



Anforderungen an die **Organisation der ambulanten hausärztlichen Versorgung während der COVID-19-Pandemie**

Einleitung

Zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie ist eine optimierte phasengerechte medizinische Versorgung erforderlich. Etwa 85 % der an COVID-19 erkrankten Patienten werden derzeit in Deutschland ambulant versorgt – die hausärztlichen bilden gemeinsam mit den gebietsärztlichen und psychotherapeutischen ambulanten Versorgungsstrukturen im Rahmen der COVID-19-Pandemie einen Schutzwall für Krankenhäuser¹ und sind damit entscheidend für die Kontrolle der Infektion bis zur anvisierten Immunisierung eines Großteils der Bevölkerung durch Impfungen oder durchgemachten Infektion. In Zukunft müssen insbesondere die Vernetzung lokaler Versorgungsstrukturen, systematische Tests, advance-care-planning und der Schutz für Hochrisikopatienten weiter verstärkt werden, damit eine Überlastung des Gesundheitswesens vermieden werden kann².

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der aktiv medizinisch zu betreuenden COVID-19-Patienten bei erfolgreicher Kontrolle des Pandemieverlaufs vergleichsweise klein ist (rd. 50.000, Stand 21.04.2020) verglichen mit der hausärztlichen Regelversorgung, in der ansonsten rd. 1,8 Mio. Patienten täglich behandelt werden. Es darf nicht dazu kommen, dass die Versorgung der weitaus größeren Anzahl, insbesondere chronisch kranker Patienten, durch COVID-19 beeinträchtigt wird (etwa rd. 19 Mio. Patienten mit Hypertonie³, über 7 Mio. Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2⁴, rd. 2,5 Mio. Patienten mit Herzinsuffizienz⁵, 2,1 Mio. Patienten mit COPD⁶, die Anzahl der GKV-Versicherten über 60 Jahre mit mindestens drei dieser Krankheiten beträgt rd. 1,7 Mio.⁷).

¹ Korzilius, H. Ambulante Versorgung: Schutzwall für Krankenhäuser. Dtsch Arztebl 2020; 117(15): A-754 / B-642

² Deutscher Ethikrat. Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise – Ad-hoc-Empfehlung. Berlin, 27.03.2020. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>

³ Vgl. Holstiege J et al. Diagnoseprävalenz der Hypertonie in der vertragsärztlichen Versorgung – aktuelle deutschlandweite Kennzahlen. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/01. Berlin 2020. DOI: 10.20364/VA-20.01.

⁴ Goffrier B et al. Administrative Prävalenzen und Inzidenzen des Diabetes mellitus von 2009 bis 2015. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/03. Berlin 2017. DOI: 10.20364/VA-17.03

⁵ Holstiege J, Prävalenz der Herzinsuffizienz – bundesweite Trends, regionale Variationen und häufige Komorbiditäten. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/09. Berlin 2018. DOI: 10.20364/VA-18.09

⁶ Akmatov MK et al. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) in der ambulanten Versorgung in Deutschland – Zeitliche Trends und kleinräumige Unterschiede. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/06. Berlin 2019, DOI: 10.20364/VA-19.06

⁷ Berechnung des Zi, Veröffentlichung geplant

Deshalb muss die ambulante medizinische Versorgung der COVID-19-Patienten in geeigneter Weise Teil der ambulanten hausärztlichen Regelversorgung werden. Die Sorge vor Überlastung des Gesundheitswesens durch COVID-19-Patienten darf nicht zu Unterversorgung aller übrigen Patienten führen. Vielmehr sollten die Maßnahmen zur Organisation der Versorgung von COVID-19-Patienten auch geeignet sein, wieder die allgemeine medizinische Versorgung im gewohnten Umfang zu gewährleisten. Neben der Behandlung akuter Beschwerden umfasst dies in der hausärztlichen Versorgung insbesondere auch die umfangreichen Maßnahmen zur Vorsorge und der primären und sekundären Prävention von Krankheiten. Dafür ist ein regelmäßiger Kontakt zwischen Patient und Hausarzt erforderlich.

