



ÖFFENTLICHE ANHÖRUNG DES AUSSCHUSSES FÜR GESUNDHEIT DES DT. BUNDESTAGES AM 28. OKTOBER 2020 ZU „PRAXISTAUGLICHE UND INTELLIGENTE COVID-19- TESTSTRATEGIE“

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM ANTRAG DER FDP

22. OKTOBER 2020

INHALT

VORBEMERKUNG	3
---------------------	----------

IM EINZELNEN	4
---------------------	----------

A) Alle 14 Tage Altenpflegekräfte testen, um Risikogruppen zu schützen	4
B) Patienten mit Symptomen weiterhin priorisiert testen	4
C) Kontaktpersonen ersten Grades	5
2. Ausbau digitaler Meldewege und dem 24/7-Betrieb von Laboren und Gesundheitsämtern	6
3. Wissenschaftlich begleitete, regelmäßige und repräsentative regionale Tests durchführen	6
4. Freien Personenverkehr aufrecht erhalten	6
5. Alternative Tests und Labore außerhalb der Humanmedizin	7
6. Flexible lokale Testungen ermöglichen	7
7. Testlokalisationen regional und lokal vor Ort	8

VORBEMERKUNG

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nimmt zum Antrag der FDP-Bundestagsfraktion
- „Praxistaugliche und intelligente COVID-19-Teststrategie“, BT-Drucksache 19/22114 -
nachfolgend Stellung.

Zur Kommentierung

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist die männliche Form gewählt. Hiermit ist selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint.

IM EINZELNEN

1. DIE NATIONALE TESTSTRATEGIE AN DEN PRINZIPIEN DER ZIELGERICHTETHEIT UND DES RISIKOGRUPPENSCHUTZES AUSZURICHTEN

Zielgerichtetes Testen verringert den Anteil falsch-positiver und falsch-negativer Testergebnisse und erhöht die Akzeptanz des Testens. Die Strategie sowie die Quarantäne- und Testempfehlungen müssen stetig anhand der wissenschaftlich aktualisierten Infektionsdynamik und Viruslast angepasst werden, denn die wissenschaftliche Datenbasis zu SARS-CoV-2 erweitert sich ständig. Bestandteile der Teststrategie sollen dabei sein,

A) ALLE 14 TAGE ALTENPFLEGEKRÄFTE TESTEN, UM RISIKOGRUPPEN ZU SCHÜTZEN

Hierzu zählt auch entsprechendes Personal aus Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen, Behinderteneinrichtungen und sonstigen Einrichtungen für vulnerable Gruppen sowie in der ambulanten Pflege, um Ausbrüche in solchen Einrichtungen zu verhindern oder schnell einzudämmen. Bewohner von Betreuungseinrichtungen vulnerable Patienten sollten weiterhin regelmäßig untersucht werden;

› Bewertung der KBV

- Seit dem Beginn der Pandemie arbeiten das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Robert-Koch-Institut (RKI) zusammen an den Eckpunkten der Nationalen Teststrategie unter Einbindung von Medizinern und Virologen verschiedenster Institutionen. Die Nationale Teststrategie, zuletzt vom 14. Oktober 2020, gibt klare Hinweise zu die zu testenden Personen, welche Tests zu verwenden sind und wie gegebenenfalls Testungen zu priorisieren sind.
- Die Empfehlung der Nationalen Teststrategie fand Eingang in die Testverordnung des BMG vom 15. Oktober 2020: Es sind regelmäßige Testungen von Personal, Bewohnern, Betreuten, Behandelnden und Besuchern medizinischer Einrichtungen vorgesehen. Hierbei sollen vorzugsweise Antigen-Schnelltest eingesetzt werden.
- Die Anwendung von Antigen-Testverfahren ist in der Test-Verordnung berücksichtigt, trägt zur Entlastung der PCR-Testkapazitäten bei und gewährleistet gleichzeitig ein zeitnahes Resultat vor Ort. Bei wöchentlicher Wiederholung gleicht dies die verminderte Sensitivität von Antigen-Testverfahren gegenüber der PCR zumindest in weiten Teilen aus.
- Essenzieller Baustein ist die konsequente Anwendung der AHA + A + L Regelung (Abstand/Hygiene/Alltagsmaske + App + regelmäßiges Lüften) insbesondere auch in diesen Einrichtungen wie in der Gesamtbevölkerung zur Eindämmung der Ausbreitung.

