

6. Corona-Rundmail, 06.04.20

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

auch heute möchten wir Sie über die Situation der SARS-CoV-2-Epidemie informieren. Einige Empfehlungen haben sich geändert bzw. wurden ergänzt und es gibt neue Informationen zur Kodierung und Abrechnung in der aktuellen Situation.

Die **DEGAM-Leitlinie** wurde zum 03.04.20 überarbeitet (siehe Anhang). Es wurden jetzt auch Hinweise zum klinischen Bild der Covid 19-Erkrankung gegeben. Außerdem äußert sich die Leitlinie zu Schutzmaßnahmen für medizinisches Personal in der Hausarztpraxis und empfiehlt, dass jeder Patient „mit auch nur geringsten Infektzeichen einen Mund-Nasen-Schutz (MNS)“ erhalten sollte. Bei Mangel an Schutzausrüstung wird als „pragmatische Alternative“ das Tragen eines Gesichtsschutzschirms („face shield“) empfohlen.

Nachdem wir als Reaktion auf unsere letzte Rundmail vereinzelte Kritik zur Nahanleitung für MNS erhalten haben, möchten wir noch einmal ganz klar betonen, dass wir selbstverständlich fordern, dass die Hausarztpraxen mit ausreichend Schutzausrüstung ausgestattet werden. Dennoch möchten wir hier auch die Empfehlungen für die derzeitige Situation weitergeben.

Inzwischen gibt es auch die ersten positiv Getesteten in Pflegeheimen. Damit betrifft die Infektion nun eine besonders gefährdete Risikogruppe. Zur Beurteilung einer stationären Behandlungspflicht kann der CRB-65-Score hilfreich sein. Dieser schätzt den Schweregrad einer Pneumonie und damit die Notwendigkeit einer stationären Einweisung anhand von Pneumonie-bedingter Verwirrtheit, Atemfrequenz, Blutdruck und Alter (siehe auch DEGAM-Leitlinie). Zu berücksichtigen sind natürlich immer auch Begleiterkrankungen (u. a. Demenz) und die Ausstattung der Pflegenden und betreuenden Hausärzte mit Schutzausrüstung.

Viele Kollegen sorgen sich auch um ihre Fürsorgepflicht gegenüber ihrem Personal. Dies ist durchaus verständlich und berechtigt. Die für Hausarztpraxen zuständige **Berufsgenossenschaft, die BGW**, hat auf ihrer Homepage erklärt, dass es sich bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 zunächst um einen Arbeitsunfall handelt und außerdem keine Haftung von (Hausarzt-) Praxen gesehen wird, wenn keine ausreichende Schutzausrüstung zur Verfügung stand (https://www.bgw-online.de/DE/Home/Branchen/News/Coronavirus_node.html; siehe Anhang). Es sollte lediglich ein Nachweis vorliegen, dass keine Lieferung von Schutzausrüstung möglich war.

Das RKI hat eine Empfehlung zur **Kontaktpersonennachverfolgung** für medizinisches Personal, insbesondere auch bei Personalmangel, herausgegeben (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Grafik_Kontakt_HCW.pdf?blob=publicationFile; siehe Anhang). Nach Rücksprache mit dem Landesgesundheitsamt liegt eine Expositionssituation nach Kategorie I a regelhaft nicht in einer Hausarztpraxis vor. Dies bedeutet, dass nach einem Kontakt mit einem bestätigten Covid-19-Fall maximal ein Expositionsrisiko der Kategorie I b vorliegt und das Personal bei Personalmangel und Symptoffreiheit(!) mit MNS während der gesamten Arbeitszeit unter Führung eines Symptomtagebuches für 14 Tage weiterarbeiten kann.

Eine weitere Empfehlung des RKI betrifft die **Leichenschau** bei Covid-19-Verstorbenen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Verstorbene.html?nn=13490888). Auch wenn das postmortale Infektionsrisiko aufgrund der fehlenden

Aerosolexposition geringer ist, sollten bei der Leichenschau eines SARS-CoV-2-Verdachtsfall bzw. Covid-19-Verstorbenen dieselben Schutzmaßnahmen getroffen werden wie bei lebenden Patienten. Bei fehlender Schutzausrüstung kann die Leichenschau an einen anderen Arzt abgegeben werden. Dies muss aber persönlich (telefonisch) erfolgen und kann nicht an Leitstellen oder andere delegiert werden. Gleichzeitig sollte auch in der jetzigen Situation nicht jeder Verstorbene als Covid-19-Verdachtsfall betrachtet werden!

