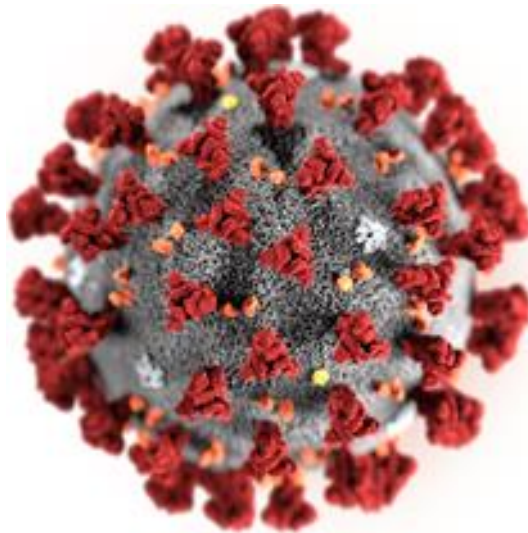


Protection-Plan¹

**zum Schutz vulnerabler Gruppen in Einrichtungen der Pflege nach dem SGB XI
und Leistungsangeboten der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX²**

aus Anlass der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2/COVID-19

Stand: 22.06.2020



¹ In Anlehnung an die 2. Maßnahmenphase des Influenzapandemieplans – Rahmenplan – des Landes Schleswig-Holstein, Version 2.0, Stand August 2018.

² Diese Ausführungen finden sinngemäße Anwendung auf stationäre Einrichtungen nach §§ 67 ff SGB XII.

Inhalt

1 Einleitung	3
2 Infektionshygienisches Management und Logistik	4
2.1 Grundsätzliche Hygienemaßnahmen (Anlage 2)	4
2.2 Besondere Hygienemaßnahmen (Anlagen 3 und 4)	6
2.3 Hygienemaßnahmen bei Mangel an Schutzausrüstung nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts.....	8
2.4 Verteilung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) aus der strategischen Reserve des Landes	9
3 Versorgung	10
3.1 Besuchsregelungen zur Infektionsprävention (Anlage 6)	10
3.2 Sicherung des laufenden Betriebs (Anlage 7)	10
3.3 Schaffung von Kapazitäten	11
3.4 Sicherung der ambulanten Versorgung.....	12
4 Kommunikation	13
4.1 Meldewege nach Infektionsschutzgesetz.....	13
4.2 Kommunikation unter Behörden / Aufsichten	13
4.3 Kommunikation mit Fachöffentlichkeit.....	13
5 Ausblick	14
Anlagen	15
Anlage 1 Mustergliederung für individuelle Pandemieplanungen (Checklisten).....	16
Betriebliche Maßnahmen zur Vorbereitung auf eine Corona-Pandemie	16
Anlage 2 – Infoblätter	32
Grundsätzliche Hygienemaßnahmen	33
Besondere Hygienemaßnahmen (1)	34
Besondere Hygienemaßnahmen (2)	35
Besucherregelung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe	36
Kohortenregelung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe	37

1 Einleitung

Der Protection-Plan ist Teil der Gesamtstrategie der gezielten Vorbereitung auf den Umgang mit der COVID-19-Pandemie. Im Verlauf von Pandemien, wie der aktuellen COVID-19-Pandemie, treten wellenartige Verläufe der Erkrankungen auf, was bedeutet, dass ein Großteil der Neuerkrankungen innerhalb weniger Wochen auftritt. In dieser Zeit stellt allein die große Anzahl ansteckungsfähiger Erkrankter, mit möglicherweise einem hohen Anteil an Komplikationen, eine Herausforderung für das Gesundheits-, Pflege- und Sozialwesen dar.

