



Erläuterungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer

Die folgenden Empfehlungen wurden durch die gemeinsame Pandemiearbeitsgruppe KBV/KVen in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer erarbeitet.

Die Empfehlungen sind unter Umständen mit erheblichem finanziellen Mehraufwand für Praxen und KVen verbunden. Leider gibt es bisher weder auf Landes- noch auf Bundesebene Zusagen der Krankenkassen, diesen Mehraufwand zu finanzieren. Der KBV-Vorstand hat mit Beschluss vom 20.11.2006 den Empfehlungen nur unter der Voraussetzung zugestimmt, dass auch die Sachkosten für die epidemiebezogene Bevorratung der Praxen mit Einmalartikeln etc. durch die Kostenträger finanziert werden und auf regionaler Ebene zur Entlastung der einzelnen Praxen möglichst eine zentrale Bevorratung und Lagerung vorgesehen wird. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung am 19.01.2007 dieser Empfehlung zugestimmt.

Die Empfehlungen sind an die KVen und Ärztekammern auf Landesebene gerichtet und beziehen sich auf den Eventualfall einer Influenza-Pandemie. Sie sollen als Muster für eine möglichst bundeseinheitliche Information und Organisation dienen, die - ggf. nach Anpassung an Besonderheiten der regionalen Pandemieplanung und der regionalen ambulanten Versorgung - von den KVen und/oder Landesärztekammern als Internetinformation bereitgestellt oder auch zur regionalen Verteilung gedruckt werden können.

Achtung: Die eingefärbten Absätze sind vor Herausgabe des Merkblattes durch die KV/die LÄK zu aktualisieren und ggf. auch an die dann vorliegende pandemische Situation anzupassen.

Empfehlung der Pandemiearbeitsgruppen Kassenärztliche Bundesvereinigung/Kassenärztliche Vereinigungen und Bundesärztekammer/Landesärztekammern:

„Empfehlungen für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesärztekammern zur organisatorischen Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen und privatärztlichen Behandlung im Pandemiefall“

Ausgangslage

Der Pandemiefall ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Patienten mit ansteckender Krankheit mit eventuellen schwerwiegenden Komplikationen. Diese Empfehlungen beziehen sich vorrangig zunächst auf die Arztgruppen, die erfahrungsgemäß die Hauptlast der ambulanten hausärztlichen Versorgung tragen.

Eintritt des Pandemiefalles

Der Pandemiefall wird von der zuständigen öffentlichen Behörde nach Maßgabe der landesbezogenen Pandemiepläne bzw. entsprechender gesetzlicher Regelungen ausgerufen.

Ziele

- Sicherung der Funktionsfähigkeit der ambulanten Versorgung, Schutz des medizinischen Personals
- Erkennung und Versorgung der akut Erkrankten
- Vermeidung der weiteren Ausbreitung der Erkrankung
- Überbrückung der ersten Erkrankungswelle im Pandemiefall bis zur Verfügbarkeit einer Impfung

Grundsätze

- strikte Trennung
 - nicht infizierter **Regel-Patienten** (z. B. Hypertonie) von
 - **Fieber-Patienten** (Verdacht auf Virusgrippe)
- Möglichst weitgehende ambulante Versorgung der Fieber-Patienten, stationäre Einweisung nur bei zwingender Indikation

Organisatorische Aspekte der ambulanten Versorgung

Sicherung der Funktionsfähigkeit der ambulanten Versorgung

Die KVen sollten den Ärzten in den Praxen dezidierte Verhaltensregeln an die Hand geben, um eine Ansteckung der Ärzte und des medizinischen Personals zu verhindern und die notwendige Vorbereitung der Praxen in organisatorischer Hinsicht zu gewährleisten (siehe separates Merkblatt „Vorbereitung der Praxen auf den Pandemiefall“).

Vor dem Hintergrund dieser organisatorischen Anpassungen, der arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen und entsprechenden Empfehlungen, z. B. zur medikamentösen Prophylaxe/Therapie im Pandemiefall ist zu prüfen, inwieweit durch die jeweilige KV, ggf. in Zusammenarbeit mit den regional zuständigen Behörden eine möglichst zentrale Beschaffung und Bereitstellung der notwendigen Schutzmittel (z. B. Schutzkleidung, Atemmasken, aber auch antivirale Medikamente) für die betroffenen Praxen organisiert werden kann.