Ausgangslage

1. Es zeigt sich, dass die Gesundheitssysteme bereits bei einem sehr geringen Durchseuchungsgrad an ihre Leistungsgrenzen geraten. Die resultierenden Berichte und Bilder führen weltweit zu massiven politischen Reaktionen. Die Folgen sind
 - (1) eine gesellschaftspolitische Dynamik einschneidender Eingriffe in Freiheitsrechte mit dem Ziel, die Verbreitungsgeschwindigkeit der Infektion stark zu reduzieren.
 - (2) eine starke und u. U. nachhaltige Eintrübung der Wirtschaftstätigkeit, die mittelfristig auch die finanziellen Grundlagen der sozialen Sicherung und der Krankenversicherung beeinträchtigen kann.
2. Im Rahmen sofort zu ergreifender Schutzmaßnahmen war die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Ausnahmezustand und die entsprechend veranlassten Notfallmaßnahmen zielführend. Zur Senkung der Verbreitungsgeschwindigkeit durch Kontaktverbote scheinen sie Wirkung zu zeigen und die Durchseuchung der Bevölkerung wirksam zu verzögern. Sie können aber weder bis zu dem Zeitpunkt aufrechterhalten bleiben, bis zu dem eine Durchimpfung der Bevölkerung oder zumindest der Hochrisikogruppen erreicht worden ist, noch können sie in vergleichbarer Weise wiederholt implementiert werden, falls – wie zu erwarten – die Infektionsrate nach einer (teilweisen) Aufhebung der Kontaktbeschränkungen wieder ansteigen sollte. Eine Öffnung der allgemeinen Kontakteinschränkungen erfordert daher ein alternatives Vorgehen in der Zukunft und einen kompensatorisch verstärkten Schutz der Hauptrisikogruppen. Im Rahmen der längerfristigen Ausrichtung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung wird ein weitergeführter Dirigismus von politischer Seite ebenso abgelehnt wie Parallelstrukturen, in denen Gesundheitsämter Aufgaben der hausärztlichen Versorgung übernehmen. Die Arzt-Patient-Beziehung und Persönlichkeitsrechte müssen weiterhin gewahrt bleiben.
3. Übertreffende Ziele für ein solches, alternatives Vorgehen müssen sein, erstens, weiterhin die absolute Anzahl schwer und ggf. tödlich verlaufender COVID-19-Infektionen in einem Rahmen zu halten, der mit verfügbaren Kapazitäten der medizinischen Versorgung bewältigt werden kann, und zweitens, die ambulante medizinische Versorgung unter notwendigen Vorsichtsmaßnahmen im gewohnten Umfang sicher zu stellen.