In unserer Rundmail vom 22.03.20 hatten wir Sie darüber informiert, dass wir in einem Schreiben an das Sozialministerium die Auswirkungen der Regelungen für die **Notfallbetreuung von Kindern** auf die Personalsituation in Hausarztpraxen dargelegt haben. Inzwischen haben wir vom Ministerium die Antwort erhalten, dass eine Notfallbetreuung auch dann möglich ist, wenn nur ein Elternteil eine „systemrelevante“ Tätigkeit ausübt und die Familien keine andere Möglichkeit der Kinderbetreuung in Anspruch nehmen können. Die letzte Entscheidung liegt allerdings weiterhin beim örtlich zuständigen Jugendamt.

In der Rundmail vom 29.03.20 hatten wir auf die **wirtschaftlichen Auswirkungen** der SARS-CoV-2-Infektion hingewiesen. Inzwischen hat die KBV mitgeteilt, dass es zwei wichtige Änderungen im ICD bzw. EBM gibt (https://www.kbv.de/html/1150_45429.php):

- im ICD wurden die Codes für SARS-CoV-2-Fälle präzisiert:
 - U07.1! codiert einen labordiagnostisch nachgewiesenen Fall
 - U07.2! codiert ab Quartal II/20 einen „klinisch-epidemiologischen Fall“ (nach Definition des RKI) ohne labordiagnostischen Nachweis
- der EBM wurde mit der **Ziffer 01434** an die derzeitige Behandlungsrealität angepasst:
 - mit der EBM-Ziffer 01434 (65 Punkte, 7,14 €) kann ab sofort die telefonische Beratung je 5 Minuten, bis zu 6-mal im Arztfall (pro Arzt im Quartal) abgerechnet werden
 - die Abrechnung ist auch neben der 01435 (ausschließlicher telefonischer Kontakt) oder der Versichertenpauschale (späterer persönlicher Kontakt in der Praxis) möglich
 - die Ziffer kann nur bei bekannten Patienten abgerechnet werden. „Bekannt“ bedeutet, der Patient muss seit Quartal IV / 18 mindestens einmal in der Praxis gewesen sein.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvmv.de → Kasten „Coronavirus“ → „HIER“ und auf unserer Homepage www.hausarzt-mv.de.

Dieser Rundbrief darf und soll weiterverbreitet werden.

Bleiben Sie gesund!

Mit freundlichen Grüßen

Der Vorstand des Hausärzteverbandes Mecklenburg-Vorpommern

Ansprechpartner:

Stefan Zutz

Amtsgarten 19, 18233 Neubukow

Tel. 038294 – 155 199, Fax: – 155 198

Mail: vorsitzender@hausarzt-mv.de

Jetzt Mitglied werden: <https://www.hausarzt-mv.de/index.php/mitgliedschaft/warum-mitglied-werden>.

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 u. Hans-Otto Wagner,

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin,

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion

SLK-Leitungsteam

Kontakt

DEGAM-Bundesgeschäftsstelle

Tel. 030-20 966 9800

geschaeftsstelle@degam.de

Stand 03/04/2020

Informationen können sich jederzeit ändern. Bei Bedarf wird die Handlungsempfehlung wöchentlich 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.

Epidemiologische Lage

- Bei zunehmender Ausbreitung des neuen Coronavirus (SARS-CoV-2) in Deutschland und anderen europäischen Ländern ist bei Atemwegssymptomen nunmehr neben Influenza oder Erkältungskrankheiten immer auch differentialdiagnostisch an eine SARS-CoV2-Infektion zu denken.
- Eine klinische Unterscheidung ist schwierig bis unmöglich.
- Laut Strategie-Ergänzung des RKI vom 19.03.2020 sollten entsprechend der örtlichen/regionalen epidemiologischen Lage alle nachfolgend aufgeführten Strategien aktiviert bzw. intensiviert werden, um die Pandemie-Ausbreitung zu verlangsamen:
 - Erkennen von Infizierten (Testung) und Isolation
 - Quarantäne von Kontaktpersonen von Infizierten
 - Soziale Distanz schaffen (Strategie der maximalen Kontaktreduktion bis hin zur Verhängung einer Ausgangssperre)
 - Schutz und Unterstützung vulnerabler Gruppen
(siehe [RKI Epidemiologisches Bulletin](#))
- Die Situation verändert sich laufend.

