

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
leitlinien@degam.de

Stand 23/11/2020 (Version 15)

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

An einzelnen Stellen wird mittels Hyperlinks auf weiterführende Literatur verwiesen. Es würde den Rahmen dieser Handlungsempfehlung überschreiten, die wissenschaftliche Literatur zu jeder einzelnen Aussage zu diskutieren.

Inhalt

1	Versorgungsproblem	4
2	Zielgruppe, Adressaten und Zielsetzung	4
3	Zusammenfassung der Empfehlungen	4
4	Definition und Epidemiologie des Gesundheitsproblems	10
5	Umgang mit der Pandemie	10
5.1	Übergeordnete Strategien	10
5.2	Klinisches Bild und Übertragungswege	11
5.3	Grundsätze für die Hausärztliche Praxis	12
5.4	Optionen zur Entlastung der Praxis	14
5.5	Gespräche mit Pflegeeinrichtungen	15
6	Teststrategie	16
6.1	Testkriterien	16
6.2	Umgang mit nicht-getesteten Patienten mit Atemwegssymptomen	18
6.3	Praktisches Vorgehen beim Testen	19
6.4	Reihentestungen	20
6.5	Die Corona Warn-App	21
6.6	Testverfahren auf SARS-CoV-2	22
7	Risiken und Fallschwere	25
7.1	Risiken	25
7.2	Klinische Hinweise zur Diagnostik und Behandlung von COVID-19	25
8	Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung	28
9	Anhang	30
9.1	Ethische Aspekte	30
9.2	Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen	30
9.3	Organisatorische Hinweise	31
9.3.1	Krankschreibungen und Atteste	31
9.3.2	Quarantäne und Testungen bei Einreise und Rückkehr nach Deutschland	32
9.3.3	Medizinisches Personal mit Kontakt zu einem SARS-CoV-2 positiv Getesteten	33

1 Versorgungproblem

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum SARS-CoV-2-Virus nehmen rasant zu. Das Infektionsgeschehen ist sehr dynamisch und erfordert auf medizinischer und politischer Ebene permanente Anpassungen der Strategien zur Pandemiebekämpfung. So verlangt die SARS-CoV-2-Pandemie von hausärztlichen Praxen ein hohes Maß an Aktivität und Flexibilität, um ihre Patientinnen und Patienten bestmöglich zu versorgen, einen Beitrag zum Schutz der Gesellschaft zu leisten und eine Überforderung des gesamten Gesundheitswesens zu vermeiden.

2 Zielgruppe, Adressaten und Zielsetzung

Ziel dieser Leitlinie ist es, Empfehlungen für unterschiedliche Szenarien und Behandlungsanlässe mit Bezug zur SARS-CoV-2-Pandemie zu geben, die für die hausärztliche Versorgung relevant sind. Damit wollen wir Hausärztinnen und Hausärzte darin unterstützen, 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 beim Erkennen und dem Management lokaler Ausbrüche. Weiterhin werden Maßnahmen zum Selbst- und Fremdschutz, zur Praxisorganisation und intensiven Zusammenarbeit mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens empfohlen.

3 Zusammenfassung der Empfehlungen

5.2 Klinisches Bild und Übertragungswege

5.2.1 Statement

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 auch Kopf- und Gliederschmerzen, Diarrhoe, abdominelle Beschwerden oder Halsschmerzen vor.

Quelle: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768391>

5.2.2 Statement

Asymptomatisch Infizierte können ansteckend sein.

Quelle: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>

5.2.3 Statement

Der Hauptübertragungsweg in der Bevölkerung erfolgt über virushaltige Tröpfchen und Aerosole (Aerosol: Mischung aus fein verteilter Flüssigkeit in einem Gas). Kontakt-Übertragungen über kontaminierte Oberflächen spielen nur eine geringe Rolle.

Quelle: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2768396>

5.3 Grundsätze für die Hausärztliche Praxis

5.3.1 Empfehlung

Als Schutzmaßnahme im medizinischen Bereich mit direktem Patientenkontakt sollen ein Gesichts-Schutz-Schild (englische Bezeichnung: "face shield") über einer anderen Maske (FFP-2 oder -3 bzw. chirurgische Maske), Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Schutzbrille getragen werden. FFP-2 bzw. FFP-3 Masken mit Ausatemventil sind obsolet, da sie im Falle einer Infektion der sie tragenden Person keinen ausreichenden Schutz anderer Personen bieten.

Quelle:

<https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Coronavirus/pdf/Schutzmasken.pdf>

https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Coronavirus/pdf/Point-Of-Care-SARS-CoV-2%20Diagnostik.pdf?__blob=publicationFile&v=2

5.3.2 Empfehlung

Zum Schutz der Praxis und der Patientinnen und Patienten sollen/soll

- Patientinnen und Patienten nicht ohne Mund-Nasen-Abdeckung in der Praxis erscheinen. (ein normaler Schal [Stoff, einlagig] ist als Mund-/Nasenbedeckung allerdings ungeeignet), ggf. soll der Patient/die Patientin mit einem MNS versorgt werden.
- ein Mindestabstand von mindestens 1,5 m eingehalten werden.
- Abstandsmarkierungen am Empfang mit Tape auf dem Boden und/oder Plexiglasschutz vorgehalten werden.
- Händedesinfektion über Spender am Praxiseingang angeboten werden (3 ml, 30 Sekunden Einwirkzeit).
- regelmäßig Fenster der Praxis zur Quer- oder Stoßlüftung geöffnet werden. [<https://t1p.de/syo3>]
- Patientinnen und Patienten mit und ohne Infekt zu unterschiedlichen Zeiten (z. B. im Rahmen einer Infektsprechstunde) bzw. in unterschiedlichen Bereichen gesehen werden.

- für Patientinnen und Patienten, die leicht erkrankt sind, die Behandlung vorzugsweise telefonisch bzw. per Video erfolgen. Dabei ist individuell zu entscheiden, ob ein Abstrich erfolgen soll (entweder im Testzentrum oder in der Praxis).
- Patientinnen und Patienten mit Symptomen, die in der Praxis untersucht/versorgt werden müssen, in einen eigenen, möglichst gut gelüfteten Praxisraum oder in separaten Bereich außerhalb der Praxis geleiten werden.

