

Anlage 2 zur Vereinbarung zur Umsetzung des § 105 Abs. 3 SGB V

über die ambulante Therapie von akut an COVID-19 erkrankten Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen

zwischen

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

vertreten durch den Vorstand, hier vertreten durch

Herrn Wolfgang Karger

handelnd zugleich für

**die Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**

dem BKK Landesverband Mitte

Eintrachtweg 19

30173 Hannover

der IKK classic

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Chemnitz

den Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen

(LVSK)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

(KV Sachsen)

Präambel

Der Gesetzgeber hat im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie des Jahres 2020 im Rahmen des COVID-19-Krankenhausentlastungsetzes einen neuen § 105 Abs. 3 SGB V aufgenommen, der den Kassenärztlichen Vereinigungen die Geltendmachung weiterer pandemiebedingter Aufwendungen ermöglicht. Die Regelungen des § 105 Abs. 3 SGB V werden ab 1. Januar 2021 in weiterentwickelter Fassung durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) solange fortgeführt, wie die epidemische Lage nationaler Tragweite gilt. Die „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ gilt nach einem Beschluss des Bundestages bis zum 25. November 2021. Die Vereinbarungspartner prüfen zeitnah, auf welcher Basis die Vereinbarung befristet fortgeführt werden kann.

Aufgrund der in Sachsen seit November 2021 anhaltend hohen Inzidenz von sachsenweit über 300 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner in den vergangenen sieben Tagen (Wocheninzidenz in fünf Landkreisen über 500 pro 100.000 Einwohner) sind die stationären Kapazitäten zunehmend belastet. In den gemäß Sächsischer Corona-Schutz-Verordnung maßgeblichen Indikationsbereichen der stationären Versorgung gilt seit November 2021 in Sachsen die Vorwarnstufe: 650 Krankenhausbetten der Normalstationen sowie 180 Krankenhausbetten der Intensivstation sind mit COVID-19-Erkrankten belegt. Die Vorwarnstufe für die 7-Tage-Inzidenz Hospitalisierungen ist in Sachsen seit Ende Oktober 2021 überschritten. Zum Stichtag beträgt der Wert 8,21.¹

Inwieweit die gesamte stationäre Infrastruktur zur Behandlung von COVID-19 Erkrankten und anderen Patienten auch intensivmedizinisch verfügbar ist, hängt des Weiteren auch vom Infektionsgeschehen und den daraus resultierenden Maßnahmen bzw. Krankenständen des medizinischen Personals ab.

Es ist deshalb dringend geboten, neben den derzeit umzusetzenden Maßnahmen zur Verhinderung der weiteren exponentiellen Verbreitung des Virus auch krankenhauserlastende Behandlungen in die Versorgung einzubeziehen.

Von der KV Sachsen wurde der im **Anhang 1** enthaltene Vorschlag unter Beteiligung verschiedener Mitwirkender eingebracht, der eine ambulante Behandlung und Überwachung von akut an COVID-19 erkrankten Patienten, die in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht sind, vorsieht. Danach sollten die Patienten in der jeweiligen Pflegeeinrichtung zur ambulanten Behandlung verbleiben, soweit und solange dies nach ärztlicher Entscheidung und im Einklang mit dem Patientenwillen in Abhängigkeit vom Verlauf der Erkrankung möglich ist.

Die Gesamtvertragspartner im Freistaat Sachsen verständigen sich deshalb zur weiteren Umsetzung des § 105 Abs. 3 SGB V auf die nachfolgenden Regelungen.

