

DEGAM

Neues Coronavirus (SARS-CoV-2) – Informationen für die haus- ärztliche Praxis

**DEGAM S1-
Handlungsempfehlung**

AWMF-Register-Nr. 053-054

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.



© DEGAM 2020

Autoren (in alphabetischer Reihenfolge)

Hannes Blankenfeld,

Gemeinschaftspraxis Blankenfeld & Völkl, München

Hanna Kaduszkiewicz,

Institut für Allgemeinmedizin, Universität Kiel

Michael M. Kochen,

Institut für Allgemeinmedizin, Universität Freiburg

Josef Pömsl, Hausarztzentrum Kaufering

Unter Mitarbeit von Martin Scherer,

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin,

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Leitlinien-Patin/Pate: Erika Baum und Günther Egidi

Wir danken allen, die die Weiterentwicklung und Aktualisierung der Leitlinie mittels Kommentaren, Anregungen und der Formulierung von Textpassagen beständig unterstützen.

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion

SLK-Leitungsteam

Kontakt

DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien

c/o Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinik Ulm

Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm

Tel. +49 (0)731 500 57901

leitlinien@degam.de

Stand 13/07/2020 (Version 13)

Informationen können sich jederzeit ändern. Bei Bedarf wird die Handlungsempfehlung in kurzen Abständen aktualisiert.

Autorisiert durch das DEGAM-Präsidium.

Für die Aktualisierung sind die Autoren verantwortlich.

Interessenkonflikte wurden mit dem AWMF-Formblatt eingeholt. Nach Bewertung durch ein Gremium der SLK und eine Vertreterin des AWMF-IMWi wurden keine Interessenkonflikte festgestellt.

Hinweis

Die Änderungen in dieser Leitlinie gegenüber der Vorversion sind mit einem blauen Strich am rechten Rand markiert.

Inhalt

Vorwort zur aktuellen Version	4
Zielsetzung	4
Epidemiologische Lage	4
Klinisches Bild	5
Grundsätze für die Hausärztliche Praxis	6
Schutzausrüstung	7
Definition Verdachtsfälle – Testkriterien nach RKI	7
Testung von Patienten, die <u>nicht</u> den RKI-Kriterien entsprechen	9
Die Corona Warn-App	9
Besondere Konstellationen	10
Vorgehen in der Praxis in Abhängigkeit von der Fallschwere	11
Bei Schwerkranken	11
Bei Erkrankten, die ambulant betreut werden können/müssen	12
Falls Patient/in mit Atemwegsinfekt unangemeldet in der Praxis erscheint	13
Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung nach RKI	13
Grundsätzliche Informationen zur Testung	14
Situationen mit relevantem Personalmangel	17
Klinische Hinweise zur Behandlung von COVID-19-Fällen	17
Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen	19
Organisatorische Hinweise	19
Mögliche Optionen zur Entlastung der Praxis	21
Schutz des Praxisteam	21
Gespräche mit Pflegeeinrichtungen	22
Weitere Informationen	23

Vorwort zur aktuellen Version

Nach der schrittweisen Lockerung diverser Maßnahmen erfordert das gegenwärtige Management der Pandemie eine gut angepasste und wohl bedachte Umorientierung der hausärztlichen Arbeits- und Verhaltensweise. Die bisher übliche Strategie (vor Corona) von beobachtendem Zuwarten und symptomatisch orientierter Therapie bei in der Regel selbstlimitierenden, banalen Atemwegserkrankungen birgt in der gegenwärtigen Situation die Gefahr, dass ein lokaler Ausbruch der SARS-CoV-2-Infektion zu spät erkannt wird.

Momentan ist es wichtig, den Schwerpunkt des Handelns darauf auszurichten, neue Infektionsquellen frühzeitig zu erkennen und eine unkontrollierte Verbreitung zu verhindern. Dies bedeutet, dass selbst bei unspezifischen Symptomen weiterhin eine konsequente Ausschlussdiagnostik mittels PCR-Abstrichen durchgeführt werden soll.

Zielsetzung

Ziel dieser Handlungsempfehlungen ist es, Hausärztinnen und Hausärzte darin zu unterstützen, auch in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie ihre Funktion als erste ärztliche Ansprechpartner/innen bei allen Gesundheitsproblemen zu erfüllen und die Grundversorgung zu gewährleisten. Dazu gehören auch Hilfestellungen bei der Erkennung und dem Management lokaler Ausbrüche. Es bedarf Maßnahmen zum Selbst- und Fremdschutz, Veränderungen der Praxisorganisation und der intensiven Zusammenarbeit mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens.

Epidemiologische Lage

Laut Lagebericht des RKI vom 11.07.2020 wurden in Deutschland bis dato 239 Infektionen mit dem SARS-CoV-2-Virus pro 100.000 Einwohner/innen bestätigt, rund 11 Menschen pro 100.000 Einwohner/innen sind an Covid-19 verstorben, d. h. 4,6% der bestätigt Infizierten (Case-fatality-rate = CFR). Dabei spiegelt die CFR nicht die tatsächliche Letalität der Erkrankung wider, da sowohl für den Zähler (Verstorbene) als auch den Nenner (Infizierte) eine größere Dunkelziffer zu vermuten ist, die bislang nicht genau quantifiziert werden kann. Zur Analyse der regionalen Unterschiede siehe Lagebericht des RKI: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html

Trotz deutlichem Rückgang der Neuinfektionsrate mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) in Deutschland von im März zeitweise über 5000 auf zuletzt unter 500 positiv Getestete pro Tag, ist bei Atemwegs- und anderen Symptomen (s. u. klinisches Bild) immer auch an eine SARS-CoV-2-Infektion zu denken. Zu den "anderen Symptomen" zählen z. B. Durchfall, Riech- und Geschmacksstörungen, unklare Bauch- oder Brustschmerzen.

Lokale Ausbrüche (zuletzt im Landkreis Gütersloh) sind jederzeit möglich und bedürfen schneller Maßnahmen, um eine unkontrollierte Weiterverbreitung der Infektion zu verhindern. Wie sich die epidemiologische Lage unter den zunehmend gelockerten Maßnahmen entwickeln wird, bleibt abzuwarten.

Eine **klinische Unterscheidung** zwischen einer SARS-CoV-2-Infektion und einer Erkältung bzw. einer anderen Infektionskrankheit **ist schwierig bis unmöglich**.

Laut RKI sollen entsprechend der örtlichen/regionalen epidemiologischen Lage die nachfolgend aufgeführten Strategien aktiviert bzw. intensiviert werden, um die Pandemie-Ausbreitung zu verlangsamen:

- (Selbst-)Isolation Erkrankter und deren Testung
- Erkennen von Infizierten (Testung) und deren Isolation
- Quarantäne von Kontaktpersonen von Infizierten
- Sogenannte AHA-Regeln einhalten:
A = Abstand halten (mind. 1,5 m),
H = Hygiene beachten (Husten- und Niesetikette, Händewaschen),
A = Alltagsmasken tragen
- Schutz und Unterstützung vulnerabler Gruppen

(siehe Epidemiologisches Bulletin 12/2020 und 19/2020)

Klinisches Bild

Die Symptome von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 können unspezifisch sein und den Symptomen anderer respiratorischer Erkrankungen ähneln. Wenn Symptome auftreten, so können es einzeln oder in Kombination folgende Beschwerden sein: Fieber, Husten (mit oder ohne Auswurf), Schnupfen, ggf. Dyspnoe, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Riech- und Geschmacksstörungen. Es kommen Kopf- und Gliederschmerzen, Diarrhoe, abdominelle Beschwerden oder Halsschmerzen vor. Die Kombination von Fieber, Husten und Atemnot als "typische Symptome" stammt aus ersten Beobachtungen von meist schwer erkrankten, stationär behandelten Patienten in Wuhan.