Investition in ein Testprogramm

4. Sollen die Kontaktbeschränkungen gelockert werden, müssen neu entstehende Infektionscluster schnell gefunden und isoliert werden, um das Pandemiegesehen zu kontrollieren und vulnerable Personengruppen schützen zu können.⁸ Dies wird durch den hohen Anteil asymptomatischer und präsymptomatischer Infektionen erschwert.
5. Dazu muss in eine systematische Testung der Bevölkerung (keine Massentestungen, es gelten die Kriterien von RKI und DEGAM-Leitlinie) und der Gesundheitsberufe mit nach dem jeweiligen Stand der Evidenz geeigneten Tests investiert werden. Für die schnellstmögliche Erkennung akuter Infektionen steht derzeit nur der Erregernachweis mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) zur Verfügung. Antikörpertests sind weder geeignet, einen akuten Infekt nachzuweisen, noch stehen bei dem derzeit geringen Durchseuchungsgrad der Bevölkerung ausreichend sensitive und spezifische Antikörpertests zur Verfügung.⁹
6. Es sind prioritär ausreichende und zeitnahe Testungen symptomatischer Personen sowie des medizinischen Personals bzw. des Pflegepersonals sicherzustellen. Bei positiv getesteten Personen müssen auch die Kontaktpersonen einbezogen werden. Die Anzahl der unter Risiko stehenden Kontakte dürfte bei einer anzunehmenden Reproduktionszahl von 2 bei 20 Kontaktpersonen liegen und umfasst auch Personen, die den Infizierten nicht persönlich bekannt sind.
7. Eine Reproduktionszahl von 2 dürfte bei einer Lockerung der Kontaktbeschränkungen schnell wieder erreicht sein.¹⁰ Wichtig ist, dass die Zahl der Neuinfektionen insgesamt klein bleibt. Aktuelle Daten zum Epidemieverlauf in Deutschland zeigen, dass die ursprünglich zwischen 3 und 4 liegende Reproduktionszahl für die meisten Altersgruppen mit Ausnahme der über 80-Jährigen auf einen Wert von 0,9 (Stand 20.04.2020)¹¹ gesunken ist. Nur für die über 80-Jährigen ist ein abweichender Verlauf festzustellen.¹² Deren Reproduktionszahl war zu Beginn der Epidemie niedriger als für Jüngere, sie nimmt aber auch nicht so stark ab und verharrt auf einem Wert nahe 2. Auch beim Testen sollte daher ein Fokus auf ältere vulnerable Bevölkerungsgruppen und mögliche nosokomiale Infektionen dieser Gruppe liegen.
8. Um die im Einzelfall unter Risiko stehenden Kontakte zutreffend und schnell ermitteln zu können, kann die freiwillige Verwendung einer Tracing-App sinnvoll sein, wenn sich eine ausreichende Zahl von Personen zuverlässig beteiligt. Sämtliche Kontaktpersonen können damit ggf. identifiziert und ebenfalls mindestens einmal getestet werden, um über deren Quarantäne zu entscheiden. Zur Erfassung der Kontaktpersonen wird technische Unterstützung, etwa durch eine Tracing-App, erforderlich sein. Zudem sollten sämtliche in der medizinischen und pflegerischen Versorgung berufstätigen Personen einmal wöchentlich getestet werden. Hierbei ist ein Pooling

⁸ Schrappe M et al. Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – Datenbasis verbessern Prävention gezielt weiterentwickeln Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen, 05.04.2020.

⁹ Cypionka, T., Röhring, G., & Reiss, M. (2020). Testen! Testen! Testen! Aber wie? Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS); Wien, März 2020.

¹⁰ Vgl. L. Ferretti et al., Science 10.1126/science.abb6936 (2020)

¹¹ RKI Lagebericht vom 20.04.2020

¹² Berechnung des Zi auf Basis der Daten des RKI, vgl. Grafik des Monats

möglich¹³, eine Sensitivität des PCR-Tests wurde in Gruppen bis 32 Tests nachgewiesen¹⁴ und auch in Deutschland schon mit guten Ergebnissen eingesetzt¹⁵ und kann die Anzahl notwendiger Tests in kleineren Gruppen deutlich reduzieren.¹⁶

9. Um das Pandemiegeschehen bei gelockerten Auflagen kontrollieren zu können, müssen anhaltend ausreichend Testkapazitäten zur Verfügung stehen. Durch geeignetes Pooling könnte eine systematische Teststrategie verfolgt werden. Dennoch müssten die täglichen Testkapazitäten deutlich erweitert werden. Je nach Ausgestaltung des Testprogramms und des Pandemieverlaufs sind nach Berechnungen des Zi rd. 500.000 Tests pro Tag erforderlich, um die Beschäftigten im Gesundheitswesen und die Infizierten und deren Kontaktpersonen in der Bevölkerung sowie die Bewohner von Pflegeheimen regelhaft zu testen.¹⁷ Durch geeignetes Pooling könnte damit eine noch größere Anzahl von Personen erfasst werden.
10. Der Anteil schwerer Verläufe und Todesfälle unter allen Verläufen weist international eine hohe Schwankungsbreite auf¹⁸, was auf unterschiedliche Testverfahren und -intensität, den Zugang zum Gesundheitswesen sowie die Versorgungsqualität, die Erfassung der Fälle und die Erfassung der Todesfälle sowie insbesondere die Erkrankungsrate der Risikopersonen zurück zu führen ist. Deutschland fällt dabei durch eine besonders niedrige Rate an Verstorbenen auf; die im internationalen Vergleich großzügig bemessenen stationären Versorgungskapazitäten¹⁹, insbesondere Betten auf Intensivstationen und Beatmungsplätze, wurden bisher nur zu rd. 10 % ausgeschöpft²⁰. Angesichts der im internationalen Vergleich sehr hohen Testhäufigkeiten bei einer niedrigen Rate positiver Ergebnisse ist von einer im internationalen Vergleich eher geringen Dunkelziffer auszugehen. Das oben beschriebene Vorgehen muss demnach als sinnvolle Fortsetzung des bisher in Deutschland beschriebenen Weges angesehen werden.
11. Anhand der beschriebenen Teststrategie kann auch ein System der Rückfallsicherung aufgebaut werden. Anhand der inzidenten und prävalenten Infektionen kann ein Frühwarnsystem aufgebaut werden, das zeigt, innerhalb welchen Zeitraums in der Zukunft bei einer Projektion des gegebenen Epidemieverlaufs die Versorgungskapazitäten der Praxen und Krankenhäuser erschöpft sind, um rechtzeitig durch ggf. wieder stärker kontakteinschränkende Maßnahmen gegensteuern zu können.

