

# BACK TO LIFE

## BEITRAG DER KBV ZU EINER EXIT-STRATEGIE ZUM ENDE DES „SHUTDOWN“ AUS MEDIZINISCHER SICHT

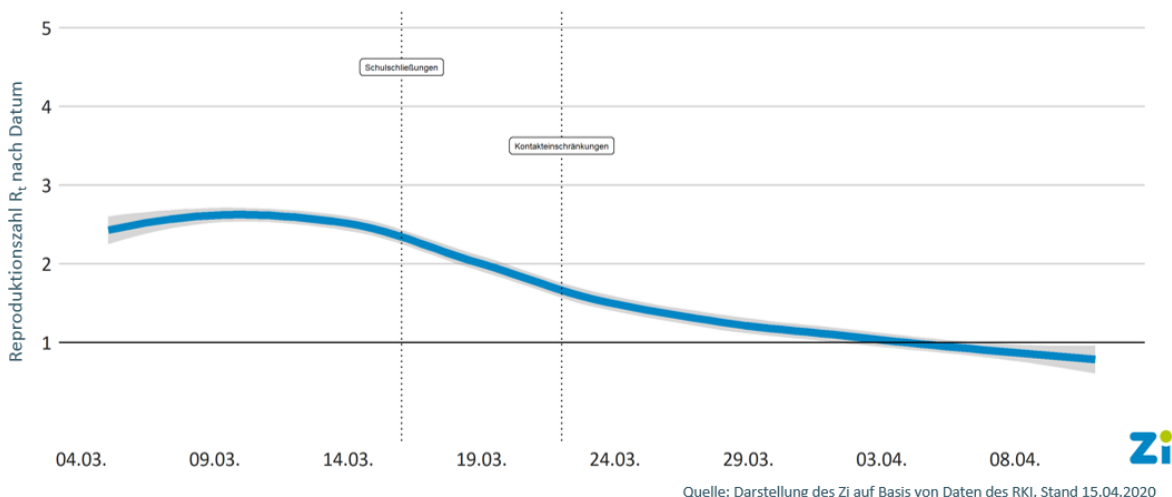
Dieses Konzept zeigt aus Sicht der KBV medizinische Ansätze auf, um mit einem stufenweisen Abbau der teilweise sehr einschränkenden Regelungen für die deutsche Bevölkerung beginnen zu können. Schwerpunkt der Überlegungen ist, so weit wie möglich COVID-19-Verdachts- und Erkrankungsfälle von anderen Patienten zu trennen. Daneben beinhaltet das Papier einen risikogruppen-spezifischen Ansatz. Dieser konzentriert sich auf primär zu schützende Bevölkerungsgruppen. Bei allen Maßnahmen geht es darum, die Stabilität des Gesundheitssystems und die Sicherstellung der medizinischen Versorgung langfristig zu sichern. Gleichzeitig sollen sie einen strukturierten Weg in die Normalität nach dem Prinzip bestmöglicher Risikoverminderung ermöglichen.

Wesentliche Voraussetzung für Lockerungsmaßnahmen ist ausreichendes persönliches Schutzmaterial. Dieses Konzept ist deshalb realisierbar, weil wir, anders als zum Beispiel Italien, eine breit aufgestellte ambulante Versorgung sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Bereich aufweisen. Derzeit werden 6 von 7 Corona-Patienten ambulant behandelt und damit die Kliniken entlastet. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir folgende Schritte, die als modulares medizinisches Konzept zu verstehen sind.