Expertenkonsens

6.1 Testkriterien

6.1.1 Empfehlung

In Abwandlung der kürzlich beschlossenen Nationalen Teststrategie empfiehlt das RKI die Abklärung einer potentiellen SARS-CoV-2-Infektion nur noch bei folgenden Situationen:

- schwere respiratorische Symptome (bspw. durch akute Bronchitis oder Pneumonie, Atemnot oder Fieber)
- akute Störung des Geruchs- bzw. Geschmackssinns
- ungeklärte Erkrankungssymptome und Kontakt (KP1) mit einem bestätigten COVID-19-Fall
- anhaltende respiratorische Symptome mit klinischer Verschlechterung.
- akute respiratorische Symptome jeder Schwere
UND
 - Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe (z. B. Alter, Vorerkrankungen) ODER
 - Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis, Krankenhaus ODER
 - erhöhte Expositionswahrscheinlichkeit (z. B. im Rahmen eines Ausbruchs, bei Veranstaltungen mit > 10 Personen in geschlossenen und unzureichend durchlüfteten Räumen und unzureichender Anwendung der AHA+L-Regeln) ODER
 - Kontakt im Haushalt oder zu einem Cluster von Personen mit ARE ungeklärter Ursache wenn die COVID-19 7-Tages-Inzidenz im Landkreis >35/100.000 Einwohner/innen ODER
 - wenn während des Zeitraums der Symptomatik die Möglichkeit einer Weiterverbreitung an viele weitere Personen bestand ODER
 - weiterhin enger Kontakt zu vielen Menschen (als Lehrer/in, Sozialarbeiter/in etc.) oder zu vulnerablen Gruppen/Risikopatienten (in Familie, Haushalt, Tätigkeit) besteht.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Testkriterien_Herbst_Winter.html#

6.2 Umgang mit nicht-getesteten Patienten mit Atemwegssymptomen

6.2.1 Empfehlung

Symptomatische Patientinnen und Patienten, die nicht getestet werden, sollten sich so verhalten, dass Übertragungen verhindert werden: Häusliche Selbst-Isolation für 5 Tage; Isolationsende erst nach mindestens 48 h Symptomfreiheit.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Testkriterien_Herbst_Winter.html

6.2.2 Empfehlung

Im Fall von knapp werdenden Testressourcen sollte das Testen wie folgt priorisiert werden:

1. Symptomatische Personen
2. Personen mit Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall sowie bei Ausbrüchen von SARS-CoV-2 in Krankenhäusern, Heimen und Praxen
3. Aufnahme bzw. Wiederaufnahme in Einrichtungen
4. Menschen mit beruflichem Risiko, beispielsweise durch Tätigkeit in Medizin und Pflege
5. Reiserückkehrer/innen bzw. Besucher/innen von Einrichtungen

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html

6.2.3 Statement

Das Vorgehen bei der Testung unterscheidet sich nicht bei Schulkindern und Kindern, die noch nicht zur Schule gehen.

Expertenkonsens

6.3 Praktisches Vorgehen beim Testen

6.3.1 Statement

Ob in der Praxis getestet werden soll oder an ein Testzentrum verwiesen wird, bleibt eine individuelle Entscheidung.

Expertenkonsens

6.3.2 Empfehlung

Alle Patientinnen/Patienten bei denen ein Test durchgeführt wird, sollten mindestens bis zum Testergebnis in häuslicher Isolierung verbleiben.

Enge Kontaktpersonen und alle häuslichen Mitbewohner/innen sollten Sozialkontakte minimieren und besonders intensiv auf Hygiene achten.

Auch wenn das Testergebnis negativ ist, sollten sich symptomatische Patientinnen und Patienten soweit wie möglich isolieren, um Übertragungen von Atemwegserkrankungen generell zu reduzieren.

Expertenkonsens

6.3.3 Empfehlung

Bei negativem Testergebnis, aber klinisch fortbestehendem Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion, wenn z. B. begründete Zweifel an der verwendeten Abstrich-technik/Testdurchführung bestehen, kann ein Test kurzfristig wiederholt werden.

Expertenkonsens

6.6 Testverfahren auf SARS-CoV-2

6.6.1 Empfehlung

Untersuchung auf SARS-CoV-2-Antikörper: Der Nutzen von Antikörpern beschränkt sich zur Zeit auf Seroprävalenzstudien zur Prüfung der Durchseuchung einer Bevölkerungsgruppe. Antikörpertests sollten in der hausärztlichen Praxis in der Regel nicht durchgeführt werden.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html#doc13490982bodyText7

7.2 Klinische Hinweise zur Diagnostik und Behandlung von COVID-19

7.2.1 Empfehlung

Triagierung und Vorgehen nach Symptomen und Risikokonstellation

- Bei leichten unspezifischen Symptomen und niedrigem Risiko sollten erfolgen:
 - telefonische Evaluation und Beratung
 - telefonische AU und Isolierung für mind. 5-7 Tage (Ende der AU, wenn mind. 48 h symptomfrei)
 - bei knappen Ressourcen entsprechend RKI kein routinemäßiger Abstrich
 - Abstrich (PCR oder Antigen-Schnelltest) in Praxis oder regionaler Testeinrichtung in Einzelfällen individuell zu erwägen. Mögliche Gründe: medizinische/pflegerische berufliche Tätigkeit oder vulnerables häusliches Umfeld des Patienten
- Bei Symptomen mit deutlicher AZ-Beeinträchtigung und/oder erhöhtem Risiko sollten erfolgen:
 - ggf. direkte Krankenhauseinweisung (bei erkennbarem/Verdacht auf abwendbar gefährlichen Verlauf)
 - ansonsten telefonische Einbestellung in die Infektsprechstunde
 - Untersuchung und PCR-Abstrich in der Infektsprechstunde (falls eingerichtet)
 - weiteres Vorgehen nach klinischer Situation
 - Bei weiterbestehender Symptomatik erneute Prüfung alternativer Ursachen infektiöser oder nicht-infektiöser Genese.

Expertenkonsens

7.2.2 Empfehlung

Leichter Erkrankte

Die im Kapitel „Schwerkranke“ genannten Informationen sollten auch beim regelmäßigen Monitoring (telefonisch oder elektronisch, ggf. beim Hausbesuch mit Schutzausrüstung) der an COVID-19 erkrankten, ambulant betreuten Patientinnen und Patienten erhoben werden. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass auch eine bereits fortgeschrittene COVID-19-Erkrankung mit vergleichsweise geringer subjektiver Beeinträchtigung des Wohlbefindens einhergehen und sich das Zustandsbild rasch verschlechtern kann (Verschlechterung oft nach ca. 7 Tagen).

Expertenkonsens

4 Definition und Epidemiologie des Gesundheitsproblems

Nach einem vorübergehenden Rückgang der Neuinfektionsrate mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) in Deutschland im Sommer, steigt die Rate seit dem Herbst wieder deutlich an. Daher ist bei Atemwegs- und anderen Symptomen (s. u. klinisches Bild) grundsätzlich auch an eine SARS-CoV-2-Infektion zu denken. Lokale Ausbrüche sind jederzeit möglich und bedürfen schneller Maßnahmen, um eine unkontrollierte Weiterverbreitung der Infektion zu verhindern. Nicht allein die deutlich steigenden Zahlen an gemeldeten Testpositiven, sondern vor allem

- das steigende Alter der positiv Getesteten,
- die wachsende Zahl von stationär Behandlungsbedürftigen und Intensivpatienten sowie
- der Verstorbenen

sind wichtige Indikatoren der klinischen Relevanz des Infektionsgeschehens.

Für aktuelle Daten siehe Lageberichte des RKI:

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

Die Belegung der Intensivstationen mit Covid-19-Kranken findet sich tagesaktuell unter <https://www.divi.de/register/tagesreport>.