Klinisches Bild

Die Symptome von 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), ggf. Dyspnoe, Abgeschlagenheit und Müdigkeit. Es kommen Kopf- und Gliederschmerzen, Schnupfen, Diarrhoe, abdominelle Beschwerden oder Halsschmerzen vor, auch neu aufgetretene Riech- und Geschmackstörungen wurden beschrieben.

Fieber, Husten und Atemnot als “typische Symptome” stammen aus ersten Beobachtungen von moderat bis schwer erkrankten, stationär behandelten Patienten in Wuhan.

Vermutlich verläuft die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen asymptomatisch oder mild bis moderat. 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 Menschen mit Risikoerkrankungen (siehe unten) und Älteren beobachtet...

Grundsätze für die Hausärztliche Praxis

Alle Patienten mit akuten respiratorischen Infekten und/oder Fieber sowie Besorgte sind

aufgerufen, **zu Hause zu bleiben**, möglichst **nicht in die Praxis zu kommen**, sondern 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 Maske [mind. FFP2]), in diesem Fall ggf. **Schild vor der Praxis: „Praxis kann keine Testungen durchführen.“**

Grundsätzlich

- **sollten Patienten mit auch nur geringsten Infektzeichen einen Mund-Nasen-Schutz (MNS) erhalten.**
- sollte Personal beim Umgang mit Patienten grundsätzlich einen MNS und einen Gesichtsschutz-Schirm (s. u.) tragen. Dieser sollte auch getragen werden, wenn keine Masken mehr zur Verfügung stehen. Ansonsten: Abstand halten, ggfs. vor Praxistür befragen.

Mangel an Schutzausrüstung

Der im ambulanten Bereich zunehmend feststellbare Mangel an geeigneter Schutzausrüstung, insbesondere das Fehlen von FFP2/FFP3-Masken, erhöht das Risiko für eine SARS-CoV-2-Infektion bei Ärzten und Medizinischen Fachangestellten beträchtlich.

Als bestmögliche pragmatische Alternative wird als Schutzmaßnahme das Tragen eines Gesichtsschutzschirms (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 Gesichtsschutz-Schirm guten Schutz.

Umgang mit begründeten Verdachtsfällen

Definition „Begründeter Verdachtsfall“

- 1 Akute respiratorische Symptome jeder Schwere + Kontakt zu einem bestätigten CoViD-19-Fall bis max. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn oder
- 2 Klinische Hinweise auf eine virale Pneumonie + Zusammenhang mit einer Häufung von Pneumonien in Pflegeeinrichtung oder Krankenhaus

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

- ▶ **Testungen nicht in der Praxis, sondern über regionale Teststationen/ Tel. 116 117/ Gesundheitsamt**
- ▶ 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 weiter ansteigenden Fallzahlen wird es in vielen Regionen logistisch nicht mehr möglich sein, alle Menschen mit “begründetem Verdacht” einer Testung zu unterziehen!
Ressourcen (Abstrich-Materialien, Schutzausrüstung und primärärztliche Arbeitszeit!) müssen **geschont** werden, damit die **Versorgung von ernsthaft Erkrankten aufrecht erhalten** werden kann. Die Verzögerung der Infektionsausbreitung wird dann nicht mehr im Wesentlichen durch “Testung und Isolierung”, sondern vor allem durch die Kontakt-Reduktion aller Menschen, insbesondere von Menschen mit Infektzeichen, erzielt. Begründete Verdachtsfälle müssen daher 14 Tage in der häuslichen Isolierung verbleiben, auch wenn eine Testung nicht möglich war. Enge Kontaktpersonen und alle Mitbewohner/innen (Patienten wie Nichtpatienten) sollen möglichst zuhause bleiben und Sozialkontakte minimieren. Telefonische Verlaufskontrolle nach klinischer Einschätzung.
- ▶ Bei „begründeten Verdachtsfällen“: Meldung an das Gesundheitsamt (bereits bei Verdacht **und** bei Nachweis einer Infektion).

