



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg · Postfach 103443 · 70029 Stuttgart

Datum 17.04.2020

An die
stationären
Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der
Behindertenhilfe über die Verbände der
Leistungserbringer

Aktenzeichen 51-1443.1 SARS-CoV2
(Bitte bei Antwort angeben)

An die
Unteren Heimaufsichtsbehörden
Oberen Heimaufsichtsbehörden



Coronavirus-Erkrankungen (COVID-19) - Weitere Informationen für stationäre
Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe /
Unser Schreiben vom 16.03.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 16.03.2020 hatten wir Empfehlungen zum Umgang mit Coronavi-
rus-Erkrankungen (COVID-19) für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen und
Einrichtungen der Behindertenhilfe ausgesprochen. Diese Empfehlungen werden wie
folgt aktualisiert:

Hinweise zu Prävention und Management von COVID-19 in stationären Pflege- einrichtungen

Grundsätzlich besteht in stationären Pflegeeinrichtungen ein höheres Risiko für die
Bewohnerinnen und Bewohner, an respiratorischen Infekten zu erkranken, da sie auf-
grund ihres Alters, häufiger vorkommender Grunderkrankungen oder ihrer meist ein-
geschränkten Mobilität generell anfälliger für Infektionen sind. Gleiches gilt für Einrich-
tungen der Behindertenhilfe, soweit dort schwerst-mehrfachbehinderte Menschen,
z.B. mit Dauerbeatmung, betreut und gepflegt werden. Das Risiko für einen schweren

Else-Josenhans-Str. 6 · 70173 Stuttgart · Telefon 0711 123-0 · Telefax 0711 123-3999 · poststelle@sm.bwl.de

📍 Stadtmittel · 📍 Charlottenplatz · 📍 Dorotheenstraße · www.sozialministerium-bw.de · www.service-bw.de

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten unter www.sozialministerium-bw.de/datenschutz

Auf Wunsch werden Ihnen diese auch in Papierform zugesandt.



Krankheitsverlauf ist für ältere Menschen und Menschen mit bestehenden Vorerkrankungen, insbesondere des respiratorischen Systems sowie bei reduzierter Immunabwehr deutlich erhöht.

Die gemeinschaftliche Unterbringung in den Einrichtungen und der nahe physische Kontakt bei der Pflege ist zudem mit einem erhöhten Risiko für den Erwerb einer Infektion verbunden. Der Vorbereitung von Pflegeeinrichtungen auf COVID-19- Erkrankungen und deren Management ist daher von besonderer Bedeutung.

Zum Schutz besonders gefährdeter Personen gilt seit 17. März 2020 ein weitgehendes Besuchsverbot für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe (siehe: Verordnung der Landesregierung über infektionsschützende Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Virus SARS-CoV-2).

Um das Personal und die Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen sowie im Einzelfall zugelassene Besucher gegen Atemwegserkrankungen und insbesondere SARS-CoV-2-Infektionen zu schützen, sind die nachfolgenden präventiven Schutzmaßnahmen und Maßnahmen im Verdachts- und Krankheitsfall zu beachten.

I Vorbereitung der Einrichtung

Aktualisierung des Hygieneplans unter Berücksichtigung der folgenden Aspekte:

I.1 Benennung einer/eines Pandemiebeauftragten

Die Pandemiebeauftragte/der Pandemiebeauftragte gewährleistet in der Einrichtung die Koordination der vorbereitenden Maßnahmen sowie das Management von COVID-Fällen. Für diese Aufgaben kann auch ein Team aus Pflegedienstleitung, Heimleitung und hygienebeauftragter Fachkraft gebildet werden.

I.2 Schulung des Personals im Umgang mit PSA und bezüglich der Hygienemaßnahmen

Hygieneschulung zum korrekten Einsatz der Schutzkleidung durch Hygienebeauftragte und betriebsärztlichen Dienst.