Wichtig ist die Unterscheidung von Case-fatality-rate = CFR und Infection-fatality-rate = IFR: Die CFR ist die Rate an Verstorbenen der (bekannten) gemeldeten Testpositiven. Die IFR hingegen stellt die Rate an Verstorbenen an allen Infizierten dar - diese ist (wegen der schwer abschätzbaren Dunkelziffer) aber nicht genau bekannt und wird oft auf der Basis von Seroprävalenzdaten geschätzt.

5 Umgang mit der Pandemie

5.1 Übergeordnete Strategien

Die Strategien zum Umgang mit der Pandemie sind in der RKI-Veröffentlichung „Die Pandemie in Deutschland in den nächsten Monaten – Ziele, Schwerpunktthemen und Instrumente für den Infektionsschutz“ zusammengefasst: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Strategie_Ergaenzung_Covid.html

Wesentliche Elemente sind:

- Gesundheitsversorgung sicherstellen
- Versorgung Infizierter und Nicht-Infizierter trennen
- (Selbst-)Isolation Erkrankter und deren Testung

- Erkennen von Infizierten (Testung) und deren Isolation
- Quarantäne von Kontaktpersonen von Infizierten
- Sogenannte **AHA+L plus C Regeln** einhalten:
 - A** = **Abstand halten** (mind. 1,5 m)
 - H** = **Hygiene beachten** (Husten- und Niesetikette, Händewaschen)
 - A** = **Alltagsmasken tragen** [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32869039/>]
 - L** = **Lüften von geschlossenen Räumen**
 - C** = **Corona-Warn-App nutzen**
- Schutz und Unterstützung vulnerabler Gruppen

5.2 Klinisches Bild und Übertragungswege

Die Symptome von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 können unspezifisch sein und den Symptomen anderer respiratorischer Erkrankungen ähneln. **Eine klinische Unterscheidung** zwischen einer SARS-CoV-2-Infektion und einer Influenza oder Erkältung bzw. einer anderen Atemwegsinfektion **ist schwierig bis unmöglich**.

5.2.1 Statement

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 auch Kopf- und Gliederschmerzen, Diarrhoe, abdominelle Beschwerden oder Halsschmerzen vor.

Quelle: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768391>

5.2.2 Statement

Asymptomatisch Infizierte können ansteckend sein.

Quelle: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0869-5>

Nach vorliegenden Daten verlaufen rund 30% der Infektionen (besonders häufig bei Kindern und älteren Menschen) asymptomatisch, ca. 45-55% verlaufen mild bis moderat, ca. 15% der Infizierten müssen stationär aufgenommen werden. Unter jungen, ansonsten gesunden Patientinnen und Patienten, ist der Anteil schwerer Erkrankungsverläufe geringer als unter älteren Risikopatientinnen und -patienten (s.u.). Von den schwer Erkrankten benötigt ca. ein Drittel Behandlung auf einer Intensivstation. Rund 25% der intensivpflichtigen Patienten versterben (weltweit). Wenn eine klinische Verschlechterung erfolgt, dann oft 7-10 Tage nach Symptombeginn.

5.2.3 Statement

Der Hauptübertragungsweg in der Bevölkerung erfolgt über virushaltige Tröpfchen und Aerosole (Aerosol: Mischung aus fein verteilter Flüssigkeit in einem Gas). Kontakt-Übertragungen über kontaminierte Oberflächen spielen nur eine geringe Rolle.

Quelle: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2768396>

Händehygiene ist dennoch 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. Infektiosität besteht bereits ca. zwei 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. Virus-RNA im Rachenabstrich ist in Einzelfällen auch deutlich länger als 14 Tage nachgewiesen worden (je schwerer der Krankheitsverlauf, desto länger kann das Virus nachgewiesen werden). Der Nachweis von Virus-RNA ist nicht gleichbedeutend mit Infektiosität (die positiven PCR-Testresultate enthalten nicht immer die Angabe der ct [cycle threshold], die bei Werten >30 fehlende Infektiosität signalisiert). Zur Frage, wie lange vermehrungsfähiges und damit infektiöses Virus im Rachen persistiert, gibt es kaum Daten. Im Stuhl Infizierter ist Virus-RNA bis zu sieben Wochen nachgewiesen worden, was allerdings nicht bedeutet, dass dieses Virus noch infektiös ist. Inzwischen sind mehrere Fälle von Reinfektionen beschrieben worden, die auf eine begrenzte Immunitätsdauer hinweisen. Abgesehen vom bislang seltenen Vorkommen, sind die genauen pathophysiologischen Mechanismen noch nicht hinreichend geklärt.

5.3 Grundsätze für die Hausärztliche Praxis

Machen Sie Ihre Patientinnen und Patienten mit akuten respiratorischen Infekten und/oder Fieber darauf aufmerksam, dass sie nicht direkt in die Praxis kommen, sondern zunächst telefonieren/faxen/mailen (regionale Gegebenheiten berücksichtigen):

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

Schutzausrüstung

Schutz und Sicherheit anderer Patientinnen und Patienten sowie der Praxismitarbeiter/innen haben höchste Priorität. Daher: **keine Testung auf SARS-CoV-2 bei fehlender Schutzausrüstung** (insbesondere Maske [mind. FFP-2 ohne Ausatemventil]) und Gesichtsschutzschild, in diesem Fall ggf. **Schild vor der Praxis: „Praxis führt keine Testungen durch.“** oder Patienten-Selbstabstrich außerhalb der Praxis erwägen (Die Qualität von Selbstabstrichen ist nach vorliegender Evidenz den von medizinischem Personal durchgeführten Abstrichen vergleichbar [<https://www.mdpi.com/2075-4418/10/9/678/pdf>, <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2016321?articleTools=true>]).

Fehlende oder nicht angelegte FFP-2/FFP-3-Masken erhöhen das Risiko für eine SARS-CoV-2-Infektion bei Ärztinnen/Ärzten und Medizinischen Fachangestellten.

5.3.1 Empfehlung

Als Schutzmaßnahme im medizinischen Bereich mit direktem Patientenkontakt sollen ein Gesichtsschutzschild (englische Bezeichnung: “face shield”) über einer anderen Maske (FFP-2 oder -3 bzw. chirurgische Maske), Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Schutzbrille getragen werden. FFP-2 bzw. FFP-3 Masken mit Ausatemventil sind obsolet, da sie im Falle einer Infektion der sie tragenden Person keinen ausreichenden Schutz anderer Personen bieten.

