

**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

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

**Konzeption und wissenschaftliche Redaktion**

SLK-Leitungsteam

**Kontakt**

**DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien**

c/o Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinik Ulm

Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm

Tel. +49 (0)731 500 57901

leitlinien@degam.de

**Stand 05/06/2020 (Version 11)**

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.

**Hinweis**

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

<b>Inhalt</b>	
<b>Zielsetzung</b>	<b>4</b>
<b>Epidemiologische Lage</b>	<b>4</b>
<b>Klinisches Bild</b>	<b>4</b>
<b>Grundsätze für die Hausärztliche Praxis</b>	<b>5</b>
Schutzausrüstung	6
<b>Definition Verdachtsfälle – Testkriterien nach RKI</b>	<b>6</b>
<b>Testung von Patienten, die nicht den RKI-Kriterien entsprechen</b>	<b>8</b>
<b>Vorgehen in der Praxis in Abhängigkeit von der Fallschwere</b>	<b>8</b>
Bei Schwerkranken	8
Bei Erkrankten, die ambulant betreut werden können/müssen	9
Falls Patient/in mit Atemwegsinfekt unangemeldet in der Praxis erscheint	10
<b>Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung nach RKI</b>	<b>10</b>
<b>Grundsätzliche Informationen zur Testung</b>	<b>11</b>
<b>Situationen mit relevantem Personalmangel</b>	<b>13</b>
<b>Klinische Hinweise zur Behandlung von COVID-19-Fällen</b>	<b>13</b>
<b>Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen</b>	<b>15</b>
<b>Organisatorische Hinweise</b>	<b>15</b>
<b>Mögliche Optionen zur Entlastung der Praxis</b>	<b>17</b>

## 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

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

Eine klinische Unterscheidung zwischen einer SARS-CoV-2-Infektion und einer Erkältung bzw. einer anderen Infektionskrankheit 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 deren 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), Schnupfen, ggf. Dyspnoe, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Riech- und Geschmacksstörungen. Es kommen Kopf- und Gliederschmerzen, Diarrhoe, abdominale Beschwerden oder Halsschmerzen vor. Fieber, Husten und Atemnot als "typische Symptome" stammen aus ersten Beobachtungen von meist schwer erkrankten, stationär behandelten Patienten in Wuhan.

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

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

Die Inkubationszeit beträgt bis zu 14 Tage (davon ist auch die Quarantänedauer abgeleitet), im Mittel 3-7 Tage. Infektiosität besteht bereits ca. 2 Tage vor Symptombeginn. Je schwerer der Krankheitsverlauf, desto länger ist das Virus nachweisbar. Im Stuhl Infizierter ist das Virus bis zu sieben Wochen nachgewiesen worden, was allerdings nicht bedeutet, dass dieses Virus noch infektiös ist.

Laut RKI können Patienten 14 Tage nach Symptombeginn aus der häuslichen Isolierung entlassen werden, wenn der Krankheitsverlauf bei ihnen leicht war (kein Krankenhausaufenthalt) und seit 48 h Symptombefreiheit besteht (siehe unten). Der Virusnachweis im Rachenabstrich ist – bei leichtem Krankheitsverlauf – aber in Einzelfällen auch deutlich länger als 14 Tage nachgewiesen worden (je schwerer der Krankheitsverlauf, desto länger kann das Virus nachgewiesen werden).

## Grundsätze für die Hausärztliche Praxis

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

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

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

### Grundsätzlich

- sollten alle Patientinnen und Patienten mit MNS, zur Not auch selbstgenähten Stoffmasken, in der Praxis erscheinen.
- sollte Personal bei direktem Patientenkontakt einen neben einer FFP2- bzw. 3-Maske (s. u.) einen zusätzlichen Gesichts-Schutz-Schild tragen. Der Gesichts-Schutz-Schild sollte auch dann getragen werden, wenn nur weniger hochwertige oder gar keine Masken mehr zur Verfügung stehen. Ansonsten: Abstand halten, ggfs. vor Praxistür befragen.

