausgehenden Arbeitsvertrag abgepuffert.

Fachgespräche finden erfreulicherweise in einzelnen Landesärztekammern bereits über ein Videokonferenztool statt. Ebenfalls werden Fachgespräche von einzelnen Facharztgruppen prioritär durchgeführt.

Wir raten, hier keine unnötigen Verzögerungen bei den Fachgesprächen entstehen zu lassen, damit das in der Versorgung dringend benötigte Personal regelrecht anerkannt wird. Dafür ist es notwendig, dass die Fachgespräche fortgeführt werden.

## Fortbildung – Hausärztlicher Kompetenzerhalt und -erwerb in Pandemiezeiten

In der aktuellen Pandemie sind Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Praxisteams im Bereich Fortbildung doppelt gefordert: Zum einen müssen neue Kompetenzen im Umgang mit SARS-COV-2 zeitnah, dynamisch und in großem Umfang aufgebaut werden; zum anderen darf der Kompetenzerhalt in allen anderen Bereichen der Allgemeinmedizin nicht vernachlässigt werden, zumal Hausärztinnen und Hausärzte in Pandemiezeiten die teils reduzierten Klinikkapazitäten ambulant ausgleichen mussten. Erschwerend in dieser Zeit der Herausforderungen sind für die Niedergelassenen gesetzlich vorgeschriebene Fortbildungsanforderungen sowie jene aus den DMP-Programmen (die zeitlich begrenzt angepasst wurden) auf der einen Seite und ein beschränktes Angebot an hausärztlichen Fortbildungen in Präsenz zugunsten des Infektionsschutzes auf der anderen Seite. Ein allzu starres Fortbildungskonzept für den ambulanten Sektor erweist sich in der Pandemie als zu unflexibel. Wünschenswert wäre dagegen auch für die Zukunft ein Fortbildungssystem, das Wege vom *continuous medical education* hin zu einem *continuous medical development* ermöglicht. In einem solchen System könnten Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Teams Kompetenzen analog zu den Bedürfnissen ihrer Patientinnen und Patienten und der Gemeinschaft, in der sie leben, erwerben. Je nach den Erfordernissen könnten in einem Jahr infektiologische Fragestellungen, in einem anderen Jahr dagegen Möglichkeiten der Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen im Vordergrund stehen. Diese Krise zeigt uns:

Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Teams müssen sich praxisorientiert fortbilden können, um eine gute Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Basis eines solchen Systems wäre der barrierefreie Zugang von Hausärztinnen und Hausärzten und ihren Teams zu evidenzbasiertem Wissen. Die open access-Strategie international anerkannter Journals zum Themenblock SARS-CoV-2 wird von nicht wenigen Hausärztinnen und Hausärzten zu Fortbildungszwecken und zur Vorbereitung auf Qualitätszirkel (QZ) und Journal Clubs genutzt. Eine Online-Bibliothek für Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Teams sichert den hohen Standard der allgemeinmedizinischen Versorgung längerfristig. Doch das ist Zukunftsmusik – wie sichern Hausärztinnen und Hausärzte und ihre Teams den Kompetenzerhalt in der Pandemie?

Viele Institutionen, aber auch selbstorganisierte, national vernetzte Qualitätszirkel haben den infektiologischen Herausforderungen bei Präsenzveranstaltungen in kürzester Zeit ein ansprechendes digitales Angebot entgegengestellt. Solche Angebote werden von den Niedergelassenen sowie von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung gut angenommen. Auch für den diesjährigen DEGAM/WONCA-Kongress (16.-19.12.2020) wird ein entsprechendes Online-Konzept genutzt.

Ein erweitertes digitales Fortbildungsangebot wünschen wir uns nach der Pandemie – wir wünschen uns jedoch, sofern die infektiologische Situation dies ermöglicht, auch Präsenzveranstaltungen in der Pandemie zum persönlichen Austausch und für praktische Fortbildungen. Die Möglichkeit langfristig geplante Veranstaltungen mit guten Hygienekonzepten stattfinden zu lassen, von wissenschaftlicher Begleitforschung evaluiert, ist ein Lösungsweg, trotz Pandemie hausärztlichen Kompetenzerhalt sicherzustellen.