Quelle:

<https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Coronavirus/pdf/Schutzmasken.pdf>

https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Coronavirus/pdf/Point-Of-Care-SARS-CoV-2%20Diagnostik.pdf?__blob=publicationFile&v=2

5.3.2 Empfehlung

Zum Schutz der Praxis und der Patientinnen und Patienten sollen/soll

- Patientinnen und Patienten nicht ohne Mund-Nasen-Abdeckung in der Praxis erscheinen. (ein normaler Schal [Stoff, einlagig] ist als Mund-/Nasenbedeckung allerdings ungeeignet), ggf. soll der Patient/die Patientin mit einem MNS versorgt werden.
- ein Mindestabstand von mindestens 1,5 m eingehalten werden.
- Abstandsmarkierungen am Empfang mit Tape auf dem Boden und/oder Plexiglasschutz vorgehalten werden.
- Händedesinfektion über Spender am Praxiseingang angeboten werden (3 ml, 30 Sekunden Einwirkzeit).
- regelmäßig Fenster der Praxis zur Quer- oder Stoßlüftung geöffnet werden. [<https://t1p.de/syo3>]

- Patientinnen und Patienten mit und ohne Infekt zu unterschiedlichen Zeiten (z. B. im Rahmen einer Infektsprechstunde) bzw. in unterschiedlichen Bereichen gesehen werden.
- für Patientinnen und Patienten, die leicht erkrankt sind, die Behandlung vorzugsweise telefonisch bzw. per Video erfolgen. Dabei ist individuell zu entscheiden, ob ein Abstrich erfolgen soll (entweder im Testzentrum oder in der Praxis).
- Patientinnen und Patienten mit Symptomen, die in der Praxis untersucht/versorgt werden müssen, in einen eigenen, möglichst gut gelüfteten Praxisraum oder in separaten Bereich außerhalb der Praxis geleitet werden.

Expertenkonsens

Generell: Aktualisierung von Patientenverfügungen

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

5.4 Optionen zur Entlastung der Praxis

- ▶ Stimmen Sie im Praxisteam die Triage ab, sodass Ihr Team bereits am Telefon Patientinnen und Patienten filtern kann, passen Sie Ihre (Online)Terminvergabe an.
- ▶ Bauen Sie Ihre Telefon- und/oder Videosprechstunden aus.
- ▶ Option für größere Praxen: Bilden Sie nach Möglichkeit ein Team für Patientinnen und Patienten mit Infekten (Teammitglieder sollten nicht chronisch krank/immunsupprimiert sein) und ein Nicht-Infekt-Team (ist auch für die Arbeiten ohne direkten Patientenkontakt zuständig).
- ▶ Informieren Sie über Aushänge und Ihre Praxiswebseite über veränderte Praxisorganisation und 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).
- ▶ **Für Besuche in Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. gelten die gleichen beschriebenen Hygienemaßnahmen**

- ▶ Gesichts-Schutz-Schild stets nach dem Abnehmen mit 70 % Isopropylalkohol des infizieren.
- ▶ Klinisch schwere Fälle bereits telefonisch einweisen (Tel. 112).
- ▶ Nutzen Sie kurze **Teambesprechungen**, um Abläufe, Verbesserungen und Sorgen zu erörtern, z. B. morgendliches Briefing des ganzen Praxisteam. Bitte auch hier auf mindestens 1,5 m Abstand achten!

5.5 Gespräche mit Pflegeeinrichtungen

In den meisten Pflegeeinrichtungen sind Maßnahmen zum Schutz gegen das SARS-CoV-2-Virus inzwischen etabliert. Wichtige Aspekte sind:

- 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)
- 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, Gesichts-Schutz-Schild und Handschuhe) sind auch Routine-Heimbesuche möglich. Falls möglich, immer Fenster öffnen.
- Regelmäßiger telefonischer Austausch mit Pflegepersonal zwecks Führung von durch soziale Isolation gefährdeter Bewohner/innen.
- Kein Zutritt von Erkrankten oder COVID-19-Kontaktpersonen zu den Einrichtungen.
- Einhaltung eines Besuchskonzeptes, das den Wunsch nach Besuch und den Schutz der Bewohner/innen gleichermaßen berücksichtigt (Registrierung der Besucher/innen, Testung (siehe nächster Punkt), zeitliche Begrenzung, Unterweisung der Besucher/innen in Schutzmaßnahmen), ggf. Einrichtung eines Bildtelefons zur Kommunikation mit Angehörigen.
- Die Nationale Teststrategie empfiehlt differenzierte Testungen, z. B. des Personals, der Bewohner/innen sowie der Besucher/innen mittels des Antigentests, wenn regionale 7-Tage-Inzidenz > 50/100.000 Einwohner/innen.
- 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 durch das Pflegepersonal (einmal pro Tag) auf Symptome einer Covid-19-Erkrankung wird vom RKI empfohlen:
 - Mindestens: Fieber $>37,8^{\circ}\text{C}$ oral, Husten, Kurzatmigkeit, Halsschmerzen, Schnupfen erfragen sowie
 - Sauerstoffsättigung mittels Pulsoxymeter messen.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. [<https://science.sciencemag.org/content/368/6490/455.full>] Absolute Zahlen für den Abfall der Sauerstoffsättigung werden in dieser Handlungsempfehlung im Unterschied zum RKI explizit nicht genannt, weil die Bewertung vom individuellen Patienten und seinen Vorerkrankungen abhängt. Für diese Vorgehensweise gibt es allerdings bislang nur eine schmale Evidenzgrundlage. [<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acem.14053>]
- Bei Gemeinschaftsaktivitäten innerhalb der Einrichtung Hygieneregeln beachten. Wenn das nicht möglich ist, Aktivitäten einschränken oder auf feste Kleingruppen eingrenzen.
- 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

6 Teststrategie

6.1 Testkriterien

6.1.1 Empfehlung

In Abwandlung der kürzlich beschlossenen Nationalen Teststrategie empfiehlt das RKI die Abklärung einer potentiellen SARS-CoV-2-Infektion nur noch bei folgenden Situationen:

- schwere respiratorische Symptome (bspw. durch akute Bronchitis oder Pneumonie, Atemnot oder Fieber)
- akute Störung des Geruchs- bzw. Geschmackssinns
- ungeklärte Erkrankungssymptome und Kontakt (KP1) mit einem bestätigten COVID-19-Fall
- anhaltende respiratorische Symptome mit klinischer Verschlechterung.

- **akute respiratorische Symptome jeder Schwere UND**
 - Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe (z. B. Alter, Vorerkrankungen) ODER
 - Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis, Krankenhaus ODER
 - erhöhte Expositions Wahrscheinlichkeit (z. B. im Rahmen eines Ausbruchs, bei Veranstaltungen mit > 10 Personen in geschlossenen und unzureichend durchlüfteten Räumen und unzureichender Anwendung der AHA+L-Regeln) ODER
 - Kontakt im Haushalt oder zu einem Cluster von Personen mit ARE ungeklärter Ursache wenn die COVID-19 7-Tages-Inzidenz im Landkreis >35/100.000 Einwohner/innen ODER
 - wenn während des Zeitraums der Symptomatik die Möglichkeit einer Weiterverbreitung an viele weitere Personen bestand ODER
 - weiterhin enger Kontakt zu vielen Menschen (als Lehrer/in, Sozialarbeiter/in etc.) oder zu vulnerablen Gruppen/Risikopatienten (in Familie, Haushalt, Tätigkeit) besteht.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Testkriterien_Herbst_Winter.html#

Durch die obige Definition des RKI bleiben einige Patientinnen und Patienten unberücksichtigt, die nicht den oben aufgeführten Kriterien 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.