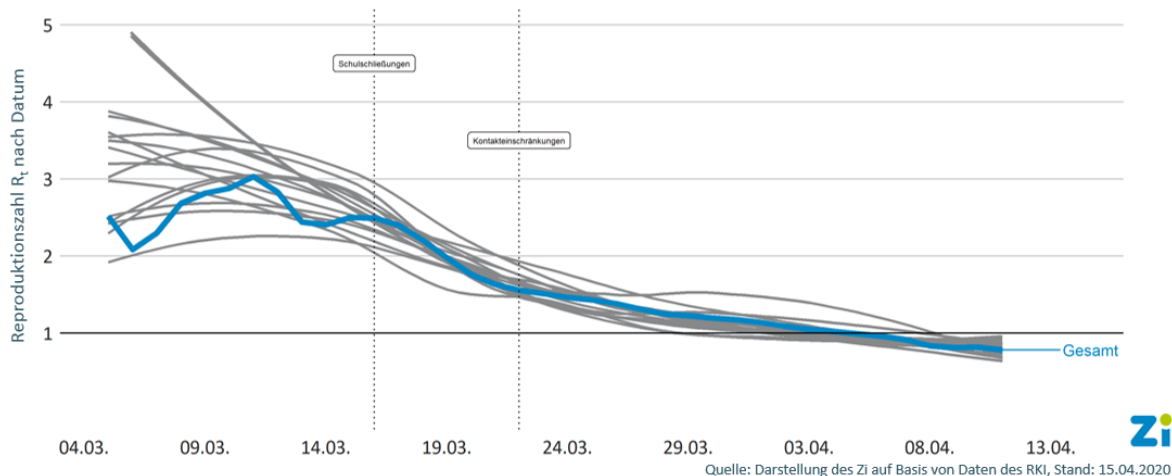
### AUSGANGSLAGE

Die Entwicklung der Infektionszahlen geben Anlass zu vorsichtigem Optimismus. Die Ausbreitungsgeschwindigkeit des SARS-CoV-2-Virus konnte gesenkt werden, auch die Reproduktionszahl ist stark gesunken.

### Ausbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19 in Deutschland



## Ausbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19 nach Bundesländern



Diese Entwicklungen ermöglichen es, aus medizinischer Sicht eine schrittweise Rückkehr zur Normalität einzuleiten.

## MODULARE, MEDIZINISCH INDIZIERTE MAßNAHMEN

### GEZIELTE TESTUNGEN

Unter dem Aspekt einer schrittweisen Lockerung der aktuellen Kontaktbeschränkungen muss in eine gezielte Testung (PCR-Test, nicht Antikörper-Test) der Risikobevölkerung und der im Gesundheitswesen Tätigen investiert werden. Ziel muss hierbei sein, insbesondere Infizierte im Gesundheitssystem frühzeitig zu erkennen.

Die schnellstmögliche Erkennung und unverzügliche Isolation Infektöser und potentiell Infizierter in Kombination mit social-distancing sowie einem möglichst effektivem Fremdschutz sind die zentralen Momente der Pandemiebekämpfung.

Für die schnellstmögliche Erkennung steht derzeit nur der Erregernachweis mittels nukleinsäurebasiertem Amplifikationsverfahren (NAAT, z.B. RT-PCR) zur Verfügung. Sobald ausreichend sensitive antigenbasierte Erregernachweise zur Verfügung stehen, können diese wirtschaftlicheren Verfahren die NAAT ergänzen oder ablösen.

**Testung symptomatischer Patienten und Isolierung von Kontaktpersonen:** Es sind ausreichende und zeitnahe Testungen insbesondere symptomatischer Personen sicherzustellen, zu positiven Nachweisen sind unverzüglich möglichst alle Kontaktpersonen zu ermitteln und zu isolieren. Dieses Vorgehen stellt bereits das wesentliche Element zur Kontrolle der Pandemie und zum Schutz der vulnerablen Personen dar.

**Testung von Personen mit berufsmäßigem Kontakt zu vulnerablen Personen:** Diese Personen sind regelmäßig zu untersuchen, um Infizierte möglichst frühzeitig zu erkennen und nosokomiale Ausbruchssituationen zu vermeiden. Dieser Personenkreis kann den notwendigen Rachenabstrich nach einmaliger Anleitung als Selbsttestung durchführen.

Für die Testungen in der Kontaktpersonennachverfolgung sowie im Rahmen des Arbeitsschutzes und die vorsorgliche Testung der stationär Pflegebedürftigen sollten klare gesetzliche Rahmenbedingungen (Zuständigkeit, Häufigkeit) geschaffen und Finanzierungsregelungen getroffen werden. Für Testungen in diesem Zusammenhang werden Betroffene teilweise auf die hausärztliche Versorgung verwiesen bzw. den Be-

troffenen sind die unterschiedlichen Zugangswege nicht nachvollziehbar. Für Einzelpersonen in der Kontaktnachverfolgung oder die Durchführung von vorsorglichen Testungen in Pflegeheimen sollte ein Zugang über die vertragsärztliche Versorgung durch die Aufnahme als medizinische Vorsorgeleistung in den § 23 Abs. I Nr. 3 SGB V möglich sein.