B) PATIENTEN MIT SYMPTOMEN WEITERHIN PRIORISIERT TESTEN

Personen müssen nach positiver Testung in sofortige Isolation. Da die Infektiosität in der Regel fünf Tage nach Symptombeginn schwindet, kann die Isolationszeit entsprechend auf fünf Tage verkürzt werden, wenn ein Test zu diesem Zeitpunkt negativ ausgefallen ist. Die Symptome von COVID-19 gleichen denen der beginnenden Grippezeit, deshalb müssen ausreichende Testkapazitäten für Influenza vorgehalten werden. Die Gefahr einer Tandem-Pandemie (Influenza-Welle und zweite COVID-19-Welle) muss minimiert werden. Es ist daher auch wichtig, dass möglichst viele Personen gegen die Grippe geimpft werden, um die entsprechende Zahl von Betroffenen, die teilweise auch intensivmedizinisch betreut werden müssen, gering zu halten;

› Bewertung der KBV

- Im Dokument **Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei Infektionen durch SARS-CoV-2** vom 19. Oktober 2020 des RKI wird die infektiöse Periode mit 12 Tagen angegeben, beginnend 2 Tage vor Symptombeginn bzw. bis zu 14 Tage nach Kontakt mit einem asymptomatischen Quellfall.
- Es ist essenziell, dass für symptomatische Person zeitnah ausreichende Testkapazitäten zur Verfügung stehen. Noch wichtiger ist, dass symptomatische Personen niederschweligen und sofortigen Zugang zu Krankschreibungen erhalten und diese bekommen, um so die weitere Verbreitung im Nahverkehr, den Arztpraxen und in Notaufnahmen zu verhindern. Die Entscheidungsgrundlagen, wie lange eine Quarantäne nach Symptombeginn andauern sollte, stellt das RKI im Dokument Kontaktpersonen-Nachverfolgung dar. Die infektiöse Periode wird dort mit 12 Tagen angegeben. Treten keine Symptome auf, erscheint die Beendigung der Quarantäne auf der Basis der wissenschaftlichen Bewertung des RKI 14 Tagen nach Kontakt angemessen. Ob eine verkürzte Quarantäne bei einem oder zwei negativen Test(s) ab dem 5. Tag nach Symptomeintritt möglich ist, sollte seitens des RKI wissenschaftlich und epidemiologisch bewertet und in diesem Dokument ergänzt werden.
- Die Impfung gegen Influenza wird in diesem Jahr offenbar sehr gut angenommen. Die Appelle zeigen Wirkung. Wichtig ist dabei vor allem, dass gemäß der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) Risikogruppe eine Gripeschutzimpfung erhalten. Influenza hat eine relativ charakteristische Symptomatik. Sie erzeugt – anders als eine Corona-Infektion – immer ein schweres Krankheitsgefühl. Das bedeutet: bei einer leichten Atemwegssymptomatik oder einer gar symptomfreien Kontaktperson kann immer eine Corona-Infektion vorliegen, aber keine Influenza-Infektion, erst recht nicht nach einer erfolgreichen Influenza-Impfung. Eine SARS-CoV-2/Influenza Doppeltestung ist deswegen nur in speziellen Fällen im Rahmen der Krankenbehandlung sinnvoll und bereits möglich.

C) KONTAKTPERSONEN ERSTEN GRADES WEITERHIN SOFORT IN QUARANTÄNE ZU HALTEN UND UMGEHEND ZU TESTEN, UM INFEKTIONSKETTEN ZU VERMEIDEN

Um Ressourcen effizient zu nutzen, sollte bei einem erhöhten Infektionsgeschehen ein Test erst am letzten Tag der Quarantäne stattfinden. Sofern die Testkapazitäten ausreichen, kann primär früher und mehrfach getestet werden;

› Bewertung der KBV

Kontaktpersonen ersten Grades werden häufig von den Infizierten („Quellfall“) selbst benachrichtigt. Deswegen ist die umgehende Testung von Kontaktpersonen wichtig, damit diese ihre eigenen Kontakte im Schneeballsystem informieren. So können auch die Sekundärkontakte selbst eine Kontaktreduktion durchführen. Hierzu ist ein niederschwelliger Zugang zur Testung und bei Symptomen auch zu einer telefonischen Krankschreibung notwendig. Sofern keine Symptome auftreten, sollte eine Testung erst ab dem fünften Tag nach dem möglichen Kontakt erfolgen. Nach Ablauf von circa 14 Tagen ist keine Testung zur Beendigung einer Quarantäne erforderlich und belastet die Ressourcen unnötig.