Meldepflichten

Eine Meldepflicht besteht

- bei jeder laborbestätigten SARS-CoV-2 Infektion sowie
- bei folgender Verdachtskonstellation: Symptome UND Kontakt (KP1) mit einem bestätigten COVID-19-Fall

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

Weitere 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

Kontaktpersonen der Kategorie I (mind. 15 min face-to-face-Kontakt oder direkter Kontakt zu Körperflüssigkeiten): Ermittlung, Nachverfolgung und (Veranlassung einer) **Testung sowie**

Anordnung einer Quarantäne sind primär Aufgabe des zuständigen Gesundheitsamtes. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html#doc13516162bodyText5

Weitere Hinweise zur Testung, insbesondere asymptomatischer Personen, z. B. Mitarbeiter/innen in Praxen und Pflegeeinrichtungen: Nationale Teststrategie SARS-CoV-2 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html

6.2 Umgang mit nicht-getesteten Patienten mit Atemwegssymptomen

Werden Patientinnen und Patienten mit Atemwegssymptomen auf Basis der o. g. Testkriterien oder aufgrund einer Überlastung von Praxen und/oder Testzentren nicht getestet, sollten sie sich dennoch so verhalten, dass Übertragungen verhindert werden. Soweit möglich sollten sie sich zu Hause selbst für 5 Tage isolieren und die Isolation erst nach mindestens 48 h Symptomfreiheit beenden.

6.2.1 Empfehlung

Symptomatische Patientinnen und Patienten, die nicht getestet werden, sollten sich so verhalten, dass Übertragungen verhindert werden: Häusliche Selbst-Isolation für 5 Tage; Isolationsende erst nach mindestens 48 h Symptomfreiheit.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Testkriterien_Herbst_Winter.html

6.2.2 Empfehlung

Im Fall von knapp werdenden Testressourcen sollte das Testen wie folgt priorisiert werden:

1. Symptomatische Personen
2. Personen mit Kontakt zu bestätigtem COVID-19-Fall sowie bei Ausbrüchen von SARS-CoV-2 in Krankenhäusern, Heimen und Praxen
3. Aufnahme bzw. Wiederaufnahme in Einrichtungen
4. Menschen mit beruflichem Risiko, beispielsweise durch Tätigkeit in Medizin und Pflege
5. Reiserückkehrer/innen bzw. Besucher/innen von Einrichtungen

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html

Zum Vorgehen bei Schulkindern gibt es Empfehlungen des RKI: <https://t1p.de/yhkb>. Das

Wesentliche hieraus:

- Schüler/innen sind nicht Treiber der Pandemie. Sie sind jedoch prinzipiell empfänglich für eine Infektion mit SARS-CoV-2, zeigen häufig keine oder nur eine milde Symptomatik und können andere infizieren. Empfänglichkeit und Infektiosität dieser Gruppe nähert sich mit zunehmendem Alter den Erwachsenen an.
- Schüler/innen (oder pädagogisches Personal) sollten bei Erkrankungen mit jeglicher respiratorischen Symptomatik, soweit umsetzbar und insbesondere ab einer 7-Tages-Inzidenz von 35/100.000, für mindestens 5 Tage zu Hause bleiben und die Schule erst wieder besuchen, wenn sie über 48 Stunden symptomfrei waren. Auch hier gilt natürlich derselbe Grundsatz wie bei Erwachsenen, dass bei einer Verschlechterung umgehend (telefonisch/elektronisch) die Hausarztpraxis informiert werden muss.

6.2.3 Statement

Das Vorgehen bei der Testung unterscheidet sich nicht bei Schulkindern und Kindern, die noch nicht zur Schule gehen.

Expertenkonsens

6.3 Praktisches Vorgehen beim Testen

6.3.1 Statement

Ob in der Praxis getestet werden soll oder an ein Testzentrum verwiesen wird, bleibt eine individuelle Entscheidung.

Expertenkonsens

6.3.2 Empfehlung

Alle Patientinnen/Patienten bei denen ein Test durchgeführt wird, sollten mindestens bis zum Testergebnis in häuslicher Isolierung verbleiben.

Enge Kontaktpersonen und alle häuslichen Mitbewohner/innen sollten Sozialkontakte minimieren und besonders intensiv auf Hygiene achten.

Auch wenn das Testergebnis negativ ist, sollten sich symptomatische Patientinnen und Patienten soweit wie möglich isolieren, um Übertragungen von Atemwegserkrankungen generell zu reduzieren.

Expertenkonsens

6.3.3 Empfehlung

Bei negativem Testergebnis, aber klinisch fortbestehendem Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion, wenn z. B. begründete Zweifel an der verwendeten Abstrich-technik/Testdurchführung bestehen, kann ein Test kurzfristig wiederholt werden.

Expertenkonsens

- Die Durchführung des Rachen-Selbst-Abstrichs durch den Patienten ist ein pragmatisches und ausreichend zuverlässiges Verfahren (sofern Compliance des Patienten vorhanden – s. Anleitung „Selbsttest“: www.degam.de).
- Bei Kindern im Vorschulalter kann auch über eine Speichelprobe getestet werden (morgens nach dem Aufstehen einen Schluck Wasser im Mund spülen und in ein Testgefäß geben). Eine vorherige Absprache mit dem Labor ist erforderlich.
- Bei positivem Testergebnis muss eine Isolierung (z. Zt. über mindestens 10 Tage ab Symptombeginn, diskutiert wird eine Verkürzung auf 5 Tage) erfolgen. Diese kann erst aufgehoben werden (durch das Gesundheitsamt), wenn seit 48 h Symptombefreiheit besteht. Siehe “Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung” unten.
- Handlungsempfehlungen für Heimquarantäne unter www.degam.de (auch in Persisch, Französisch, Polnisch und Spanisch). Beim RKI auch in weiteren Sprachen verfügbar: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/haeusl-Isolierung.html
- Kontaktpersonen und Mitbewohner/innen ausfindig zu machen und eine Quarantäne anzuordnen, ist Aufgabe des Gesundheitsamtes.
- Beim Testen ist auch die Möglichkeit einer Influenza-Infektion zu erwägen. Zurzeit werden Multiplex-Tests auf Influenza und SARS-CoV-2 nicht erstattet.

6.4 Reihentestungen

Zur Frage, ob und wie häufig das beschwerdefreie Praxispersonal getestet werden soll, gibt es z. Zt. noch keine ausreichend belastbaren Daten.

In der Nationalen Teststrategie wird empfohlen, dass bei Überschreiten der 7-Tage-Inzidenz von 50/100.000 Einwohner/innen in einer Region Reihentestungen von Personal in Praxen und Pflegeeinrichtungen sowie von Bewohnern von Pflegeeinrichtungen mittels des Antigen-Schnelltests erfolgen.

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html]

Bei Symptomen einer Atemwegserkrankung ist immer eine Testung, Herausnahme aus der Versorgung und häusliche Isolierung erforderlich. Zur Frage der Wiederezulassung zur Arbeit siehe “Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung”.