Ein Pooling beim Testen beispielsweise in Arztpraxen, Krankenhausstationen, Pflegediensten und Pflegeheimen (insbesondere Personal ggf. auch Patienten/Bewohner) kann sinnvoll sein und Ressourcen sparen. Voraussetzung ist eine gegebene, aber geringe Wahrscheinlichkeit eines positiven Testergebnisses. Testet man das Personal einer Arztpraxis mit 5 Mitarbeitern, bei denen eine Infektion unwahrscheinlich ist, muss man lediglich einen Test statt fünf durchführen. Näher beleuchtet werden muss die Frage, wie viele Tests maximal in einem Test-Pool zusammen getestet werden sollten. Das Test-Pooling kann ein Weg insbesondere für Personal in medizinischen Einrichtungen sein.

Es gibt unverändert den Ruf nach Ausweitung der Testkapazitäten auf etwa 500.000 pro Tag. Das erscheint, zumindest in nächster Zeit, unrealistisch. Gelänge es gegebenenfalls noch die Hochdurchsatzmaschinen in ausreichender Zahl aufzustellen, wird es wohl an Reagenzien und Materialien fehlen. Außerdem müsste es auch Personal geben, das diese gigantische Anzahl von Tests (Rachenabstriche) durchführt und die Hochdurchsatzmaschinen für die Auswertung der Tests bedient. Auch für diese Tätigkeiten braucht es ausreichend Schutzmaterial. Daneben muss die Frage der Finanzierung geklärt werden.

Die Untersuchungsergebnisse von Prof. Streeck werden zu überprüfen sein, ob sich daraus Ableitungen etwa für die weitere Test-Strategie wie Cluster-Tests ziehen lassen.

## **KONSEQUENTE PATIENTEN-SEPARIERUNG**

### **Definition symptomatischer Personen und Risikogruppen für schwere Verläufe**

Gemäß Robert Koch-Institut (RKI) sind die Krankheitsverläufe von COVID-19 unspezifisch, vielfältig und stark variierend; daher lassen sich keine allgemeingültigen Aussagen zum typischen Krankheitsverlauf machen. Führende Symptome sind Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Muskel-/Gelenkschmerzen und Halsschmerzen.

Risikogruppen für schwere Krankheitsverläufe sind ältere Patienten, Raucher und Patienten mit Vorerkrankungen wie COPD, Herz-Kreislauferkrankungen und onkologische Erkrankungen sowie immunsupprimierte Patienten.

### **Kurzfristig: Regionale Umsetzung Corona-Praxen**

Die gegenwärtige Pandemiesituation erfordert zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aus medizinischen Gründen, COVID-19-Fälle bzw. Verdachtsfälle (unklare Infektionen der oberen Atemwege) von allen anderen Patienten klar zu trennen. Zu diesem Zweck haben die Kassenärztlichen Vereinigungen, in Teilen gemeinsam mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, während der akuten Phase des Anstieges der Infektionszahlen und der shut-down-Maßnahmen den Aufbau eines flächendeckenden Netzes besonderer Versorgungseinrichtungen angestoßen: Hierbei geht es um Corona-Schwerpunktpraxen/Infekt-Ambulanzen und/oder zusätzliche Coronavirus-/Infektionssprechstunden bei Hausärzten (siehe auch nachfolgender Abschnitt), die für die Versorgung von Verdachtsfällen bzw. bestätigten Fällen wiederum mit Fachärzten, insbesondere Pneumologen, Kardiologen, Radiologen und HNO-Ärzten kooperieren. Hierbei kommt auch ein teils telefonisches teils durch einen Besuchsdienst wahrgenommenes tägliches Monitoring der bestätigten Fälle während der ca. 14-tägigen symptomatischen Phase zum Einsatz.

Die Bereitstellung von ausreichenden Mengen persönlicher Schutzausrüstung aller für die auf die Versorgung von COVID-19-Patienten ausgerichteten Praxen und Einrichtungen ist zwingend erforderlich.