§ 1

Voraussetzungen für die ambulante Behandlung von COVID-19-Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen

- (1) Es handelt sich bei der Behandlung der COVID-19-Patienten um eine krankenhausersetzende Versorgung.
- (2) Die ambulante Behandlung der COVID-19-Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß **Anhang 1** sollte insbesondere in den Landkreisen und kreisfreien Städten ab einem Inzidenzwert größer 400 je 100.000 Einwohner¹ in den vergangenen sieben Tagen (Wocheninzidenz) erfolgen.
- (3) Die Versorgung nach dieser Vereinbarung kann nur erfolgen, wenn durch betroffene Pflegeheime in den Regionen nach Abs. 2 eine Anforderung bei der KV Sachsen er-

folgt und die KV Sachsen einen die Behandlung übernehmenden Hausarzt vermittelt, sofern das Pflegeheim nicht selbst mit einem ortsansässigen Hausarzt eine entsprechende Vereinbarung abgeschlossen hat.

- (4) Für bestehende Behandlungen nach dieser Anlage, die bis zum 25. November 2021 begonnen wurden gilt die Maßnahme nach § 2 auch nach Ende der Vereinbarung fort, wenn ab dem 26. November 2021 keine Anschlussvereinbarung abgeschlossen wurde. Sofern eine Anschlussregelung abgeschlossen wurde, erfolgt die Leistungserbringung und -abrechnung ab dem 26. November 2021 auch für bereits begonnene Behandlungen nach Maßgabe der neuen Vereinbarung.

§ 2

Leistungsbeschreibung, Honorierung und Finanzierung der ambulanten Therapie von akut an COVID-19 erkrankten Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen

Für die Leistungserbringung nach diesem Vertrag wird dem Arzt folgende Vergütung gewährt:

50,00 EUR für die Behandlung und Überwachung eines in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebrachten akut an COVID-19 erkrankten Patienten

(AbrNr. 99140 als Zuschlag zur GOP 01410, 01413, 01415)

Die AbrNr. 99140 ist 1 Mal pro Tag, maximal 10 mal pro Krankheitsfall, berechnungsfähig.

Obligater Leistungsinhalt

1. Antikoagulation
2. Überprüfung der Indikation bzw. Einleitung und Sicherstellung einer Sauerstofftherapie

Fakultativer Leistungsinhalt

Indikationsstellung und Durchführung bzw. Überwachung der folgenden Therapiemaßnahmen:

- Dexamethason-Gabe
- Fiebersenkung
- Analgesie
- Infusionstherapie
- Antibiose
- Atemtherapie
- Lagerung

Die Finanzierung der Leistung erfolgt über § 105 Abs. 3 SGB V. Die Kosten werden der KV Sachsen von den sächsischen Krankenkassen erstattet.

§ 3

Rechnungslegung

Der Arzt rechnet die Behandlung unter Angabe der Abrechnungsziffer nach § 2 über die KV Sachsen zu Lasten der Krankenkasse ab, bei welcher der Patient versichert ist.

§ 4

Geltungsdauer

Die Vereinbarung gilt mit Wirkung ab dem 1. November 2021 bis 25. November 2021.

Dresden, den

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

AOK PLUS, zugleich handelnd für die SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Sachsen

IKK classic

KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion Chemnitz

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der Landesvertretung
Sachsen

Im Unterschriftenverfahren

Anhang 1

Vorschlag der ambulanten Therapie von Covid-19-Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen

Kassenärztliche Vereinigungen Sachsen und Thüringen

Dieses Dokument ist keine Leitlinie, sondern listet Therapieoptionen bei Covid-19 auf, welche sich basierend auf Erfahrungen nach einem COVID-Ausbruch in einem Jenaer Pflegeheim als sinnvoll erwiesen haben und dem aktuellen Wissenstand (Dezember 2020) entsprechen.