Nach vorliegenden Daten einer neuen Metaanalyse verlaufen durchschnittlich 15 % der Infektionen (besonders häufig bei Kindern und älteren Menschen) asymptomatisch, ca. 70 % verlaufen mild bis moderat, 15 % der Infizierten erkranken schwer. Von den schwer Erkrankten benötigt ca. ein Drittel Behandlung auf einer Intensivstation. Bei einem geringen Teil der Erkrankten kann es nach ca. 7-10 Tagen zu einer klinischen Verschlechterung kommen, mit Entwicklung von Dyspnoe und/oder Hypoxämie. Schwere Verläufe werden vor allem bei älteren Menschen mit Risikoerkrankungen (siehe unten) beobachtet, können aber auch bei jüngeren Menschen vorkommen.

Der Hauptübertragungsweg in der Bevölkerung scheint über Tröpfchen und Aerosole zu erfolgen (Aerosol: Mischung aus fein verteilter Flüssigkeit in einem Gas). Kontakt-Übertragungen über kontaminierte Oberflächen spielen vermutlich eine geringere Rolle als durch Tröpfchen und Aerosole. Nichtsdestotrotz ist Händehygiene wichtig. Im medizinischen Sektor sind alle potenziellen Übertragungswege von Bedeutung, ein Hochrisiko-Setting sind alle tröpfchen-/aerosolproduzierenden Vorgänge, wie z. B. das Absaugen oder die Rachenuntersuchung mit Mundspatel, weshalb entsprechende Schutzmaßnahmen unabdingbar sind (FFP-2-Maske, Gesichts-Schutz-Schild, Handschuhe, Kittel).

Die Inkubationszeit beträgt im Mittel 3-7 Tage, maximal 14 Tage (davon ist auch die Quarantänedauer abgeleitet). Infektiosität besteht bereits ca. 2 Tage vor Symptombeginn. Die Infektiosität nach Symptombeginn nimmt in den nächsten fünf bis sieben Tagen ab. Es lässt sich noch keine sichere Angabe zur Dauer der Infektiosität machen. Der Nachweis von Virus-RNA ist nicht gleichbedeutend mit Infektiosität. Zur Frage, wie lange vermehrungsfähiges und damit infektiöses Virus im Rachen persistiert, gibt es kaum Daten. Im Stuhl Infizierter ist Virus-DNA bis zu sieben Wochen nachgewiesen worden, was allerdings nicht bedeutet, dass dieses Virus noch infektiös ist.

Laut RKI können Patienten 14 Tage nach Symptombeginn aus der häuslichen Isolierung entlassen werden, wenn der Krankheitsverlauf bei ihnen leicht war (kein Krankenhausaufenthalt) und seit 48 h Symptomfreiheit besteht (siehe unten).

Grundsätze für die Hausärztliche Praxis

Alle Patienten mit akuten respiratorischen Infekten und/oder Fieber sowie Besorgte sind aufgerufen, zunächst zu **telefonieren/faxen/mailen** (regionale Gegebenheiten berücksichtigen):

- ▶ Hausarzt/Hausärztin
- ▶ ggf. zentrale Teststation/en
- ▶ Ärztlicher Bereitschaftsdienst 116 117
- ▶ Gesundheitsamt

Schutz und Sicherheit anderer Patienten und der Praxismitarbeiter/innen haben höchste Priorität. Daher: **keine Testung auf SARS-CoV-2 bei fehlender Schutzausrüstung** (insbesondere Gesichts-Schutz-Schild und Maske [mind. FFP-2 ohne Ausatemventil]), in diesem Fall ggf. **Schild vor der Praxis: „Praxis kann keine Testungen durchführen.“** oder Patienten-Selbstabstrich außerhalb der Praxis erwägen.

Grundsätzlich

- sollten alle Patientinnen und Patienten mit MNS, zur Not auch selbstgenähten Stoffmasken, in der Praxis erscheinen.

- sollte Personal bei **direktem Patientenkontakt** neben einer FFP2- bzw. 3-Maske (s. u.) einen zusätzlichen **Gesichts-Schutz-Schild** tragen. Der **Gesichts-Schutz-Schild** sollte auch dann getragen werden, wenn nur weniger hochwertige oder gar keine Masken mehr zur Verfügung stehen. Ansonsten: Abstand halten, ggfs. vor Praxistür befragen.

Schutzausrüstung

Solange Qualität, Nachschub und Finanzierung von Schutzausrüstung nicht nachhaltig und dauerhaft gewährleistet sind, verbleiben Probleme für das Praxisteam, sich angemessen zu schützen. Insbesondere das Fehlen von FFP-2/FFP-3-Masken erhöht das Risiko für eine SARS-CoV-2-Infektion bei Ärzten und Medizinischen Fachangestellten.

Als bestmögliche pragmatische Alternative wird als Schutzmaßnahme das Tragen eines Gesichtsschutzschildes (englische Bezeichnung: "face shield") über einer noch vorhandenen anderen Maske (z. B. MNS oder verfügbarem MNS-Ersatz) empfohlen. Selbst wenn jede Art von Schutzmaske (MNS/FFP-2) fehlen sollte, bietet der Gesichtsschutzschild guten Schutz. Bei FFP-2 bzw. FFP-3 Masken mit Ausatemventil ist zu beachten, dass der Gesichtsschutzschild den Patienten vor der Ausatemluft des Maskenträgers (mit Einschränkungen) schützt. FFP-2 oder FFP-3-Masken mit Ventil schützen nur die sie tragende Person vor einer Infektion, nicht die Patientinnen und Patienten vor einem infizierten Maskenträger.

Definition Verdachtsfälle – Testkriterien nach RKI

- 1 Akute respiratorische Symptome jeder Schwere und/oder Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn** bei ALLEN Patienten unabhängig von Risikofaktoren
- 2 Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall bis max. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn** UND jegliche mit COVID-19 zu vereinbarende Symptome
- 3 Klinische Hinweise auf eine Pneumonie** UND Zusammenhang mit einer Häufung von Pneumonien in Pflegeeinrichtung oder Krankenhaus

Die Meldung an das Gesundheitsamt erfolgt bei **1** nur bei positivem Nachweis einer SARS-CoV-2-Infektion, bei **2** und **3** bereits bei Verdacht.

Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Meldung von Verdachtsfällen von COVID-19: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Empfehlung_Meldung.html

Auch Kontaktpersonen der Kategorie I (mind. 15 min face-to-face-Kontakt oder direkter Kontakt zu Körperflüssigkeiten) sollen laut RKI so früh wie möglich auf SARS-CoV-2 getestet werden – auch wenn sie asymptomatisch sind. Testschema: Tag 1 nach Ermittlung als Kontaktperson und zusätzlich 5-7 Tage nach Erstexposition. Ermittlung, Nachverfolgung und (Veranlassung

einer) Testung sowie Anordnung einer Quarantäne bei Kontaktpersonen der Kategorie I sind primär Aufgabe des zuständigen Gesundheitsamtes. Die Gesundheitsämter tragen auch die Kosten dieser Testungen.

Siehe hierzu die [Infografik: Kontaktpersonennachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen](#).

Über die RKI-Kriterien hinaus kann die Abklärung einer SARS-CoV-2-Infektion aus differential-diagnostischen Erwägungen sinnvoll sein. Hinweise dazu siehe unten unter “Testung von Patienten, die nicht den RKI-Kriterien entsprechen”.