### Schutzausrüstung

Ein 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 Gesichts-Schutz-Schildes (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 Gesichts-Schutz-Schild guten Schutz. Bei FFP-2 bzw. FFP-3 Masken mit Ausatemventil ist zu beachten, dass der Gesichts-Schutz-Schild den Patienten vor der Ausatemluft des Maskenträgers schützt. FFP-2 oder FFP-3-Masken mit Ventil schützen nur den gesunden Maskenträger vor einer Infektion, nicht den Patienten vor einem infizierten Maskenträger.

### Definition Verdachtsfälle – Testkriterien nach RKI

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

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

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

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

- ▶ **Testmöglichkeiten** zunächst über **regionale Teststationen / Tel. 116 117 / Gesundheitsamt erkunden**
- ▶ 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](http://www.degam.de))
- ▶ Schutzausrüstung sollte, solange nur beschränkt verfügbar, **geschont** werden, damit die **Versorgung von ernsthaft Erkrankten gesichert** werden kann.
- ▶ Alle Verdachtsfälle sollten diagnostisch abgeklärt werden und mindestens bis zum Testergebnis in häuslicher Isolierung verbleiben.
- ▶ Die Isolierung kann bei diesen Verdachtsfällen frühestens aufgehoben werden, wenn ein negatives Testergebnis vorliegt. Bei negativem Testergebnis, **aber klinisch fortbestehendem Verdacht**, sollte die Isolierung aufrecht erhalten werden. Ein zeitnaher zweiter, ggf. auch dritter Abstrich kann die diagnostische Unsicherheit aufgrund eines initial falsch negativen Abstrichergebnisses verbessern (siehe unten, Kapitel Grundsätzliche Informationen zur Testung) und als Kriterium für eine Beendigung der häuslichen Isolierung herangezogen werden.
- ▶ Bei positivem Testergebnis muss eine Isolierung über mindestens 14 Tage ab Symptombeginn erfolgen. Diese kann danach erst aufgehoben werden (durch das Gesundheitsamt), wenn seit 48 h Symptombefreiheit besteht. Siehe “Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung”.
- ▶ Kontaktpersonen und Mitbewohner/innen ausfindig zu machen und eine Quarantäne anzuordnen, ist Aufgabe des Gesundheitsamtes.

## Testung von Patienten, die nicht den RKI-Kriterien entsprechen

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

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

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

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

## Vorgehen in der Praxis in Abhängigkeit von der Fallschwere

### Bei Schwerkranken

- ▶ **Krankenhauseinweisung ohne Testung**  
(Rettungsdienst, Tel. 112) auch bei V. a. schwere Erkrankung nach Telefonkontakt

### Hilfen zur Entscheidung über eine stationäre Einweisung bei COVID-19

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

- „Biologisches“ Alter
- Komorbidität (s. u.)
- Allgemeinzustand, subjektives Befinden
- Atemnot (in Ruhe, bei Belastung), Husten
- weitere Beschwerden
- Körpertemperatur
- Herzfrequenz, Blutdruck
- Blässe/Kaltschweißigkeit
- Sauerstoffsättigung (einmal tägliches Screening wird vom RKI auch bei symptomlosen Altenheimbewohnern empfohlen, siehe auch unter “Mögliche Optionen zur Entlastung der Praxis – Gespräche mit Pflegeeinrichtungen”)
- Ergebnis der körperlichen Untersuchung, insbesondere der Auskultation (wenn möglich)



- Komorbidität: insbes. kardiovaskuläre Erkrankungen, Hypertonus, Diabetes mellitus etc., Risikofaktoren, Medikation, Immunsuppression
- Möglichkeiten zur häuslichen Versorgung etc.

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

Die oben genannten Informationen (subjektives Befinden, Atemnot, Temperatur, Husten, Auswurf, weitere Beschwerden, wenn möglich Sauerstoffsättigung etc.) sollten auch beim regelmäßigen Monitoring der an COVID-19 erkrankten, ambulant betreuten Patientinnen und Patienten erhoben werden. Beim telemedizinischen/telefonischen Monitoring sind die Möglichkeiten, oben genannte Punkte zu erheben, teilweise eingeschränkt. Hier kann erlebte Anamnese bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung helfen, ob eine persönliche Untersuchung oder eine Einweisung ins Krankenhaus geboten scheint. Berücksichtigt werden sollte, dass auch eine bereits fortgeschrittene COVID-19-Erkrankung mit vergleichsweise geringer subjektiver Beeinträchtigung des Wohlbefindens einhergehen und sich das Zustandsbild rasch verschlechtern kann.