Sprechstunden

- Bei Eintritt des Pandemiefalles soll eine zeitlich getrennte **Pandemiesprechstunde, vorzugsweise nachmittags**, eingerichtet werden.
- Alle fieberhaft erkrankten Patienten sollen in diese Pandemie-Sprechstunde umgeleitet werden (Öffentliche Bekanntgabe über die Medien).
- Eine Anmeldepflicht für Patienten und ein kontrollierter Einlass in die Praxis in die unterschiedlichen Sprechstunden sollte aus organisatorischen Gründen unbedingt erwogen werden.
- Hausbesuche bei Influenza-Erkrankten haben den Vorteil, die Ansteckung gesunder Menschen einzuschränken, sind jedoch in der Pandemiesituation nur begrenzt leistbar.

Bereitschaftsdienst (Notfalldienst)

Im Pandemiefall muss zur Trennung von **Regel-Patienten** und **Fieber-Patienten** die Kapazität des Bereitschaftsdienstes erhöht werden. Die Trennung der Patienten kann je nach lokaler Organisation des Bereitschaftsdienstes z. B. mit Hilfe folgender Maßnahmen erfolgen:

Bereitschaftspraxen mit zwei Behandlungsräumen:

Getrennte Behandlung von Fieber-Patienten und Regel-Patienten in gesonderten Räumen unter Einsatz von zwei Ärzten

Bereitschaftspraxen mit einem Behandlungsraum:

Trennung der Behandlung in z. B. Fieber-Patienten in der Bereitschaftspraxis, Regel-Patienten in der Praxis eines niedergelassenen Arztes

Kollegialer Bereitschaftsdienst:

Grundsätzlicher Einsatz von zwei Ärzten mit Trennung der Behandlung in Fieber-Patienten und Regel-Patienten in jeweils einer Praxis.

Die entsprechenden Regelungen sind aktuell in den Medien zu verbreiten.

Zusätzliche Versorgungskapazitäten und -strukturen

Ärztekammern und KVen sollten in Absprache einen „Ärztepool“ zur Erhöhung der ambulanten ärztlichen Versorgungskapazitäten bilden. Hier kann es sich z. B. um Ärzte im Ruhestand handeln. Eine versicherungstechnische Absicherung für diese Ärzte muss vorgesehen werden.

Sofern von den regionalen Pandemieplänen Fieberambulanzen an Krankenhäusern oder anderen Orten vorgesehen sind, sind diese dazu geeignet, die niedergelassenen Ärzte zu entlasten.

Vorschlag zur stufenweisen Anpassung der ambulanten Versorgung

Je nach zunehmender Anzahl von erkrankten Personen mit akuten fieberhaften respiratorischen Erkrankungen wird eine situative Anpassung der ambulanten Versorgung mit Einsatz von nicht-hausärztlichen Arztgruppen für die Versorgung der Influenza-Erkrankten (z. B. erweiterter Bereitschaftsdienst oder Hausbesuchstätigkeit) erforderlich.

Zur zeitnahen Umsetzung des folgenden (beispielhaften) Stufenmodells wird empfohlen, ein zusätzliches, vereinfachtes regionales Meldesystem zu organisieren (Summenstatistik der akut fieberhaft respiratorisch Erkrankten)

Unabhängig davon sind die ambulant tätigen Ärzte auf die gesetzliche Meldepflicht gemäß Infektionsschutzgesetz hinzuweisen.

Stufe 1 bei ca. 10% akut fieberhaft respiratorisch Erkrankter in Bezug auf die Gesamtbevölkerung

Pandemiesprechstunde, vorzugsweise nachmittags, bei Hausärzten
Umstellung des Bereitschaftsdienstes
Einrichtung von Fieberambulanzen

Stufe 2 bei 20% erkrankten Personen

Pandemiesprechstunde, vorzugsweise nachmittags, bei Hausärzten
Öffnung der Fieberambulanzen zu allen sprechstundenfreien Zeiten
Zusätzlicher Einsatz nicht-hausärztlicher Arztgruppen für die Versorgung Influenza-Erkrankter (siehe oben) , ggf. Einsatz des Ärztepools

Stufe 3 bei mehr als 30% erkrankten Personen

Pandemiesprechstunde für alle eingesetzten Ärzte
Einsatz aller Arztgruppen
Einsatz des Ärztepools

Öffnung der Fieberambulanzen zu allen Zeiten
Zusätzliche Strukturen im Sinne von Fieberambulanzen, wie z. B. in Vereins-
heimen, Ämtern und kirchlichen Gemeindehäusern.

Logo der KV/LÄK

Ggf. Hotline (z. B. KV, LÄK, öffentlicher Gesundheitsdienst, Ministerium)