Individuelle Vorgehensweise

Neben den „Begründeten Verdachtsfällen“ gibt es Patienten, bei denen die Abklärung einer SARS-CoV-2-Infektion differentialdiagnostisch sinnvoll sein kann, **wenn dadurch das weitere Management des Patienten beeinflusst wird,**

z. B. bei akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere **und**

- bei schwerer Erkrankten, die ambulant betreut werden können/müssen oder
- bei Patienten mit erhöhtem Risiko (siehe S. 8) oder
- Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis oder Krankenhaus

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

Eine Meldung ans Gesundheitsamt erfolgt bei der “Individuellen Vorgehensweise” nur bei Nachweis einer Infektion.

Individuelles 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

Schweregrad einer Pneumonie mit CRB-65-Index abschätzen:

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

■ Bei erkrankten Patienten, die ambulant betreut werden können/müssen:

Praxisbesuche vermeiden, Hausbesuche nur bei dringender Notwendigkeit erwägen (Patienten grundsätzlich mit Maske, Gesichts-Schutz-Schirm und Handschuhen aufsuchen, bei V. a. SARS-CoV-2 Infektion auch Schutzmittel).

Bei klinisch leichten/symptomarmen Fällen: **Kein Praxisbesuch, nur telefonischer Kontakt!**

► „Begründeter Verdacht“:

Testung über regionale Testzentren / 116 117 / Gesundheitsamt, sofern möglich / in der Hausarztpraxis nur, wenn sie das leisten kann.

► kein „begründeter Verdacht“:

Abstrich nur dann erwägen, wenn medizinisch sinnvoll und falls Praxis das leisten kann (Schutzausrüstung!), ggf. Rachen-Selbst-Abstrich

► bei Entscheidung gegen Testung bzw. fehlender Möglichkeit: AU für 14 Tage. Enge Kontaktpersonen und alle Mitbewohner/innen (Patienten wie Nichtpatienten) sollten zuhause bleiben und Sozialkontakte minimieren.

► Muss ein Patient 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

- ▶ So früh wie möglich
 - Patient/in einen separat bereit liegenden Mund-Nasen-Schutz anlegen lassen
 - ausreichend Abstand (>2m) von anderen einhalten lassen.
- ▶ Leicht kranke Patienten umgehend heimschicken, weitere Planung telefonisch.
- ▶ Patienten, die in der Praxis untersucht/versorgt werden müssen
 - in eigenen Praxisraum leiten oder in separaten Bereich außerhalb der Praxis.
 - MFA/Ärztin/Arzt: FFP2-/FFP3-Maske, Gesichts-Schutz-Schirm, Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Schutzbrille, zusätzlich Sicherheitsabstand einhalten.
- ▶ Kontakt- und Reiseanamnese erheben, Risikofaktoren erheben (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Immunsuppression), ebenso nach Kontakt zu vulnerablen Gruppen fragen (Berufsanamnese oder Pflege im privaten Umfeld).
- ▶ Weiteres Vorgehen je nach Sachlage „Begründeter Verdachtsfall“ oder „Individuelles Vorgehen in Abhängigkeit von der Fallschwere“ wie oben beschrieben.

Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung

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 Covid19 besteht, aber kein Test zur Diagnosesicherung durchgeführt worden war
- Positiv getestete, aber asymptomatische Patienten: nach 14 Tagen Isolierung

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

Abweichende Kriterien bei Tätigkeit im medizinisch/pflegerischen Bereich und Personalmangel:

- s. u. und https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html

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 eines Antikörper-Assays eine bessere Entscheidungsgrundlage zur Frage einer bereits durchgemachten Infektion erwartet. Kriterien, wer eine solche Testung erhalten soll, gibt es bislang nicht. Für die direkte Testung dürften bedside-Virusnachweise den Abstrich ablösen. Bei Symptomen einer Atemwegserkrankung ist (solange **kein relevanter** Personalmangel vorliegt, s. u.) immer eine Testung 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 bei Symptombefreiheit: Arbeiten nur mit 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 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. COPD/Raucher
4. Immunsuppression

Nach den wenigen, vorliegenden Daten ist Alter alleine (also ohne Vorerkrankungen) ein moderater Risikofaktor ab ca. 60 Jahren

■ Arzneimitteleinnahme

- Zur Zeit gibt es keine evidenzbasierten Therapie-Optionen (zahlreiche Studien zur Arzneimitteltherapie sind angelaufen).
- Ob Covid-19 durch die Einnahme von ACE-Hemmern, Angiotensin-II-Rezeptorenblockern (Sartanen), Glitazonen oder Ibuprofen (Hochregulierung von ACE-2 in meist nicht-humanen Experimentalstudien) verschlimmert werden kann und ein eventueller Austausch gegen andere Arzneisubstanzen vor Komplikationen schützt, ist unbekannt; dieser hypothetisch bestehende Zusammenhang ist wissenschaftlich bislang nicht belegt.