6.5 Die Corona Warn-App

- Die Corona Warn-App des RKI und der Bundesregierung ist ein wichtiges Element der Pandemiebekämpfung. Sie läuft bei Apple-Geräten ab Betriebssystem iOS 13.5, bei Android-Geräten ab Version 6.0 (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/WarnApp/Warn_App.html).
- Die App (Bluetooth muss eingeschaltet sein!) informiert die Nutzer/innen, 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 hingewiesen. Die aktuelle Anzahl der Downloads und der positiv getesteten Personen, die den Diagnoseschlüssel teilen, ist auf der Seite <https://micb25.github.io/dka/> abrufbar.
- **Symptomatische** Patienten mit der Meldung “erhöhtes Risiko”, erhalten eine AU sowie Handlungsempfehlungen (AHA+A+L-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) Testung auf das Coronavirus soll angeboten werden. Handlungsempfehlungen des RKI: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/WarnApp/Handreichung-Arzt.html
- Fälle von Patientinnen/Patienten, die aufgrund einer solchen Warnmeldung in der Praxis beraten werden, können unabhängig von der Durchführung eines Abstrichs mit der zusätzlichen EBM-Ziffer 02402A abgerechnet werden. Falls ein Abstrich durchgeführt wird, kann das Ergebnis nach einfachem Scannen des zugeordneten Labor-Barcodes vom Benutzer zeitnah direkt auf seiner App eingesehen werden.

Ungelöste Probleme der Corona-Warn-App

- ▶ 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 Gesundheitsamt anordnen (das aus Datenschutzgründen von der App allerdings nicht benachrichtigt wird).
- ▶ Das Bundesgesundheitsministerium vertraut darauf, dass “Arbeitgeber und Arbeitnehmer eine einvernehmliche Lösung für diese Situation finden”.
- ▶ Selbst bei symptomlosen Personen mit positivem Testergebnis gilt laut G-BA: “Eine Bescheinigung einer AU allein aufgrund eines positiven Tests ist laut AU-RL nicht möglich. Hier greifen die Quarantäneregeln”.

6.6 Testverfahren auf SARS-CoV-2

6.6.1 PCR

Der Nachweis des Virus im Nasen-/Rachenabstrich mittels des PCR-Tests hat inzwischen eine hohe Sensitivität (>95 %) sowie eine Spezifität von annähernd 100 %, die unter anderem auf einer routinemäßigen Kontrolluntersuchung mit einem zweiten Testverfahren beruht. Durch falschen Zeitpunkt des Abstrichs (zu früh oder zu spät), falsche Abstrichtechnik oder zu große Zeitverzögerung bis zur Analyse der Probe im Labor **kann die Sensitivität vermindert** werden.

- ▶ 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 Ergebnisse 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 ist bei einem dringenden Verdacht auf tatsächliche Infektion ein erneuter PCR-Abstrich zu erwägen. Eine Wiederholung des Abstrichs ist nur indiziert, wenn sie für die weitere Betreuung dieser Person oder ihrer Kontaktpersonen relevant ist. Liegt der Symptombeginn länger als ca. 10 Tage zurück, wird ein positives PCR-Ergebnis immer unwahrscheinlicher.
Bei der Untersuchung asymptomatischer Kontaktpersonen der Kategorie I ist ein einmaliger negativer Abstrich ebenfalls nicht als ausreichend sicher anzusehen.
- ▶ Bei der PCR gibt es - wenn inzwischen auch sehr selten – auch **falsch-positive Testergebnisse**, die insbesondere bei niedriger Vortestwahrscheinlichkeit (z. B. keine bekannte Infektionsquelle, keine typischen Symptome) auftreten können. 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.

Die größte Wahrscheinlichkeit, bei Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus mit Hilfe eines Rachenabstrichs ein positives Testergebnis zu erhalten, besteht 1-2 Tage vor Symptombeginn (retrospektiv beurteilt) sowie innerhalb der ersten 3-4 Tage nach Symptombeginn, danach sinkt die Wahrscheinlichkeit.

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

6.6.2 Der Antigen-Schnelltest

- Der Antigen-Schnelltest identifiziert nicht das genetische Material des Viruskerns (damit entfällt die zeitaufwendige Vervielfältigung), sondern lediglich virales Protein in respiratorischen Probenmaterialien.
- Die Tests sind weniger sensitiv als der Goldstandard PCR, so dass mehr falsch negative Testergebnisse resultieren, d. h. Infizierte nicht erkannt werden. Diese verminderte Sensitivität könnte sich theoretisch als Vorteil herausstellen, wenn nur diejenigen positiv getestet würden, die eine hohe Viruslast haben und mutmaßlich ansteckend sind. Aber: Eine beginnende Infektion mit noch niedriger Viruslast würde nicht entdeckt werden. Laut RKI liegen aber bisher noch keine publizierten Daten zur direkten Korrelation zwischen Antigen-Nachweisgrenzen und dem Vorhandensein infektiöser Viruspartikel vor (<https://t1p.de/uh0t>). Auch Daten zur Performance, Handhabbarkeit und Leistung der Antigen-Tests in der praktischen Anwendung liegen bisher kaum vor.
- Ein positiver Antigentest signalisiert Infektiosität.
- **Dass ein Antigentest ein falsch positives Ergebnis liefert, ist zwar im Prinzip möglich, aber sehr selten** [<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1302653/retrieve>] (insbesondere bei asymptomatischen Patienten, im Screening und bei fehlendem Kontakt zu einem Infizierten ist daran zu denken). **Im Einzelfall kann eine Wiederholung der Antigentestung, das Durchführen einer PCR-Testung oder eine andere Untersuchung (z. B. Bildgebung) sinnvoll sein.**
- Symptomatische Patienten mit negativem Antigentest sind für den Moment als wahrscheinlich **nicht infektiös** anzusehen und müssen nicht mit einer PCR kontrolliert werden. Eine Wiederholung des Antigen-Schnelltests (oder falls möglich PCR) ist jedoch bei anhaltendem klinischen Verdacht angezeigt.
- Wir wissen noch nicht, ob Antigen-Schnelltests (reine Testlaufzeit ca. 15 Minuten) die in sie gesetzten Erwartungen einer Vereinfachung, Beschleunigung und Verbesserung der Diagnostik in der hausärztlichen Praxis erfüllen. Denn der manuelle Aufwand der Ergebnisermittlung wird vom Labor in die Praxis verlegt, was zu einem hohen zeitlichen und personellen Mehraufwand führen kann (Vermengung mit Testlösung, Pipettieren/

Aufbringen auf Testkarte, Ablesen, Dokumentation). Je nach Praxischarakteristika (z. B. Corona-Schwerpunktpraxis) könnten sie aber auch eine Hilfe darstellen. **Eine experimentelle Überprüfung durch Zeiterfassung in der Praxis durch interessierte Kolleginnen und Kollegen wäre für diese Einschätzung hilfreich.** Die für den Antigentest in Aussicht gestellte Kostenerstattung (7 EUR pro Test bei Selbstbeschaffung) und Vergütung (15 EUR) erscheint deutlich zu gering.