Da notwendige Schutzausrüstungen weiterhin nicht überall in der gebotenen Qualität und Menge verfügbar oder knapp sind, empfehlen wir – auch im Sinne hausärztlicher Arbeits- und Gesundheitssicherheit – **wann immer möglich**:

- ▶ **Testmöglichkeiten** zunächst über **regionale Teststationen / Tel. 116 117 / Gesundheitsamt erkunden. Leider wurden zahlreiche Teststationen inzwischen wieder eingestellt. Dies stellt eine extreme Herausforderung für die hausärztlichen Praxen dar, sobald mit steigender Fallzahl Testungen wieder vermehrt notwendig werden.**
- ▶ alternativ Durchführung des Rachen-Selbst-Abstrichs durch den Patienten als pragmatisches und ausreichend zuverlässiges Verfahren (sofern Compliance des Patienten vorhanden – s. Anleitung „Selbsttest“: www.degam.de). Bei Kindern im Vorschulalter kann die Testung auch durch eine Speichelprobe erfolgen (morgens nach dem Aufstehen einen Schluck Wasser im Mund spülen und in ein Testgefäß geben – vorherige Absprache mit Labor erforderlich).
- ▶ Schutzausrüstung sollte, solange nur beschränkt verfügbar, **geschont** werden, damit die **Versorgung von ernsthaft Erkrankten langfristig gesichert** werden kann.
- ▶ Alle Verdachtsfälle sollten diagnostisch abgeklärt werden und mindestens bis zum Testergebnis in häuslicher Isolierung verbleiben (Problem AU / Quarantäne s. u. bei Corona Warn-App).
- ▶ Die Isolierung kann bei diesen Verdachtsfällen **frühestens** aufgehoben werden, wenn ein negatives Testergebnis vorliegt. Bei negativem Testergebnis, **aber klinisch fortbestehendem Verdacht**, sollte die Isolierung aufrecht erhalten werden. Ein zeitnahe zweiter, ggf. auch dritter Abstrich kann die diagnostische Unsicherheit aufgrund eines initial falsch negativen Abstrichergebnisses verbessern (siehe unten, Kapitel Grundsätzliche Informationen zur Testung) und als Kriterium für eine Beendigung der häuslichen Isolierung herangezogen werden.
- ▶ Bei positivem Testergebnis muss eine Isolierung über mindestens 14 Tage ab Symptombeginn erfolgen. Diese kann danach erst aufgehoben werden (durch das Gesundheitsamt), wenn seit 48 h Symptombefreiheit besteht. Siehe “Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung”.

- ▶ Zum Problem von falsch-negativen und falsch-positiven PCR-Abstrich-Ergebnissen siehe Abschnitt [Grundsätzliche Informationen zur Testung](#) auf Seite 15.
- ▶ Kontaktpersonen und Mitbewohner/innen ausfindig zu machen und eine Quarantäne anzuordnen, ist Aufgabe des Gesundheitsamtes.

Testung von Patienten, die nicht den RKI-Kriterien entsprechen

Durch die Definition des RKI bleiben einige Patienten unberücksichtigt, die nicht den oben aufgeführten Kriterien 1-3 entsprechen, bei denen die Abklärung einer SARS-CoV-2-Infektion dennoch differentialdiagnostisch sinnvoll sein kann,

z. B. bei anderen ätiologisch primär unklaren Beschwerdebildern wie Fieber, Kopf- und/oder Gliederschmerzen, gastrointestinalen oder neurologischen Beschwerden, sowie unklaren Hautausschlägen

Die Praxis muss hier entscheiden, ob die Testung über eine zentrale Teststelle, 116 117 etc. möglich ist oder (bei vorhandener Schutzausrüstung) ggf. durch die Praxis bzw. über einen Rachen-Selbst-Abstrich erfolgen kann.

Eine Meldung durch die Hausarztpraxis ans Gesundheitsamt erfolgt **nur bei Nachweis** einer Infektion.

Massentestungen bzw. Testungen asymptomatischer Personen (z. B. in Altenheimen, bei Reisenden etc.) sind Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dieser kann in manchen Bundesländern niedergelassene Ärzte zur Erfüllung dieser Maßnahmen beauftragen.

Die Corona Warn-App

- Am 16. Juni 2020 wurde die Corona Warn-App des RKI und der Bundesregierung in Betrieb genommen, die auf neueren Smartphones/Betriebssystemen (iOS/Android) läuft. (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/WarnApp/WarnApp.html).
- Sie soll Risiko-Begegnungen mit Unbekannten im öffentlichen Raum erfassen und schneller automatisch identifizieren. Die Kontaktnachverfolgung und Benachrichtigung über die App soll nicht die nach Infektionsschutzgesetz vorgeschriebenen Meldewege ergänzen.
- Die App informiert die Nutzer/innen per Mitteilung, wenn sie sich in der Vergangenheit für eine bestimmte Zeit in der Nähe einer Corona-positiven Person aufgehalten haben. Je nach Art dieser Begegnung werden die Nutzer/innen auf ein erhöhtes Risiko hin-

gewiesen. Die Handlungsempfehlungen beinhalten die Kontaktaufnahme mit ► **der hausärztlichen Praxis** ► **dem Ärztlichen Bereitschaftsdienst 116 117** ► **oder dem Gesundheitsamt.**

- Der Hausarzt/ die Hausärztin soll ein Beratungsgespräch durchführen (mit gesonderter EbM-Ziffer 02402, ggf. 40101 abzurechnen) und gegebenenfalls einen PCR-Abstrich durchführen (ab Juli neuer Laborüberweisungsschein Muster 10c). Handlungsempfehlungen des RKI: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/WarnApp/Handreichung-Arzt.html
- Symptomatische Patienten mit der Meldung “erhöhtes Risiko”, erhalten eine AU (s. o.) sowie Handlungsempfehlungen (AHA-Regeln, Kontakt-Reduktion) und müssen als Verdachtsfall dem Gesundheitsamt gemeldet und getestet werden.
- Asymptomatische Patienten mit der Meldung “erhöhtes Risiko”, sollen ein ärztliches Gespräch führen (laut RKI in der Praxis!), um die Kontaktsituation und das Weiterverbreitungsrisiko, das persönliche Risiko und den Kontakt zu Risikogruppen zu klären. Eine (sofortige) PCR-Testung soll angeboten werden. Personen mit unklarem oder “relevant erhöhtem” Risiko (leider nicht genauer definiert) sollen sich selbst beim GA melden, das eine mögliche Quarantäne anordnen kann. Es erfolgt keine Meldung als Verdachtsfall.
- **Ungelöste Probleme:**
 - Personen ohne Symptome dürfen nicht per AU krankgeschrieben werden. Nach der zeitiger Rechtslage reicht die Risiko-Benachrichtigung der App nicht als Grundlage einer Krankschreibung. Eine Änderung der AU-Richtlinie ist bisher nicht vorgesehen.
 - Eine Quarantäne kann nur das GA anordnen (Das GA wird von der App allerdings nicht benachrichtigt).
 - Das Bundesgesundheitsministerium vertraut darauf, dass “Arbeitgeber und Arbeitnehmer eine einvernehmliche Lösung für diese Situation finden”.
 - Selbst bei positivem Abstrich in der PCR und symptomloser Person gilt laut G-BA: “Eine Bescheinigung einer AU allein aufgrund eines positiven Tests ist laut AU-RL nicht möglich. Hier greifen die Quarantäneregeln”.

Besondere Konstellationen

Bayern hat als erstes Bundesland angekündigt (28.6.2020), dass alle Bewohner/innen Bayerns sich unabhängig von Kontakt, Verdacht und Symptomatik bei einem niedergelassenen Vertragsarzt einer PCR-Testung auf Corona unterziehen können. Der Freistaat Bayern will die Kosten übernehmen, sofern diese in der konkreten Situation nicht z. B. durch die Krankenkasse übernommen werden. Hier ergeben sich eine Reihe ungelöster Probleme, die derzeit noch in der Klärung sind.

Vorgehen in der Praxis in Abhängigkeit von der Fallschwere

Bei Schwerkranken

► Krankenhauseinweisung ohne Testung

(Rettungsdienst, Tel. 112) auch bei V. a. schwere Erkrankung nach Telefonkontakt

Hilfen zur Entscheidung über eine stationäre Einweisung bei COVID-19

Es gibt keine validierten Scores mit einfachen Cut-Off-Werten, die die hausärztliche Abwägung und Entscheidung zur stationären Einweisung ersetzen könnten. Auch der CRB-65-Index (siehe unten) oder andere Scores stellen nur eine Entscheidungshilfe dar. Das hausärztliche Urteil setzt sich aus einer Vielzahl weiterer Informationen zusammen, wie z. B.

- „Biologisches“ Alter
- Komorbidität: insbes. kardiovaskuläre Erkrankungen, Hypertonus, Diabetes mellitus etc., Risikofaktoren, Medikation, Immunsuppression
- Allgemeinzustand, subjektives Befinden
- Atemnot (in Ruhe, bei Belastung), Husten
- weitere Beschwerden
- Körpertemperatur
- Herzfrequenz, Blutdruck
- Blässe/Kaltschweißigkeit
- Sauerstoffsättigung (einmal tägliches Screening wird vom RKI auch bei symptomlosen Altenheimbewohnern empfohlen, siehe auch unter “Mögliche Optionen zur Entlastung der Praxis – Gespräche mit Pflegeeinrichtungen”)
- Ergebnis der körperlichen Untersuchung, insbesondere der Auskultation (wenn möglich)
- Möglichkeiten zur häuslichen Versorgung etc.