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

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

### Bei Erkrankten, die ambulant betreut werden können/müssen

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

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

- ▶ **klinischer Verdacht auf SARS-CoV-2-Infektion:**  
Eine Testung sollte bei Vorliegen der oben genannten Kriterien durchgeführt werden bzw. bei anderweitigem V.a. eine SARS-CoV-2-Infektion, der nicht die Kriterien 1-3 erfüllt. Wenn möglich über die lokalen Testzentren / in der Praxis, falls sie das leisten kann (Schutzausrüstung!) / ggf. über einen Rachen-Selbst-Abstrich.
- ▶ Solange kein negatives Abstrichergebnis vorliegt, sollten auch enge Kontaktpersonen und alle Mitbewohner/innen (Patienten wie Nichtpatienten) zuhause bleiben und Sozialkontakte minimieren. Falls in diesem Zusammenhang eine Freistellung von der Arbeit benötigt wird, muss Rücksprache mit dem Gesundheitsamt gehalten werden, denn nur dieses kann eine Quarantäne aussprechen.
- ▶ 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](http://www.degam.de)

### Falls Patient/in mit Atemwegsinfekt unangemeldet in der Praxis erscheint

- ▶ Sofort
  - Patient/in einen separat bereit liegenden Mund-Nasen-Schutz anlegen lassen (falls er/sie noch keinen angelegt hat)
  - ausreichend Abstand (>2m) von anderen einhalten lassen.
- ▶ Einen leicht erkrankten Patienten umgehend heimschicken, weitere Planung (insbesondere Planung der Testung) telefonisch.
- ▶ Einen Patienten, der in der Praxis untersucht/versorgt werden muss
  - in eigenen Praxisraum leiten oder in separaten Bereich außerhalb der Praxis.
  - MFA/Ärztin/Arzt: FFP2-/FFP3-Maske, Gesichts-Schutz-Schild, Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Schutzbrille, zusätzlich Sicherheitsabstand einhalten.
- ▶ Kontakt- und ggf. Reiseanamnese erheben, Risikofaktoren erheben (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Immunsuppression), ebenso nach Kontakt zu vulnerablen Gruppen fragen (Berufsanamnese oder Pflege im privaten Umfeld).

### Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung nach RKI

#### Ohne vorangegangenen Krankenhausaufenthalt (leichter Krankheitsverlauf)

- Frühestens 14 Tage nach Symptombeginn
- Symptomfreiheit seit mind. 48 Stunden bezogen auf die akute COVID-19-Erkrankung

- Die gleiche Vorgehensweise gilt für Patienten, bei denen die Verdachtsdiagnose COVID-19 besteht, aber kein Test zur Diagnosesicherung durchgeführt worden war
- Positiv getestete, aber asymptomatische Patienten: nach 14 Tagen Isolierung (beginnend mit positiver Testung)

#### **Nach vorangegangenem Krankenhausaufenthalt (schwerer Krankheitsverlauf)**

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

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

Voraussetzung für Wiederaufnahme der Arbeit:

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

[www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Entlassmanagement](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Entlassmanagement)

- In Situationen mit relevantem Personalmangel Abweichungen möglich, siehe [www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/HCW](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW)

## **Grundsätzliche Informationen zur Testung**

### **Abstrich – PCR**

Der Nachweis des Virus im Rachenabstrich mittels des PCR-Tests hat eine Sensitivität von bestenfalls 95 % und eine höhere Spezifität. Welche Sensitivität der Abstrich in der tgl. Routine aufweist, ist nicht gesichert. Durch falschen Zeitpunkt des Abstrichs (zu früh oder zu spät), falsche Abstrichtechnik oder zu große Zeitverzögerung bis zur Analyse der Probe im Labor wird die Sensitivität weiter vermindert. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen Raten an falsch-negativen Testergebnissen von bis zu 30 %, vereinzelt auch mehr.