I.3 Versorgung mit persönlicher Schutzausstattung

Die Sicherstellung der Versorgung mit persönlicher Schutzausstattung erfolgt durch Träger und Einrichtungsleitung. Vor dem Hintergrund des aktuellen Versorgungsengpases bei persönlicher Schutzausstattung führen der Bund und das Land Beschaffungen durch. Die Verteilung u.a. an stationäre Pflegeeinrichtungen innerhalb Baden-Württembergs erfolgt über die Stadt- und Landkreise.

Die jeweilige E-Mail-Adresse zur Meldung des Bedarfs der Einrichtungen im jeweiligen Stadt- und Landkreis ist zu finden auf der Homepage des Ministeriums für Soziales und Integration unter: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/gesundheitschutz/infektionsschutz-hygiene/informationen-zu-coronavirus/aktuelles-schutztausruestung/>

I.4 Planung und Festlegung von Isolationsstrategien, Vorbereitungen von Kohortierungen und der Versorgung von COVID-Patienten

Um das Übertragungsrisiko in der Einrichtung zu reduzieren, ist die Trennung der Bewohner in Abhängigkeit von dem von ihnen ausgehenden Übertragungsrisiko auf Dritte sinnvoll und sollte entsprechend geplant werden. Die Planung sollte durch die/den Pandemiebeauftragten, Hygienebeauftragte und Einrichtungsleitung in Absprache / Zusammenarbeit mit dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt sowie den für die medizinische Versorgung in der Einrichtung und ggf. der stationären Patientenversorgung (Krankenhaus) zuständigen Personen erfolgen.

Es sollten sowohl räumlich als auch personell voneinander getrennte Bereiche für folgende Personengruppen eingerichtet werden:

- Bewohner ohne Symptome und ohne Kontakt zu bestätigten COVID-19-Fällen
- Bewohner mit Infektionsrisiko/Erkrankungsrisiko (Neuaufnahmen, Rückübernahmen aus dem Krankenhaus, Personen mit Krankheitssymptomen, begründete Verdachtsfälle)
- COVID-19-Fälle (positiv auf SARS-CoV-2 getestet)

Wenn es die Versorgungslage erfordert, kann zur Trennung erkrankter Bewohner von den übrigen Bewohnern für die Dauer der Versorgung auch auf vorhandene Doppel- oder Mehrbettzimmer (z.B. in derzeit stillgelegten Tagespflegen) zurückgegriffen werden („Corona-Stationen“). Die Vorgaben der Landesheimbauverordnung (Einzelzim-

mervorgabe, Gruppengrößen etc.) sind insoweit nicht zu beachten. Derartige Maßnahmen sind nur im Ausnahmefall und mit äußerster Zurückhaltung zu ergreifen, wenn in der Gesamtabwägung zwischen den Interessen der erkrankten Bewohner und dem Schutz der nicht infizierten Bewohner keine geeigneteren Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Versorgung in Betracht kommen.

I.5 Implementierung eines täglichen Symptomscreenings bei Bewohnern und Personal

Eine tägliche Erfassung des Gesundheitszustandes der Bewohner dient dazu, frühzeitig das Auftreten erster Krankheitssymptome oder einer (unspezifischen) Verschlechterung des Allgemeinzustands zu erfassen.

Da SARS-CoV-2 bislang überwiegend durch Personal in Pflegeeinrichtungen eingetragen wurde, ist ein Symptomscreening bei Pflegekräften und sonstigem Personal (z.B. Reinigungskräfte) ebenfalls wichtig.

- Festlegung einer verantwortlichen Person für das Symptomscreening,
- Mindestens 1 x täglich Erfassung und Dokumentation für COVID typischer klinischer Symptome bei Heimbewohnern und Personal,
- Anhalten der Bewohner und des Personals zur Selbstbeobachtung (soweit bei Bewohnern möglich)
- Symptomatische Personen sollten dann zeitnah getestet werden.