- Da zum jetzigen Zeitpunkt noch keine belastbare Evidenz existiert, kann ein genereller Austausch oder gar ein ersatzloses Absetzen der Substanzen nicht empfohlen werden.
- **Ethische Aspekte**
 - Es ist möglich, dass die Pandemie auch in Deutschland so fortschreitet, dass die Zahl der Krankenhaus- bzw. Intensivbetten zu gering sein könnte, um alle Patientinnen und Patienten aufzunehmen. Klinisch-ethische Empfehlungen werden von mehreren Fachgesellschaften ausgegeben, siehe z. B. <https://www.divi.de/register/aktuelle-informationen>.
 - Bei Fragen zur palliativen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Atemnot empfehlen wir eine Zusammenarbeit mit den regionalen SAPV-Teams.

Organisatorische Hinweise

- Auch im privaten Umfeld Kontakte maximal reduzieren (z. B. zu Erkrankten, Enkelkindern, Älteren).
- Materialversand: alle Universitätskliniken und die meisten Laborgemeinschaften 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.
- Arbeitsunfähigkeit für bis zu 14 Tage per Telefon möglich, auch wenn der Verdacht auf eine Coronavirus-Infektion besteht. https://www.kbv.de/html/1150_45078.php
AU per Post an Patienten.

Mögliche Optionen zur Entlastung der Praxis

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

- **Schutz des Praxisteam**
 - Hustenetikette, intensivierete Desinfektion von Händen und Oberflächen (ggf. Anpassung des Hygieneplans)
 - Bei Arbeit mit Patienten: Abstand halten, Mund-Nasen-Schutz/Maske nach Verfügbarkeit, Gesichts-Schutz-Schirm
 - Empfang schützen (z. B. Abstandsmarkierung mit Tape auf dem Boden, Plexiglasschutz)
 - Händedesinfektion über Spender am Praxiseingang anbieten (3 ml, 30 Sekunden)

- **Behandeln Sie möglichst wenige Infektpatienten direkt in der Praxis,**
v. a. wenn Schutzkleidung fehlt.
 - ▶ Stimmen Sie im Praxisteam die Triage ab, sodass Ihr Team bereits am Telefon Patienten filtern kann: Passen Sie Ihre (Online)Terminvergabe an.
 - ▶ Bauen Sie Ihre Telefon- und/oder Videosprechstunden aus.
 - ▶ Für Infektpatienten, die Sie dennoch 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).

- **Verschiebung nicht zwingend nötiger Termine** erwägen, insbesondere von Risikopatienten (z. B. Disease-Management-Programme, Gesundheitsuntersuchung, Krebsvorsorge, Hautkrebs-Screening etc.)

- **Patientenschulungen** sollten abgesagt werden.

- **Hausbesuche** auf wirklich notwendige Fälle reduzieren.

- **Besuche in Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. nur bei dringender Indikation und dann ausschließlich mit Maske, Gesichts-Schutz-Schirm und Handschuhen.**
Handschuhe nach jedem Patienten, Maske je nach Durchfeuchtung wechseln. Klinisch schwere Fälle, ggf. bereits telefonisch einweisen (Tel. 112).

- Nutzen Sie kurze (ggf. tägliche) **Teambesprechungen**, um Abläufe, Verbesserungen und eigene Sorgen zu erörtern, z. B. morgendliches Briefing des ganzen Praxis-Teams.

