

Beschluss der Delegiertenversammlung 13.05.2022

Essenziell notwendige Rahmenbedingungen in den Praxen des hausärztlichen Versorgungsbereichs für den nächsten pandemischen Herbst

Die Delegierten des Bayerischen Hausärzteverbandes fordern die Bundesregierung und die Bayerische Staatsregierung auf, die essenziell notwendigen Rahmenbedingungen in den Praxen des hausärztlichen Versorgungsbereichs für den nächsten pandemischen Herbst rechtzeitig und nachhaltig zu schaffen. Im Einzelnen:

1. **Grundsätzliches:** Seit Beginn der Pandemie werden ca. 90% der COVID-19-Erkrankungen im ambulanten und hier schwerpunktmäßig im hausärztlichen Bereich behandelt. Die Betrachtung dieses für die Pandemie essenziellen Teils des Gesundheitssystems ist daher sowohl aus praktischer als auch aus wissenschaftlicher Perspektive von zentraler Bedeutung. Konsequenterweise müssen Hausärzt:innen in alle Gremien der Pandemiesteuerung eingebunden werden. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Praxen seit Beginn der Pandemie als effektiver ambulanter Schutzwall des deutschen Gesundheitssystems dienen und maßgeblich dazu beigetragen haben, die Krankenhäuser vor einer Systemüberlastung zu bewahren. Um die Lehren aus der Pandemie wissenschaftlich und an der hausärztlichen Praxis orientiert aufzuarbeiten und die dringend notwendige allgemeinmedizinische Perspektive in die Analyse und Empfehlungen rechtzeitig einzubinden, soll der ExpertInnenrat der Bundesregierung zu COVID-19 um je eine Vertreter:in der wissenschaftlichen und der praktischen Allgemeinmedizin erweitert werden.
2. **Monitoring der ambulanten Versorgung:** Insbesondere Impfen, Testen, Tracen und Isolieren, aber auch alle Beratungsaufwände in der Pandemie, finden zusätzlich zu der täglichen Krankenversorgung unter zunehmendem Personaldruck statt. Interventionen der Versorgungssteuerung in Überlastungssituationen müssen vorbereitet und der Zeitpunkt gemonitort werden. Es bedarf dazu der Schaffung eines bundeseinheitlichen, aber regional ausgeregelten Praxisklimaindex insbesondere in der hausärztlichen Versorgung.
3. Für alle Einrichtungen der Kritischen Infrastruktur, zu denen die hausärztlichen Praxen gehören, wird die Bereitstellung umfangreicher **persönlicher Schutzausrüstung** dauerhaft und zuverlässig gesichert.
4. Zum Pandemiemonitoring wird ein **Surveillancesystem** eingeführt.
5. Durch eine staatliche **Investitionskampagne** wird sowohl der bauliche als auch digitale Modernisierungsbedarf in den Praxen und Kliniken und damit notwendige Investitionen für die Bewältigung einer Pandemie, aber auch generell für den Schutz vor vermeidbaren Infektionen, gefördert.
6. **Es werden funktionierende und dauerhafte Prozesse im Kontext Testung, Kontaktnachverfolgung und Isolierung etabliert**, die in den hausärztlichen Praxen den Anfang nehmen und diese zentral einbinden. Sofern Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes von Hausärzt:innen übernommen werden sollen, ist dies klar zu benennen und zu honorieren. Sollten hausärztliche Praxen längerfristig Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes übernehmen, sind Mittel zur Personalaufstockung in den Praxen bereitzustellen.