I.6 Festlegung eines Betreuungsarztes (Hausarztes) für die Einrichtung, der im Bedarfsfall Abstriche durchführt

Die bisherige Praxis, dass der behandelnde Hausarzt der Bewohner bei Verdacht Abstriche durchführt, kann zu erheblichen Verzögerungen und unkoordinierten Vorgehen führen. Daher ist grundsätzlich zu klären und sicher zu stellen, wer bei einzelnen Verdachtsfällen und bei Verdacht auf Häufungen Abstriche nimmt (siehe IV Testung auf SARS-CoV-2).

Die Benennung eines Betreuungsarztes für die Einrichtung (Hausarzt) ist anzustreben. Dieser sollte, neben den Hausärzten, die für die individuelle medizinische Versorgung der Hausbewohner zuständig sind, in enger Absprache mit der Einrichtung auch kurzfristig zur Verfügung stehen (Absprache mit Kreisärzteschaft / KV).

Sofern Personal untersucht werden soll, kann der betriebsärztliche Dienst eingebunden werden.

Zusätzlich kann es sinnvoll sein, Abstrichsets für die Untersuchung auf SARS-CoV-2 in der Einrichtung vorzuhalten.

II Allgemeine Schutz- und Hygienemaßnahmen

II.1 Allgemeine Hygienemaßnahmen

Die allgemeinen Hygienemaßnahmen sind von Personal, Bewohnern und Besuchern (soweit im Einzelfall zugelassen) einzuhalten. Bewohner sind über die Bedeutung der allgemeinen Hygieneempfehlungen aufzuklären.

- Einhaltung eines Mindestabstands von 1,5 m zu anderen Personen (außer bei grund- und behandlungspflegerischen Maßnahmen)
- Husten- und Nies-Etikette: Benutzung von Einmaltaschentüchern auch zum Husten und Niesen, sofortige Entsorgung im Hausmüll, Alternativ: Niesen oder Husten in die Ellenbeuge.
- Gute Händehygiene: Regelmäßiges Händewaschen mit Wasser und Seife für 20 Sekunden, z. B. nach der Benutzung von Taschentüchern, nach jedem Toiletten-gang, vor dem Essen.
- Möglichst die Schleimhäute im Gesichtsbereich (Augen, Mund, Nase etc.) nicht mit ungewaschenen Händen berühren.

II.2 Allgemeine Schutzmaßnahmen (Personal)

Da eine Übertragung des Virus auch durch asymptomatische Träger möglich ist, wird empfohlen:

- Generelles Tragen von Mund-Nasen-Schutz (auch außerhalb der direkten Versorgung von COVID-19-Patienten)
- Es ist darauf zu achten, dass Mund und Nase komplett bedeckt sind. Mundschutz, der zur Wiederverwendung nach unten gezogen wird, kontaminiert die Arbeitskleidung!

- Das Anlegen soll mit desinfizierten Händen erfolgen, damit es nicht zu einer Kontamination der Masken-Innenseite kommt. Während des Tragens sollte die Schutzmaske nicht mit den Händen berührt werden. Berührungen im Gesicht (z.B. beim Abnehmen der Maske) sollen nur nach vorheriger Händedesinfektion erfolgen.
- Hinweise zum ressourcenschonenden Einsatz von Atemschutz bei Lieferengpässen; siehe: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ressourcen_schonere_Masken.pdf?__blob=publicationFile.
- Bei Ressourcenknappheit ist unter bestimmten Umständen auch eine Wiederaufbereitung von MNS und FFP2-Masken möglich; siehe: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Arbeitsschutz/einsatzschutzmasken-einrichtungen-gesundheitswesen.html>.

Pflegekräfte und andere Beschäftigte (z.B. in der hauswirtschaftlichen Versorgung), bei denen akute Atemwegserkrankungen oder fieberhafte Erkrankungen auftreten, dürfen den Dienst nicht aufnehmen. Eine Untersuchung auf SARS-CoV-2 sollte erfolgen.