Nach Herrn Prof. Dr. med. Mathias Pletz, Direktor Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Jena

modifiziert, bzw. unter Mitwirkung von

Herrn Prof. Dr. med. J. Beyer-Westendorf, Leiter "Thromboseforschung und Gerinnungsstörungen", Med. Klinik I, Universitätsklinikum Dresden

PD Dr. med. habil. Christian Geßner, FA für Innere Medizin/ Pneumologie

Herrn Dr. Thomas Grünewald, Leiter Klinik für Infektions- und Tropenmedizin am Zentrum Innere Medizin II, Klinikum Chemnitz gGmbH

Herrn Dr. med. Klaus Heckemann, FA für Allgemeinmedizin

Herrn PD Dr. med. Martin Kolditz, stellv. Bereichsleiter Pneumologie, Medizinische Klinik I am Universitätsklinikum Dresden

Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen haben ein deutlich erhöhtes Risiko sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren und aufgrund ihres hohen Alters ein höheres Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf. Häufig besteht dabei aufgrund von Komorbiditäten und eingeschränktem funktionellem Zustand kein kuratives Therapieziel, sondern im Vordergrund steht die symptomorientierte Behandlung. Auch bei Patienten mit kurativer Therapieintention sollten unkritische Krankenhausweinweisungen in Abhängigkeit von ärztlicher Einschätzung und Patientenwille vermieden werden.

In Kenntnis und bewusster Inkaufnahme der diesbezüglichen Limitationen besteht bei in stationären Pflegeeinrichtungen untergebrachten symptomatischen COVID19 – Patienten nach ärztlicher Entscheidung und im Einklang mit dem Patientenwillen auch die Möglichkeit, diese Therapiemaßnahmen ohne eine stationäre Einweisung durchzuführen, wobei in Abhängigkeit vom Verlauf täglich neu über die Frage der Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu entscheiden ist.

Bei rein palliativer Therapieintention sind keine COVID-19-spezifischen Therapiemaßnahmen über eine symptomorientierte Behandlung hinaus indiziert und Krankenhaus-einweisungen sollten vermieden werden.

Die auch ambulant bei Bewohnern von stationären Pflegeeinrichtungen dort durchführbaren Therapiemöglichkeiten unterscheiden sich nicht von den Standardtherapieoptionen an COVID19 – Patienten auf Normal- (Infektionsstation):

Antikoagulation

Sauerstofftherapie

Dexamethason

Fiebersenkung

Analgesie

Infusionstherapie

Antibiose

Atemtherapie

Lagerung

Die nachfolgende Logistik ist erforderlich:

· Vernetzung

- Kontakt mit Hausärzten und KV aufnehmen und ärztliche Versorgung unter den Hausärzten im Rahmen eines Dienstplanes sichern
- Angehörige informieren
- Patientenverfügung überprüfen,
- bei Diagnosestellung einer COVID-Erkrankung sind Gespräche zur Willensbildung und Aktualisierung der Patientenverfügung obligat
- Lokales Krankenhaus informieren

· Equipment

- Pulsoxymeter
- Sauerstoffkonzentratoren
- ausreichend Schutzausrüstung

Antikoagulation

Bei vorbestehender therapeutischer Antikoagulation:
Diese nach Möglichkeit beibehalten (Grenzen s. Anlage)

Ohne vorbestehende Antikoagulation/Thrombozytenhemmung:
Kontraindikationen prüfen, danach Einleitung einer Heparinprophylaxe (Art und Dosis s. Anlage)

Bei vorbestehender ASS/Thrombozytenaggregationshemmer Dauertherapie:
Indikation prüfen, entweder durch Heparinprophylaxe ersetzen oder (bei strenger Indikation für Thrombozytenhemmung) mit Heparinprophylaxe kombinieren (Art und Dosis s. Anlage), Pantoprazol in Standarddosierung

Dauer der Thromboseprophylaxe mindestens 7 Tage (verlängert bei Risikokonstellation), optimale Dauer noch unklar, da Lungenembolien/Infarkte/Schlaganfälle auch nach Besserung auftreten können

Auf Blutungszeichen und Anzeichen für ein Nierenversagen ist zu achten.

Weitere fachliche Details enthält die Anlage.

