

Rahmenkonzept COVID-19 der KVN für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich zur individuellen Nutzung entsprechend der lokalen Gegebenheiten

(Stand 09.10.2020 – 11:00 Uhr)

Die folgenden Maßnahmen dienen dem verbesserten Infektionsschutz von Risikogruppen und medizinischen Personal in der derzeitigen dynamischen Situation. Eine der wichtigsten Maßnahmen ist die Trennung von Patientenströmen.

Voraussetzung für das Erreichen dieser Ziele ist das Vorhandensein und die korrekte Anwendung von persönlicher Schutzausrüstung und die Durchführung der angemessenen Hygienemaßnahmen. Wir verweisen dazu auf die Vorgaben des RKI (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html).

1) Hausarztbene – betrifft alle Hausärzte (Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten) und Kinder/Jugendärzte

- a. Es erfolgt in den o.g. Praxen eine zeitliche Trennung der Versorgung von Patienten mit akuten infektiösen Atemwegserkrankungen in einer Infektionssprechstunde (z.B. nachmittags) und allen anderen Patienten (z.B. Vormittagssprechstunde). Entsprechende Sprechstunden müssen vorgehalten werden.
- b. Auch für andere Arztgruppen als die oben genannten wird eine zeitliche Trennung der Versorgung von Patienten mit akuten infektiösen Atemwegserkrankungen ebenfalls in separaten Infektionssprechstunden dringend empfohlen (beispielsweise HNO, Augenärzte und MKG).
- c. Patienten mit akuten Atemwegserkrankungen dürfen nicht außerhalb der Infektionssprechstunde in der Praxis erscheinen. Kontakte sollten auch abgesehen davon soweit möglich telefonisch oder auf andere Weise indirekt erfolgen. (siehe hierzu Aussetzung der Obergrenze von 20% für Videosprechstunden bis Ende 2020)
- d. Abstriche für die Testung auf COVID-19 erfolgen auch in der jeweiligen Hausarzt/Kinderarztpraxis.
- e. Patienten in häuslicher Quarantäne/Isolation werden angewiesen, sich bei Verschlechterung ihres klinischen Zustands sofort mit ihrem Hausarzt in Verbindung zu setzen. Dieser entscheidet über die Notwendigkeit eines Hausbesuchs.
- f. Komplexer erkrankte Patienten mit akuten infektiösen Atemwegserkrankungen/ COVID-19-Patienten bzw -Verdachtsfälle ohne eindeutige Indikation zur sofortigen stationären Einweisung werden nach telefonischer Anmeldung an die Infektionssprechstunde eines Pulmologen überwiesen. Für COVID-19-Patienten unter behördlich angeordneter Quarantäne/Isolationsmaßnahmen muss dies vorher mit dem regionalen Gesundheitsamt abgestimmt werden.

2) Fachärzte für Pulmologie

- a. Pulmologen können nach lokaler Absprache ebenfalls zeitlich getrennte Infektionssprechstunden für Patienten mit akuten infektiösen Atemwegserkrankungen /COVID-19-Patienten vorhalten.
- b. Hausärzte überweisen ihnen in diese Infektionssprechstunden komplexer erkrankte Patienten mit akuten infektiösen Atemwegserkrankungen/ COVID-19-Patienten bzw -Verdachtsfälle ohne eindeutige Indikation zur sofortigen stationären Einweisung. Der Pulmologe führt ggf. weiter erforderliche Diagnostik durch und entscheidet über den weiteren Verlauf (ambulante oder stationäre

Behandlung). Dadurch Vermeidung der Überweisung an radiologische Praxen mit Vermischung von Patientenströmen.

3) Versorgung von Alten- und Pflegeheimen und vergleichbaren Einrichtungen

- a. Hierzu verweisen wir auf Modul 2 des Rahmenkonzepts.