Zur Aufrechterhaltung des Pflegebetriebs kann nach Abwägung und Risikobewertung des Gesundheitsamtes eine berufliche Tätigkeit unter Beachtung von Schutzmaßnahmen fortgesetzt werden.

III Spezifische Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen

Spezifische Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen im Hinblick auf SARS-CoV-2 sind erforderlich bei Neuaufnahmen sowie Rücknahmen nach Krankenhausaufenthalt sowie für Kontaktpersonen, Verdachtsfälle (symptomatische Risikopersonen, für die noch kein Testergebnis vorliegt) und SARS-CoV-2-positive Heimbewohner.

III.1 Maßnahmen zum Schutz des Personals beim Management von COVID-19-Erkrankungen und Verdachtsfällen

Geschultes Personal, das für die Versorgung von Bewohnern mit Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion oder bestätigter Infektion eingesetzt wird, ist möglichst von der Versorgung anderer Bewohner freizustellen.

- Basis der Infektionsprophylaxe ist die Händehygiene: Handschuhtragen bei allen Kontakten mit infizierten oder infektionsverdächtigen Bewohnern und ihrer Umgebung, mit Ex- und Sekreten sowie benutzten Medizinprodukten, Körper- und Bettwäsche, gebrauchtem Geschirr usw., nach dem Ausziehen der Handschuhe stets Händedesinfektion. (Desinfektionsmittel mit Wirkspektrum „begrenzt viruzid“).
- Verwendung von persönlicher Schutzausstattung:
 - Langärmeliger Schutzkittel mit Bündchen,
 - Einmalhandschuhe,
 - Bevorzugt FFP2-Maske und Schutzbrille (Schutz vor Aerosolen und Tröpfchen),
 - Wenn FFP2-Maske nicht zur Verfügung steht, Tragen von MNS (Schutz gegen Tröpfchen)
 - Bei körpernahen pflegerischen Tätigkeiten mit starker Freisetzung respiratorischer Aerosole wird eine FFP3- Maske empfohlen (z.B. Absaugen über Trachealtubus)
- Schutzausrüstung und Hinweise zu deren Benutzung sollten unmittelbar vor den Wohnbereichen platziert werden
- Das Anlegen der Maske am Zimmereingang erfolgt mit desinfizierten Händen, damit die Innenseite nicht kontaminiert wird. Während des Tragens soll die Maske nicht mit den Fingern berührt werden.
- Die Schutzausrüstung wird vor Verlassen des Zimmers in einen eigens dafür aufgestellten Behälter abgeworfen.
- Bei Verlassen des Zimmers werden die Hände desinfiziert.

Schutzziele von Schutzmasken

Mund-Nasen-Schutzmaske (MNS oder OP-Masken)

- Schutz Dritter (nicht des Trägers) und damit in erster Linie Patientenschutz

FFP2-Masken

- Schützen den Träger durch Filterfunktion vor Corona-Viren (Arbeitsschutzmaßnahme)
- Ohne Ausatemventil: Geringere Virenkonzentration in der Umgebungsluft eines Ausscheiders und damit auch teilweise Drittschutz

III.2 Neuaufnahmen und Rücknahmen nach Krankenhausaufenthalt sowie Kontaktpersonen und Verdachtsfälle

Vor dem Hintergrund einer anhaltenden Übertragung von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung in Baden-Württemberg mit Schwerpunkten in verschiedenen Regionen des Landes sowie der Einschleppung des Erregers in Krankenhäuser, die erst spät erkannt wurden, ist von einem allgemeinen Ansteckungsrisiko in Baden-Württemberg auszugehen. Der Schutz der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen als vulnerable Gruppen ist am sichersten zu gewährleisten durch eine Quarantäne von Neuaufnahmen und von Personen, die nach Krankenhausbehandlung in das Pflegeheim zurückkehren. Diese Personen sind als ansteckungsverdächtig zu betrachten.