Wesentliche Versorgungsfunktionen solcher COVID-19-Zentren sind:

- › Untersuchung und Behandlung symptomatischer Patienten mit COVID-19-Verdacht oder -Erkrankung (z.B. bei Fieber, Husten, weiteren Erkältungssymptomen)
- › ggf. Testung der Patienten, sofern bislang nicht erfolgt
- › laufende Beurteilung, ob Patienten weiterhin ambulant behandelt werden können oder eine stationäre Aufnahme erforderlich ist (siehe dazu Konzept Monitoring von Patienten in Quarantäne)
- › Koordination der Behandlung bei SARS-CoV-2-infizierten Patienten mit Vorerkrankungen oder neu aufgetretenen gesundheitlichen Problemen, die eine akute ambulante Behandlung oder die Weiterführung begonnener Behandlungen bei Facharztgruppen (z.B. Onkologen, Kardiologen, Augenärzten) außerhalb der Fieberambulanz benötigen

### **Mittelfristig: Separierung der Patientenströme im Regelbetrieb**

Für die dauerhaft zwingend erforderliche und langfristig durchhaltefähige Trennung der Gruppen sind flächendeckende eigenständige „COVID-19 Einrichtungen“ bei weiter sinkenden Infektionszahlen nicht effizient. Es fehlt zum einen an qualifiziertem ärztlichen und nichtärztlichen medizinischen Personal, um diese dauerhaft neben dem Regelbetrieb aufrecht zu erhalten und zum anderen sind die Patientenzahlen von an COVID-19 Erkrankten bzw. Patienten mit unklarer Infektion der oberen Atemwege (diese insbesondere von April bis Oktober) zu niedrig, um hierfür dauerhaft eigene Strukturen flächendeckend vorzuhalten. Lediglich in Ballungsräumen kann der Erhalt von „COVID-19 Zentren“ aufgrund von höheren Patientenzahlen gegebenenfalls weiterhin sinnvoll sein.

Daher werden mittelfristig die Aufgaben der COVID-Zentren in großen Teilen in den Regelbetrieb integriert werden müssen. Hierfür sollten insbesondere geeignete hausärztliche, kinderärztliche und in Teilen auch fachärztliche Praxen flächendeckend „Infektsprechstunden“ anbieten, um auf diese Weise besonders gefährdete Patienten von mutmaßlichen COVID-19 Patienten getrennt zu versorgen. In diesen Infektsprechstunden werden die gleichen Versorgungsfunktionen übernommen, die derzeit in COVID-19-Zentren angeboten werden.

Bürgerinnen und Bürger müssen weiterhin über alle verfügbaren Kanäle immer wieder darüber informiert und darauf hingewiesen werden, dass bei typischen COVID-19 Symptomen, nach Kontakt zur COVID-19 Patienten und bei unklaren Symptomen von Infektionen der oberen Atemwege unbedingt vor einem Arztbesuch eine telefonische Abklärung und Anmeldung zu erfolgen hat.

### **Monitoring von Patienten in Quarantäne**

In einem Szenario, in dem eine stufenweise Lockerung der shut-down-Maßnahmen erfolgt, sind die Isolation, das Monitoring und ggf. die Behandlung aller bestätigten asymptomatischen und milden COVID-19-Fälle wichtig, um weitere Übertragungswege auszuschließen.

Auch mild verlaufende COVID-19-Fälle benötigen ein Monitoring ihres Krankheitsverlaufs, da bei COVID-19-Patienten eine plötzliche Veränderung in eine schwere Verlaufsform beobachtet wurde.

Ein zentraler Aspekt der Versorgung von SARS-CoV-2-infizierten Patienten ist daher das ambulante Monitoring dieser Patienten über den gesamten Zeitraum ihrer Quarantäne. Ziel ist, dass die Patienten zu Hause bleiben und unter kontinuierlicher Beobachtung betreut werden, um die Notwendigkeit dringlicher Interventionen oder weitere Untersuchungen rechtzeitig erkennen zu können. Dieses Monitoring kann in verschiedenen Formen erfolgen, zum Beispiel über zweimal tägliche telefonische Kontaktaufnahme mit Erhebung des Patientenstatus (u.a. Allgemeinzustand, Husten, Temperatur, Atemwegsbeschwerden, Pulsoxymetrie), über eine Selbstdokumentation im Rahmen eines (digitalen) Patiententagebuchs und elektronische Übermittlung der Daten an den betreuenden Hausarzt oder an den ambulanten Besuchsdienst. Voraussetzung hierfür ist die unverzügliche Übermittlung der Daten von positiv getesteten Patienten an den behandelnden Arzt.

