

September 2023

Positionspapier der DEGAM: Lessons learned aus der Pandemie

Im Überblick – die 10 wichtigsten Positionen der DEGAM:

1. Systematisch aufbereitete multidisziplinäre Evidenz als Handlungsgrundlage verstehen – gerade in Krisenzeiten
2. Für eine systematische Erfassung des epidemiologischen Geschehens, der Impftätigkeit wie der Impf-Komplikationen sorgen
3. Krisen- und Katastrophenpläne gemeinsam mit Hausärztinnen und Hausärzten erarbeiten
4. Wissenstransfer in die Hausarztpraxis – und damit in die Bevölkerung – als eine der Kernaufgaben in der Krise betrachten: Leitlinienarbeit ausbauen und fördern
5. Hausarztpraxen als niedrigschwellige primäre Versorgungsstruktur für alle sozialen Schichten stärken
6. Einsatz für breitere Akzeptanz der Arbeit von unabhängigen wissenschaftlichen Institutionen zeigen
7. Digitalisierung und Dateninfrastruktur als krisenrelevant priorisieren
8. Bürokratische Regelungen gerade in Krisenzeiten auf ein Minimum reduzieren, dadurch Ressourcen schonen und Zeit für hausärztliche Kernaufgaben schaffen
9. (Krisen)-Resilienz der Gesellschaft dauerhaft stärken – Orientierung an internationalen Best-Practice-Modellen
10. Raum für Reflexion geben und Mut haben, Wertedebatten zu führen

Einleitung

Die COVID-19-Pandemie hat der Gesellschaft, der Gesundheitsversorgung und auch den einzelnen Menschen sehr viel abverlangt. Als wissenschaftlicher Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin ist es uns an einer sorgfältigen Analyse dieser Erfahrungen gelegen. Im vorliegenden Positionspapier tragen wir deshalb „Lessons learned“ zusammen. Ziel ist es, für künftige Krisen (nicht nur für Pandemien) besser gerüstet zu sein. Unser Positionspapier versteht sich als Beitrag zu einem unaufgeregten Fehlermanagement, zur Prozessoptimierung und zur Überbrückung des noch immer bestehenden Lagerdenkens in der Beurteilung der Pandemie. Es werden sowohl positive als auch negative Erfahrungen berücksichtigt – aus allen Erfahrungen lässt sich lernen.

Rückblickend lässt sich beobachten, dass die COVID-19-Pandemie auf ein Gesundheitssystem traf, das an vielen Stellen bereits an seine Kapazitätsgrenzen gebracht worden war. Personelle

und strukturelle Ressourcen waren bereits vorher am Limit.¹ Dass wir die Pandemie überhaupt bewältigt haben, ist nur dem Engagement von zahlreichen Menschen zu verdanken, die über zwei Jahre hinweg an ihre Grenzen und darüber hinausgegangen sind.² Nicht nur in Krankenhäusern, auch in Hausarztpraxen sind viele Teams mit ihren Medizinischen Fachangestellten über sich hinausgewachsen, um die Versorgung aufrechtzuerhalten.³

Licht und Schatten in der Pandemie

Während der Pandemie haben sich auf verschiedenen Ebenen problematische Entwicklungen gezeigt: Der bisherige Konsens, gesundheitspolitische Entscheidungen auf der Basis der Einschätzung von wissenschaftlichen Institutionen (STIKO, IQWiG etc.) zu fällen, wurde zunehmend vernachlässigt.⁴ Selten waren Wissenschaft und politische Handlungsbildung so eng miteinander verzahnt wie in der Corona-Pandemie – was grundsätzlich zu begrüßen ist. In der zurückliegenden Krise jedoch führte diese Verzahnung zu einer Politisierung wissenschaftlicher Diskussionen. So gerieten zahlreiche Einzelstudien ins Zentrum der Aufmerksamkeit, wobei wichtiger zu sein schien, wer sie zitierte, als was die Inhalte waren. Etwas zugespitzt: Evidenz wurde oft genug von der Eminenz dominiert.⁵

Nicht nur die DEGAM, auch andere medizinische Fachgesellschaften und Institutionen haben sich immer wieder dafür eingesetzt, die Orientierung an systematisch aufbereiteter Evidenz zu stärken. Ein gutes Beispiel dafür war die Covid-Leitlinie der DEGAM⁶, die als Living Guideline angelegt war und ständig gemäß neuer Evidenz aktualisiert wurde, um schnelle, konsistente und praxisnahe Informationen für Praxen sowie Patientinnen und Patienten bereitzustellen. Auch die interdisziplinär besetzte Task-Force der AWMF, die die vorhandene Evidenz zu Therapieoptionen aufbereitete und diskutierte, war hier beispielgebend.