Sauerstofftherapie

Beginn einer Sauerstoffinsufflation:

- bei Sättigung $\leq 93\%$ für Patienten OHNE Hyperkapnie-Risiko
- bei Sättigung $\leq 88\%$ bei Patienten MIT Hyperkapnie-Risiko

(Hyperkapnie-Risiko: vorbestehende Hypoxämie/Zyanose bei ausgeprägter Adipositas oder schwerer COPD – „Blue Bloater“ – Typ)

Sättigungsziel unter Sauerstoffinsufflation:

- Patient OHNE Hyperkapnie-Risiko: 92-96%
- Patient MIT Hyperkapnie-Risiko: 88-92%

mindestens 2-3x täglich Kontrolle mittels Pulsoxymetrie
cave: konsequente Desinfektion der Pulsoxymeter!

Dexamethason

bei Sauerstoffpflichtigkeit und Symptombeginn > 6 d:
6 mg 1-0-0 oral (i. m.) für 7 bis max. 10 d

mindestens 1x, besser 3x täglich Blutzuckerkontrolle

Fiebersenkung

erst bei > 39 Grad bzw. über 3 Tagen anhaltend > 38,5 Grad:
PCM oder Metamizol oral oder supp.

Analgesie

nach klinischer Maßgabe, auch Vermeidung von Schmerzatzung:
PCM oder Metamizol oral oder supp.

Infusionstherapie

nur bei Exsikkosegefahr
flüssigkeitsrestriktiv (wenn hämodynamisch möglich)
falls i. v. nicht möglich als subcutane Infusion
Volumensteuerung mit Hilfe der Rekapillarierungszeit „capillary refill“

Antibiose

nur bei Verdacht auf bakterielle Superinfektion (v. a. bei CRP > 100mg/l):
Amoxicillin/Clavulansäure 3x 1g p.o.
bei Allergie Doxycyclin 200mg 1-0-0
(alternativ Ceftriaxon 1x 2g i.v. für 5-7 Tage
oder Ceftriaxon 2g i.m. für 3 Tage)

Atemtherapie

Heilmittelverordnung

Ggf. Lagerung

überdrehte Seitenlage mehrfach täglich für 1-2 h, wenn toleriert,
nicht bei Adipösen!

Zusätzliche Therapieempfehlung (nicht evidenzbasiert!):

Vitamin D

Bei allen (auch noch nicht infizierten Patienten) Substitution prüfen, und falls nicht vorbestehend, großzügig beginnen.

Rationale: Vitamin D Mangel bei Pflegeheimbewohnern im Winter ist häufig. Potentieller Nutzen bei minimalem Risiko, protektiver/therapeutischer Effekt wahrscheinlich umso stärker, je früher begonnen wird.

Optimale Dosis und Dauer ist unklar, in RCTs wird derzeit u. a. eine Loading dose von Vitamin D3 20.000 IE po. am ersten Tag, gefolgt von 2000 IE 1-0-0 p.o. getestet. Eine Substitution über mindestens 14 Tage erscheint sinnvoll – cave keine gleichzeitige Calciumsubstitution wegen Gefahr der Hypercalciämie.

Orientierungshilfe Thromboseprophylaxe/Blutverdünnung bei COVID-19 in Pflegeeinrichtungen (erstellt von Prof. J. Beyer-Westendorf [Dresden])