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

## Antikörper – ELISA

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

Nicht alle aktuell verfügbaren Antikörper-Tests sind ausreichend extern evaluiert. Die berichteten Sensitivitäten und Spezifitäten unterscheiden sich in Abhängigkeit von Studie, Test und dem Tag der Blutentnahme nach vermuteter Infektion. Die Sensitivität ist mit Vorsicht zu betrachten, da sie sich zumindest in den ersten Wochen nach Infektion meist als niedriger erweist als von den Firmen angegeben.

Grundsätzlich ist zu beachten:

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

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

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

**Wichtig:**

- **Eine Testung auf Antikörper gegen das SARS-CoV-2-Virus ist nicht dazu geeignet, eine akute Infektion sicher nachzuweisen oder auszuschließen!**
- **Ein positiver Antikörpernachweis kann ein falsch positives Ergebnis sein. Keinesfalls weist der ELISA im Einzelfall eine sichere Immunität nach!**
- **Wir raten in der momentanen Situation, ELISA-Antikörper-Testungen nur in gut begründeten Fällen durchzuführen und das Ergebnis entsprechend vorsichtig zu interpretieren.**

## Testung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Praxen (und Altenheimen)

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

es bislang nicht. Wir wissen auch nicht, ob sie von den Kassen oder anderen Kostenträgern erstattet werden.

Für die direkte Testung auf SARS-CoV-2 sind bedside-Virusnachweise, die den Abstrich ablösen, in Entwicklung. 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 Gesichts-Schutz-Schild und Mund-Nasen-Schutz und wenn möglich, kein Einsatz in der Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen.
- Bei Symptomen einer Atemwegserkrankung: umgehende Testung auf SARS-CoV-2; bis zum Ergebnis Gesichts-Schutz-Schild und Mund-Nasen-Schutz während gesamter Anwesenheit bei der Arbeit. Siehe hierzu auch [Informationen des RKI](#)

## Klinische Hinweise zur Behandlung von COVID-19-Fällen

### ■ Welche Begleiterkrankungen markieren das größte Komplikationsrisiko?

- 1 Kardiovaskuläre Erkrankungen (inklusive Hypertonie)
- 2 Diabetes mellitus
- 3 Adipositas
- 4 COPD
- 5 Immunsuppression

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

### ■ Arzneimittelinnahme

- 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 derzeit Gegenstand von Untersuchungen. Da zum jetzigen Zeitpunkt noch keine belastbare Evidenz existiert, kann ein Austausch oder gar ein ersatzloses Absetzen der Substanzen nicht empfohlen werden.

- Es gibt bisher keine belastbare wissenschaftliche Evidenz dafür, dass NSAR den Verlauf einer COVID-19-Erkrankung verschlechtern. Dennoch: Fieber sollte bei Atemwegserkrankungen grundsätzlich nicht reflexhaft gesenkt werden. Wenn eine Fiebersenkung notwendig ist, sollte insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären und/oder renalen Vorerkrankungen Paracetamol anstelle von NSAR verabreicht werden.
- Vom Einsatz von Hydroxychloroquin (HCQ) bei der Behandlung ambulanter COVID-19 Patienten wird abgeraten. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft weist auf das Risiko schwerwiegender Nebenwirkungen, insbesondere kardialer Nebenwirkungen wie Kardiomyopathie, QT-Verlängerung und Herzrhythmusstörungen hin (<https://t1p.de/tw82>).
- **Ethische Aspekte**
  - Es ist eine hausärztliche Pflicht, den Patientenwillen und das Selbstbestimmungsrecht zu beachten.
  - Darüber hinaus muss sichergestellt sein, dass alle medizinisch notwendigen Maßnahmen durchgeführt werden können, auch in Pflegeheimen.
  - Es ist – nicht nur in Zeiten der Pandemie – wichtig, auf mögliche Notfälle vorbereitet zu sein, um für die Betroffenen, Angehörigen, Pflegenden und Ärzte Handlungssicherheit zu schaffen. Hinweise zur präklinischen patienten-zentrierten Vorausplanung für den Notfall sind neben dieser Leitlinie auf [www.degam.de](http://www.degam.de) publiziert, ebenso Hilfen zur Dokumentation.
  - Bei Fragen zur palliativen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Atemnot empfehlen wir eine Zusammenarbeit mit den regionalen SAPV-Teams.
- **Versorgung von Patienten nach schwerer COVID-19-Erkrankung und nach Intensivtherapie**