¹³ Vgl. Hogan C et al. Sample Pooling as a Strategy to Detect Community Transmission of SARS-CoV-2. Research Letter. Published online April 6, 2020. doi:10.1001/jama.2020.5445

¹⁴ Yelin I et al Evaluation of COVID-19 RT-qPCR test in multi-sample pools. Posted March 27,2020 <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.26.20039438v1.full.pdf>

¹⁵ Eis-Huebinger AM et al. Ad hoc laboratory-based surveillance of SARS-CoV-2 by real-time RT-PCR using minipools of RNA prepared from routine respiratory samples. Posted on medrxiv.org March 31, 2020 doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20043513>

¹⁶ Shani-Narkiss H et al. Efficient and Practical Sample Pooling for High-Throughput PCR Diagnosis of COVID-19. Posted on medrxiv.org April 14, 2020 doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.06.20052159>

¹⁷ Vgl. Überschlagsrechnung in der Anlage

¹⁸ <https://coronavirus.jhu.edu/>

¹⁹ Deutschland verfügte laut OECD 2017 über 33,9 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner und damit über mehr als dreimal so viele der OECD-Durchschnitt. (Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD, Fassung vom 16.04., abrufbar unter https://oecd.dam-broadcast.com/pm_7379_119_119689-ud5comtf84.pdf, Abruf am 21.04.2020)

²⁰ Gemäß DIVI-Intensivregister sind mit Stand vom 21.04.2020, 9 Uhr von 30.272 gemeldeten Intensivbetten 2.811 (9,3 %) mit COVID-19 Patienten belegt. 12.328 (40,7 %) der Betten sind nicht belegt (<https://www.intensivregister.de/#/intensivregister>, Abruf am 21.04.2020)

