



Pflegeheimversorgung in Corona-Zeiten

Die Versorgung von Patienten in Pflegeheimen und Einrichtungen der stationären Altenhilfe während der Coronavirus-Pandemie ist eine große Herausforderung – für Ärzte ebenso wie für das Pflegeheim-Personal. Gemeinsam versorgen sie Menschen, die aufgrund ihres Alters und ihrer Vorerkrankungen zu der am stärksten gefährdeten Risikogruppe zählen. Das Robert Koch-Institut weist auf die verstärkte Häufung von Berichten über COVID-19-Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen hin. In vielen Einrichtungen ist auch das Pflegepersonal von Infektionen mit dem Coronavirus betroffen.

Um auch in Corona-Zeiten die bestmögliche ärztliche Versorgung in Pflegeheimen sicherzustellen, hat die KV Nordrhein zusammen mit niedergelassenen Ärzten Handlungsempfehlungen für die besonderen Versorgungsbedingungen in Pflegeheimen entwickelt. Grundlage sind Erfahrungswerte von Ärzten verschiedener Fachrichtungen, die regelmäßig Pflegeheime betreuen. Die Hinweise zur Organisation des ärztlichen Einsatzes in Pflegeeinrichtungen und zu Präventionsmaßnahmen sollen dazu beitragen, den Ausbruch von COVID-19-Erkrankungen in Pflegeheimen zu verhindern. Darüber hinaus enthält der Handlungsleitfaden Vorschläge zu Notfallmaßnahmen für den Fall, dass Pflegeheimbewohner sich mit dem Coronavirus infiziert haben.

In Vorbereitung ist zudem ein Hinweisregister „Pflegeheim Coronapandemie“, das demnächst über die KVNO-Webseite erreichbar sein wird. Über dieses Register können Ärzte ihre positiven wie negativen Erfahrungen aus ihrer Tätigkeit in Pflegeheimen mit Kolleginnen und Kollegen teilen.

Die Handlungsempfehlungen finden Sie auf:



https://kvno.de/downloads/vertraege/pflegeheimversorgung/pflegeheim_coronavirus.pdf

KBV ordert eine Million Schutzmasken für Arztpraxen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat diese Woche eine Lieferung von 300.000 FFP2-Masken erhalten. Es ist die erste Charge von insgesamt einer Million FFP2-Masken, die die KBV in China bestellt hat. Die Weiterleitung der Masken an die 17 KVen zur Verteilung an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hat bereits begonnen. Die KV Nordrhein wird die Masken, die sie von der KBV erhält, in ihre Bestände integrieren und schnellstmöglich im Rahmen der regelmäßigen zentralen Ausgabeaktionen an ihre Mitglieder weitergeben.

Die KBV stellte in diesem Zusammenhang klar, dass es eigentlich nicht Aufgabe der KBV sei, Schutzausrüstung zu ordern. „Wir machen das, weil die Kollegen dringend Schutzbekleidung brauchen, um ihre Patientinnen und Patienten weiter versorgen zu können“, betonte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen. Es sei Aufgabe der Länder und des Bundes im Katastrophenschutz für solche Vorräte zu sorgen und Vorsorge zu treffen. „Wir machen es, weil es nötig ist. Und wir machen es so gut wie wir es können mit unseren Mitteln“, ergänzte KBV-Vize Dr. Stephan Hofmeister.



RKI: Mehrfachnutzung von Schutzmasken für ambulante Versorgung konkretisiert

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat seine Empfehlungen zum ressourcenschonenden Einsatz von Mund-Nasen-Schutz (MNS) und FFP-Masken bei Lieferengpässen für die Verwendung in der ambulanten Versorgung konkretisiert. Atemschutzmasken dürfen vom medizinischen Personal demnach unter bestimmten Bedingungen mehrfach auch für die Versorgung verschiedener Patienten weiterverwendet werden. Damit besteht jetzt auch für das Personal in Arztpraxen die Möglichkeit, eine Schutzmaske mehrmals zu tragen, wenn es an Material fehlt.

In einer früheren Empfehlung hatte das RKI die Möglichkeit der Mehrfachnutzung von MNS und FFP-Masken noch an die Bedingung geknüpft, dass die Masken nur patientenbezogen während einer Schicht durch dasselbe Personal getragen werden darf. Diese Regelung zielte vorrangig auf Kliniken ab. Die Anpassung der Empfehlung an den Versorgungsalltag in Arztpraxen kann dazu beitragen, die Knappheit an MNS und FFP2/3-Masken gegebenenfalls etwas zu entschärfen.