Die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten bieten darüber hinaus auch Videosprechstunden an, um persönliche Arzt-Patienten-Kontakte zu minimieren.

## Weitere Maßnahmen

Ebenso wie im ambulanten Bereich muss aus medizinischer Sicht im klinischen Bereich eine strikte Trennung von COVID-19 Verdachts- und Erkrankungsfällen auf der einen und anderen Patienten auf der anderen Seite erfolgen. Die KBV regt daher eine gemeinsame Diskussion im Hinblick auf den möglichen Aufbau von COVID-19-Krankenhäusern bzw. separater COVID-19 Stationen an.

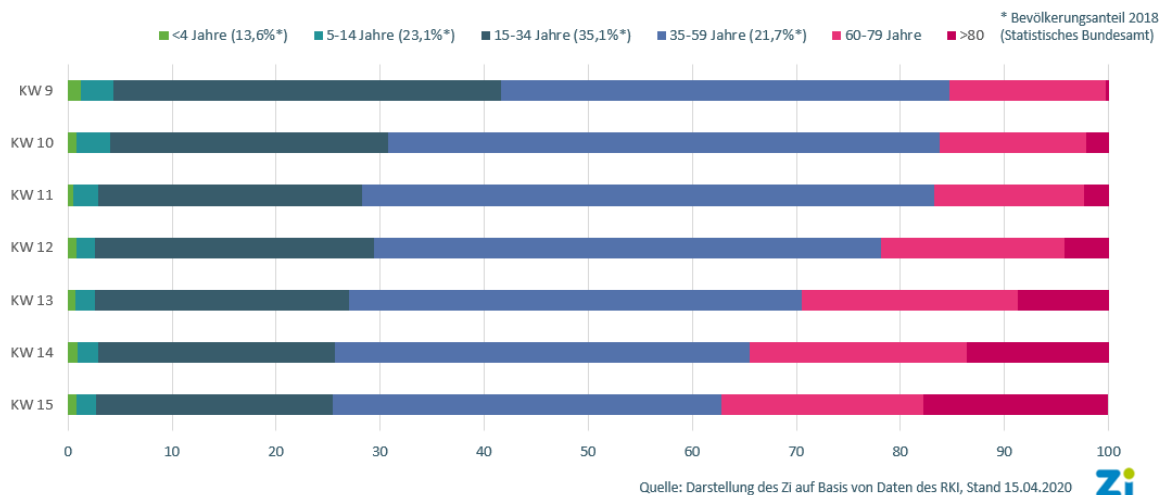
## EINSCHÄTZUNG ZUR WIRKSAMKEIT DER ANTIKÖRPER-TESTUNGEN

Antikörpernachweise sind immer retrospektiv und können keine infektiösen Personen erkennen. Für Immunitätsfeststellungen in der allgemeinen Bevölkerung sind Antikörpernachweise ggf. sinnvoll. Antikörpernachweise sind vor diesem Hintergrund derzeit für eine Exit-Strategie kein tragfähiger Baustein.

## AUFRECHTERHALTUNG BESONDERER SCHUTZMAßNAHMEN FÜR RISIKOGRUPPEN

Bei allen Öffnungsmaßnahmen ist ein besonderer Blick auf die Risikogruppen zu werfen. So steigt beispielsweise derzeit der Anteil an älteren Erkrankten.

### Steigender Anteil in den oberen Altersgruppen



Gerade bei individuellen Risiken (Alter, Vorerkrankungen etc.) sind Verhaltensweisen wie das Einhalten von Abstandsregeln, Hygienevorschriften und die Kontaktvermeidung unerlässlich.

Bei den Habitatrisiken (Pflege, Altenheime, Krankenhäuser) ist die ausreichende Versorgung des medizinischen- und des Pflegepersonals mit Schutzausrüstung vordringlich, um weitere Ansteckungen zu vermeiden. Lockerungen können sukzessive auf der Grundlage von empirischen / wissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgen.