4) Andere Fachärzte (als Hausärzte und Pulmologen)

- a. Auch andere Fachärzte sollten zeitlich getrennte Sprechstunden für Patienten mit akuten infektiösen Atemwegserkrankungen /COVID-19-Patienten vorhalten.
- b. Wenn möglich sollte eine schnelle Terminvergabe ermöglicht werden, um Hausärzte von der Behandlung von Patienten ohne Atemwegserkrankungen zu entlasten

5) Möglichkeit der Anstellung von Medizinstudenten z.B. zur telefonischen Triage der Patienten für die entsprechenden Sprechstunden

Zusätzlich zu den o.g. Maßnahmen müssen alle Arztpraxen ihre Hygienepläne entsprechend der Vorgaben des RKI überprüfen und ggf. anpassen, um sich über Infektionsrisiken in ihrem Umfeld bewusst zu werden und diese weitestgehend zu vermeiden

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html;jsessionid=6276ED52EE3ECFFF07B1967DA04DD16F.internet061).

Rahmenkonzept COVID-19 der KVN für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich zur individuellen Nutzung entsprechend der lokalen Gegebenheiten:

Modul 1 „Infektionspraxen/Abstrichsprechstunden“

(Stand 06.10.2020 – 17:30 Uhr)

Die folgenden Maßnahmen dienen dem verbesserten Infektionsschutz von Risikogruppen und medizinischen Personal in der derzeitigen dynamischen Situation, insbesondere im Hinblick auf die beginnende Erkältungssaison. Eine der wichtigsten Maßnahmen ist weiterhin die Trennung von Patientenströmen.

Die Pandemie-Situation wird nur beherrschbar sein, wenn möglichst alle Ärztinnen und Ärzte sich dieser Aufgabe stellen und die Versorgung von potentiell infizierten Patienten übernehmen. **Es sollen deshalb alle niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen Abstriche abnehmen, wenn medizinisch indiziert.** Die derzeitige Pandemie kann nur durch die gemeinsame Arbeit aller niedersächsischen Vertragsärzte bewältigt werden.

Einige Ärzte/Ärztinnen könnten jedoch aus gesundheitlichen oder räumlichen Gründen nicht in der Lage sein, Abstriche in ihren eigenen Praxen durchzuführen. Um auch hier eine Unterstützung anzubieten, hat die KVN bislang auf Praxen gesetzt, die sich freiwillig als „Infektionspraxen“ zur Verfügung gestellt haben. Im 4. Quartal 2020 soll dieses Engagement der Praxen auch finanziell gefördert werden. Um den angenommen Bedarf abzudecken, sollen Ärzte/Ärztinnen in allen Regionen Niedersachsens sich bereit erklären, spezielle Abstrichsprechstunden für von Kolleginnen und Kollegen zugewiesene Patienten anzubieten. Die weitere Behandlung der Patienten aus den Abstrichsprechstunden (unabhängig vom Testergebnis) verbleibt grundsätzlich beim zuweisenden Arzt, wenn nicht intern konkret andere Absprachen getroffen werden.

Voraussetzung für das Erreichen dieser Ziele ist das Vorhandensein und die korrekte Anwendung von persönlicher Schutzausrüstung und die Durchführung der angemessenen Hygienemaßnahmen. Wir verweisen dazu auf die Vorgaben des RKI (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html).

1) Triagierung von Patienten mit akutem infektiösen Atemwegsinfekt durch den Hausarzt

- a. Die Triagierung der Patienten zum passenden Ablauf bleibt in der Verantwortung des jeweiligen Hausarztes.
- b. Patienten mit akutem infektiösen Atemwegsinfekt müssen sich telefonisch bei ihrem Hausarzt melden. Dieser stellt durch eine ausführliche Befragung fest, in welchen Behandlungszweig der Patient geleitet wird.
- c. Wenn der Patient einer stationären Behandlung bedarf, erfolgt nach telefonischer Rücksprache mit dem Krankenhaus durch den Hausarzt die stationäre Einweisung. Dies ist notwendig, um Zeitverzögerungen in der Einleitung einer indizierten stationären Behandlung z.B. durch eine Vorstellung des Patienten in einer der lokalen Diagnostik- und Behandlungseinheiten zu vermeiden.
- d. Wenn der Patient an einem akuten infektiösen Atemwegsinfekt leidet und keiner stationären Behandlung bedarf, kann ein Termin in der lokalen Abstrichsprechstunde vereinbart werden, sofern der Behandler aus gesundheitlichen Gründen den Abstrich nicht selbst durchführen kann. Dem Arzt der