## Referenzen

- 1 Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 8. Aufl. Oxford: Oxford University Press, 2009
- 2 Marckmann, G, Behringer B, in der Schmitt J. Ethische Fallbesprechungen in der hausärztlichen Versorgung: Ein Leitfaden für die Praxis. Z Allg Med 2018;94:116-120
- 3 [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Strategie\\_Ergaenzung\\_Covid.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Strategie_Ergaenzung_Covid.html) (letzter Zugriff: 29.11.2020)
- 4 <https://www.aerztezeitung.de/Podcasts/Amtsarzt-und-Hausarzt-Wir-brauchen-den-Schulterschluss-414225.html> (letzter Zugriff: 15.11.2020)
- 5 Larrmore DB et al. Test sensitivity is secondary to frequency and turnaround time for COVID-19 screening. Science Advances. Sci. Adv. 10.1126/sciadv.abd5393 (2020): <https://advances.sciencemag.org/content/early/2020/11/20/sciadv.abd5393.1> (letzter Zugriff 26.11.2020).
- 6 „Neues Coronavirus – Informationen für die hausärztliche Praxis“; Vers. 14; Hrsg. von DEGAM (S1-Handlungsempfehlung). S. 12-13: [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-054%20SARS-CoV-2%20und%20Covid-19/Version%2015\\_publiziert%2023.11.2020/053-054I\\_Neues%20Coronavirus\\_V15\\_231120.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-054%20SARS-CoV-2%20und%20Covid-19/Version%2015_publiziert%2023.11.2020/053-054I_Neues%20Coronavirus_V15_231120.pdf) (letzter Zugriff: 30.11.2020)
- 7 Rosenbrock R, Wright M (eds.): Pragmatism and Partnership. Germany's Response to AIDS Prevention and Care, Routledge/Taylor & Francis, London/New York 2000
- 8 <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Corona-Masken-Attest-Spiel-mit-dem-Feuer-411095.html> (letzter Zugriff: 15.11.2020)
- 9 <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Gesundheitsamt-warnt-vor-Attesten-aus-dem-Internet-413183.html> (letzter Zugriff: 15.11.2020)
- 10 <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Sachsen-warnt-Aerzte-vor-Corona-Gefaelligkeitsattesten-413040.html> (letzter Zugriff: 15.11.2020)
- 11 „Neues Coronavirus – Informationen für die hausärztliche Praxis“; Vers. 14; Hrsg. von DEGAM (S1-Handlungsempfehlung). S. 25: [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-054%20SARS-CoV-2%20und%20Covid-19/Version%2015\\_publiziert%2023.11.2020/053-054I\\_Neues%20Coronavirus\\_V15\\_231120.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-054%20SARS-CoV-2%20und%20Covid-19/Version%2015_publiziert%2023.11.2020/053-054I_Neues%20Coronavirus_V15_231120.pdf) (letzter Zugriff: 30.11.2020)
- 12 Scheidt-Nave C et al. Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. Journal of Health Monitoring. 2020 5(S10) DOI 10.25646/7167 Robert Koch-Institut, Berlin.
- 13 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118769/COVID-19-Lockdown-Rueckgang-der-Krebsmeldungen-von-Pathologen-in-NRW> (letzter Zugriff: 28.11.2020)
- 14 [https://www.bafza.de/fileadmin/Programme\\_und\\_Foerderungen/Unterstuetzung\\_von\\_Gremien/Ausschuss-fuer-Mutterschutz/Informationspapier\\_Mutterschutz\\_und\\_SARS-CoV-2\\_200414.pdf](https://www.bafza.de/fileadmin/Programme_und_Foerderungen/Unterstuetzung_von_Gremien/Ausschuss-fuer-Mutterschutz/Informationspapier_Mutterschutz_und_SARS-CoV-2_200414.pdf) (letzter Zugriff: 13.11.2020)

## DEGAM

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin  
Schumannstraße 9, 10117 Berlin, E-Mail: [geschaeftsstelle@degam.de](mailto:geschaeftsstelle@degam.de)