CRB-65-Index (klinischer Score zur statistischen Wahrscheinlichkeit des Versterbens)	1 Punkt für jedes fest- gestellte Kriterium (max. 4)
■ Pneumonie-bedingte Verwirrtheit, Desorientierung	
■ Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$	
■ Blutdruck diastol. $\leq 60 \text{ mmHg}$ oder systol. $< 90 \text{ mmHg}$ (wenn anderweitig nicht erklärbar)	
■ Alter ≥ 65 Jahre	
► Stationäre Aufnahme: Ab 1 Punkt erwägen, ab 2 Punkten immer	

Die oben genannten Informationen (subjektives Befinden, Atemnot, Temperatur, Husten, Auswurf, weitere Beschwerden, wenn möglich Sauerstoffsättigung etc.) sollten auch beim regelmäßigen Monitoring der an COVID-19 erkrankten, ambulant betreuten Patientinnen und Patienten

ten erhoben werden. Beim telemedizinischen/telefonischen Monitoring sind die Möglichkeiten, oben genannte Punkte zu erheben, teilweise eingeschränkt. Hier kann die erlebte Anamnese bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung helfen, ob eine persönliche Untersuchung oder eine Einweisung ins Krankenhaus geboten scheint. Berücksichtigt werden sollte, dass auch eine bereits fortgeschrittene COVID-19-Erkrankung mit vergleichsweise geringer subjektiver Beeinträchtigung des Wohlbefindens einhergehen und sich das Zustandsbild rasch verschlechtern kann.

Grundsätzlich muss der/die Patient/in oder der/die Vertreter/in einer Krankenhauseinweisung als Option zustimmen, diese kann nicht gegen deren Willen erfolgen. Die Konsequenzen einer stationären Einweisung/Nichteinweisung sollten vorab besprochen werden.

Zur präklinischen patienten-zentrierten Vorausplanung für den Notfall verweisen wir auf die entsprechenden Dokumente (Leitfaden „Ambulante patienten-zentrierte Vorausplanung für den Notfall“ und Dokumentation auf www.degam.de).

Bei Erkrankten, die ambulant betreut werden können/müssen

Im Gespräch mit dem Patientinnen/Patienten über die Notwendigkeit eines Praxisbesuchs entscheiden, Hausbesuche bei dringender Notwendigkeit erwägen (dann die betroffenen grundsätzlich mit Maske, Gesichts-Schutz-Schild und Handschuhen aufsuchen, bei V.a. SARS-CoV-2-Infektion auch Schutzkittel).

Bei fehlendem persönlichen Kontakt insbesondere bei Risikogruppen für ausreichend häufiges Monitoring (s. o.) sorgen, damit eine Verschlechterung des Verlaufes nicht übersehen wird.

▶ **klinischer Verdacht auf SARS-CoV-2-Infektion:**

Eine Testung sollte bei Vorliegen der oben genannten Kriterien durchgeführt werden bzw. bei anderweitigem V.a. eine SARS-CoV-2-Infektion, die nicht die Kriterien 1-3 erfüllt. Wenn möglich über die lokalen Testzentren / in der Praxis, falls sie das leisten kann (Schutzausrüstung!) / ggf. über einen Rachen-Selbst-Abstrich.

▶ Solange kein negatives Abstrichergebnis vorliegt, sollten auch enge Kontaktpersonen und alle Mitbewohner/innen (Patienten wie Nichtpatienten) zuhause bleiben und Sozialkontakte minimieren. Falls in diesem Zusammenhang eine Freistellung von der Arbeit benötigt wird, muss bezüglich Quarantäneanordnung Rücksprache mit dem Gesundheitsamt gehalten werden.

▶ Muss ein Patient/eine Patientin mit Infektsymptomen in der Praxis gesehen werden: Sicherheitsvorkehrungen wie bei “Patient erscheint unangemeldet in der Praxis” (s. u.) einhalten.

▶ Handlungsempfehlungen für Heimquarantäne unter www.degam.de

Falls Patient/in mit Atemwegsinfekt unangemeldet in der Praxis erscheint

- ▶ Sofort
 - Patient/in einen separat bereit liegenden Mund-Nasen-Schutz anlegen lassen (falls er/sie noch keinen angelegt hat)
 - ausreichend Abstand (>2m) von anderen einhalten lassen.

- ▶ Falls leicht erkrankt, Patient/in entweder umgehend heimschicken (weitere Planung, insbesondere der Testung, dann telefonisch) oder Testung in der Praxis (s. u.).

- ▶ Wenn Patient/in, der in der Praxis untersucht/versorgt werden muss
 - in eigenen Praxisraum leiten oder in separaten Bereich außerhalb der Praxis.
 - MFA/Ärztin/Arzt: FFP2-/FFP3-Maske, Gesichts-Schutz-Schild, Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Schutzbrille, zusätzlich Sicherheitsabstand einhalten.

- ▶ Kontakt- und ggf. Reiseanamnese erheben, Risikofaktoren erheben (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Immunsuppression), ebenso nach Kontakt zu vulnerablen Gruppen fragen (Berufsanamnese oder Pflege im privaten Umfeld).

Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung nach RKI

Ohne vorangegangenen Krankenhausaufenthalt (leichter Krankheitsverlauf)

- Frühestens 14 Tage nach Symptombeginn
- Symptomfreiheit seit mind. 48 Stunden bezogen auf die akute COVID-19-Erkrankung
- Die gleiche Vorgehensweise gilt für Patienten, bei denen die Verdachtsdiagnose COVID-19 besteht, aber kein Test zur Diagnosesicherung durchgeführt worden war
- Positiv getestete, aber asymptomatische Patienten: nach 14 Tagen Isolierung (beginnend mit positiver Testung)

Nach vorangegangenem Krankenhausaufenthalt (schwerer Krankheitsverlauf)

- Frühestens 14 Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus
- Symptomfreiheit seit mind. 48 Stunden bezogen auf die akute COVID-19-Erkrankung
- Im Einzelfall kann in enger Absprache von Klinik, Labor und Gesundheitsamt von diesen Kriterien abgewichen werden, insbesondere bei Beteiligung von Personen, die den Risikogruppen zugerechnet werden (z. B. Immunsupprimierte, ältere Menschen, chronisch Erkrankte).

Abweichende Kriterien bei Tätigkeit im medizinisch/pflegerischen Bereich und Nachweis einer SARS-CoV-2-Infektion

Voraussetzung für Wiederaufnahme der Arbeit:

- Symptomfreiheit seit mind. 48 Stunden und **eine** negative PCR-Untersuchung gewonnen aus einem Abstrichtupfer, der zunächst oropharyngeal und dann nasopharyngeal eingeführt wurde

www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Entlassmanagement

- In Situationen mit relevantem Personalmangel Abweichungen möglich, siehe www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW

Grundsätzliche Informationen zur Testung

Abstrich – PCR

Der Nachweis des Virus im Rachenabstrich mittels des PCR-Tests hat eine Sensitivität von bestenfalls 95 % und eine hohe Spezifität. Welche Sensitivität bzw. Spezifität der Abstrich in der tgl. Routine aufweist, ist jedoch nicht gesichert. Durch falschen Zeitpunkt des Abstrichs (zu früh oder zu spät), falsche Abstrichtechnik oder zu große Zeitverzögerung bis zur Analyse der Probe im Labor wird die Sensitivität weiter vermindert.