Gliederung der medizinischen Versorgung

12. Entscheidend dürfte ein Fokus auf besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen sein. Ältere und an bestimmten Grunderkrankungen leidende Personen sind einem besonderen Risiko ausgesetzt, schwere und ggf. tödliche Verläufe zu erfahren^{21 22 23}. Diese Personen sind wegen ihrer Lebensumstände (z. B. Pflegebedürftigkeit) oder ihrer Grunderkrankungen besonders dem Risiko nosokomialer Infektionen bzw. einer Übertragung durch Gesundheitsberufe aber auch andere pflegende Personen ausgesetzt.²⁴ Sie sind die häufigsten und intensivsten Nutzer des Gesundheitssystems, während andere Infektionsquellen weniger ins Gewicht fallen dürften. Der Anteil der im Gesundheitswesen Tätigen an allen COVID-19-Erkrankten beträgt nach Angaben des RKI rund 9 % (Stand 20.04.2020).²⁵
13. Unter Berücksichtigung der besonderen medizinischen Versorgungsbedarfe dieser Personengruppe ist zu bedenken, dass das Gesamtbild der Patientenversorgung nicht aus den Augen verloren werden darf (Gefahr des „Corona-Tunnels“) und Vorerkrankungen sowie häufige Multimorbidität und die psychosoziale Situation unbedingt mit einbezogen werden müssen. Die Fokussierung auf möglicherweise COVID-19-assoziierte Beschwerden birgt die Gefahr von Unter- und Fehlversorgung beim Management anderer Erkrankungen. Wichtig sind hier die Strategie der Protektion und die Beachtung der Patientenautonomie²⁶. Hausärztinnen und Hausärzte haben ein häufig seit Jahren eng entwickeltes Vertrauensverhältnis zu ihren Patientinnen und Patienten, das es zu schützen gilt. Dabei sind in der Gestaltung der Versorgungsabläufe folgende, auf COVID-19 bezogene Konstellationen zu beachten:
- (1) die Versorgung von Patienten ohne Verdacht auf COVID-19-Infektion,
 - (2) die Versorgung von Patienten mit Verdacht auf eine COVID-Infektion oder in Quarantäne als Kontaktperson,
 - (3) die Versorgung von Patienten mit bestätigter COVID-19-Infektion.
- (Bei 1-3 sind Patienten mit hohem Risiko für schwere Erkrankungsverläufe besonders zu berücksichtigen.)
14. Als besondere Herausforderung ist die weltweite Knappheit an Schutzausrüstung zu berücksichtigen, die aufgrund des Pandemieverlaufs voraussichtlich noch länger anhalten wird.

²¹Wang D et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *Jama*. 2020.

²²Livingston E, Bucher K (2020) Coronavirus disease 2019(COVID-19) in Italy. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4344>.

²³Yang X et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020.

²⁴Arons MM, Hatfield KM et al (2020) Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility *NEJM*, 24 April 2020 DOI: 10.1056/NEJMoa2008457

²⁵Gemäß Lagebericht des RKI vom 20.04.2020 ist für 7.413 bestätigte COVID-19 Fälle bekannt, dass sie in medizinischen Einrichtungen arbeiten. Bezogen auf die Gesamtzahl der bestätigten Fälle sind es 5,2 % der Fälle. Das RKI weist darauf hin, dass diese Angabe für 41 % der gemeldeten Fälle nicht vorliegt. Bezogen auf die Fälle mit vollständigen Informationen ergibt sich ein Anteil von 8,9 %. Vgl.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-20-de.pdf?__blob=publicationFile

²⁶Emanuel EJ et al (2020) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>

Dies erfordert es, die Versorgung von Personen mit Verdacht auf oder einer bestätigten COVID-19-Infektion so zu organisieren, dass dafür ausreichend Schutzausrüstung insbesondere für die Versorgung von Risikopatienten vorhanden ist.

15. Die drei Konstellationen unterscheiden sich in Breite und Tiefe des Versorgungsangebots:

- (1) Patienten ohne Verdacht auf eine COVID-19-Infektion erhalten für ihre nicht COVID-bezogenen Beschwerden die Leistungen der Regelversorgung in den von ihnen bisher konsultierten Praxen und Einrichtungen.
- (2) Patienten mit Verdacht auf eine COVID-19-Infektion oder in Quarantäne als Kontaktperson werden nach den geltenden Kriterien getestet. Dazu werden lokale Versorgungsmodelle mit eigenen Entscheidungsstrukturen entwickelt (wie z. B. das „Heidelberger Modell“), indem sich die Hausärztinnen und Hausärzte vor Ort für die von Corona betroffenen Pflegeheime in Ad-Hoc-Qualitätszirkeln über die Versorgung abstimmen. Da dezidierte Versorgungseinrichtungen für Patienten mit COVID-19-Verdacht bei einer niedrigen Zahl von Neuinfektionen mit vergleichsweise hohen Vorhaltekosten einhergehen und unnötig Personal binden, sollten stattdessen eher Infektsprechstunden eingerichtet werden, für die Patienten sich möglichst vorab telefonisch anmelden. Sollten Quarantänebestimmungen oder der Gesundheitszustand die Vorstellung außerhalb der Häuslichkeit ausschließen, müssen die Patienten telemedizinisch oder durch einen ärztlichen Besuchsdienst versorgt werden.
- (3) Patienten mit bestätigter COVID-19-Infektion sollten während der üblicherweise 14-tägigen Quarantäneperiode laufend beobachtet werden, da kurzfristige Verschlechterungen des Krankheitsverlaufs beobachtet worden sind, die häufig letal verlaufen. Die Symptomentwicklung sollte daher täglich beobachtet und ärztlich bewertet werden. Mit Beginn der Quarantäneperiode sollte daher unverzüglich der Hausarzt verständigt werden. Wenn dieser die Versorgung nicht leisten kann, besteht für Patienten die Möglichkeit, einen Arzt über die Rufnummer 116117 zu finden. Bei der Verlaufsbeobachtung ist je nach vorliegender Symptomatik eine Kombination aus telemedizinischem Monitoring und persönlichem Kontakt realisierbar.