- Jede Praxis muss also entscheiden, ob und ggf. bei welcher Indikation der Antigen-Schnelltest in der Praxis bzw. im Labor durchgeführt wird. Kommen die Labore an ihre Belastungsgrenze, dürften PCRs schrittweise durch Antigentests ersetzt werden, um Zeit/Material zu sparen und um getestete Personen schneller zu informieren (siehe hierzu auch Nationale Teststrategie: https://www.rki.de/SharedDocs/Bilder/InfAZ/neuartiges_Coronavirus/Teststrategie.png?__blob=poster&v=7). Liste verfügbarer Antigen-Tests auf SARS-CoV-2: https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antigentests/_node.html

6.6.3 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.
- Etliche SARS-CoV-2 infizierte Menschen mit leichtem Krankheitsverlauf bilden keine Antikörper oder diese sind nach einiger Zeit nicht mehr nachweisbar, so dass durch die Antikörper-Testung eine sichere Bestätigung eines Infektionsverdachts nicht möglich ist.
- Eine Testung auf Antikörper gegen das SARS-CoV-2-Virus ist daher 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 bzw. langanhaltende** Immunität nach! Zunehmend stellt sich die T-Zell-vermittelte Immunität als möglicherweise noch wichtiger als Antikörper für den Schutz nach durchgemachter Infektion dar. Die Messung dieser zellulären Immunität ist routinemäßig z. Zt. nicht möglich.

6.6.1 Empfehlung

Untersuchung auf SARS-CoV-2-Antikörper: Der Nutzen von Antikörpern beschränkt sich zur Zeit auf Seroprävalenzstudien zur Prüfung der Durchseuchung einer Bevölkerungsgruppe. Antikörpertests sollten in der hausärztlichen Praxis in der Regel nicht durchgeführt werden.

Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html#doc13490982bodyText7

7 Risiken und Fallschwere

7.1 Risiken

Mit steigendem Alter erhöht sich das Erkrankungsrisiko erheblich. Laut der dänischen Nationalkohorte (n=11.122; 80 % ambulant betreut) betragen die Odds Ratios für das Sterberisiko (in Klammern Werte mit 1-4 Vorerkrankungen):

- im Alter von 50-59 Jahren 0 % (bzw. 1 % - 8 %),
- im Alter von 60-69 Jahren 1 % (bzw. 5 % - 11 %),
- im Alter von 70-79 Jahren 4 % (bzw. 14 % - 29 %),
- im Alter von 80-89 Jahren 4 % (bzw. 23 % - 36 %)
- und im Alter von über 90 Jahren 37 % (bzw. 44 % - 51 %).

Nachfolgende Begleiterkrankungen markieren das größte Komplikationsrisiko:

- Kardiovaskuläre Erkrankungen (inklusive Hypertonie)
- Diabetes mellitus
- Adipositas
- COPD
- Immunsuppression
- Chronische Niereninsuffizienz (GFR < 30 ml/min/1,73m²)

<https://academic.oup.com/ije/advance-article-pdf/doi/10.1093/ije/dyaa140/33717638/dyaa140.pdf>

Weitere Risiken sind männliches Geschlecht, Armut und dunkle Haut.

7.2 Klinische Hinweise zur Diagnostik und Behandlung von COVID-19

7.2.1 Empfehlung

Triagierung und Vorgehen nach Symptomen und Risikokonstellation

- Bei leichten unspezifischen Symptomen und niedrigem Risiko sollten erfolgen:
 - telefonische Evaluation und Beratung
 - telefonische AU und Isolierung für mind. 5-7 Tage (Ende der AU, wenn mind. 48 h symptomfrei)
 - bei knappen Ressourcen entsprechend RKI kein routinemäßiger Abstrich
 - Abstrich (PCR oder Antigen-Schnelltest) in Praxis oder regionaler Testeinrichtung in Einzelfällen individuell zu erwägen. Mögliche Gründe: medizinische/pflegerische berufliche Tätigkeit oder vulnerables häusliches Umfeld des Patienten

- Bei Symptomen mit deutlicher AZ-Beeinträchtigung und/oder erhöhtem Risiko sollten erfolgen:
 - ggf. direkte Krankenhauseinweisung (bei erkennbarem/Verdacht auf abwendbar gefährlichen Verlauf)
 - ansonsten telefonische Einbestellung in die Infektsprechstunde
 - Untersuchung und PCR-Abstrich in der Infektsprechstunde (falls eingerichtet)
 - weiteres Vorgehen nach klinischer Situation
 - Bei weiterbestehender Symptomatik erneute Prüfung alternativer Ursachen infektiöser oder nicht-infektiöser Genese.

Expertenkonsens

Schwerkranke

► Krankenhauseinweisung ohne Testung

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

Es gibt keine validierten Scores mit einfachen Cut-Off-Werten, welche die hausärztliche Abwägung und Entscheidung zur stationären Einweisung ersetzen könnten. Auch der CRB-65-Index (siehe unten) oder andere Scores stellen nur eine mögliche Entscheidungshilfe dar.

Das hausärztliche Urteil setzt sich aus einer Vielzahl weiterer Informationen zusammen, wie z. B.

- Biologisches Alter (s. o.)
- Komorbidität: insbes. kardiovaskuläre Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas, COPD, Immunsuppression, chronische Niereninsuffizienz
- Allgemeinzustand, subjektives Befinden
- Atemnot (in Ruhe, bei Belastung)
- weitere Beschwerden (z. B. Diarrhoen, Erbrechen, Brustschmerzen)
- Körperliche Untersuchung: Blässe/Kaltschweißigkeit, Körpertemperatur, Herzfrequenz, Blutdruck, Herz-/Lungenauskultation, ggf. abdominelle Untersuchung
- Sauerstoffsättigung (einmal tägliches Screening wird vom RKI bei [auch symptomlosen] Altenheimbewohnern empfohlen, siehe auch unter "Mögliche Optionen zur Entlastung der Praxis - Gespräche mit Pflegeeinrichtungen")
- ggf. bedarfsadaptierte Laboruntersuchungen
- Möglichkeiten zur häuslichen Versorgung bei Quarantäne oder Isolierung.
- Lebenswille der Betroffenen

CRB-65-Index (klinischer Score zur statistischen Wahrscheinlichkeit des Versterbens bei Pneumonie)	1 Punkt für jedes festgestellte Kriterium (max. 4)
■ Pneumonie-bedingte Verwirrtheit, Desorientierung	
■ Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$	
■ Blutdruck diastol. ≤ 60 mmHg oder systol. < 90 mmHg (wenn anderweitig nicht erklärbar)	
■ Alter ≥ 65 Jahre	
▶ Stationäre Aufnahme: Ab 1 Punkt erwägen, ab 2 Punkten immer [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16789984]	

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).