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

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

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

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

## Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen

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

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

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Verstorbene.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Verstorbene.html)

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

## Organisatorische Hinweise

- Auch im privaten Umfeld Kontakte reduzieren (z. B. zu Erkrankten, Enkelkindern, Älteren).
- Materialversand: alle Universitätskliniken und die meisten Laborgemeinschaften testen.
- Hinweise zur Testung und Verpackung: [www.rki.de/ncov-diagnostik](http://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](https://www.kbv.de/html/1150_44667.php).
- Arbeitsunfähigkeit für bis zu 14 Tage.
- **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](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html)) Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf Schutzmaßnahmen (z. B. Kontaktreduktion) durchführen. Dies gilt auch für den Einsatz und das Verhalten am Arbeitsplatz, der so zu gestalten ist, dass eine Gefährdung für das Leben sowie die Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten werden (vgl. § 4 Arbeitsschutzgesetz).

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

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

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

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

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

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

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

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



## 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, Gesichts-Schutz-Schild, Mund-Nasen-Schutz/Maske nach Verfügbarkeit
- Händedesinfektion über Spender am Praxiseingang anbieten (3 ml, 30 Sekunden)

- **Bitte** entscheiden Sie über den Umgang mit Infektpatienten in Ihrer Praxis und berücksichtigen Sie dabei, dass es auch weiterhin darum geht, die Verbreitung der Infektion zu verhindern und insbesondere die Risikogruppen zu schützen. Gleichzeitig muss der hausärztliche Arbeitsauftrag erfüllt werden, so dass die Wiederaufnahme von Routine-Hausbesuchen, Patientenschulungen, DMP- und anderen Routineuntersuchungen unter Beachtung aller Hygieneregeln möglich erscheint, vorausgesetzt, es ist genug Platz und Schutzkleidung vorhanden.