16. Soweit nicht bereits durch Infektsprechstunden in Hausarztpraxen abgedeckt, sind Coronapraxen bzw. Infektambulanzen in Ballungsräumen denkbar. Sie sollten in regulären Praxisräumen untergebracht werden, solange diese eine ausreichende räumliche Distanz im Warte- und in den Behandlungsbereichen ermöglichen und die Anzahl der Patienten mit Verdacht auf oder bestätigter COVID-19-Erkrankung im Rahmen von telefonischen Voranmeldungen behandeln können. Sie sind dann einzurichten, wenn dies aufgrund der lokalen Absprache gewünscht wird und eine ausreichende Kommunikation mit der ansonsten betreuenden Hausarztpraxis gewährleistet ist. Wesentliche Versorgungsfunktionen von Coronapraxen / Infektambulanzen sind:

- (1) Untersuchung und Behandlung symptomatischer Patienten mit COVID-19-Verdacht oder -Erkrankung (z. B. bei Fieber, Husten, weiteren Erkältungssymptomen),
- (2) ggf. Testung der Patienten, sofern bislang nicht erfolgt,

- (3) laufende Beurteilung, ob Patienten weiterhin ambulant behandelt werden können oder eine stationäre Aufnahme erforderlich ist (siehe dazu Konzept Monitoring von Patienten in Quarantäne), sofern das nicht die Hausarztpraxis übernimmt.
 - (4) Bei SARS-CoV-2-infizierten Patienten mit Vorerkrankungen oder neu aufgetretenen gesundheitlichen Problemen, die eine akute ambulante Behandlung oder die Weiterführung begonnener Behandlungen bei Facharztgruppen (z. B. Hausärzten, HNO-Ärzten, Onkologen, Kardiologen, Augenärzten etc.) außerhalb der Infektambulanz benötigen, oder eine Überweisung im Rahmen der Diagnostik und Therapie anderer zusätzlicher Krankheitsbilder notwendig ist, ist eine enge Kommunikation mit diesen Bereichen anzuraten. Insbesondere muss der Infektionsstatus des Patienten vor Aufsuchen von Praxen bei solchen Überweisungen oder Weiterbehandlungen mitgeteilt werden.
17. Aufsuchende Dienste kommen aufgrund der Zeit- und Ressourcenanforderungen, auch bei Schutzausrüstung, nur für immobile Patienten bzw. bei entsprechenden Quarantäneauflagen infrage.
 18. Entscheidend für den Erfolg der Verlaufsbeobachtung ist, dass ein Hausarzt oder eine andere dezidierte Einrichtung eine explizite Verantwortung für die laufende Beobachtung jedes COVID-Patienten über die Dauer der Quarantäne bzw. der symptomatischen Phase übernommen hat.
 19. Die Verlaufsbeobachtung sollte bei persönlichem Kontakt mit dem COVID-Patienten den CRB-65-Score ermitteln. Zusätzlich sollte ein Patiententagebuch über COVID-19-relevante Symptome sowie ggf. über weitere Beschwerden oder Befunde (z. B. Körpergewicht, Blutdruck) bzgl. vorhandener Grunderkrankungen geführt werden, in das die behandelnden Personen einschließlich Pflegedienst Einsicht nehmen können.
 20. Voraussetzung für ein entsprechendes Terminmanagement und eine lückenlose Verlaufsbeobachtung bei COVID-Patienten ist die unverzügliche Übermittlung der Daten von positiv getesteten Patienten vom Gesundheitsamt an den Patienten bzw. den betreuenden Hausarzt. Besser wäre eine parallele digitale Übermittlung der Daten positiv getesteter Personen vom Labor an das Gesundheitsamt und an den Patienten oder den betreuenden Hausarzt. Das örtlich zuständige Gesundheitsamt informiert in gleicher Weise über die Beendigung der Quarantäne-Anordnung bzw. deren erneute Anordnung, sodass der Hausarzt ggf. die weitere Beobachtung sicherstellen kann.
 21. Für die Verlaufsbeobachtung durch den Hausarzt oder den aufsuchenden Dienst müssen eigene Vergütungspositionen geschaffen werden, die die KVen bzw. der Hausärzterverband / die HÄVG bei den Krankenkassen geltend machen können.
 22. Ebenso wie im ambulanten Bereich muss im Bereich der stationären Versorgung eine strikte Trennung von COVID-19-Verdachtsfällen und bestätigten Fällen von anderen Patienten, insbesondere von Risikopatienten, angestrebt werden.
 23. Bund und Länder sind gefordert, nicht nur die Krankenhäuser sondern auch die ambulante Versorgung und die Pflegeeinrichtungen mit einem ausreichenden Maß an Schutzausrüstung auszustatten, damit eine Risikominimierung für die in der Versorgung Berufstätigen erreicht wird.