Ein besonderes Risiko im Hinblick auf das Auftreten respiratorischer Symptome verursacht durch SARS-CoV-2 gilt für Bewohner mit Kontakt zu bestätigten COVID-Fällen sowie für Verdachtsfälle.

- Die Unterbringung erfolgt im mehrfach täglich gelüfteten Einzelzimmer mit eigener Nasszelle.
- Tägliche Wischdesinfektion (Desinfektionsmittel mit Wirkungsbereich „begrenzt viruzid“) der patientennahen (Hand-) Kontaktflächen wie Nachttisch, Bettgestell, Stuhlrücken und Armlehnen, Sanitärbereich, Lichtschalter, Tür- und Fenstergriffe, Telefone.
- Bei Neuaufnahmen (z.B. aus dem ambulanten Bereich oder nach vorangehenden Krankenhausaufenthalt, Übernahme aus anderen Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflege etc.) bzw. „Rückkehrern“ aus dem Krankenhaus ist im Rahmen

einer Kohortierung eine Unterbringung in Ausnahmefällen auch im Doppelzimmer möglich. Dabei dürfen Neuaufnahmen und Rückkehrer aus dem Krankenhaus innerhalb des Bereichs (siehe I.4) nicht mit COVID-Kontaktpersonen oder Verdachtsfällen zusammen in einem Doppelzimmer untergebracht werden.

- Verlassen des Zimmers und Teilnahme des Bewohners an Gemeinschaftsaktivitäten außerhalb der Kohorte ist nicht möglich.
- Betreten des Bewohnerzimmers nur mit PSA (siehe oben).
- Bei Tätigkeiten, die direkt am Bewohner ausgeführt werden, sollte der Bewohner nach Möglichkeit einen Mund-Nasen-Schutz tragen.
- Regelmäßige Beobachtung und Dokumentation des Auftretens respiratorischer Symptome beim Bewohner (vgl. I.5). Bei Auftreten von Symptomen oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes unmittelbare Veranlassung eines Abstriches (vgl. IV).
- Sofern bei Neuaufnahmen, Rückkehrern aus dem Krankenhaus und Kontaktpersonen nach Ablauf von 14 Tagen keine respiratorischen Symptome aufgetreten sind, sind die Beschränkungen für den Bewohner aufzuheben und eine Verlegung in den Bereich der Bewohner ohne Symptome und ohne Kontakt zu Fällen zu veranlassen.

Sofern die oben genannten Quarantäne-Bedingungen nicht erfüllt werden können, ist eine vorübergehende „Quarantäne-Pflege“ bis zur Aufnahme im Pflegeheim in Vor- und Rehabilitationseinrichtungen möglich.

Gesondert zu betrachten sind Bewohner, die nach COVID-bedingtem Krankenhausaufenthalt in die Einrichtung zurückkehren.

Hierbei sind folgende Fallkonstellationen zu unterscheiden:

- Entlassung aus dem Krankenhaus in die weitere Isolierung in der Pflegeeinrichtung

In diesen Fällen muss davon ausgegangen werden, dass der Bewohner noch infektiös ist. Er ist insofern dem Bereich der Fälle zuzuordnen.

Die Entlassung aus der weiteren Isolierung in der Pflegeeinrichtung ist möglich

- frühestens 14 Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus
- und
- Symptombefreiheit seit mind. 48 Std. in Bezug auf die COVID-19-Erkrankung

- Entlassung aus dem Krankenhaus ohne weitere Auflagen in der Pflegeeinrichtung

In diesen Fällen kann der Bewohner in den Bereich der Bewohner ohne Symptome und ohne Kontakt zu bestätigten COVID-19-Fälle aufgenommen werden.

