

7. Corona-Rundmail, 20.04.20

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wir hoffen, Sie konnten die Osterzeit zu einiger Erholung nutzen. Auch die Situation rund um die Corona-Epidemie scheint sich etwas zu „erholen“. Die Anzahl der nachgewiesenen Neuinfektionen nimmt ab. Dennoch gibt es weiter wichtige Änderungen, über die wir Sie informieren möchten.

Im Anhang dieser Rundmail finden Sie die aktuelle Version der **DEGAM-Leitlinie** mit Stand 10.04.20. Die Hinweise zum klinischen Bild der Covid 19-Erkrankung wurden um einige Daten zur Inkubationszeit erweitert. Weiterhin wird empfohlen, dass nicht nur Patienten mit Infektzeichen, sondern **alle** einen (evtl. auch selbstgenähten) MNS tragen.

Die Leitlinie empfiehlt zur Beurteilung der Schwere einer ambulant erworbenen Pneumonie die Nutzung des CRB-65-Index. Auf die Kriterien Verwirrtheit, Atemfrequenz, Blutdruck und Alter, die uns bei der Entscheidung, ob eine stationäre Einweisung erwogen werden sollte, helfen können, haben wir bereits in der letzten Rundmail hingewiesen. Darüber hinaus werden in der aktuellen Leitlinien-Version noch weitere Informationen zu klinischen Parametern bei der hausärztlichen Entscheidungsfindung gegeben.

Für Erkrankte, die ambulant betreut werden können / müssen, wird auch weiterhin (für klinisch leichte / symptomarme Fälle) kein Praxisbesuch, sondern nur ein telefonischer Kontakt empfohlen!

Dieser Empfehlung, einer vorrangig telefonischen Betreuung von Patienten mit klinisch leichten Symptomen eines Atemwegsinfektes, stand die **Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)** vom Freitag, den 17.04.20 (!) entgegen, ab dem 20.04.20 keine AU-Bescheinigung bei ausschließlich telefonischem Kontakt (sogenannte Telefon-AU) für – bisher bis zu 14 Tagen – mehr zuzulassen. Damit wären alle bisherigen Maßnahmen konterkariert, Infektpatienten (mit leichten Symptomen) möglichst aus den Praxen herauszuhalten. Der Hausärzteverband Mecklenburg-Vorpommern hat parallel zur Arbeit an dieser Rundmail dazu am 19.04.20 eine Pressemitteilung herausgegeben und den Bundesgesundheitsminister Jens Spahn aufgefordert, diesen Beschluss des GBA zu beanstanden. Auch der Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern, Harry Glawe sowie die Staatskanzlei haben wir informiert.

Heute Nachmittag hat der GBA seine Entscheidung korrigiert und die bisherige Regelung zur telefonischen AU bis zum 04.05.20 verlängert!

Da wir nun dennoch wieder mit mehr Patienten in unseren Praxen rechnen müssen, möchten wir an dieser Stelle einige **Hinweise zur praktischen Umsetzung des Infektionsschutzes**, insbesondere des Einsatzes von MNS und FFP2-Masken geben:

- Für medizinisches Personal:
 - Tragen Sie selbst und Ihre Mitarbeiterinnen im Patientenkontakt immer einen MNS (zum Schutz der Patienten).
 - Tragen Sie selbst und Ihre Mitarbeiterinnen im Kontakt mit Patienten, die Symptome eines Atemwegsinfektes aufweisen, eine FFP2-Maske, Handschuhe und eine Schutzbrille (zu Ihrem Schutz).
- Für Patienten:
 - Versuchen Sie, Risikogruppen möglichst zeitlich und / oder örtlich abzuschirmen.

- Übergeben Sie jedem Patienten mit **Symptomen eines Atemwegsinfektes** beim Betreten der Praxis einen MNS. Dazu sind auch die in den letzten 14 Tagen durch die KVMV verteilten Masken (Disposable 3PLY Medical Face Mask) geeignet.
- Alle anderen Patienten sollten einen (ggf. selbst genähten) MNS tragen. Bei ausreichenden Ressourcen kann auch diesen ein Einmal-MNS angeboten werden.