- **Vorbereitende Gespräche mit Pflegeeinrichtungen** zur Etablierung von Maßnahmen, die 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
 - Reduktion persönlicher Arzt-Patient-Kontakte auf ein Minimum, trotzdem Heimbewohnern Sicherheit geben, z. B. durch kurze, ressourcenorientierte Telefonate

- Regelmäßiger telefonischer Austausch mit Pflegepersonal zwecks Führung von durch soziale Isolation gefährdeter Bewohner/innen
- Deutliche Reduktion von Besuchen, kein Zutritt von Erkrankten oder Kontaktpersonen zu den Einrichtungen (Besuchsverbot in vielen Einrichtungen bereits realisiert)
- Schulung der Beschäftigten hinsichtlich der erforderlichen Maßnahmen, Schutzkleidung bei der Pflege von Erkrankten (FFP-2 Maske, Gesichts-Schutz-Schirm, Schutzkitel, Handschuhe, Schutzbrille), Hygieneregeln, Tätigkeitsverbot für erkrankte Beschäftigte (Gefährdung Dritter)
- Aktualisierung von Patientenverfügungen

Weitere sinnvolle Praxishilfen: www.degam.de bzw. www.hausaerzteverband.de

Weitere Informationen

- **„Begründete Verdachtsfälle“: Verdacht, Erkrankung und Tod durch SARS-CoV-2 sind meldepflichtig.** Gesundheitsamt-Suche nach [PLZ](#)
- Einreisende Personen bzw. Reiserückkehrer **ohne Beschwerden** aus einem Risikogebiet sollen sich bei ihrem zuständigen Gesundheitsamt melden (üblich: Häusliche Isolierung über 14 Tage)
- **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).
- 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 und Spanisch unter www.degam.de.
- **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 anhusten / 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)

ACHTUNG:

Sollten Sie Atemwegsbeschwerden (Husten, Schnupfen, Halsschmerzen) und/oder Infektionszeichen (z.B Fieber) haben, gilt:

Bitte die Praxis nicht betreten, außer nach vorheriger Terminabsprache.

Gehen Sie nach Hause und nehmen Sie telefonisch Kontakt mit uns auf, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Diese Maßnahme ist notwendig, um das Infektionsrisiko für andere zu verringern.

„Liebe Patientin, lieber Patient,

zum Schutz unserer Medizinischen Fachangestellten und Ärztinnen/Ärzte wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie zwei Meter Abstand vom Tresen halten.

Bitte husten/niesen Sie nicht in die Hand, sondern in ein Taschentuch (oder in den Ärmel von Mantel/Jacke).

Bitte nutzen Sie beim Betreten und Verlassen der Praxis auch den Desinfektionsspender – 3 ml Lösung auf die Handflächen, mind. 30 Sekunden einreiben.“

■ Hygieneregeln anwenden – regelmäßige Übungen

■ Bitte denken Sie und Ihre Mitarbeiter/innen, bei aller möglichen Betriebsamkeit in der Praxis, immer auch an häufiges Händewaschen 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.

■ Wer ist Ihr primärer Ansprechpartner bei Unklarheiten?

Das Gesundheitsamt auf lokaler/regionaler/Landes-Ebene.

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

Versicherte der BGW, die sich in Deutschland **im Rahmen ihrer versicherten Tätigkeit** mit Covid-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) infizieren, stehen unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung.

Werden Unternehmen bei fehlender Schutzausrüstung in Regress genommen? (25.03.2020)

Unternehmen haben aufgrund der Corona-Pandemie erhebliche Schwierigkeiten, die nötige Schutzausrüstung für ihre Mitarbeitenden zu beschaffen. Wenn aufgrund einer Notsituation bei der Versorgung erkrankter Personen ohne PSA oder ohne hinreichende PSA gearbeitet werden musste und sich eine versicherte Person infiziert hat, wird die BGW von einer Regressprüfung und Regressnahme Abstand nehmen. Versicherte Unternehmen haben jedoch dafür Sorge zu tragen, dass immer wieder versucht wird, die notwendige PSA zu erhalten. Das sollte auch dokumentiert werden. Die BGW empfiehlt, entsprechende Unterlagen (z. B. Mitteilungen über Nichtlieferbarkeit von PSA) zu archivieren.

Besteht Versicherungsschutz, wenn in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (z.B. Kliniken) Personal aus dem Ruhestand und Studierende eingesetzt werden? 

Wer ist in ärztlichen Praxen gesetzlich unfallversichert? 

Sind Beschäftigte auch im Homeoffice gesetzlich unfallversichert? 

Gilt der Versicherungsschutz, wenn Schutzausrüstung fehlt? 

Gilt der Versicherungsschutz, wenn Vorgaben und Regeln nicht beachtet werden? 