- Abstrichsprechstunde werden zusätzlich alle relevanten Befunde des Patienten sowie Informationen über die aktuelle Medikation und Allergien übermittelt.
- e. Die weitere Behandlung der Patienten aus den Abstrichsprechstunden (unabhängig vom Testergebnis) verbleibt grundsätzlich beim zuweisenden Arzt, wenn nicht intern konkret andere Absprachen getroffen werden. Dies umfasst auch die regelmäßige Kontaktaufnahme mit Patienten unter behördlich angeordneter Quarantäne/Isolationsmaßnahme und ggf. notwendige Hausbesuche.
 - f. Falls ein Patient stationär eingewiesen werden muss, erfolgt dies nach telefonischer Rücksprache mit dem Krankenhaus. Alle relevanten Befunde sind zu übermitteln.

Abstrichsprechstunden

- g. Patienten dürfen die Abstrichsprechstunde nur nach Anmeldung durch ihren Hausarzt aufsuchen.
- h. Der Arzt der Abstrichsprechstunde entscheidet basierend auf dem RKI-Flussschema über die Indikation für Abstriche/Testung auf COVID-19 und ggf über die akut notwendige weitere notwendige Diagnostik. Er ist verantwortlich für die Meldungen an das lokale Gesundheitsamt bei begründeten Verdachtsfällen/bestätigter COVID-19-Erkrankung.

Rahmenkonzept COVID-19 der KVN für den ambulanten vertragsärztlichen Bereich zur individuellen Nutzung entsprechend der lokalen Gegebenheiten:

Modul 2 „Ärztliche Versorgung in Senioren- und Pflegeeinrichtungen“

(Stand 09.10.2020, 11 Uhr)

Die folgenden Maßnahmen dienen dem verbesserten Infektionsschutz von Risikogruppen und medizinischen Personal in der derzeitigen dynamischen Situation.

Voraussetzung für das Erreichen dieses Ziels ist das Vorhandensein und die korrekte Anwendung von persönlicher Schutzausrüstung und die Durchführung der angemessenen Hygienemaßnahmen. Wir verweisen dazu auf die **allgemeinen Empfehlungen des RKI** und insbesondere auf dessen spezielle Empfehlungen zu **Prävention und Management in Alten- und Pflegeeinrichtungen**.

Konkrete Hinweise insbesondere zu Indikationen für eine COVID-19-Diagnostik und zu empfohlenen Hygienemaßnahmen in den o.g. Einrichtungen finden sich zusätzlich im entsprechenden Schreiben des NLGA vom 06.04.2020 (siehe Anhang).

1) Grundsätzliche Organisation

- a. Prinzipiell können in der Versorgung von Patienten Risiken z.B. durch den Informations- und Vertrauensverlust entstehen, wenn nicht mehr der mit der Anamnese vertraute bisherige Hausarzt, sondern andere Ärzte (z.B. ein Arzt oder ein kleines ärztliches Kernteam pro Einrichtung) die Betreuung übernehmen. **Deshalb sollte grundsätzlich soweit möglich die Betreuung von Bewohnern der o.g. Einrichtungen durch die jeweils selbst gewählten Hausärzte geleistet werden.**
- b. Im Verlauf einer Pandemie kann es jedoch erforderlich werden, diese Risiken der Versorgung aller Bewohner einer Einrichtung durch einen Arzt oder ein kleines Kernteam gegen potentielle Vorteile abzuwägen. Hier sind insbesondere die mögliche Kapazitätsfreisetzung, die durch die Durchführung der ansonsten für den einzelnen Arzt vergleichsweise zeitaufwändigen Pflegeheimbesuche durch kleine Kernteams entsteht (Reduktion von Wegezeiten u.ä.) sowie die Ressourcenschonung und Reduktion von Sekundärkontakten durch den Einsatz dieser Teams zu nennen. Diese Argumente für eine Versorgung aller Heimbewohner durch Kernteams können insbesondere bei ggf. im Verlauf der Pandemie stark ansteigenden Patientenzahlen zunehmende Priorität erlangen. Die genannte Risikoabwägung sollte aufgrund des derzeit dynamischen Verlaufs der Pandemie deshalb regelmäßig wiederholt und überprüft werden.
- c. Lokale Absprachen im Sinne einer Konzentration von Infektionspraxen oder Abstrichsprechstunden in bestimmten Praxen, während andere gezielt die Versorgung von Heimbewohnern übernehmen, können je nach konkreter Situation ebenfalls zusätzliche Kapazitäten für die Behandlung von steigenden Patientenzahlen in der ambulanten Versorgung freisetzen.
- d. Auch regelmäßige telefonische Besprechungen mit dem Pflegepersonal sowie eine bewusste Indikationsstellung für persönliche Arzt-Patienten-Kontakte können zur Kapazitätssteigerung beitragen. Dabei ist jedoch die besondere Vulnerabilität der Bewohner von Einrichtungen gegenüber COVID-19-Erkrankungen zu beachten, die je nach Situation aus medizinischen Gründen sogar häufigere Besuche erfordern könnte.
- e. Da auch in der Versorgung durch mit dem Patienten und seiner Anamnese nicht vertrauten Ärzten im Bereitschaftsdienst Informationsverluste entstehen können, ist in Kooperation mit dem Pflegepersonal auf eine gute Dokumentation von