Bei unseren Hinweisen haben wir Empfehlungen des RKI und der DEGAM berücksichtigt.

Wir möchten noch einmal auf die **Dokumentation der hausärztlichen Betreuung** von Infektpatienten im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie hinweisen. Dazu hatten wir in der letzten Rundmail die beiden ICD **U07.1** und **U07.2** dargestellt. Aus dem beigefügten Infoblatt der KBV wird deutlich, dass auch bei fehlendem oder negativem Test die U07.2 („klinisch-epidemiologischer Fall“) verschlüsselt werden kann, wenn spezifische oder unspezifische Symptome auf eine Covid-19-Erkrankung hinweisen und es einen Kontakt zu einem bestätigten Fall gegeben hat oder es in einer Einrichtung, z. B. Pflege- oder Altenheim, zu einem vermehrten Auftreten von Covid-19-Erkrankungen gekommen ist. Die Falldefinition des RKI hängen wir dieser Mail ebenfalls an. Zusätzlich zu den obigen ICD ist die Angabe der eigentlichen Erkrankung, z. B. J06.9G (Infekt der oberen Atemwege) oder J12.8G (Pneumonie durch sonstige Viren) notwendig.

Wichtig ist ebenfalls, bei der Dokumentation der hausärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit einer Covid-19-Erkrankung, für jeden Tag der Behandlung auch die Ziffer **88240** in der Abrechnung anzugeben, da alle Leistungen dann extrabudgetär vergütet werden!

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 Hausärzterverbandes 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>.

Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) (SARS-CoV-2)

Klinisches Bild

Spezifisches klinisches Bild eines COVID-19, definiert als:

- Lungenentzündung (Pneumonie)

Unspezifisches klinisches Bild eines COVID-19, definiert als **mindestens eines** der beiden folgenden Kriterien:

- akute respiratorische Symptome jeder Schwere
- ► krankheitsbedingter Tod

Labordiagnostischer Nachweis

Positiver Befund mit **mindestens einer** der beiden folgenden Methoden:

[direkter Erregernachweis:]

- Erregerisolierung (kulturell),
- ► Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR).

Zusatzinformation

Die [Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2](#) sind zu beachten.

Epidemiologische Bestätigung

Epidemiologische Bestätigung, definiert als **mindestens einer** der beiden folgenden Nachweise unter Berücksichtigung der Inkubationszeit:

- epidemiologischer Zusammenhang mit einer labordiagnostisch nachgewiesenen Infektion beim Menschen durch
 - Mensch-zu-Mensch-Übertragung
- Auftreten von zwei oder mehr Lungenentzündungen (Pneumonien) (spezifisches klinisches Bild) in einer medizinischen Einrichtung, einem Pflege- oder Altenheim, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, auch ohne Vorliegen eines Erregernachweises.

Inkubationszeit maximal 14 Tage

Zusatzinformation

Kontakt zu einem bestätigten Fall ist definiert als Vorliegen von mindestens einem der beiden folgenden Kriterien innerhalb der letzten 14 Tage vor Erkrankungsbeginn:

- Versorgung bzw. Pflege einer Person, insbesondere durch medizinisches Personal oder Familienmitglieder
- Aufenthalt am selben Ort (z.B. Klassenzimmer, Arbeitsplatz, Wohnung/Haushalt, erweiterter Familienkreis, Krankenhaus, andere Wohn-Einrichtung, Kaserne oder Ferienlager) wie eine Person, während diese symptomatisch war.

Über die zuständige Landesbehörde an das RKI zu übermittelnder Fall

A. Klinisch diagnostizierte Erkrankung

Entfällt.

B. Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung

Spezifisches klinisches Bild von COVID-19, ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung (Auftreten von zwei oder mehr Lungenentzündungen (Pneumonien) in einer medizinischen Einrichtung, einem Pflege- oder Altenheim).

Spezifisches oder unspezifisches klinisches Bild von COVID-19, ohne labordiagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung (Kontakt zu einem bestätigten Fall).

C. Klinisch-labordiagnostisch bestätigte Erkrankung

Spezifisches oder unspezifisches klinisches Bild von COVID-19 und labordiagnostischer Nachweis.

D. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei nicht erfülltem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei bekanntem klinischen Bild, das weder die Kriterien für das spezifische noch für das unspezifische klinische Bild von COVID-19 erfüllt. Hierunter fallen auch asymptomatische Infektionen.

E. Labordiagnostisch nachgewiesene Infektion bei unbekanntem klinischen Bild

Labordiagnostischer Nachweis bei fehlenden Angaben zum klinischen Bild (nicht ermittelbar oder nicht erhoben).

Zusatzinformation

Für den Ausschluss von Fällen sollten die [Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2](#) beachtet werden. Ein negatives PCR-Ergebnis schließt die Möglichkeit einer Infektion mit SARS-CoV-2 nicht vollständig aus. Falsch-negative Ergebnisse können z.B. aufgrund schlechter Probenqualität, unsachgemäßem Transport oder ungünstigem Zeitpunkt (bezogen auf den Krankheitsverlauf) der Probenentnahme nicht ausgeschlossen werden.

Referenzdefinition

In Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts, die nicht nach Falldefinitions-kategorien differenzieren (z.B. wöchentliche „Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten“ im Epidemiologischen Bulletin), werden nur Fälle der Kategorie **C, D und E** gezählt.

Gesetzliche Grundlage

Meldepflicht

Durch die Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 7 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes auf Infektionen mit dem erstmals im Dezember 2019 in Wuhan/Volksrepublik China aufgetretenen neuartigen Coronavirus ("2019-nCoV") (CoronaMeldeV), die am 01.02.2020 in Kraft getreten ist, wurde die Meldepflicht nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG auf den Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie den Tod in Bezug auf eine Infektion, die durch 2019-nCoV (SARS-CoV-2) hervorgerufen wird, sowie nach § 7 Absatz 1 Satz 1 IfSG auf den direkten oder indirekten Nachweis von 2019-nCoV (SARS-CoV-2), soweit der Nachweis auf eine akute Infektion hinweist, ausgedehnt. Darüber hinaus können allgemeine nicht-erreger- oder krankheitsspezifische Meldepflichten bestehen (siehe Kapitel „Struktur der Falldefinitionen“ > „Gesetzliche Grundlage“).

Die Meldung des Verdachts einer Erkrankung an COVID-19 hat nur zu erfolgen, wenn der Verdacht nach dem Stand der Wissenschaft sowohl durch das klinische Bild als auch durch einen wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhang begründet ist. Die vom Robert Koch-Institut auf der Grundlage des § 4 Abs. 2 Nr. 1 IfSG veröffentlichte Empfehlung ist zu berücksichtigen.

Übermittlung

Das Gesundheitsamt übermittelt gemäß § 11 Abs. 1 IfSG an die zuständige Landesbehörde nur Erkrankungs- oder Todesfälle und Erregernachweise, die der Falldefinition gemäß § 11 Abs. 2 IfSG entsprechen.



CORONAVIRUS: EMPFEHLUNGEN ZUM KODIEREN (STAND: 02.04.2020)

Für die Kodierung von COVID-19 in der Abrechnung und auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gibt es eigene Diagnoseschlüssel: U07.1 ! für COVID-19-Fälle, bei denen das Virus labordiagnostisch nachgewiesen wurde; und U07.2 ! neu ab 1. April. Mit dem Code U07.2 ! werden ab dem zweiten Quartal die „Verdachtsfälle“ kodiert, bei denen klinisch-epidemiologisch eine COVID-19-Erkrankung diagnostiziert wurde, aber SARS-CoV-2 durch einen Labortest nicht nachgewiesen werden konnte. Das hat die Weltgesundheitsorganisation festgelegt, um die Fälle besser unterscheiden zu können.