Wie sieht der Versicherungsschutz bei der Notbetreuung in Kitas und Schulen aus? Und bei privater Betreuung? 

Besteht Versicherungsschutz für unentgeltliche/ ehrenamtliche Tätigkeiten in losen Zusammenschlüssen, z.B. Nachbarschaftsinitiativen? 

Gilt der Versicherungsschutz auch im Ausland? 

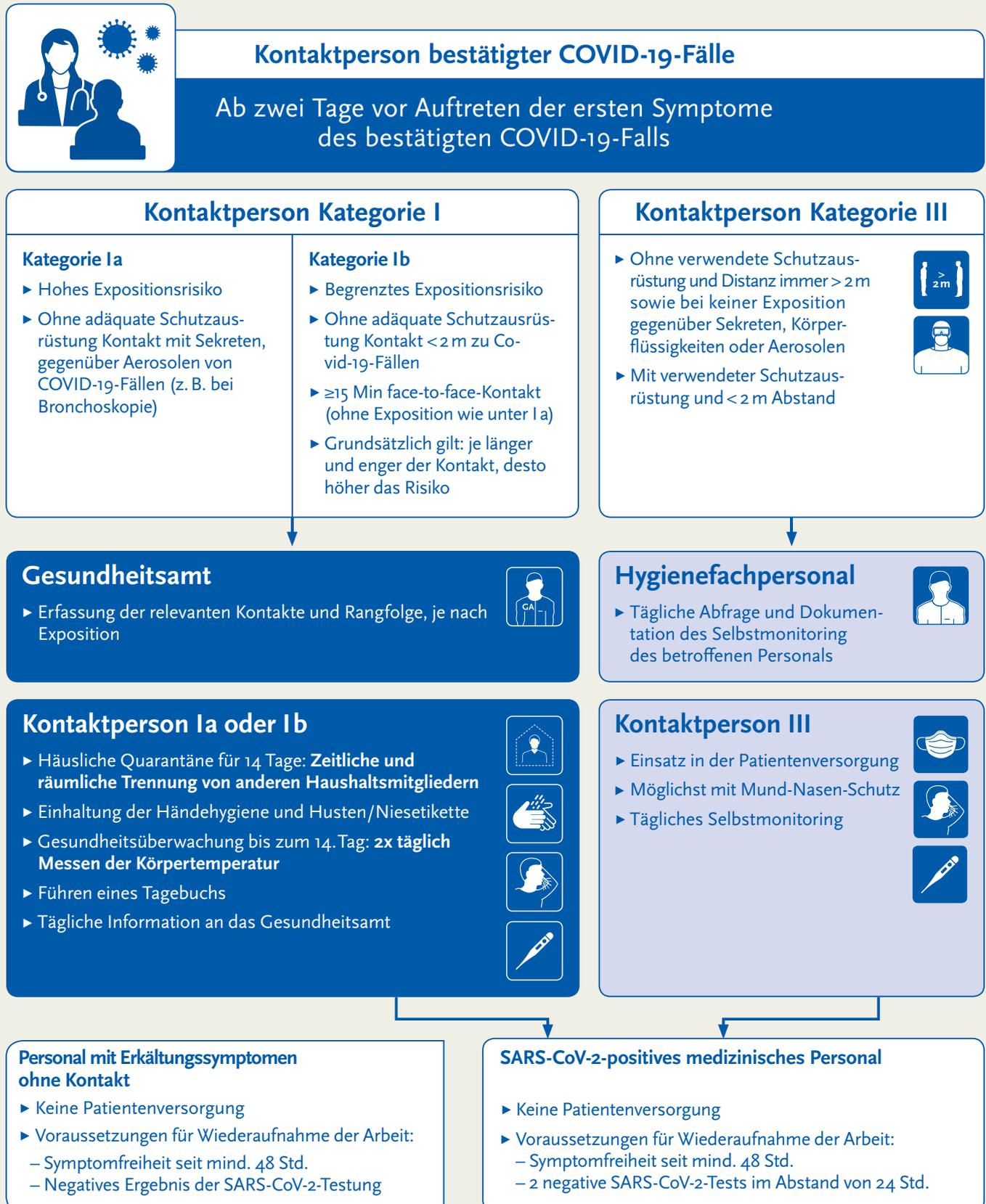
öffnen

schließen