Natürlich gab es nicht für alle Antworten auf relevante Fragestellungen solide Evidenzgrundlagen. Dennoch ist es eine positive Erfahrung, dass es unter Pandemie-Bedingungen und unter hohem Zeitdruck gelang, qualitativ hochwertige und evidenzbasierte Informationen für den niedrighwelligen Wissenstransfer in die hausärztliche Praxis zu entwickeln. Die öffentliche (auch gesundheitspolitische) Sichtbarkeit dieser Arbeit muss zukünftig gesteigert werden: Eine Leitlinie sollte zur allgemein akzeptierten Wissensgrundlage werden. Um gesundheitsrelevantes Wissen auch breit(er) in der Bevölkerung zu verankern und damit die Gesundheitskompetenz zu stärken, müssen komplexe Leitlinien-Inhalte laienverständlich für Patientinnen und Patienten angemessen aufbereitet werden und können über Hausarztpraxen verteilt werden.

Medial zeigte sich in der Pandemie eine negative Entwicklung. Die Tendenz, die Evidenzorientierung anderen Perspektiven unterzuordnen, wurde insbesondere von vielen Medien unterstützt, indem die Vermittlung komplexer Inhalte der Logik der Massenmedien unterworfen wurde, mit bekannten Risiken. In toto ergab sich ein Bild, das von Polarisierung geprägt war – statt einer ergebnisoffenen Debatte, die grundsätzlich für jede Art von wissenschaftlichem Diskurs hochgradig relevant ist. Lagerdenken, Ängste und Verunsicherung waren die gesellschaftliche Folgen. Die Krisenresilienz unserer Gesellschaft erwies sich als wenig stabil. Zudem zeigte sich, dass sich die soziale Ungleichheit in unserer Gesellschaft verstärkt hat: Sozial benachteiligte Gruppen wurden von den Folgen des Pandemie-Managements in Bezug auf Bildung, Chancengleichheit und psychische Gesundheit härter als

andere getroffen.^{7,8,9} Diese Auswirkungen werden wir als Gesellschaft noch lange spüren.

Lernen aus und in Krisenzeiten

Wir haben in der Pandemie vieles gelernt: Wir brauchen im Gesundheitswesen verlässliche Strukturen, mehr personelle Ressourcen und die systematische Aufbereitung von Evidenz. Gesellschaftlich gilt es, die Resilienz zu fördern. Dazu gehört auch das gesamtgesellschaftliche Bemühen um eine konstruktive Kommunikations- und Debattenkultur. In der Pandemie ist es nur bedingt gelungen, eine Verständigung über das Spannungsfeld von Werten wie Schutz von Risikogruppen auf der einen und Werten wie individueller Selbstbestimmung oder Autonomie des Einzelnen zu entwickeln. Zudem wurden die mittel- und langfristigen Folgen der Schutzmaßnahmen nicht immer ausreichend berücksichtigt. Dabei ist die Verabredung auf gemeinsame Werte für die Entwicklung von gesellschaftlicher Krisenresilienz hochgradig relevant.¹⁰ Eine solche Debatte braucht Mut und die Fähigkeit zur Reflexion.¹¹ Wir sind uns der Kraftanstrengung eines solchen Diskurses bewusst. Wir glauben jedoch, dass unsere Gesellschaft – jenseits medizinischer Krisen – hiervon profitieren kann.¹²

Um die Stärkung der Krisenresilienz geht es auch in der Hausarztpraxis, in der Krisen ungefiltert ankommen. Deshalb müssen wir frühzeitig Strategien zur Krisenprävention und -bewältigung in der Hausarztmedizin diskutieren. Hausarztpraxen schützen auch den stationären Sektor: In der Bewältigung der COVID-19-Pandemie haben die Hausarztpraxen – ohne große öffentliche Wahrnehmung – über 90 Prozent der COVID-Patientinnen und Patienten behandelt.

Gesundheitswesen krisenfest machen

- **Soziale Dimension**

Belastungen dürfen bei weiteren Krisen (Pandemien) nicht mehr derart sozial ungleich verteilt sein. Die hausärztliche Versorgung umfasst per se die Betreuung aller sozialen Gruppen. Damit ergibt sich die große Chance, auch sozial benachteiligte Gruppen gut zu erreichen. Dafür muss – gerade in Krisenzeiten – die Allgemeinmedizin im Gesundheitswesen gestärkt werden.