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN COVID-19-KODES

Kein „!“ beim Kodieren

Bei beiden COVID-19-Kodes handelt es sich nach der ICD-10-GM um Zusatzcodes, also sogenannte Ausrufezeichenkodes (!). Damit ist geregelt, dass diese Codes eine ergänzende Information enthalten und mit mindestens einem weiteren Code kombiniert werden müssen. Das Ausrufezeichen gehört zur Bezeichnung des Codes, es wird aber bei der Kodierung nicht angegeben.

AUF EINEN BLICK

Kodes ab 1. April

- › **U07.1 ! COVID-19, Virus nachgewiesen:** ist für COVID-19-Fälle vorgesehen, bei denen SARS-CoV-2 durch einen Labortest nachgewiesen wurde.
- › **U07.2 ! COVID-19, Virus nicht nachgewiesen:** ist für COVID-19-Fälle vorgesehen, bei denen SARS-CoV-2 nicht durch einen Labortest nachgewiesen werden konnte, die Erkrankung jedoch nach den Kriterien des Robert Koch-Institutes (RKI) vorliegt.

Nur Zusatzkennzeichen „G“

Die Codes werden ausschließlich mit dem Zusatzkennzeichen „G“ (gesichert) für die Diagnosesicherheit angegeben. Sie sind nicht zu verwenden, wenn ein Verdacht besteht, ohne dass die RKI-Kriterien sicher erfüllt sind (z. B. ausschließlich vermuteter Kontakt mit einem COVID-19-Fall) oder um den Ausschluss („A“) oder den Zustand nach („Z“) einer COVID-19-Erkrankung zu verschlüsseln.

FALLKONSTELLATIONEN UND BEISPIELE

Im Folgenden wird die Kodierung von Fallkonstellationen in Verbindung mit COVID-19 und unter Berücksichtigung der aktuellen Falldefinition des RKI erläutert. Dazu gibt es jeweils Beispiele.

Fallkonstellation 1: Labortest positiv bei akutem klinischen Bild einer COVID-19-Erkrankung

Sie verschlüsseln die Erkrankung beziehungsweise Symptome und geben zusätzlich den Kode U07.1 G an.

Beispiel: Ein Patient klagt über Fieber, Husten und allgemeines Krankheitsgefühl. Aus der Anamnese geht hervor, dass er innerhalb der letzten 14 Tage vor Erkrankungsbeginn Kontakt zu einer Person mit bestätigter COVID-19-Erkrankung hatte. Eine labordiagnostische Untersuchung hat den Nachweis des Virus ergeben.

› Diagnosen:

- J06.9 G Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet
- U07.1 G COVID-19, Virus nachgewiesen

Hinweis: Die zusätzliche epidemiologische Bestätigung durch Kontakt mit einem COVID-19-Erkrankten ist für die Kodierung nicht relevant.

Fallkonstellation 2: Labortest negativ oder Test nicht durchgeführt bei akutem klinischen Bild einer COVID-19-Erkrankung

Sie prüfen, ob ein epidemischer Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung nach den Kriterien des RKI vorliegt und gehen dann wie folgt vor:

1. Epidemiologische Bestätigung einer Erkrankung liegt vor

Sie verschlüsseln die Erkrankung beziehungsweise Symptome und geben zusätzlich den Kode U07.2 G an.

Beispiel: Bei einem Patienten besteht klinisch und röntgenologisch eine Pneumonie. In seiner Pflegeeinrichtung kam es innerhalb der letzten 14 Tage gehäuft zum Auftreten von Lungenentzündungen, wobei ein epidemischer Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung wahrscheinlich ist. Der SARS-CoV-2-Labortest fällt negativ aus.