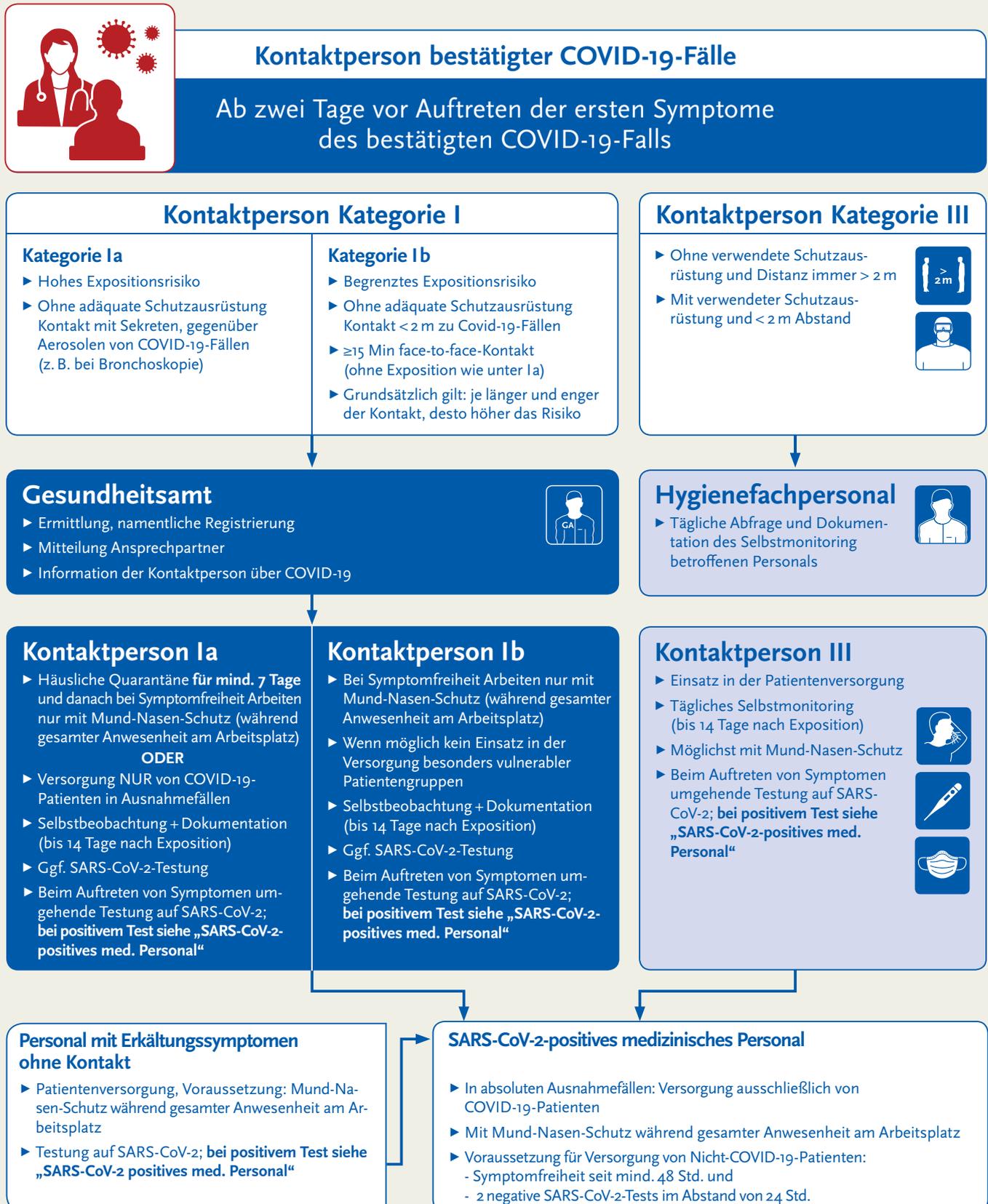
SARS-CoV-2 Kontaktpersonennachverfolgung

für medizinisches Personal in Arztpraxis und Krankenhaus bei ausreichender Personalkapazität





SARS-CoV-2 Kontaktpersonennachverfolgung für medizinisches Personal in Arztpraxis und Krankenhaus bei relevantem Personalmangel



Weitere Informationen
www.rki.de/covid-19-kontaktpersonen-klinikpraxis