- ▶ Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen Raten an falsch-negativen Testergebnissen von bis zu 30 % (vereinzelt mehr). Die Rate an falsch-negativen Testergebnissen wird entscheidend von der Vortestwahrscheinlichkeit beeinflusst. Je geringer die Vortestwahrscheinlichkeit (z. B. im anlasslosen Screening), desto weniger falsch negative Ergebnisse sind zu erwarten. Bei hoher Vortestwahrscheinlichkeit (typischer Symptomatik, gesicherter Kontakt) steigt die Rate der falsch-negativen Ergebnissen deutlich an. Problematisch bei falsch-negativem Ergebnis ist, dass tatsächlich Erkrankte bzw. Infizierte sich in falscher Sicherheit wähnen und ggf. zu weiteren Infektionen beitragen. Aus diesem Grund sind bei einem dringendem Verdacht auf tatsächliche Infektion ein erneuter PCR-Abstrich bzw. die Untersuchung von Antikörpertiter-Verläufen indiziert. Liegt der Symptombeginn länger als ca. 10 Tage zurück, sollten von vornherein AK-Titer bestimmt werden, da hier die Sensitivität eines PCR-Abstrichs zu gering wird. Bei der Untersuchung asymptomatischer Kontaktpersonen der Kategorie I ist ein einmaliger negativer Abstrich ebenfalls nicht als ausreichend sicher anzusehen (siehe auch [Definition Verdachtsfälle – Testkriterien nach RKI](#), Seite 8).
- ▶ Bei der PCR gibt es auch **falsch-positive Testergebnisse**, die insbesondere bei niedriger Vortestwahrscheinlichkeit (z. B. keine bekannte Infektionsquelle, keine typischen Symptome) vermehrt auftreten. Wie hoch die Spezifität der PCR ist, kann derzeit nicht genau angegeben werden, da dazu bisher wenige Daten publiziert wurden. In Labor-Ringversuchen aus Deutschland (INSTAND – Gesellschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien e.V.) lag die Spezifität bei ca. 98 %.

Bei einem falsch positiven PCR-Befund wird eine Person zu Unrecht in Quarantäne geschickt. Es besteht die Gefahr, dass diese sich bezüglich einer eventuellen Immunität anschließend in falscher Sicherheit wähnt. Bei Verdacht auf ein falsch-positives Abstrichergebnis kann eine zusätzliche Antikörperbestimmung (s. u.) im weiteren Verlauf der Erkrankung/Quarantäne ggf. zur Klärung beitragen.

Die größte Wahrscheinlichkeit, bei Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus mit Hilfe eines Rachenabstrichs ein positives Testergebnis zu erhalten, besteht innerhalb der ersten 3-4 Tage nach Symptombeginn, danach sinkt die Wahrscheinlichkeit. Auch 1-2 Tage vor Symptombeginn stehen die Chancen gut - was selbstverständlich nur retrospektiv beurteilt werden kann.

Tief-nasale, nasopharyngeale und Rachenabstriche (sowie Speichelproben bei Kindern im Vorschulalter) sind nach aktueller Beleglage höchstwahrscheinlich als gleichwertige Methoden zum Virusnachweis geeignet.

Wichtig:

- Eine Testung auf SARS-CoV-2 mittels PCR-Abstrich ist dazu geeignet, eine akute Infektion nachzuweisen.
- Der Abstrich ist jedoch nicht dazu geeignet, eine Infektion mit absoluter Sicherheit auszuschließen (zu niedrige Sensitivität)! In Abhängigkeit vom klinischen Bild muss die Untersuchung daher ggf. wiederholt oder mit anderen Untersuchungen kombiniert werden (AK-Testung, s. u.).
- Ein positives Abstrichergebnis kann auch ein falsch positives Ergebnis sein (insbesondere bei asymptomatischen Patienten, im Screening und bei fehlendem Kontakt zu einem Infizierten ist daran zu denken). Im Einzelfall kann eine Wiederholung der PCR-Testung oder andere Untersuchung (z. B. Bildgebung) sinnvoll sein. Eine Antikörper-Untersuchung kann dazu beitragen, den Verdacht auf ein falsch positives Ergebnis (retrospektiv) zu klären.

Antikörper – ELISA

Nach vorliegenden Daten können infizierte/erkrankte Patienten Antikörper frühestens nach 7 bis 11 Tagen entwickeln. Daher erscheint es nicht sinnvoll, einen serologischen Test vor Ablauf von zwei Wochen durchzuführen.

Nicht alle aktuell verfügbaren Antikörper-Tests sind ausreichend extern evaluiert. Die berichteten Sensitivitäten und Spezifitäten unterscheiden sich in Abhängigkeit von Studie, Test, dem Tag der Blutentnahme nach vermuteter Infektion sowie Schwere der Erkrankung. Je leichter die Erkrankung war, desto unwahrscheinlicher ist ein Antikörpernachweis, auch gibt es Hinweise, dass Antikörperspiegel nach leichter/asymptomatischer Erkrankung rasch wieder unter die Nachweisgrenze abfallen. Die Sensitivität ist mit Vorsicht zu betrachten, da sie sich

zumindest in den ersten Wochen nach Infektion meist als niedriger erweist als von den Firmen angegeben.

Grundsätzlich ist zu beachten:

- der Negativ Prädiktive Wert ist aktuell hoch (negatives Testergebnis = hohe Wahrscheinlichkeit, keine SARS-CoV-2-Infektion durchgemacht zu haben), wenn ein ausreichend langer Zeitabstand von mindestens 14 Tagen zur vermuteten Infektion besteht. Das Problem des raschen Antikörperspiegel-Abfalls nach leichter Erkrankung (s. o.) ist zu beachten.
- der Positiv Prädiktive Wert (PPW) ist derzeit bei Einsatz als Screeninginstrument wegen niedriger Durchseuchung gering (ein positives Testergebnis ist also oft **falsch positiv**). Der PPW ist aber sehr von der Vortestwahrscheinlichkeit abhängig und daher einige Wochen nach einem klinischen V. a. eine COVID-19-Erkrankung (z. B. bei Geruchsstörung o. ä.) deutlich höher.
- Es fehlt ein unabhängiger Bestätigungstest (analog z. B. dem Western-Blot bei positivem HIV-Antikörpernachweis), da der prinzipiell geeignete "Neutralisationstest" wegen des hohen Aufwands nicht als Routineverfahren eingesetzt werden kann.

Ohne Kenntnis der aktuellen Durchseuchung bleibt die Interpretation des ELISA daher schwierig! Ein falsch positives Testergebnis kann schwerwiegende Konsequenzen haben: Getesteter denkt, er sei immun, ist es aber nicht.

Für die epidemiologische Fragestellung der Durchseuchung ist der Einsatz der ELISA-Antikörper-Testungen geeignet.

Wichtig:

- **Eine Testung auf Antikörper gegen das SARS-CoV-2-Virus ist nicht dazu geeignet, eine **akute Infektion** sicher nachzuweisen oder auszuschließen!**
- **Ein positiver Antikörpernachweis kann ein falsch positives Ergebnis sein. Zudem weist selbst ein richtig positiver ELISA im Einzelfall keine sichere Immunität nach!**
- **Wir raten in der momentanen Situation, ELISA-Antikörper-Testungen nur in gut begründeten Fällen durchzuführen (siehe oben Abschnitt [PCR-Testung](#)) und das Ergebnis entsprechend vorsichtig zu interpretieren.**
- **Aktuell verfügbare Schnelltests sollten grundsätzlich nicht eingesetzt werden (sie haben eine noch geringere Aussagekraft als der ELISA).**
Leider sind diese frei im Internet zu erwerben und können auch von nichtärztlichem Stellen verwendet werden.

Testung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Praxen (und Altenheimen)

Zur Frage, ob und wie häufig das Praxispersonal getestet werden soll, gibt es z. Zt. nicht genügend belastbare Daten. In naher Zukunft wird mit Verfügbarkeit geeigneter, entsprechend validierter Antikörper-Assays (s. o.) eine bessere Entscheidungsgrundlage zur Frage einer bereits durchgemachten Infektion erwartet. Kriterien, wer eine solche Testung erhalten soll, gibt es bislang nicht. Wir wissen auch nicht, ob sie von den Kassen oder anderen Kostenträgern erstattet werden.