7. Zum Schutz von vulnerablen Gruppen, besonders in der stationären Pflege werden dort **präventive Reihentestungen** etabliert, die zur Ressourcenschonung grundsätzlich in Form von Pooltests umgesetzt werden, und AG-Schnelltest nur dort zum Einsatz kommen, wo dies praktikabler ist.
8. Adaptierte Coronaimpfstoffe, die zunächst wieder nur limitiert ausgeliefert werden, stehen zunächst **prioritär nur der hausärztlichen Versorgungsebene** zur Verfügung. Das Verteilsystem ist entsprechend anzupassen.
9. **Die Versorgungsmöglichkeiten von COVID-19-Patient:innen, die in der Hausarztpraxis** z.B. aufgrund einer schweren Immunsuppression als Hochrisikopatient:innen für einen schweren Krankheitsverlauf identifiziert werden, müssen verbessert werden. Eine spezielle, zeitnah indizierte ambulante Therapie etwa mit monoklonalen Antikörpern, die in der Regel aus logistischen Gründen nur vereinzelt in Praxen durchführbar ist, muss in Deutschland flächendeckend wohnortnah und unkompliziert zugänglich sein. Wie der entsprechenden Liste des RKI der an der Versorgung mit monoklonalen Antikörpern teilnehmenden Krankenhäuser (letzter Stand 6.1.22) zu entnehmen ist, müssen diese Versorgungsstrukturen sichergestellt werden. (Im Übrigen orientiert sich die ambulante hausärztliche Behandlung an der S2e-Leitlinie der DEGAM – abrufbar unter: https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-054_S2e_SARS-CoV-2%20und%20COVID-19/V22/053-054I_S2e%20Coronavirus_V22_22-02-2022.pdf)
10. Die ärztliche Selbstverwaltung bestimmt und stellt zusammen mit den hausärztlichen Berufsverbänden dauerhaft die **Pandemie koordinierenden Ärzt:innen mit möglichst direktem Bezug zur hausärztlichen Versorgung auf Ebene der Gebietskörperschaften (Landkreis/Städte)**, deren Honorar und Kosten Bundesangelegenheit sind.
11. **Long-COVID- und Post-COVID-Behandlung ist im Kern eine ambulante (hausärztliche) Behandlung** und muss auch dort prioritär ermöglicht und ausgebaut werden.
12. Die **bundesweite Kommunikation** rund um die Pandemie und das Impfen werden unter Federführung des COSMO-Forschungsteams und vieler Beteiligten kritisch analysiert und umfassende Empfehlungen und Lehren für alle Unterbereiche der Pandemie erarbeitet. Ziel muss sein, dass künftige Herausforderungen wieder mit einer ähnlichen Qualität und Erfolgen versehen sind wie zum Beispiel die Kampagne „Gib Aids keine Chance“ zu Zeiten der HIV-Pandemie. Hierzu gehört auch eine aus Bundesmitteln finanzierte übergeordnete Struktur, analog zur BZgA zu Zeiten der HIV-Pandemie.
13. Insbesondere in Krisenzeiten bedarf es einer **abgestimmten und einheitlichen Kommunikationsstrategie**, um die Verunsicherung in der Bevölkerung zu minimieren und um hausärztliche Praxen handlungsfähig zu halten. Kommunikationsdesaster, wie kurzfristige Änderungen oder uneinheitliche Empfehlungen in den Bereichen Impfungen oder telefonische Krankschreibungen haben hausärztliche Praxen vor vermeidbare Herausforderungen gestellt und das Vertrauen in politische Entscheidungsträger:innen beeinträchtigt. Zukünftig bedarf es fester Strukturen (in BMG und Länderministerien) innerhalb derer Strategie- und Umsetzungsfragen mit Hausärzt:innen kurzfristig abgestimmt und im Anschluss einheitlich kommuniziert werden können.
14. **Impfregister mit zentralem Einladungswesen** etablieren: Ein großer Teil des administrativen und bürokratischen Aufwands in den Praxen bestand in dem letztlich unkoordinierten Einladungswesen. Dies ist für die Zukunft zentral, z.B. bei den Gesetzlichen Krankenkassen, zu etablieren.
15. **Wertschätzung und Respekt** haben sich in dieser Pandemie neben Pflegekräften und medizinischen Fachangestellten ganz viele Menschen von ganz jung bis ganz alt im privaten und beruflichen Umfeld verdient. Unsere Gesellschaft und unsere Regierung müssen dies hörbar und spürbar und explizit artikulieren und belohnen. In einer der letzten großen Krisen der Welt haben wir als Gesellschaft Banken gerettet, weil diese systemrelevant waren. In einer lebendigen Demokratie ist der einzelne Mensch der eigentliche Kern von Systemrelevanz. Lassen wir alle es ihn spüren.