› Diagnosen:

- J12.8 G Pneumonie durch sonstige Viren
- U07.2 G COVID-19, Virus nicht nachgewiesen

Bei nachgewiesenem SARS-CoV-2 (der Labortest wird wiederholt und fällt positiv aus) verwenden Sie den Kode U07.1 G:

- J12.8 G Pneumonie durch sonstige Viren
- U07.1 G COVID-19, Virus nachgewiesen

2. Epidemiologische Bestätigung einer Erkrankung liegt nicht vor

Sie verschlüsseln ausschließlich die Erkrankung beziehungsweise die Symptome.

Beispiel: Ein Patient klagt über Fieber, Husten und allgemeines Krankheitsgefühl. Es finden sich keine Nachweise eines epidemiologischen Zusammenhanges mit einer COVID-19-Erkrankung. Ein Labortest wird nicht veranlasst.

› Diagnose:

- J06.9 G Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet

Hinweis: Auch bei einer mittels negativem Labortest ausgeschlossenen COVID-19-Erkrankung ändert sich die Kodierung hier nicht. Weder der Kode U07.1 noch U07.2 sind anzugeben, da die Kriterien des RKI nicht vorliegen.



KBV-Themenseite zum Coronavirus: www.kbv.de/html/coronavirus.php

Falldefinition des RKI: www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Falldefinition.pdf

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 10/04/2020

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.

Zielsetzung

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

Epidemiologische Lage

- Bei zunehmender Ausbreitung des neuen Coronavirus (SARS-CoV-2) in Deutschland und anderen europäischen Ländern ist bei Atemwegs- und anderen Symptomen (s. u. klinisches Bild) 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.

Die Inkubationszeit beträgt bis zu 14 Tage, im Mittel 3-7 Tage. Infektiosität kann bereits vor Symptombeginn bestehen. Laut RKI ist das Ende der infektiösen Periode nicht sicher anzugeben. Pragmatisch schlägt das RKI daher vor, dass Patienten 14 Tage nach Symptombeginn aus der häuslichen Isolierung entlassen werden können, wenn der Krankheitsverlauf bei ihnen leicht war (kein Krankenhausaufenthalt) und seit 48 h Symptombefreiheit besteht (siehe unten). Der Virusnachweis (viral shedding) ist – bei leichtem Krankheitsverlauf – aber in Einzelfällen auch deutlich länger als 14 Tage nachgewiesen worden.

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 Gesichts-Schutz-Schirm und Maske [mind. FFP-2]), in diesem Fall ggf. **Schild vor der Praxis: „Praxis kann keine Testungen durchführen.“** oder Patienten-Selbstabstrich außerhalb der Praxis erwägen.

Grundsätzlich

- sollten Patienten mit auch nur geringsten Infektzeichen einen Mund-Nasen-Schutz (MNS) erhalten.
- sollten auch Patienten ohne Infektzeichen möglichst mit MNS, zur Not auch selbstgenähten Stoffmasken, in der Praxis erscheinen.
- sollte Personal beim Umgang mit Patienten grundsätzlich einen Gesichts-Schutz-Schirm und einen MNS (s. u.) tragen. Der Gesichts-Schutz-Schirm sollte auch getragen werden, wenn keine Masken mehr zur Verfügung stehen. Ansonsten: Abstand halten, ggfs. vor Praxistür befragen.

Mangel an Schutzausrüstung

Der Mangel an geeigneter Schutzausrüstung, insbesondere das Fehlen von FFP-2/FFP-3-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 Gesichtsschutzschirm guten Schutz. Bei FFP-2 bzw. FFP-3 Masken mit Ausatemventil ist zu beachten, dass der Gesichtsschutzschirm den Patienten vor der Ausatemluft des Maskenträgers schützt.