Für die direkte Testung auf SARS-CoV-2 sind bedside-Virusnachweise, die den Abstrich ablösen, in Entwicklung, aber noch nicht ausreichend validiert. Momentan ist von ihrem Einsatz abzuraten. **Bei Symptomen einer Atemwegserkrankung** ist (solange kein relevanter Personalmangel vorliegt, s. u.) immer eine Testung (PCR-Test) und Herausnahme aus der Versorgung erforderlich.

Situationen mit relevantem Personalmangel

Für Situationen mit relevantem Personalmangel im Rahmen der COVID-19-Pandemie hat das RKI differenzierte Optionen erarbeitet, um die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens zu erhalten. Je nach Exposition unterscheiden sich die Empfehlungen, gemeinsam sind ihnen aber folgende Möglichkeiten:

- **nach Exposition und Symptomfreiheit:** Arbeiten nur mit Gesichts-Schutz-Schild und Mund-Nasen-Schutz und wenn möglich, kein Einsatz in der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen.
- **bei Symptomen einer Atemwegserkrankung:** umgehende Testung auf SARS-CoV-2; bis zum Ergebnis Gesichts-Schutz-Schild und Mund-Nasen-Schutz während gesamter Anwesenheit bei der Arbeit. Siehe hierzu auch [Informationen des RKI](#)

Klinische Hinweise zur Behandlung von COVID-19-Fällen

- **Welche Begleiterkrankungen markieren das größte Komplikationsrisiko?**
 - 1 Kardiovaskuläre Erkrankungen (inklusive Hypertonie)
 - 2 Diabetes mellitus
 - 3 Adipositas
 - 4 COPD
 - 5 Immunsuppression
 - 6 Chronische Niereninsuffizienz

In einer neuen Veröffentlichung einer sehr großen Datenanalyse aus Großbritannien werden männliches Geschlecht, Armut und weitere Erkrankungen mit einem höheren Risiko für Mortalität assoziiert. Diese Ergebnisse bedürfen der Bestätigung durch weitere Studien.

Mit steigendem Alter erhöht sich zwar das Erkrankungsrisiko, die Letalität beträgt aber bei fehlenden Vorerkrankungen bis zum Alter von 80 Jahren lediglich 5 % (80-90 Jahre: 18 %; > 90 Jahre: 44 % – Nationale Kohorte Dänemark, 9.519 Patienten).

■ Arzneimitteltherapie

- Zur Zeit gibt es für den ambulanten Bereich keine evidenzbasierten Therapie-Optionen (zahlreiche Studien zur Arzneimitteltherapie sind angelaufen).
- Intravaskuläre Gerinnungsstörungen und nachfolgende Thromboembolien insbesondere im pulmonalen Gefäßbett – in der Regel durch erhöhte D-Dimere angezeigt – haben sich als wichtiger pathophysiologischer Faktor für einen schweren Krankheitsverlauf herausgestellt. Stationär aufgenommene Patienten werden in den meisten Krankenhäusern von Beginn an antikoaguliert. Obwohl wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit einer solchen Vorgehensweise bereits im ambulanten Bereich fehlen, kann man bei nicht antikoagulierten Risikopatienten (d. h. Patienten mit Begleiterkrankungen, siehe oben) mit positivem PCR-Abstrich eine prophylaktische Heparinisierung bei deutlich erhöhten D-Dimeren erwägen. Bei Übergewicht (BMI >30 analog KG >100 kg) kann die Standarddosis verdoppelt werden.
- Fieber sollte bei Atemwegserkrankungen grundsätzlich nicht reflexhaft gesenkt werden. Wenn eine Fiebersenkung notwendig ist, sollte insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären und/oder renalen Vorerkrankungen Paracetamol anstelle von NSAR verabreicht werden. Die Vorbehalte gegenüber NSAR gelten grundsätzlich für ältere Patienten wegen des Spektrums unerwünschter Wirkungen (kardial, gastrointestinal) – unabhängig von Covid-19. Im Allgemeinen (gilt für alle Altersgruppen) sind die bisherigen Bedenken gegen die Einnahme von NSAR bei Covid-19 durch eine nationale Kohortenstudie aus Dänemark weitgehend ausgeräumt.
- Vom ambulanten Einsatz von Hydroxychloroquin (HCQ) bei der Behandlung ambulanter COVID-19 Patienten wird abgeraten. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft weist auf das Risiko schwerwiegender Nebenwirkungen, insbesondere kardialer Nebenwirkungen wie Kardiomyopathie, QT-Verlängerung und Herzrhythmusstörungen hin.

■ Ethische Aspekte

- Es ist eine hausärztliche Pflicht, den Patientenwillen und das Selbstbestimmungsrecht zu beachten.
- Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass alle medizinisch notwendigen Maßnahmen durchgeführt werden können, auch in Pflegeheimen.
- Es ist – nicht nur in Zeiten der Pandemie – wichtig, auf mögliche Notfälle vorbereitet zu sein, um für die Betroffenen, Angehörigen, Pflegenden und Ärzte Handlungssicherheit zu schaffen. Hinweise zur präklinischen patienten-zentrierten Vorausplanung für den Notfall sind neben dieser Leitlinie auf www.degam.de publiziert, ebenso Hilfen zur Dokumentation.
- Bei Fragen zur palliativen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Atemnot empfehlen wir eine Zusammenarbeit mit den regionalen SAPV-Teams.

■ Versorgung von Patienten nach schwerer COVID-19-Erkrankung und nach Intensivtherapie

Spätfolgen der Erkrankung, nicht nur nach Intensivtherapie, können vielfältig sein. Generell unterscheidet man

- **physische** Einschränkungen (z. B. Polyneuropathien, Kachexie, Muskelschwäche, Lungenschädigungen oder Schluckstörungen nach Intubation),
- **kognitive** Defizite und
- **psychische** Beeinträchtigungen wie Depressionen oder posttraumatische Symptome, von denen auch Angehörige betroffen sein können.

Aktives Screening und frühzeitige Interventionen können möglicherweise helfen, schwere Verläufe abzuwenden. Dazu gehören die Kontrolle von peripherer Neurologie, von Gewicht, physischer Kraft, kardiopulmonaler Funktion, Schluckfunktion, Kognition sowie die aktive Abfrage psychischer Symptome.

Therapeutisch sind je nach Problematik frühzeitige Physiotherapie (u. a. funktionelles Bewegungstraining und Atemgymnastik), Ernährungsberatung, psychosomatische Begleitung und ggf. eine adjuvante Pharmakotherapie zu erwägen.

Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen

Es existieren keine Daten zur Kontagiosität von mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen. Aus diesem Grund muss ein mit SARS-CoV-2 infizierter Verstorbener als kontagiös angesehen werden. Ärztinnen/Ärzte, die eine äußere Leichenschau vornehmen und sonstiges medizinisches Personal sowie Bestatter, die Kontakt mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen haben, sollten die üblichen Schutzmaßnahmen ergreifen, wie beim Umgang mit SARS-CoV-2-Infizierten: Gesichtsschutzschild, Mund-Nasen-Schutz (bei Aerosol-Produktion FFP-2-Maske), Schutzkittel, Handschuhe.

Auf der Todesbescheinigung sollte auf die SARS-CoV-2-Infektion hingewiesen werden, ebenso sollten die Mitarbeiter/innen des Bestattungsinstituts darauf hingewiesen werden. Genaue Erläuterungen finden Sie beim RKI:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Verstorbene.html

Wichtig: Ein würdevoller Abschied hat große Bedeutung. Daher sollten die Wünsche des Verstorbenen und der Angehörigen – soweit möglich – umgesetzt werden.