7.2.2 Empfehlung

Leichter Erkrankte

Die im Kapitel „Schwerkranke“ genannten Informationen sollten auch beim regelmäßigen Monitoring (telefonisch oder elektronisch, ggf. beim Hausbesuch mit Schutzausrüstung) der an COVID-19 erkrankten, ambulant betreuten Patientinnen und Patienten erhoben werden. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass auch eine bereits fortgeschrittene COVID-19-Erkrankung mit vergleichsweise geringer subjektiver Beeinträchtigung des Wohlbefindens einhergehen und sich das Zustandsbild rasch verschlechtern kann (Verschlechterung oft nach ca. 7 Tagen).

Expertenkonsens

Arzneimitteltherapie

- Zur Zeit gibt es für den ambulanten Bereich keine evidenzbasierten Therapie-Optionen (zahlreiche Studien zur Arzneimitteltherapie laufen, Ergebnisse sind aber noch nicht publiziert).
- Intravaskuläre Gerinnungsstörungen und nachfolgende Thromboembolien insbesondere im pulmonalen Gefäßbett – in der Regel durch deutlich erhöhte D-Dimere angezeigt – haben sich als wichtiger pathophysiologischer Faktor für einen schweren Krankheitsverlauf herausgestellt. Stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten werden in den meisten Krankenhäusern von Beginn an antikoaguliert. Obwohl wissenschaftliche Belege

für die Wirksamkeit einer solchen Vorgehensweise im ambulanten Bereich fehlen, kann man bei nicht antikoagulierten Risikopatientinnen und -patienten (z. B. ältere Altenheimbewohner/innen mit Begleiterkrankungen, die positiv getestet sind) eine prophylaktische Therapie mit niedermolekularem Heparin (LMWH) erwägen. Bei schwerem Übergewicht (BMI >35) kann die Standarddosis verdoppelt werden. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7261349/pdf/11239_2020_Article_2162.pdf; https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7327193/pdf/11239_2020_Article_2190.pdf]

- Fieber sollte bei Atemwegserkrankungen grundsätzlich nicht reflexhaft gesenkt werden. Wenn eine Fiebersenkung notwendig ist, sollte Paracetamol anstelle von NSAR verabreicht werden. Die Vorbehalte gegenüber NSAR gelten grundsätzlich für ältere Patientinnen und Patienten wegen des Spektrums unerwünschter Wirkungen (kardial, gastrointestinal) – unabhängig von Covid-19.

8 Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung

Die Autorengruppe folgt den Empfehlungen zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung des RKI:

- **Patientinnen und Patienten ohne Sauerstoffbedarf (leichter Krankheitsverlauf):**
 - Frühestens 10 Tage nach Symptombeginn und
 - Symptombefreiheit seit mind. 48 Stunden bezogen auf die akute COVID-19-Erkrankung
 - gleiche Vorgehensweise für Patienten, bei denen die Verdachtsdiagnose COVID-19 besteht, aber kein Test zur Diagnosesicherung durchgeführt worden war
 - Positiv getestete, aber asymptomatische Patienten: Ebenfalls 10 Tage Isolierung (beginnend mit positiver Testung)
- **Patientinnen und Patienten mit Sauerstoffbedarf (schwerer Krankheitsverlauf):**
 - Frühestens 10 Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus und
 - Symptombefreiheit seit mind. 48 Stunden bezogen auf die akute COVID-19-Erkrankung und negatives Testergebnis
 - 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).

Für Medizinisches Personal gelten für die Entlassung aus der Isolierung inklusive der Aufhebung des Tätigkeitsverbots dieselben Kriterien.

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

In Situationen mit relevantem Personalmangel sind für das medizinische Personal Abweichungen möglich, siehe: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html

9 Anhang

9.1 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, Ärztinnen und Ärzten 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 wird eine Zusammenarbeit mit den regionalen SAPV-Teams empfohlen.

9.2 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 Mensch 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 ist auf die SARS-CoV-2-Infektion hinzuweisen, ebenso sollten die Mitarbeiter/innen des Bestattungsinstituts informiert 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.

9.3 Organisatorische Hinweise

- 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.

9.3.1 Krankschreibungen und Atteste

- 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
- Ärztliche Bescheinigungen für Freistellungen betreuender Elternteile oder Atteste im Fall von Prüfungen (z. B. Abitur) sollten, wenn möglich, telefonisch oder durch eine Videosprechstunde eingeholt werden.
- Wünsche von Eltern nach eigener Krankschreibung wegen Schließung von Schulen/Kitas sind nicht möglich.
- **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 Gesundheits-

probleme 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 Schuleintritt
(in den einzelnen Bundesländern zum Teil unterschiedlich geregelt)
- Personen, denen eine Mund-Nasen-Bedeckung aufgrund einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen unzumutbar ist
- Menschen mit Hörbehinderung (zur verbesserten Kommunikation)

Wenn in Hausarztpraxen entsprechende Anfragen eingehen, ist eine Befreiung von der Maskenpflicht zwar aus gravierenden medizinischen Gründen möglich, aber sicherlich nur in absoluten Ausnahmefällen gerechtfertigt. Asthma bronchiale ist z. B. bis auf schwere Verläufe (mit i. d. R. systemischer Corticoidtherapie) kein Risikofaktor und rechtfertigt auch nach Stellungnahmen pulmonologischer Fachgremien keine Ausnahme von der Maskenpflicht).

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>

9.3.2 Quarantäne und Testungen bei Einreise und Rückkehr nach Deutschland

- Wer sich zu einem beliebigen Zeitpunkt innerhalb der letzten 10 Tage vor Einreise nach Deutschland in einem Risikogebiet aufgehalten hat, muss nach der Einreise unverzüglich in eine 10-tägige Quarantäne und die Einreise anmelden. Dazu soll die digitale Einreiseanmeldung genutzt werden: <https://www.einreiseanmeldung.de> Das zuständige Gesundheitsamt überwacht die Einhaltung der Quarantäneverpflichtung.
- Die Risikogebiete verändern sich laufend, siehe RKI: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene_Einreisen_Deutschland.html

- **Anordnungen der Bundesregierung für Reisende und Pendler:**
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Transport/Anordnung_BMG_2020-11-08.pdf?__blob=publicationFile
- Die 10-tägige Quarantäne kann frühestens nach dem fünften Tag nach Einreise durch ein negatives Testergebnis in Bezug auf das SARS-CoV-2-Virus beendet werden. Die Entscheidung über die Beendigung der Quarantäne obliegt dem zuständigen Gesundheitsamt.
- Auch bei negativem Testergebnis sind die Einreisenden verpflichtet, das Gesundheitsamt sofort zu kontaktieren, sobald Symptome, die auf eine SARS-CoV-2-Infektion hindeuten, innerhalb von 10 Tagen nach Einreise auftreten.

9.3.3 Medizinisches Personal mit Kontakt zu einem SARS-CoV-2 positiv Getesteten

Medizinisches Personal, das mit einem SARS-CoV-2 positiv Getesteten in Kontakt gekommen ist, gilt bei Einhaltung der üblichen Hygienestandards nicht als „enge“ Kontaktperson und muss weder in 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

Wenn medizinischem Personal über die Corona-Warn-App ein “erhöhtes Risiko” gemeldet wird, wird auch bei Abwesenheit von Symptomen eine Testung empfohlen.