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 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. 11) 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 festgestellte Kriterium (max. 4)
■ Pneumonie-bedingte Verwirrtheit, Desorientierung	
■ Atemfrequenz $\geq 30/\text{min}$	
■ Blutdruck diastol. ≤ 60 mmHg oder systol. < 90 mmHg	
■ Alter ≥ 65 Jahre	
▶ Stationäre Aufnahme: Ab 1 Punkt erwägen, ab 2 Punkten immer!	

Hilfen zur Entscheidung über eine stationäre Einweisung bei Covid-19

Über den oben dargestellten CRB-65-Index hinaus gibt es keine validierten Scores mit einfachen Cut-Off-Werten, die die hausärztliche Abwägung und Entscheidung ersetzen könnten. Das hausärztliche Urteil setzt sich aus einer Vielzahl weiterer Informationen zusammen, wie z. B.

- Allgemeinzustand (Exsikkose)
- Blässe/Schweißigkeit
- Subjektive Atemnot (in Ruhe, bei Belastung)
- Husten
- Herzfrequenz
- Sauerstoffsättigung (wenn Gerät vorhanden)
- Körpertemperatur
- Ergebnis der körperlichen Untersuchung, insbesondere des Auskultationsergebnisses (wenn möglich)
- Komorbidität, Risikofaktoren, Medikation, Immunsuppression
- „Biologisches“ Alter
- Möglichkeiten zur häuslichen Versorgung etc.

Grundsätzlich muss der/die Patient/in oder der/die Vertreter/in einer Krankenhauseinweisung als Option zustimmen.

Zur präklinischen patienten-zentrierten Vorausplanung für den Notfall verweisen wir auf die entsprechenden Dokumente (www.degam.de).

- **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 Schutzkittel).

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

- ▶ Sofort
 - 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, Gesichtsschutzschirm, 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 CoViD-19 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). www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Entlassmanagement

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

- Voraussetzung für Wiederaufnahme der Arbeit:
 - Symptombefreiheit seit mind. 48 Stunden und 2 negative SARS-CoV-2-Tests im Abstand von 24 Stunden
 - in Situationen mit relevantem Personalmangel Abweichungen möglich, siehe www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW

Grundsätzliche Informationen zur Testung

Abstrich – PCR

Der Nachweis des Virus im Rachenabstrich mittels des PCR-Tests hat eine Sensitivität von 95 % und eine "hohe" Spezifität – hierzu liegen jedoch keine genauen Angaben vor. Welche Sensitivität der Abstrich in der tgl. Routine aufweist, ist nicht gesichert. Durch falsche Abstrichtechnik, falschen Zeitpunkt des Abstrichs (zu früh oder zu spät getestet, s. u.) oder zu große Zeitverzögerung bis zur Analyse der Probe im Labor (durch Überlastung des Systems) wird die Sensitivität geringer. Wir gehen von einer gewissen Rate an falsch-negativen Testergebnissen aus, der negativ prädiktive Wert ist aber derzeit nicht zu berechnen.

Die Analyse der Daten der ersten neun Patienten aus München ergibt folgende Informationen: Die größte Wahrscheinlichkeit, bei Infektion mit dem SARS-Cov-2-Virus mit Hilfe eines Rachenabstrichs ein positives Testergebnis zu erhalten, besteht innerhalb der ersten Woche nach Symptombeginn. Später kann es sein, dass das Virus im Rachenabstrich nicht mehr nachweisbar ist, wohl aber z. B. in der Lunge (z. B. im Bronchialsekret, was aber der stationären Diagnostik vorbehalten ist). In Stuhlproben ist das Virus nachweisbar, über die Infektiosität liegen keine belastbaren Daten vor.

Virale RNA kann auch nach Ende der Symptome im Sputum noch nachweisbar sein.

Antikörper – ELISA

Nach 7 Tagen hatten 50 % der Patienten in der Münchner Studie Antikörper entwickelt, nach 14 Tagen alle 9 Patienten. Die Antikörperbildung war allerdings nicht von einem schnellen Rückgang der Viruslast begleitet.