Organisatorische Hinweise

- Auch im privaten Umfeld Kontakte reduzieren (z. B. zu Erkrankten, Enkelkindern, Älteren).
- Materialversand: alle Universitätskliniken und die meisten Labors testen.
- Hinweise zur Testung und Verpackung: www.rki.de/ncov-diagnostik

- Alle ärztlich angeordneten Tests werden ohne Prüfung erstattet.
- Extrabudgetäre Vergütung für alle COVID-19-Leistungen über Ziffer 88240 https://www.kbv.de/html/1150_44667.php. Diese Ziffer soll aber nicht gesetzt werden, wenn aufgrund des Alarms einer Corona-App getestet wird.
- Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit entsprechend KBV-Regelung nur bei symptomatischer Erkrankung möglich, nicht bei asymptomatischen Patienten, bei denen eine Quarantäne angeordnet wurde: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfo_Coronavirus_Krankschreibung.pdf
- **Attest bezüglich der Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe**
Attest für Personen mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 (Formulierungsvorschlag):

“Um eine SARS-CoV-2-Infektion zu vermeiden, sollen nach den Informationen und Hilfestellungen des RKI (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html) Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf Schutzmaßnahmen (z. B. Kontaktreduktion) durchführen. Dies gilt auch für den Einsatz und das Verhalten am Arbeitsplatz, der so zu gestalten ist, dass eine Gefährdung für das Leben sowie die Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten werden (vgl. § 4 Arbeitsschutzgesetz).

Hiermit bestätige ich, dass Herr/Frau XY, geb. am an einer Grunderkrankung leidet, die das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf bei einer SARS-CoV-2-Infektion erhöht.”

Diesem Formulierungsvorschlag liegt die Erwägung zugrunde, dass Hausärztinnen und Hausärzte bestehende Risikofaktoren für den schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung entsprechend den Vorgaben des RKI sowie das Vorliegen von chronischen Erkrankungen auf Wunsch von Patientinnen und Patienten bescheinigen können. Es ist jedoch nicht hausärztliche Aufgabe, in diesen Bescheinigungen eindeutige Gesundheitsprobleme mit ggf. weitreichenden Konsequenzen für den Berufstätigen zu konstatieren.

Die Entscheidung darüber, ob, wie und in welchem Umfang ein Mitarbeiter seine jeweilige Tätigkeit ausüben kann und soll, ist sehr individuell und letztlich durch den jeweiligen Arbeitgeber zu treffen.

Dabei hat sich der Arbeitgeber in seiner Entscheidungsfindung und hinsichtlich möglicher Konsequenzen in erster Linie eng mit seinem Mitarbeiter und vor allem mit betriebsärztlichen Stellen abzustimmen. Nur in wenigen einzelnen Ausnahmefällen kann es angemessen erscheinen, sich im Rahmen des Attestes eindeutiger zu positionieren. Dies obliegt dem hausärztlichen Ermessen.

■ **Attest bezüglich der Befreiung von der Maskenpflicht**

Die meisten Bundesländer haben Ausnahmen von der Maskenpflicht definiert, wie z. B.:

- Kinder bis zum 6./7. Geburtstag
- Personen, denen eine Mund-Nasen-Bedeckung aufgrund einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen unzumutbar ist
- zwecks der Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung
- zu Identifikationszwecken etc.

Dies führt dazu, dass in Hausarztpraxen Anfragen eingehen, um eine ärztliche Befreiung von der Maskenpflicht via Attest zu erreichen. Grundsätzlich ist eine Befreiung aus gravierenden medizinischen Gründen möglich, aber sicherlich nur in absoluten Ausnahmefällen gerechtfertigt. Ein solches Attest ist sehr eng und individuell zu fassen und kann sich nicht ausschließlich auf das Vorliegen einer chronischen Erkrankung beziehen – ganz im Gegenteil: hier sind in der Regel Schutzmaßnahmen besonders sinnvoll. Es sollte vielmehr darum gehen, festzustellen, ob eine nachweisliche und schwere Krankheitsverschlechterung (z. B. signifikante Dyspnoe) durch den Mund-Nasen-Schutz hervorgerufen wird, die unter Umständen ein Attest rechtfertigt. Bitte prüfen Sie deshalb sehr streng und individuell, ob eine Befreiung vom Mund-Nasen-Schutz wirklich die einzige Lösung ist.

Eine Übersicht, in welchen Bundesländern ein Gesichtsschutzschild als Ersatz für einen Mund-Nase-Schutz erlaubt ist, finden Sie hier: <https://www.doz-verlag.de/Newsbeitrag/corona-wo-visiere-als-alternative-zur-maske-gelten>

Mögliche Optionen zur Entlastung der Praxis

Für alle Maßnahmen gilt: Schutz von Risikogruppen und Praxismitarbeiter/innen vorrangig (individuell an Möglichkeiten der jeweiligen Praxis anzupassen).

Schutz des Praxisteam

- Hustenetikette, intensivierete Desinfektion von Händen und Oberflächen (ggf. Anpassung des Hygieneplans)
- Empfang schützen (z. B. Abstandsmarkierung mit Tape auf dem Boden, Plexiglasschutz)
- Bei Arbeit mit Patienten: Abstand halten, Gesichtsschutzschild, Mund-Nasen-Schutz/Maske nach Verfügbarkeit
- Wenn möglich, regelmäßig Fenster der Praxis öffnen, um mit Virus belastete Aerosole zu reduzieren.
- Händedesinfektion über Spender am Praxiseingang anbieten (3 ml, 30 Sekunden)

Bitte entscheiden Sie über den Umgang mit Infektpatient/innen in Ihrer Praxis und berücksichtigen Sie dabei, dass es auch weiterhin darum geht, die Verbreitung der Infektion zu verhindern und insbesondere die Risikogruppen zu schützen. Gleichzeitig muss der hausärztliche Arbeitsauftrag erfüllt werden, so dass die Wiederaufnahme von Routine-Hausbesuchen,

Patientenschulungen, DMP- und anderen Routineuntersuchungen unter Beachtung aller Hygieneregeln möglich erscheint, vorausgesetzt, es ist genug Platz und Schutzkleidung vorhanden.

- ▶ Stimmen Sie im Praxisteam die Triage ab, sodass Ihr Team bereits am Telefon Patient/innen filtern kann: Passen Sie Ihre (Online)Terminvergabe an.
- ▶ Bauen Sie Ihre Telefon- und/oder Videosprechstunden aus.
- ▶ Für Infektpatient/innen, die Sie persönlich untersuchen möchten, sollten Sie eine **Infektsprechstunde** einrichten, um sie von anderen **zeitlich und ggf. auch räumlich zu trennen**. Option für größere Praxen: Bilden Sie nach Möglichkeit ein Infekt-Team (nicht chronisch krank/immunsupprimiert) und ein Nicht-Infekt-Team (überwiegend am PC bzw. Telefon tätig).
- ▶ Informieren Sie über Aushänge und Ihre Praxiswebseite über veränderte Praxisorganisation/Infektionsschutz-Maßnahmen für Patienten.
- ▶ **Behandlung von Kindern** (potentielle Vektoren, aber selten krank): möglichst nicht im Rahmen der Chroniker-Sprechstunde, sondern idealerweise in einer eigenen Sprechstunde.
- ▶ Unnötige **persönliche Patientenkontakte reduzieren** (z. B. Rezepte/Überweisungen per Post zusenden).
- ▶ Besuche in **Krankenhäusern**, Pflegeheimen etc. ausschließlich mit Maske, Gesichtsschutz-Schild und Handschuhen.
Handschuhe **nach jedem Patienten, Maske je nach Durchfeuchtung wechseln**.
- ▶ Gesichtsschutz-Schild stets nach dem Abnehmen mit 70 % Isopropylalkohol desinfizieren.
- ▶ Klinisch schwere Fälle ggf. bereits telefonisch einweisen (Tel. 112).

Teambesprechungen

Nutzen Sie kurze **Teambesprechungen**, um Abläufe, Verbesserungen und eigene Sorgen zu erörtern, z. B. morgendliches Briefing des ganzen Praxis-Teams. Bitte auch hier auf 2 m Abstand achten!

Gespräche mit Pflegeeinrichtungen

Die in Pflegeeinrichtungen zu etablierenden Maßnahmen sollen denselben Prinzipien folgen, wie die Maßnahmen in der Praxis:

- Räumliche Trennung und Isolierung von akut respiratorisch Erkrankten (unabhängig davon, ob Testung möglich war), ggf. gemeinsame Isolierung von erkrankten Gruppen (siehe [Handlungsempfehlung zur Häuslichen Isolierung](#) der DEGAM)
- Einschränken von Gemeinschaftsaktivitäten innerhalb der Einrichtung
- Wo gefahrlos möglich, Reduktion direkter, persönlicher Arzt-Patient-Kontakte, trotzdem Heimbewohnern Sicherheit geben, z. B. durch kurze, ressourcenorientierte Telefonate, ggf. Telemedizin. Unter Einhaltung der Hygieneregeln (Maske, Gesichtsschutz-Schild und Handschuhe) sind in der aktuellen Situation auch Routine-Heimbesuche möglich. Falls möglich, immer Fenster öffnen.
- Regelmäßiger telefonischer Austausch mit Pflegepersonal zwecks Führung von durch soziale Isolation gefährdeter Bewohner/innen.