- **Evidenzbasierung und Forschung**

Es muss zukünftig Konsens sein, die Evidenzbasierung im Sinne medizinischer Leitlinien als Handlungsgrundlage auch und gerade in Krisenzeiten zu verstehen. Die Pandemie hat schmerzhaft verdeutlicht, dass wir eine bessere Datengrundlage benötigen, um eine hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Deutschland darf bei Pandemien nicht mehr ausschließlich auf Forschungsdaten aus anderen Ländern angewiesen sein.

Strukturen zur systematischen Generierung von belastbaren epidemiologischen Daten müssen aufgebaut, vorhandene Daten besser genutzt bzw. verfügbar gemacht werden. Denn bislang existiert keine systematische Erfassung des Infektionsgeschehens. Berechnungen von Inzidenzen schwankten massiv mit der Häufigkeit von Testungen, Impfungen wurden nicht automatisiert registriert, und auch die Meldung von Impfkomplicationen hing (zu) stark von der entsprechenden Meldebereitschaft ab.

Für eine bessere Datengrundlage lässt sich an einige bereits vorhandene Strukturen anknüpfen: Vorhandene Forschungsstrukturen, z.B. existierende Sentinelpraxen, sollten zügig für

Erweiterungen auf aktuell notwendige Forschungsfragen genutzt werden. Für das hausärztliche Setting entstanden in den letzten Jahren zudem wertvolle Forschungsinfrastrukturen, die ebenfalls genutzt werden können: Um die Forschung in der Hausarztpraxis zu fördern, unterstützt die DEGAM über ihre Stiftung seit einigen Jahren die Initiative Deutscher Forschungspraxennetze – DESAM-ForNet. Diese Arbeit muss ausgebaut und dauerhaft staatlich finanziert werden.

- **Digitalisierung**

Eng verknüpft mit dem Ausbau von Forschungsstrukturen ist natürlich auch die in Deutschland nur langsam voranschreitende Digitalisierung. In der Pandemie wurde deutlich: Wir brauchen eine verbesserte Datennutzung und -teilung sowie schnelle digitale Kommunikationswege. Der praktische Nutzen digitaler Lösungen muss im Vordergrund stehen. Dabei werden sich Datenschutz und Datennutz nur dann „versöhnen“ lassen, wenn das Vertrauen der Bevölkerung (und aller Akteure im Gesundheitswesen) in digitale Lösungen gestärkt wird. Hier gilt: Datensparsamkeit bei der Abfrage von Daten sowie empfindliche Strafen bei Missbrauch sind der sicherste Datenschutz. Strukturen zur Datenübermittlung sollten so angelegt sein, dass sie im Krisenfall sofort nutzbar sind. Hausarztpraxen sollten künftig digital an Gesundheitsämter angebunden sein. Grundsätzlich muss geklärt werden, wie Absprachen zwischen Behörden, ÖGD sowie ambulantem und stationärem Sektor in einer Pandemie ablaufen, um einen Flickenteppich von divergierenden und teils inkompatiblen Regelungen zu vermeiden.

Darüber hinaus muss die Gesundheitspolitik folgende Hausaufgaben endlich bearbeiten bzw. abschließen: Telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Infektprävention (hat sich bewährt und darf nicht wieder eingestellt werden), Weiterentwicklung der eAU (z.B. Speicherung der Bestätigung in der ePA), Weiterentwicklung des eRezeptes, Ausbau Videosprechstunde für bestimmte Beratungsanlässe.

- **Bürokratieabbau**

An der Mammutaufgabe „Bürokratieabbau“ arbeitet sich Deutschland schon seit Jahren mit wenig Erfolg ab. Die Pandemie hat jedoch gezeigt, dass es ohne schlankere Regelungen nicht gehen wird. Gerade in einer Krise braucht es Raum für kreative und pragmatische Lösungen – wie in den Hausarztpraxen während der Pandemie gut zu beobachten war. Bürokratische Regelungen müssen auf ein notwendiges Minimum reduziert werden, um die Arbeitslast in hausärztlichen Praxen gerade im Krisenfall nicht unnötig zu erhöhen.

- **Impfprogramme**

Auch bei der Strategie zur Umsetzung von Impfkampagnen müssen Hausärztinnen und Hausärzte als größte impfende Berufsgruppe in die Strategieplanung frühzeitig einbezogen werden. Zur weiteren Auswertung von Impfprogrammen müssen präventiv Strukturen zur automatischen Datensammlung angelegt werden. Die Tatsache, dass wir heute aus Routinedaten nicht nachvollziehen können, wer wie viele Impfungen bekommen hat, ist problematisch, wenn es darum geht, aus den Impfprogrammen zu lernen. Bisher können positive und negative Folgen der Impfinderventionen nicht mit deutschen Daten belegt werden.