Vorerkrankungen, Risikofaktoren und Besonderheiten wie z.B. Allergien zu achten. Eine generelle Überprüfung der im Heim vorgehaltenen Informationen kann besonders bei Infektionsausbrüchen mit hohen Patientenzahlen helfen, die ärztliche Versorgung auch während der Bereitschaftsdienstzeiten zu optimieren.

- f. Grundsätzlich empfehlenswert sind in diesem Zusammenhang eine Überprüfung bereits vorliegender Patientenverfügungen sowie entsprechende Gespräche mit Bewohnern, die eine solche Verfügung festlegen möchten. Es sollte zusätzlich geklärt werden, ob diese auch in den Unterlagen der Pflegeeinrichtung hinterlegt sind, falls Entscheidungen durch den Bereitschaftsdienst getroffen werden müssen.
- g. Im Hinblick auf die bestmögliche supportive Therapie bei schweren Verläufen, in denen eine Entscheidung gegen eine stationäre Einweisung getroffen wird, kann je nach Konstellation eine Abstimmung mit dem lokalen SAPV-Team indiziert sein. Gegebenenfalls kann eine generelle vorsorgliche Absprache mit diesem Team z.B. bezüglich der Planung des Vorgehens bei erhöhtem Bedarf an palliativer Versorgung hilfreich sein. Dies hängt u.a. von den lokalen Gegebenheiten und den Beteiligten ab.

2) COVID-19-(Verdachts)fälle

- a. Im Fall des Verdachts auf eine COVID-19-Infektion bei einem Bewohner sind die o.g. Hinweise des NLGA zu beachten.
- b. Falls eine Testung des Bewohners für indiziert erachtet wird, kann der Abstrich durch den betreuenden Arzt durchgeführt werden. Falls mehrere Bewohner mit unterschiedlichen Hausärzten getestet werden müssen, ist – insbesondere zur Unzeit – eine interne Absprache der Hausärzte untereinander mit Einigung auf die Durchführung durch einen Arzt möglich. Es ist empfehlenswert, sich dazu bereits im Vorfeld grundsätzlich abzustimmen und mit der Verwaltung der Einrichtung ggf. eine Meldekette abzusprechen. Abgesehen davon kann zur Unzeit die Testung ggf. natürlich auch durch den Bereitschaftsdienst durchgeführt werden.
- c. Im Fall eines positiven Befunds sollte bei der vorgeschriebenen Meldung an das Gesundheitsamt unbedingt mitgeteilt werden, dass es sich um den Bewohner einer Pflegeeinrichtung handelt. Zusätzlich ist die zeitnahe Information der Einrichtung über den positiven Befund dringend zu empfehlen, damit die notwendigen Maßnahmen ergriffen werden können. **Falls der Test nicht durch den Hausarzt des Patienten initiiert wurde, sollte das Heim diesen zeitnah über die Testdurchführung informieren.** Grundsätzlich sollten durch den Hausarzt auch andere mitbehandelnde Ärzte (z.B. in Dialyseeinrichtungen) immer zeitnah über einen Verdachts- oder bestätigten Fall sowie Testergebnisse informiert werden.
- d. Zur medizinischen Betreuung von an COVID-19 erkrankten Personen verweisen wir auf die oben verlinkten Empfehlungen des RKI.