III. 3 Versorgung von COVID-19-infizierten Bewohnern

Bei COVID-19-Erkrankung eines Bewohners oder einer Bewohnerin, ist in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt die Einweisung in ein Krankenhaus in Betracht zu ziehen. Das Virus kann bei älteren und körperlich reduzierten Menschen innerhalb kurzer Zeit einen schweren bis lebensbedrohlichen Krankheitsverlauf induzieren, der nur durch eine rechtzeitig einsetzende, adäquate stationäre Therapie ggf. noch beherrscht werden kann. Für die Versorgung in der Einrichtung gilt:

- Die Unterbringung erfolgt im mehrfach täglich gelüfteten Einzelzimmer mit eigener Nasszelle.
- Tägliche Wischdesinfektion (Desinfektionsmittel mit Wirkungsbereich „begrenzt viruzid“) der patientennahen (Hand-) Kontaktflächen wie Nachttisch, Bettgestell, Stuhlrücken und Armlehnen, Sanitärbereich, Lichtschalter, Tür- und Fenstergriffe, Telefone.
- Ggf. Kohortenisolierung bei komplett getrennten Wohngruppen mit eigener zugeordneter Betreuung.
- Verlassen des Zimmers und Teilnahme des Bewohners an Gemeinschaftsaktivitäten außerhalb der Kohorte ist nicht möglich.
- Einsatz geschulten Personals, das für die Versorgung anderer Bewohner freizustellen ist.
- Intensive Beobachtung des Gesundheitszustands des Bewohners. Bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes, insbesondere bei Auftreten von Atemnot ist umgehend der betreuende Arzt zu verständigen bzw. eine Krankenseinweisung zu veranlassen (in Abhängigkeit vom Willen des Patienten). Im Hinblick auf das Vorliegen von Patientenverfügungen ist der Ausschluss von künstlicher Beatmung kritisch zu hinterfragen, weil diese Form der Erkrankung und die damit verbundenen Heilungs- und Überlebenschancen wohl nicht mitbedacht wurden vom Patienten.
- Betreten des Bewohnerzimmers nur mit PSA (siehe oben).
- Bei Tätigkeiten, die direkt am Bewohner ausgeführt werden, sollte der Bewohner nach Möglichkeit einen Mund-Nasen-Schutz tragen.

- Einweghandschuhe bzw. -kittel vor Verlassen des Zimmers bzw. der Schleuse in einem geschlossenen Behälter entsorgen.

III.4 Desinfektion und Reinigung

- Bei gezielter Desinfektion sind grobe Verunreinigungen zunächst mit saugfähigem Einwegmaterial aufzunehmen und zu entsorgen; dann erfolgt die Wischdesinfektion mit dem ausgewählten Flächendesinfektionsmittel.
- Alle Medizinprodukte mit direktem Kontakt zu Infizierten sind personenbezogen zu verwenden und müssen vor Anwendung bei anderen Personen desinfiziert werden. Die Viren können auf unbelebten Oberflächen / Gegenständen für Stunden bis Tage infektiös persistieren.
- Benutztes Geschirr kann im geschlossenen Behälter zur Spülmaschine transportiert, mit Handschuhen einsortiert und bei Temperaturen > 60°C gereinigt werden. Manuelles Spülen ist zu unterlassen.
- Wäsche wird in einen Wäschesack im Zimmer bzw. innerhalb einer unter Quarantäne stehenden Wohngruppe abgeworfen und einem desinfizierenden Waschverfahren zugeführt.
- Abfälle werden unsortiert im geschlossenen Behälter (z. B. im verschlossenen Plastik-Müllsack) entsorgt.
- Das Patientenzimmer wird vor Freigabe in üblicher Weise schlussdesinfiziert.

III.5 Maßnahmen bei Besuchern

- Wenn Besuch im Einzelfall zugelassen wird, so müssen Besucher vorab ausführlich über Risiken und Vorsichtsmaßnahmen aufgeklärt werden.
- Die Besucher von COVID-Erkrankten tragen zur eigenen Sicherheit Mund-Nasenschutz, Handschuhe und Überkittel und sollen auf die Notwendigkeit von ein bis zwei Meter körperlichem Abstand hingewiesen werden. Zu körperlichen Hilfeleistungen bei infizierten Bewohnern soll daher stets das Personal hinzugezogen werden. Bei Verlassen des Zimmers werden nach Abwurf von Kittel, Mund-Nasenschutz und Handschuhen die Hände desinfiziert.