- **Klimaschutz und Nachhaltigkeit**

Zukünftig muss es auch verstärkt darum gehen, Klimaneutralität in Pandemie-Krisenpläne zu integrieren. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die hygienische Notwendigkeit des Einsatzes von Einwegprodukten auch im Gesundheitswesen kritisch zu prüfen. Die Covid-19 Pandemie hat auch verschiedene Probleme bei der Abhängigkeit von Einwegprodukten sowie Medikamenten und Medizinprodukten aus dem Ausland vor Augen geführt.¹³ Mehrwegprodukte können die Abhängigkeit von kurzfristigen Lieferengpässen verringern, sind überwiegend ressourcenschonender und reduzieren in der Regel Treibhausgasemissionen.¹⁴ Neben den Medizinprodukten müssen auch bei Medikamenten Wege zu einer sicheren und möglichst klimaneutralen Produktion gefördert werden.¹⁵

Primärversorgung stärken

Voraussetzung dafür, dass die hausärztliche Versorgung auch in Krisenzeiten gesichert ist, ist eine ausreichende Finanzierung für diesen Sektor und ein stärker primärärztlich ausgerichtetes System, so dass die Hausarztpraxis wieder attraktiver für den medizinischen Nachwuchs wird. Andernfalls wird es nicht möglich sein, den zentralen Beitrag der Hausarztmedizin in der Bewältigung künftiger Pandemie weiterhin zu leisten.

Damit Praxen niedrigschwellig für alle erreichbar sind und bleiben; dass vulnerable Gruppen behandelt werden können; dass außerdem Zeit für Fortbildung und Qualitätsmanagement bleibt, ist eine Fehlallokation von Ressourcen zu vermeiden. In der Krise hat sich zudem die Schwerpunktsetzung der hausärztlichen Versorgung verändert: Im hausärztlichen Aufgabenspektrum gibt es Tätigkeiten, die nicht zwingend ärztlicher Natur sind (zum Beispiel Disease Management Programme, Vorsorgeuntersuchungen, allgemeine Impfungen, Reha- und Kuranträge) und die substituiert werden können. In der Krise mussten sich die Hausärztinnen und Hausärzte auf ihre Kernaufgaben konzentrieren. Auch aus dieser Erfahrung können wir lernen.

Die Trennung von Infekt- und anderen Patientinnen und Patienten hat sich – je nach individueller Praxissituation – in der Pandemie als sehr sinnvoll erwiesen. Strukturelle Maßnahmen, die diesen Ansatz stärken, sollten gefördert werden.

Belastungen vermeiden

Die Pandemie hat einerseits gezeigt, wie pragmatisch und flexibel Hausärztinnen und Hausärzte mit Extremsituationen umgehen können und was die hausärztliche Versorgung (als Schutzwall für den stationären Sektor) zu leisten vermag.

Andererseits wurde deutlich, wie empfindlich die Hausarztpraxen für staatliche Steuerung sind und welche zusätzliche unnötige Belastung durch Missmanagement (Planung, Logistik, Kommunikation, Bürokratie etc.) entstehen kann. Gerade die wechselnden bzw. inkohärenten bürokratischen Vorgaben haben viel (unnötige) Kraft gekostet. Nicht nur deshalb muss die hausärztliche Expertise von Anfang an in entsprechende Krisengremien eingebunden sein, um praktikable und zielgerichtete Pandemie-Maßnahmen für die Primärversorgung zu gewährleisten. Deshalb sollten schon jetzt unter hausärztlicher Beteiligung Katastrophenpläne für die medizinische Versorgung für den nächsten Krisenfall erstellt und auch elementare

Schutzmaterialien fest eingeplant werden.