Die RKI-Empfehlung enthält auch Hinweise zur Wiederverwendung. So ist die Maske so abzusetzen, dass hierdurch eine Kontamination vor allem der Innenseite der Maske beziehungsweise des Gesichts verhindert wird, zum Beispiel durch eine vorherige Handschuhdesinfektion. Die Maske sollte außerdem trocken an der Luft und nicht in geschlossenen Behältern zwischengelagert werden. Ausführliche Empfehlungen zur Mehrfach- und Wiederverwendung von Atemschutzmasken erhalten Sie beim RKI.

Weitere Informationen:



https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ressourcen_schon_Masken.pdf?__blob=publicationFile

DMP: Ausnahmeregelungen gelten wie geplant ab 8. April

Die Ausnahmeregelung für Schulungen und Dokumentationspflichten bei Disease-Management-Programmen (DMP) tritt am 8. April wie vorgesehen in Kraft – das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 27. März, über den wir bereits informiert hatten, nicht beanstandet. Somit wird die DMP-Dokumentationspflicht und die Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an empfohlenen Schulungen für das erste bis dritte Quartal 2020 ausgesetzt.

Mit der Ausnahmeregelung soll vermieden werden, dass in DMP eingeschriebene Patientinnen und Patienten, die zu den besonderen Risikogruppen zählen, zur Teilnahme an Präsenzs Schulungen und Untersuchungen verpflichtet werden. Bei Nicht-Teilnahme werden die DMP-Patienten auch nicht automatisch ausgeschrieben. Allerdings gilt unverändert, dass die DMP-Vergütung für den koordinierenden DMP-Arzt auf Basis der fristgerecht versandten Dokumentation erfolgt. Der Arzt bekommt also keine Vergütung,



wenn er die Dokumentation nicht fristgerecht einreicht. Wenn die aktuell aus medizinischer Sicht für die DMP-Dokumentation erforderlichen Untersuchungen telemedizinisch machbar sind, kann auch auf dieser Basis die Dokumentation erfolgen. Dies kann auch telefonische Konsultationen umfassen.

Es können und sollen aber weiterhin DMP-Konsultationen und Schulungen erfolgen: nämlich dann, wenn der koordinierende Arzt mit dem DMP-Versicherten unter individueller Abwägung der Risiken vereinbart hat, dass die Kontrolluntersuchung oder die Schulung im Einzelfall aktuell gleichwohl notwendig ist und durchgeführt werden soll.

Weitere Informationen:



www.g-ba.de/beschluesse/4226/

KBV: Medizinisches Konzept für Exit-Strategie

Weil sich viele Ausstiegsszenarien vorrangig mit wirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Fragestellungen befassen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein Konzept entwickelt, das sich auf medizinische und versorgungspraktische Aspekte konzentriert. Zentrale Punkte sind die Trennung der Patienten, die gezielte Testung und der Schutz besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen sowie des medizinischen Personals.

Konsequente Patienten-Separierung

Ein Schwerpunkt der Überlegungen der KBV ist es, COVID-19-Verdachts- und Erkrankungsfälle so gut wie möglich von anderen Patienten 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. Die KV Nordrhein hat zum Beispiel frühzeitig damit begonnen, in Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen Abstrich- und Diagnostikzentren aufzubauen. 48 sind es aktuell, für 26 stellt die KVNO ärztliches Personal.

Mittelfristig ist es laut KBV-Strategie notwendig, die Aufgaben solcher Zentren in den Regelbetrieb zu integrieren. 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.

Konsequentes Monitoring und Testen

Als weitere wichtige Reaktion auf eine stufenweise Lockerung der Shut-down-Maßnahmen nennt die KBV das ambulante Monitoring von Patienten mit mild verlaufenden COVID-19-Erkrankungen über den gesamten Zeitraum ihrer Quarantäne – zum Beispiel in Form von täglichen Telefonaten, Selbstdokumentationen im Rahmen von (digitalen) Patiententagebüchern, elektronischer Übermittlung der Daten an den



KVNO Praxisinformation

17.04.2020

betreuenden Hausarzt oder Videosprechstunden. Die KBV hält es darüber hinaus für wichtig, weiterhin in gezielte PCR-Tests für die Risikobevölkerung und die im Gesundheitswesen Tätigen zu investieren. Antikörpernachweise seien derzeit für eine Exit-Strategie kein tragfähiger Baustein. Sie seien immer retrospektiv, könnten keine infektiösen Personen erkennen und eigneten sich daher allenfalls für Immunitätsfeststellungen in der allgemeinen Bevölkerung.

Die Exit-Strategie der KBV unter dem Titel „Back to life“ finden Sie hier:



https://www.kbv.de/media/sp/2020_04_16_Backtolife.pdf