<u>Vor-</u> <u>bekannte</u> <u>GFR</u>	<u>Vor COVID keine Blutverdünnung</u>		<u>Vor COVID bereits bestehende</u> <u>Dauer-Antikoagulation</u> <u>(VKA, DOAC, Heparintherapie)</u>	<u>Vor COVID bereits bestehende Throm-</u> <u>bozytenhemmung</u>	
	Sympt.- COVID- Erkrankung OHNE Sauerstoffbedarf (milder Verlauf)	- Sympt.- COVID- Erkrankung MIT Sauer- stoffbedarf (klinisch re- levante Pneumonie) o- der hohes VTE-Risiko (Z.n. VTE; BMI > 40)	Bei Blutungszeichen oder Anhalt für erhebliche Ver- schlechterung der Nierenfunktion Einweisung diskutieren	Primärprophylaxe (bisher kein Apop- lex, keine KHK keine Stents/Bypässe)	Z.n. Apoplex, AMI oder Stents/Bypässe
eGFR > 50 ml/min*	Standardprophylaxe z.B. Clexane 40 mg Fraxiparin 0,4 ml Fragmin P 2500 IE MonoEmbolex 3000 IE Innohep 3500 IE Empfohlene Dauer: 7- 14d (individuell ggf. auch länger)	Hochrisikoprophylaxe (= 2 x tgl. !!!) Clexane 2 x 40 mg Fraxiparin 2 x 0,4 ml Fragmin P 2 x 2500 IE MonoEmbolex 2 x 3000 IE Empfohlene Dauer: 7- 14d (individuell ggf. auch länger)	Antikoagulation weiterführen, solange keine Blu- tungszeichen und kein Anhalt für Verschlechterung der Nierenfunktion	Absetzen und dafür Einleitung einer Hepar- inprophylaxe (s. Spalten „bisher keine Blutverdünnung“)	Weiterführung Throm- bozytenhemmung: „mono“, wenn insgesamt unkomplizierter COVID- Verlauf Kombination mit Hepar- inprophylaxe (s. Spalten „bisher keine Blutver- dünnung“), sobald Sau- erstoffpflichtigkeit be- steht.
eGFR 20-50 ml/min *	Standardprophylaxe mit geringem Akkumulations- risiko; z.B. Fragmin P 2500 IE MonoEmbolex 3000 IE Innohep 3500 IE Empfohlene Dauer: 7- 14d (individuell ggf. auch länger)	Hochrisikoprophylaxe (= 2 x tgl. !!!) mit geringem Akkumulations- risiko; z.B. MonoEmbolex 2 x 3000 Fragmin P 2 x 2500 Innohep 2 x 3500 IE Empfohlene Dauer: 7- max. 14d (individuell ggf. auch länger)	Vorher VKA, Eliquis oder Xarelto: möglichst so belassen (haben allesamt geringes renales Akkumulationsri- siko) Vorher Pradaxa oder Lixiana: Umstellung auf NMH, wobei in aller Regel halbtierapeutische Dosierung (100 IE pro kg pro Tag) eines renal wenig akkumulierenden NMH eingesetzt werden sollten: MonoEmbolex oder Fragmin oder Innohep sind hierfür zu bevorzugen		Kombination mit vorbe- stehender therap. Ant- ikoagulation, wenn auch vor COVID bereits Kom- binationstherapie indi- ziert war Magenschutz mit Panto- zol in Standarddosis zu empfehlen
eGFR < 20 ml/min *	Keine Standardprophylaxe wegen annähernd ungün- stigem Risiko-Nutzen- Verhältnis	UFH 3 x 5000 IE Empfohlene Dauer: 7- 14d	Vorher VKA: möglichst so belassen Alle anderen: UFH 3 x 7500 IE oder Einweisung erwä- gen		

* Alle Empfehlungen setzen voraus, dass keine Kontraindikationen wie etwa aktive Blutung, sehr hohes Blutungsrisiko, akutes Nierenversagen oder Z.n. HIT bestehen – ansonsten Einzelfallentscheidung notwendig. **ATS:** Es ist zwar annehmbar, dass eine Kompressionsstrümpfe die Wirkung einer medikamentösen Prophylaxe noch steigern würde, allerdings erfordern sie einen intensiven Kontakt zwischen Patient und Pflegepersonal. Solche Maßnahmen sind bei COVID-Patienten daher im Allgemeinen abzulehnen und nur empfehlenswert, wenn keine medikamentöse Prophylaxe durchgeführt werden kann.