2. DAFÜR SORGE ZU TRAGEN, DASS MIT DEM AUSBAU DIGITALER MELDEWEGE UND DEM 24/7-BETRIEB VON LABOREN UND GESUNDHEITSÄMTERN ES ZU DEUTLICH WENIGER VERZÖGERUNGEN DER ERGEBNISÜBERMITTLUNGEN UND EVENTUELLER MAßNAHMEN KOMMT

Eine verpflichtende Übermittlung der Testergebnisse muss innerhalb von 24h sowohl an das RKI als auch an die betroffene Person stattfinden. Es ist auch nicht ausreichend, dass die gemeinsame Kommunikationsplattform DEMIS erst bis Ende 2022 allen Gesundheitsbehörden in Bund und Ländern zur Verfügung gestellt wird;

› Bewertung der KBV

- Die Digitalisierung der vertragsärztlichen Versorgung ist gelebte Praxis. Insbesondere die automatisierte Meldung aus dem Labor in das öffentliche Gesundheitswesen wurde von den fachärztlichen Laboratorien mit großem Einsatz flächendeckend umgesetzt und ist eingeübt. Zur Digitalisierung innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens selbst zum Beispiel der digitalen Weiterverarbeitung der gemeldeten Testergebnisse, der digitalen Erfassung von Kontakten und deren Nachverfolgung, werden aktuell von der Bundesregierung erhebliche Anstrengungen unternommen.
- Die KBV ist überzeugt, dass die vertragsärztlichen Labore - wie bislang in der Pandemiesituation unter Beweis gestellt - alle Anstrengungen unternehmen, die notwendigen Materialien und Reagenzien für Testungen national und international zu beschaffen und alle organisatorischen Möglichkeiten ausschöpfen, die Testbefunde zeitnah zu erstellen und zu übermitteln: an Gesundheitsämter, an die Ärzte und an die Getesteten selbst. Ob hier DEMIS kurzfristig hilfreich oder gar notwendig ist oder ob kurzfristige „Corona-Sonderlösungen“ nicht schneller zum Ziel führen, kann KBV-seitig nicht beurteilt werden.

3. WISSENSCHAFTLICH BEGLEITETE, REGELMÄßIGE UND REPRÄSENTATIVE REGIONALE TESTS DURCHFÜHREN, UM DIE VERBREITUNG DER INFESTIONEN FRÜHZEITIG ZU ERFASSEN

› Bewertung der KBV

Die Fachgesellschaften und das RKI führen zurzeit in nationaler und internationaler Zusammenarbeit Studien zu epidemiologischen und medizinischen Fragestellungen durch. Die Ressourcen sind offensichtlich begrenzt; in der Zeit seit dem ersten Nachweis des SARS-CoV-2 Virus sind in der Zusammenschau enorme wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen worden, die Eingang in die umfangreiche Informationssammlung des RKI und in die Nationale Teststrategie gefunden haben. Auf dieser Basis können wir heute gezielter entscheiden und der Pandemie entgegentreten.

4. DEN FREIEN PERSONENVERKEHR AUFRECHT ERHALTEN

Es ist deshalb ein EU-weites Testkonzept vorzulegen, um Grenzschießungen zu verhindern: Einreisende aus Nicht-Risikogebieten müssen nicht getestet werden. Einreisende aus Risikogebieten müssen für die Einreise einen negativen Test vorlegen, der nicht älter als 48 Stunden ist oder bei der Einreise einen Test vollziehen. Einreisende, die wissentlich in ein Risikogebiet gereist sind, müssen diesen Test eigenständig finanzieren. Wer jedoch aus dringenden und nachvollziehbaren Gründen in ein Risikogebiet reisen muss, soll für den Test nicht zahlen müssen. Um alle Einreisenden aus Risikogebieten kontrollieren zu können, bedarf der EU. Deutschland muss im Rahmen seiner EU-Ratspräsidentschaft gemeinsam mit den anderen EU-Staaten Konzept vorlegen, wie Testungen an Grenzen von Risikogebieten stattfinden können. Dazu bedarf es neben einer gemeinsamen Teststrategie, einer gemeinsamen Definition von Risikogebieten;

› Bewertung der KBV

Die besondere Regelung zu Testungen bei Einreise aus Risikogebieten wird bei der nunmehr in den Vordergrund tretenden nationalen Ausbreitung des Erregers aus Sicht der KBV immer weniger wichtig. Diese Sonderregelung erscheint nur noch sinnvoll, sofern spezifische weitere Kriterien hinzutreten, die das

Risiko der Infektion im Risikogebiet erheblich über das nationale/lokale Infektionsgeschehen hinaus erhöhen. Ob nun 100 auf 100.000 Infizierte in Deutschland oder in einem Risikogebiet im Ausland festgestellt werden, ist für eine Übertragung des Erregers letztendlich von untergeordneter Bedeutung.

Wichtig ist, dass jeder Einzelne das Übertragungsrisiko auf sich selbst und auf andere durch sein eigenverantwortliches Verhalten minimieren muss. Dies gilt es mit möglichst geringen Auswirkungen auf das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben zu realisieren.