- ▶ Stimmen Sie im Praxisteam die Triage ab, sodass Ihr Team bereits am Telefon Patienten filtern kann: Passen Sie Ihre (Online)Terminvergabe an.
- ▶ Bauen Sie Ihre Telefon- und/oder Videosprechstunden aus.
- ▶ Für Infektpatienten, die Sie persönlich untersuchen möchten, sollten Sie eine **Infektsprechstunde** einrichten, um sie von anderen **zeitlich und ggf. auch räumlich zu trennen**.  
Option für größere Praxen: Bilden Sie nach Möglichkeit ein Infekt-Team (nicht chronisch krank/immunsupprimiert) und ein Nicht-Infekt-Team (überwiegend am PC bzw. Telefon tätig).
- ▶ Informieren Sie über Aushänge und Ihre Praxiswebseite über veränderte Praxisorganisation/Infektionsschutz-Maßnahmen für Patienten.
- ▶ **Behandlung von Kindern** (potentielle Vektoren, aber selten krank): möglichst nicht im Rahmen der Chroniker-Sprechstunde, sondern idealerweise in einer eigenen Sprechstunde.
- ▶ **Unnötige persönliche Patientenkontakte reduzieren** (z. B. Rezepte/Überweisungen per Post zusenden).
- ▶ **Besuche in Krankenhäusern, Pflegeheimen etc. ausschließlich mit Maske, Gesichts-Schutz-Schild und Handschuhen.**  
**Handschuhe nach jedem Patienten, Maske je nach Durchfeuchtung wechseln.**
- ▶ **Gesichts-Schutz-Schild stets nach dem Abnehmen mit 70 % Isopropylalkohol desinfizieren.**
- ▶ **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!
- **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
  - 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 in der aktuellen Situation auch Routine-Heimbesuche möglich. Falls möglich, immer Fenster öffnen.
  - Regelmäßiger telefonischer Austausch mit Pflegepersonal zwecks Führung von durch soziale Isolation gefährdeter Bewohner/innen
  - Reduktion von Besuchen soweit vertretbar, kein Zutritt von Erkrankten oder Kontaktpersonen zu den Einrichtungen (Besuchsreduktion in vielen Einrichtungen bereits realisiert)
  - Einhaltung eines Besuchskonzeptes, das den Wunsch nach Besuch und den Schutz der Bewohner/innen gleichermaßen berücksichtigt (Registrierung der Besucher/innen, zeitliche Begrenzung, Unterweisung der Besucher/innen in Schutzmaßnahmen), ggf. Einrichtung eines Bildtelefons zur Kommunikation mit Angehörigen.
  - Schulung der Beschäftigten hinsichtlich der erforderlichen Maßnahmen, Schutzkleidung bei der Pflege von Erkrankten (FFP-2 Maske, Gesichts-Schutz-Schild, Schutzkittel, Handschuhe, Schutzbrille), Hygieneregeln, Tätigkeitsverbot für erkrankte Beschäftigte (Gefährdung Dritter), d. h. bei Infektzeichen nicht zur Arbeit gehen bzw. die Arbeitsstelle sofort verlassen, sich isolieren und testen lassen.
  - Grundsätzliches Tragen von FFP2 bzw. MNS im Bewohner/innen-Bereich durch alle Berufsgruppen und Besucher
  - Ein tägliches Screening (einmal pro Tag) der Sauerstoffsättigung durch das Pflegepersonal mittels Pulsoxymeter wird vom RKI empfohlen. Bei Abfall der Sauerstoffsättigung und fehlenden Hinweisen auf andere organische Ursachen (wie z. B. eine dekompensierte Herzinsuffizienz) sollte eine bisher unerkannte SARS-CoV-2-Infektion erwogen und ein PCR-Test veranlasst werden. Absolute Zahlen für den Abfall der Sauerstoffsättigung werden explizit nicht genannt, weil die Bewertung vom individuellen Patienten und seinen Vorerkrankungen abhängt.
  - Derzeit gibt es keine verbindliche Regelung zur Kostenübernahme einer Testung auf SARS-CoV-2 von asymptomatischen Patienten vor Aufnahme in ein Pflegeheim – obwohl eine Testung grundsätzlich sinnvoll ist.
  - RKI-Empfehlungen zu Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen finden sich hier: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Alten\\_Pflegeeinrichtung\\_Empfehlung.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.html)

## ■ Generell: Aktualisierung von Patientenverfügungen

Weitere sinnvolle Praxishilfen: [www.degam.de](http://www.degam.de) bzw. [www.hausaerzteverband.de](http://www.hausaerzteverband.de) oder [www.ihf-fobi.de/covid-19](http://www.ihf-fobi.de/covid-19)

## Weitere Informationen

### ■ Quarantäne bei Einreisen nach Deutschland

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

Personen, die aus einem der nicht ausgenommenen Länder nach Deutschland einreisen, müssen sich für 14 Tage in häusliche Quarantäne begeben und dürfen keinen Kontakt zu Personen außerhalb ihres Hausstandes haben.

Die Betroffenen müssen nach ihrer Einreise unverzüglich und eigeninitiativ die zuständige Kreisverwaltungsbehörde (Landratsamt) und/oder das Gesundheitsamt informieren.

Reisende müssen zudem die jeweiligen Quarantäne-Bestimmungen ihres Bundeslandes beachten.

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

Orientierende Hinweise zur Definition von Kontaktpersonen und zum weiteren Vorgehen finden sich beim RKI: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Kontaktperson/Grafik\\_Kontakt\\_allg.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Grafik_Kontakt_allg.pdf?__blob=publicationFile)

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

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

## ■ **Praxisschilder**

Infekt-Patienten von anderen, insbesondere Risiko-Patienten separieren und zu allen sichtbar erkrankten Patienten (insbesondere zu „Verdachtsfällen“) zwei Meter Abstand halten und sich nicht 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, Geruchs-/Geschmacksstörungen und/oder andere Infektionszeichen (z. B. Fieber), ggf. auch Durchfall 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, insbesondere die umgehende Testung, 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 2 Meter Abstand vom Tresen halten.**

**Bitte tragen Sie unbedingt einen Mund-Nasen-Schutz (z. B. den, den Sie beim Einkaufen benutzen).**

**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/>