III.6 Krankentransport

- Der Krankentransport muss über die Diagnose oder auch Verdachtsdiagnose unbedingt vorab informiert sein.

IV. Testung auf SARS-CoV-2

Die vorrangige Testung in Kliniken und stationären Pflegeeinrichtungen ist ein weiterer wichtiger Schritt zur Eindämmung von SARS-CoV-2. Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen sowie Pflegekräfte zählen dabei zu den Personengruppen, die intensiver als bisher auf das Corona-Virus getestet werden sollen. Auf diese Weise können Infektionen frühzeitig erkannt und umgehend Quarantäne sowie weitere Sicherheitsvorkehrungen, insbesondere auch zum Schutz der anderen bislang noch nicht betroffenen Bewohner und des Personals, getroffen werden.

Eine Testung erfolgt grundsätzlich nur bei begründetem Verdacht entsprechend der RKI Empfehlung. Dies bedeutet, dass alle Bewohner sowie Beschäftigten, die Krankheitssymptome entwickeln, zeitnah getestet werden sollen. Zugleich wird das Ziel verfolgt, Ausbrüche nach Möglichkeit zu verhindern und bei Auftreten von Ausbrüchen diese möglichst rasch einzudämmen.

Die Testung auf SARS-CoV-2 erfolgt nach folgendem abgestuften Vorgehen:

Stufe 1: Sofortige Testung bei Krankheitsverdacht

Für Bewohner auch beim Auftreten unspezifischer Krankheitssymptome bzw. Verschlechterung des Allgemeinzustandes; (siehe auch I.5)

Stufe 2: Testung von Kontaktpersonen der Kategorie I

Sofern bekannt wird, dass ein Bewohner oder ein Beschäftigter mit SARS-CoV-2 infiziert ist, werden die Kontaktpersonen der Kategorie I (siehe Empfehlung des RKI) - unabhängig vom Vorliegen von Symptomen - mittels Abstrich untersucht.

Stufe 3: Testung von asymptomatischen Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Personal bei Erkrankungshäufungen

Bei Häufungen kann eine weitergehende Testung von Bewohnern und Beschäftigten (auch unabhängig vom Vorliegen von Symptomen) z.B. nach betroffenen Bereichen (Wohnbereich / Stock) erforderlich werden.

V Vorgehen bei Kontaktpersonen unter dem Personal

Sofern Personal ungeschützten Kontakt mit COVID-19-Infizierten hat, ist das weitere Vorgehen mit dem örtlichen Gesundheitsamt abzuklären.

In Abhängigkeit von der Intensität des Kontaktes erfolgt durch das Gesundheitsamt eine Einstufung in Kategorien.

Kontaktpersonen mit engen Kontakten (Kategorie I) müssen sich für 14 Tage in häusliche Quarantäne begeben. Bei Auftreten von Symptomen ist das Gesundheitsamt zu verständigen.

Sollte trotz Ausschöpfung aller organisatorischen Maßnahmen (z.B. Aufstockung von Teilzeitkräften und Beschäftigung von Aushilfskräften) die Versorgung der betreuten Personen gefährdet sein, dürfen symptomlose Kontaktpersonen der Kategorie I unter gewissen, strikt einzuhaltenden Auflagen in Absprache mit dem Gesundheitsamt weiterarbeiten. Risikopatienten dürfen dabei nicht betreut werden.

Hinweise des RKI zum Management von Kontaktpersonen unter Personal von Alten- und Pflegeheimen bei Personalmangel sind hier zu finden:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Personal_Pflege.html

gez.

Dr. Walker