Für die Praxen selbst gilt: Krisenprävention sollte als Teil des eigenen Qualitätsmanagements verstanden werden – mit Raum für flexible Anpassungen und kreative Lösungen. Gute Kommunikation stärkt die Resilienz des gesamten Praxisteam. Das kann sogar dazu führen, dass bestimmte Krisen-Situationen weniger krisenhaft wahrgenommen werden.¹⁶

Fazit

Neben den bekannten Herausforderungen Digitalisierung, Datengenerierung bzw. -verfügbarkeit, Ökologie und Bürokratieabbau geht es der DEGAM auch darum, auf die gesellschaftlich relevanten Folgen von Gesundheitskrisen aufmerksam zu machen und Lösungsstrategien aufzuzeigen. Die große Aufgabe für die nächsten Jahre wird sein, zu einer resiliente(re)n Gesellschaft zu werden.¹⁷ Dazu gehört auch, bereits jetzt darüber nachzudenken, wie sozial benachteiligte Gruppen, aber auch Kinder und Jugendliche, alte Menschen oder andere vulnerable Gruppen in künftigen Pandemien oder Krisen besser versorgt und geschützt werden können. Um den gesellschaftlichen Zusammenhalt auch in Krisen zu sichern, müssen präventive Maßnahmen zur Krisenbewältigung sorgfältig auf Nutzen und Schadenspotenziale unter Beachtung der Lebenswirklichkeiten verschiedener sozialer Gruppen abgewogen werden. Denn schon jetzt ist absehbar, dass es weitere Krisen geben wird, die sich auf das Gesundheitswesen auswirken – nicht nur Pandemien, auch problematische (globale) Entwicklungen wie die Klimakrise.

September 2023

Kontakt:

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Schumannstraße 9, 10117 Berlin
Tel.: 030-20 966 9800
geschaeftsstelle@degam.de

¹ Kuehle T, Blumenthal S. (2021). Babyboom, Pillenknick und unser großes Problem: der demographische Wandel. Das Gesundheitswesen. 83. 962-964.

² Blumenthal S, Donner-Banzhoff N, Popert U. et al. (2021) Zwischen Heilkunst und Kommerz: Welche Ökonomie trägt „gute“ Medizin? Z Allg Med 97, 66-71.

³ Döpfmer S. et al. (2023). Die hausärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie: eine Fragebogenerhebung unter Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten zu ihrer Perspektive auf Veränderungen, Bedarfe und Belastungen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 78. 64-74.

⁴ Schrappe M. et al. (2023): Die Bedeutung fachlich-wissenschaftlicher Grundprinzipien und die Folgen ihrer Missachtung, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (3/23), S. 72–86.

⁵ White Paper EbM-Netzwerk (2022): Bessere Forschung für bessere Entscheidungen zur öffentlichen Gesundheit – auch oder gerade unter Pandemiebedingungen! <https://tinyurl.com/2crb634e>

⁶ DEGAM-Leitlinie SARS-CoV-2 / Covid-19 Informationen und Praxishilfen für niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte (Version 23): <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379>

-
- ⁷ Wachtler B, Hoebel J. (2020). Soziale Ungleichheit und COVID-19: Sozialepidemiologische Perspektiven auf die Pandemie. *Gesundheitswesen* 2020; 82(08/09): 670-675
- ⁸ Ravens-Sieberer U et al. (2021) Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSYS-Studie. *Bundesgesundheitsbl* 64, 1512–1521 (2021).
- ⁹ McGowan V, Bamba C. (2022) COVID-19 mortality and deprivation: pandemic, syndemic, and endemic health inequalities. *The Lancet*. Volume 7, Issue 11, e966-e975
- ¹⁰ Hanefeld J, Mayhew S, Legido-Quigley H, Martineau F, Karanikolos M, Blanchet K, et al. (2018) Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health Policy Plan*. 33(3):355–67.
- ¹¹ DEGAM Strategiepapier (2020): Langzeitmanagement der COVID-19-Pandemie aus allgemeinmedizinischer Sicht: <https://tinyurl.com/3baedu5h>
- ¹² Reckwitz A. *Das Ende der Illusionen*. 2019, Suhrkamp Verlag, Berlin.
- ¹³ Grumiller J., Grohs H, Reiner C. (2021): Increasing the resilience and security of supply of production post-COVID-19 – The case of medical and pharmaceutical products. *Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft* 216. Wien
- ¹⁴ Drew J, Christie SD, Rainham D, Rizan C. (2022) Healthcare LCA: an open-access living database of health-care environmental impact assessments. *The Lancet Planetary Health*. 1;6(12):e1000-12.
- ¹⁵ Baltruks D, Sowa M, Voss M (2023). *Nachhaltigkeit im Arzneimittelwesen stärken*. Policy Brief 01-2023. Berlin: Centre for Planetary Health Policy.
- ¹⁶ Hashikawa M, Gold KJ. (2018) Disaster preparedness in primary care: ready or not? *Disaster Med Public Health Prep*. 12(5):644–8.
- ¹⁷ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: *Resilienz im Gesundheitswesen* (2023). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.