24. Die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Tele-AU) sollte über den 18.05.2020 hinaus ermöglicht werden.

Kontaktdaten

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi)

Dr. Dominik von Stillfried, Vorstandsvorsitzender

Salzufer 8, 10587 Berlin

Tel: 030 - 4005 2450, Fax: 030 - 4005 2490

E-Mail: presse@zi.de

www.zi.de

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Prof. Dr. Martin Scherer, Präsident

Schumannstraße 9, 10117 Berlin

Tel: 030 - 20 966 98 00, Fax: 030 - 20 966 98 99

E-Mail: presse@degam.de

www.degam.de

Anlage: Übersichtsrechnung für den Testbedarf im Rahmen eines Ausstiegsszenarios

Tests in der Bevölkerung	Anzahl		Faktor
neu Infizierte*	35.000	pro Woche	
Kontaktpersonen*	700.000	neu Infizierte x	20
Negativ-Getestete	350.000	neu Infizierte x	10
Wiederholungen	70.000	neu Infizierte x	0,1
Pflegeheime	818.000		
Insgesamt	1.973.000		

Mittelwert nach RKI
 Ausgehend von $R = 2$ und Übertragungswahrscheinlichkeit von 10% gemäß Münchner Kohorte**; Annahme: Identifikation über Tracer-App ungefährer Mittelwert nach bisherigen Testresultaten gemäß RKI
 Annahme: in begrenztem Umfang Wiederholungstests, um Quarantäneanordnung beenden zu können

* inkl. ambulant Gepflegte

Tests Gesundheitspersonal	Anzahl***
Arztpraxen	700.000
Zahnarztpraxen	356.000
Praxen sonstiger medizinischer Berufe	521.000
Apotheken	228.000
stationäre / teilstationäre Einrichtungen	2.013.000
Gesamt Personal	3.818.000
Faktor Pooling	0,20
Tests für Personal pro Woche	763.600

Vorsichtiger Wert für einrichtungsbezogenes Pooling zur Konzentration von Tests

	Kosten	
Tests pro Woche	2.736.600	164.196.000 €
Tests pro Tag	547.320	32.839.200 €

60 Euro pro PCR-Test

** Böhmer et al. Outbreak of COVID-19 in Germany Resulting from a Single Travel-Associated Primary Case. Lancet Preprint vom 31.03.2020
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3551335 (Abruf 21.04.2020)

*** Destatis https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html (Abruf 21.04.2020)