5. GESETZGEBERISCH ZU REGELN, DASS BEIM ERREICHEN DER LABORKAPAZITÄTSGRENZE AUCH ALTERNATIVE TESTS UND LABORE AUßERHALB DER HUMANMEDIZIN GENUTZT WERDEN KÖNNEN

Wenn das Infektionsgeschehen steigt und die Laborkapazitäten erreicht werden, dann sollten trotz eingeschränkter Aussagewertigkeit auch andere Testverfahren neben PCR-Tests angewendet werden. Diese sollten jedoch in umgekehrter Reihenfolge der vorher beschriebenen Punkte angewendet werden (lokal angeordnete Testungen zuerst durch alternative Tests ersetzen). Bei weiter eingeschränkten Testmöglichkeiten können Laborkapazitäten - soweit Reagenzien und weitere Materialien in ausreichender Menge vorhanden sind - außerhalb der Humanmedizin geschaffen werden;

› Bewertung der KBV

Zunächst ist festzuhalten, dass Infektionen mit dem Corona-Virus einer ärztlichen Einschätzung und auch Behandlung bedürfen. Bislang berichtete Laborkapazitäten (RKI) sind fast ausschließlich vertragsärztlichen und klinischen Laboratorien zuzurechnen. Über die Testkapazitäten Dritter liegen keine Angaben vor. Paragraph 19 Infektionsschutzgesetz erlaubt bereits heute, dass auch Dritte mit diagnostischen Untersuchungen beauftragt werden können. Insoweit ist der KBV derzeit nicht bekannt, ob und wenn ja in welchem Umfang, Dritte diagnostische Leistungen bereits erbringen.

Abschließend möchte die KBV nochmals auf die Nationale Teststrategie als das wissenschaftliche Fundament für zielgerichtete Testungen zur Eindämmung der Pandemie hinweisen. Sie ist Grundlage der Test-Verordnung. Das dort niedergelegte Vorgehen sichert die zielgerichtete Testung und schützt vulnerable Personen. Mit fast 1,5 Mio. PCR-Testungen wöchentlich ist Deutschland für zielgerichtete Testungen vorbereitet.

6. VERSTÄRKT FLEXIBLE LOKALE TESTUNGEN ERMÖGLICHEN

Um eine lokale und flexible Testung zu ermöglichen, liegt die Verantwortung für alle weiteren Testungen bei den örtlichen Behörden und den Gesundheitsämtern. Diese können - wie derzeit auch - Testungen anordnen. Diese sollten jedoch vom Bund und nicht der Gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden. Vorrang haben vor allem Bedienstete im Gesundheitswesen und Personen in einem möglichen Infektionscluster.

› Bewertung der KBV

Die Pandemie-bedingten Zusatzkosten der Krankenbehandlung, der Bekämpfung von Ausbrüchen und der Verhinderung der Verbreitung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollte auch von dieser getragen werden. Dies schließt eine Mitfinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der gesetzlich Versicherten nicht aus.

Lokale Entscheidungen in einem allgemeinverbindlichen Rahmen ermöglichen zielgerichtetes Handeln vor Ort. Die lokalen Ebenen benötigt die hierfür notwendigen Handlungs- und Finanzspielräume.

7. DAFÜR SORGE ZU TRAGEN, DASS TESTLOKALISATIONEN REGIONAL UND LOKAL VOR ORT BEKANTT GEMACHT WERDEN

Die alltägliche medizinische Versorgung darf daher nicht beeinträchtigt oder Menschen und Personal gefährdet werden.

› Bewertung der KBV

Aufgrund der Zeitgleichheit der Gripeschutzimpfseason und des vermehrten Auftretens von Erkältungskrankheiten, grippalen Infekten und potentiellen COVID-19-Fällen ist in den vertragsärztlichen Praxen zur Verhütung der Ausbreitung nach Möglichkeit eine Separierung dieser Personen zu ermöglichen.

Die Wiedereinrichtung eines flächendeckenden Angebots von Infektsprechstunden und/oder eigenständigen „COVID-19 Einrichtungen“ muss von der Anzahl der Neuinfektion und den Strukturen vor Ort abhängig gemacht und jeweils regional entschieden werden. Hierzu kann ein Frühwarnsystem als regionale Entscheidungshilfe herangezogen werden. COVID-19 Einrichtungen können, in Abstimmung mit dem ÖGD, auch durch Vertragsärzte oder KVen betrieben werden. Die Finanzierung ist in der Test-Verordnung geregelt.

Im Falle des weiteren ungebremsten exponentiellen Wachstums des Infektionsgeschehens sollten die folgenden Maßnahmen ergriffen werden:

- schnellstmögliche Erkennung und unverzügliche Isolation Infektiöser und potentiell Infizierter
- zeitnahe Testungen insbesondere symptomatischer Personen sicherstellen, zu positiven Nachweisen sind unverzüglich möglichst alle Kontaktpersonen zu ermitteln, zu testen und zu isolieren
- Verfügbarkeit und Nachschub von persönlichen Schutzausrüstungsartikeln sicherstellen.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1036
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 175.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.