Die aktuell verfügbaren Antikörper-Testungen sind nicht extern evaluiert. Die berichteten Sensitivitäten und Spezifitäten sind an sehr kleinen Kollektiven erhoben worden. Ihre Bestätigung steht aus.

Grundsätzlich ist zu beachten:

- der Negativ Prädiktive Wert ist aktuell sicherlich hoch (negatives Testergebnis = hohe Wahrscheinlichkeit, keine SARS-CoV-2-Infektion durchgemacht zu haben)
- der Positiv Prädiktive Wert ist derzeit bei niedriger Durchseuchung auf jeden Fall gering (ein positives Testergebnis ist also oft falsch positiv).

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

Vor dem breiten Einsatz eines Antikörper-ELISA brauchen wir eine externe Evaluation der angebotenen Test-Kits und Daten zur Epidemiologie (Durchseuchungs-Studien).

Für die epidemiologische Fragestellung der Durchseuchung ist der ELISA sehr wohl geeignet, denn hier kann der Fehler der "Falsch Positiven" mathematisch korrigiert werden. Für ein einzelnes positives ELISA-Testergebnis lässt sich dagegen nicht sagen, ob dieses richtig oder falsch ist!

Wichtig: Eine Testung auf Antikörper gegen das SARS-CoV-2-Virus ist niemals dazu geeignet, eine akute Infektion sicher nachzuweisen oder auszuschließen!

Ein positiver Antikörpernachweis kann ein falsch positives Ergebnis sein. Keinesfalls weist der ELISA im Einzelfall eine sichere Immunität nach!

Testung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Praxen (und Altenheimen)

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

Für die direkte Testung auf SARS-CoV-2 dürften bedside-Virusnachweise den Abstrich ablösen, wann, ist ebenfalls unklar.

Bei Symptomen einer Atemwegserkrankung ist (solange kein relevanter Personalmangel vorliegt, s. u.) immer eine Testung (PCR-Test) und Herausnahme aus der Versorgung erforderlich.

Situationen mit relevantem Personalmangel

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

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

Klinische Hinweise zur Behandlung von CoViD-19-Fällen

■ Welche Begleiterkrankungen markieren das größte Komplikationsrisiko?

1. Kardiovaskuläre Erkrankungen (inklusive Hypertonie)
2. Diabetes mellitus
3. COPD/Raucher
4. Immunsuppression

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

■ Arzneimittelannahme

- Zur Zeit gibt es keine evidenzbasierten Therapie-Optionen (zahlreiche Studien zur Arzneimitteltherapie sind angelaufen).
- Für den Nutzen einer frühzeitigen Gabe von Antibiotika zur Prophylaxe einer sekundären bakteriellen Pneumonie gibt es keine belastbare Evidenz. Die Gefahren durch einen übermäßigen Gebrauch sind zu bedenken (Resistenzsituation, Nebenwirkungen).
- 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. Hinweise zur präklinischen patienten-zentrierten Vorausplanung für den Notfall sind neben dieser Leitlinie auf www.degam.de publiziert, ebenso Hilfen zur Dokumentation.
- Bei Fragen zur palliativen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Atemnot empfehlen wir eine Zusammenarbeit mit den regionalen SAPV-Teams.

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)
 - Empfang schützen (z. B. Abstandsmarkierung mit Tape auf dem Boden, Plexiglasschutz)
 - Bei Arbeit mit Patienten: Abstand halten, Gesichtsschutz-Schirm, Mund-Nasenschutz/Maske nach Verfügbarkeit
 - 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. Bitte auch hier auf 2 m Abstand achten!
- **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 direkter 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)
- **Generell: 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 Hausärzterverband 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 Husten, Schnupfen, Halsschmerzen und/oder Infektionszeichen (z.B Fieber) haben, gilt:

Bitte die Praxis möglichst nur nach vorheriger Terminabsprache betreten.

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/>