## LANGFRISTIG: STEUERUNG DER IMPFNOTWENDIGKEITEN

Momentan ist nicht verlässlich abzusehen, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Menge ein gegen das SARS-CoV-2 Virus wirksamer Impfstoff zur Verfügung stehen wird.

Sollte ein Impfstoff in ausreichender Menge zur Verfügung stehen, bietet es sich an, ein risikoorientiertes Priorisierungskonzept für die Impfung zu etablieren. Hierbei kann man analog zu den Impfungen gegen sai-

sonale Influenza und Pneumokokken eine Impfung für Menschen > 60 Jahre und Risikogruppen mit pulmonalen, kardialen und immunsupprimierenden Vorerkrankungen sowie für im Gesundheitswesen Tätige empfehlen.

Diese Empfehlung müsste dann kurzfristig durch die dafür zuständige Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut erfolgen. Darüber hinaus sollte dafür Sorge getragen werden, dass auch alle anderen empfohlenen Schutzimpfungen in höherem Maße und mit suffizienten Impfraten umgesetzt werden.

## ERFORDERNISSE ZUR UMSETZUNG DES KONZEPTE

### FORDERUNGEN AN DIE POLITIK:

- › Beschaffung und Verteilung von ausreichend Schutzausrüstung: Dieses modulare Konzept erfordert ein ausreichendes Maß an Schutzkleidung, nur damit kann eine Risikominimierung erreicht werden.
- › Unterstützung bei der Finanzierung der Test-Strategie insbesondere bei Kontaktpersonen, medizinischem Personal sowie den Bewohnern und Mitarbeitern in Pflegeheimen.

## MÖGLICHE DIGITALE UNTERSTÜTZUNG EINER EXIT-STRATEGIE

Entscheidender Bestandteil einer Exit-Strategie ist die Verbesserung der Datenbasis, um weitere Ausbruchsherde identifizieren, entsprechend reagieren und weiterfolgende Maßnahmen planen zu können. Anwendungen wie die App PEPP-PT können in diesem Zusammenhang helfen, Infektionsketten schneller darzustellen und Betroffene zu informieren. Ferner geht es langfristig darum, ein Monitoringsystem zu etablieren, das sensitiv auf das Ansteckungsgeschehen reagiert und damit eine robuste Datengrundlage für politische und medizinische Entscheidungen bildet.

Aufbauend auf bisherigen App-Entwicklungen ist es denkbar, neben der bereits möglichen elektronischen Terminvergabe für Testungen auch weitere Teile des Diagnose- und Behandlungspfades von COVID-19 Patienten digital abzubilden. Sinnvoll könnte hierfür beispielsweise die Schaffung einer stringenteren Datenbasis und kürzerer Meldewege, zum Beispiel durch real-time Übermittlung von Testergebnissen der Labore an das RKI, sein. **Aufsetzend auf die Pepp-App könnte die Datenlieferung der Befunddaten von den Laboren auf den Server erfolgen, um beispielsweise von dort vom RKI abgerufen zu werden.**

**Es gibt hierzu bereits konkrete Abstimmungsgespräche zwischen der KBV mit hih, BMG und RKI**, um zu prüfen, wie man hier gemeinsam eine Lösung entwickeln kann. Grundannahme der Gespräche ist die „doppelte Freiwilligkeit“, d.h. sowohl die App-Nutzung als auch die Übermittlung der Testergebnisse der Labore beruht auf der Freiwilligkeit der Menschen.

Auch die Beobachtung von Menschen in Quarantäne bzw. von COVID-19-Erkrankten lässt sich elektronisch unterstützen und erspart dem Patienten weitere Praxisbesuche, dem Arzt Hausbesuche und minimiert dadurch weitere Infektionsrisiken. Bei all diesen Überlegungen sollten möglichst Wege beschritten werden, die ohne Standortermittlung und personenbezogene Datenspeicherung auskommen und damit datenschutzkonform sind.

Auch für die Realisierung solcher Überlegungen braucht es das Zusammenspiel verschiedener Institutionen und gegebenenfalls datenschutzrechtliche Ermächtigungen. Gemeinsam kann man ausloten, welche - in sinnvoller Ergänzung zu bereits bestehenden – digitalen Anwendungen gemeinsam zeitnah realisiert werden können, um die Exit-Strategie zu unterstützen.