- Reduktion von Besuchen soweit vertretbar, kein Zutritt von Erkrankten oder Kontaktpersonen zu den Einrichtungen (Besuchsreduktion in vielen Einrichtungen bereits realisiert).
- Einhaltung eines Besuchskonzeptes, das den Wunsch nach Besuch und den Schutz der Bewohner/innen gleichermaßen berücksichtigt (Registrierung der Besucher/innen, zeitliche Begrenzung, Unterweisung der Besucher/innen in Schutzmaßnahmen), ggf. Einrichtung eines Bildtelefons zur Kommunikation mit Angehörigen.
- Schulung der Beschäftigten hinsichtlich der erforderlichen Maßnahmen, Schutzkleidung bei der Pflege von Erkrankten (FFP-2 Maske, Gesichts-Schutz-Schild, Schutzkittel, Handschuhe, Schutzbrille), Hygieneregeln, Tätigkeitsverbot für erkrankte Beschäftigte (Gefährdung Dritter), d. h. bei Infektzeichen nicht zur Arbeit gehen bzw. die Arbeitsstelle sofort verlassen, sich isolieren und testen lassen.
- Grundsätzliches Tragen von FFP2 bzw. MNS im Bewohner/innen-Bereich durch alle Berufsgruppen und Besucher/innen.
- Ein tägliches Screening (einmal pro Tag) der Sauerstoffsättigung durch das Pflegepersonal mittels Pulsoxymeter wird vom RKI empfohlen. Bei Abfall der Sauerstoffsättigung und fehlenden Hinweisen auf andere organische Ursachen (wie z. B. eine dekompensierte Herzinsuffizienz) sollte eine bisher unerkannte SARS-CoV-2-Infektion erwogen und ein PCR-Test veranlasst werden. Absolute Zahlen für den Abfall der Sauerstoffsättigung werden explizit nicht genannt, weil die Bewertung vom individuellen Patienten und seinen Vorerkrankungen abhängt.
- Derzeit gibt es keine verbindliche Regelung zur Kostenübernahme einer Testung auf SARS-CoV-2 von asymptomatischen Patienten vor Aufnahme in ein Pflegeheim – obwohl eine Testung grundsätzlich sinnvoll ist.
- RKI-Empfehlungen zu Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen finden sich hier: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.html

Generell: Aktualisierung von Patientenverfügungen

Weitere sinnvolle Praxishilfen: www.degam.de bzw. www.hausaerzteverband.de oder www.ihf-fobi.de/covid-19

Weitere Informationen

■ Quarantäne bei Einreisen nach Deutschland

Für Einreisen nach mehrtägigem Aufenthalt in einem EU-Mitgliedsstaat, einem Schengen-assoziierten Staat oder dem UK haben Bund und Länder die Quarantäneempfehlung aufgehoben. Ausnahme: Wenn der jeweilige Staat eine Neuinfiziertenzahl von mehr als 50 Fällen pro 100.000 Einwohner kumulativ in den letzten sieben Tagen aufweist. Siehe RKI: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene_Einreisen_Deutschland.html).

Personen, die aus einem der nicht ausgenommenen Länder nach Deutschland einreisen (d.h. einem Risikogebiet), müssen nach ihrer Einreise unverzüglich in Quarantäne und eigeninitiativ die zuständige Kreisverwaltungsbehörde (Landratsamt) und/oder das Gesundheitsamt informieren. Gemäß der jeweiligen Quarantäneverordnung des Bundeslandes kann eine Pflicht zur 14-tägigen Quarantäne bestehen.

Die Einreisenden müssen die jeweiligen Quarantäne-Bestimmungen ihres Bundeslandes beachten.

Über die Anerkennung von negativen PCR-Ergebnissen zur Verkürzung oder Aufhebung der Quarantäne entscheidet das zuständige Gesundheitsamt.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Tests.html

RKI Informationen zur Ausweisung internationaler Risikogebiete: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html?nn=13490888

Reise- und Sicherheitshinweise des Auswärtigen Amtes sowie Informationen der Bundesregierung für Reisende und Pendler:

<https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/corona-regelungen-1735032>

- **Medizinisches Personal, das mit einem Verdachtsfall in Kontakt gekommen ist**, gilt bei Einhaltung der üblichen Hygienestandards **nicht** als „enge“ Kontaktperson und muss weder unter Quarantäne, noch getestet werden (letztlich entscheidet das Gesundheitsamt).

Orientierende Hinweise zur Definition von Kontaktpersonen und zum weiteren Vorgehen finden sich beim RKI: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Grafik_Kontakt_allg.pdf?__blob=publicationFile

- Wünsche von Eltern nach eigener Krankschreibung wegen Schließung von Schulen/Kitas: Hinweise/Regelungen von KVen und Hausärzteverband beachten.
- Die Handlungsempfehlung für häusliche Isolierung erhalten Sie in Englisch, Persisch, Französisch, Polnisch und Spanisch unter www.degam.de.

Einen Info-Flyer für die häusliche Isolierung bei bestätigter COVID-19-Erkrankung gibt es zudem beim RKI, dieser ist auch in Bulgarisch, Englisch, Russisch, Türkisch und Ungarisch verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/haeusl-Isolierung.html

■ **Praxisschilder**

Infekt-Patienten von anderen, insbesondere Risiko-Patienten separieren und zu allen sichtbar erkrankten Patienten (insbesondere zu „Verdachtsfällen“) zwei Meter Abstand halten und sich nicht an Husten/Anniesen lassen. Um dieses Ziel zu erreichen, könnte – auch bei fehlender Schutzausrüstung – vor und in der Praxis die Aufstellung eines ausreichend großen und gut lesbaren Schildes nützlich sein.

Beispiele für Praxisschilder

(je nach individueller Situation zu verändern)

Haben Sie Husten, Schnupfen, Halsschmerzen, Geruchs-/Geschmacksstörungen oder andere Zeichen einer Infektion (z.B. Durchfall)?

Bitte die Praxis möglichst nur nach vorheriger Terminabsprache betreten.

Gehen Sie nach Hause und rufen Sie uns an. Wir besprechen das weitere Vorgehen am Telefon.

So können wir gemeinsam das Infektionsrisiko verringern.

Liebe Patientin, lieber Patient,

halten Sie bitte zu unserem Schutz 2 Meter Abstand vom Tresen.

Bitte tragen Sie wie beim Einkaufen oder im Bus einen Mund-Nasen-Schutz.

Bitte husten/niesen Sie nicht in die Hand, sondern in ein Taschentuch oder in den Ärmel.

Bitte nutzen Sie beim Betreten und Verlassen der Praxis den Desinfektionsspender: Mittel 30 Sekunden einreiben.“

■ Hygieneregeln anwenden – regelmäßige Übungen

- Bitte denken Sie und Ihre Mitarbeiter/innen, bei aller möglichen Betriebsamkeit in der Praxis, immer auch an häufige Händedesinfektion und Einhaltung der Hustenetikette, wie im o. g. Praxisschild beschrieben.
- Regelmäßige Teambesprechungen bzw. Übungen erleichtern die Einhaltung solcher Maßnahmen und können bei der Bewältigung des in diesen Zeiten erhöhten Stresslevels helfen. Bei dieser Gelegenheit auf die Bedeutung von Frischluft und Fensteröffnung hinweisen.

■ Wer ist Ihr primärer Ansprechpartner bei Unklarheiten?

Das Gesundheitsamt auf lokaler/regionaler/Landes-Ebene.

- ▶ Gesundheitsamt-Suche nach PLZ: <https://tools.rki.de/plztool/>