Der aktuelle SARS-CoV-2-Erreger hat ein anderes Gefährdungspotenzial als Influenza und es stehen – im Gegensatz zu Influenza – bislang ausschließlich Hygienemaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung zur Verfügung. Es gibt aber Parallelen zum Pandemieverlauf, weshalb in Anlehnung an die Empfehlungen des Influenzapandemieplans – Rahmenplan – des Landes ([Influenza-Pandemieplan Schleswig-Holstein](#)) strategische Maßnahmen auch für die Bekämpfung des Coronavirus abgeleitet werden können. Entsprechend werden folgende Ziele von Maßnahmenphasen festgelegt:

- In der **ersten Phase („detection & containment“)** sind dies vor allem Maßnahmen zur frühen Erkennung und Eindämmung der Ausbreitungsdynamik.
- In der **zweiten Phase („protection“)** geht es dann besonders um den Schutz vulnerabler Gruppen, die Schutzmaßnahmen werden also auf die Personengruppen konzentriert, die ein erhöhtes Risiko für schwere und tödliche Krankheitsverläufe aufweisen. Dies umfasst auch Personen, die engen Kontakt zu vulnerablen Gruppen haben, wie zum Beispiel Angehörige, Pflegekräfte und Betreuungspersonen der Eingliederungshilfe (EGH).
- Maßnahmen der **dritten Phase („mitigation“)** zielen auf Folgenminderung ab, d.h. wenn eine anhaltende Mensch-zu-Mensch-Übertragung in der Bevölkerung stattfindet, sollen Schutzmaßnahmen vor allem schwere Krankheitsverläufe verhindern und Krankheitsspitzen mit einer Überlastung der Versorgungsstrukturen zu vermeiden.
- In der postpandemischen **vierten Phase („recovery“)**, wenn die Coronavirus-Aktivität ihren Höhepunkt überschritten hat, ist zu prüfen, welche Maßnahmen fortgeführt werden sollen (lageabhängige und situationsangepasste Deeskalation). Vorbereitungen auf eine gegebenenfalls infolge der Aufhebung von Maßnahmen mögliche folgende pandemische Welle sind zu treffen. Die bisherige Pandemievorbereitung/-bewältigung wird für die weitere Pandemieplanung evaluiert.

Gegenstand des vorliegenden Planes ist die zweite Phase („Protection“), das heißt der Schutz vulnerabler Gruppen mit dem spezifischen Fokus auf die **Bereiche Pflege und Eingliederungshilfe**, wobei ein fließender Übergang der Phasen möglich ist.

Laut Robert-Koch-Institut (RKI) steigt das Risiko einer schweren Erkrankung ab 50 bis 60 Jahren stetig mit dem Alter an. Insbesondere ältere Menschen können, bedingt durch das weniger gut reagierende Immunsystem, nach einer Infektion schwerer erkranken (Immunseneszenz). Auch Menschen mit verschiedenen Grunderkrankungen (beispielsweise Herzkreislauferkrankungen, Diabetes, Erkrankungen des Atmungssystems) scheinen unabhängig vom Alter ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf zu haben. Bei älteren Menschen mit vorbestehenden Grunderkrankungen ist das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf höher als wenn nur ein Faktor (Alter

oder Grunderkrankung) vorliegt; wenn mehrere Grunderkrankungen vorliegen (Multi-morbidität) dürfte das Risiko höher sein als bei nur einer Grunderkrankung. Damit gehören insbesondere Pflegebedürftige zum Kreis der vulnerablen Gruppen.

Soweit in den Angeboten der Eingliederungshilfe auch Personen leben, die medizinisch nicht zum Kreis der vulnerablen Personen gehören, jedoch aufgrund ihrer Teilhabebeschränkungen (beispielsweise starke geistige Behinderung) auch besonderen Schutz bedürfen, empfehlen sich die beschriebenen Maßnahmen situationsgerecht entsprechend anzuwenden.

Zur Orientierung und Transparenz sollen im „Protection-Plan“ die in der zweiten Phase möglichen Maßnahmen speziell in ambulanten und stationären Einrichtungen für Menschen mit Pflegebedarf sowie Leistungsangeboten der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen zusammengetragen werden.

Hierdurch sollen alle Beteiligten, also zuvorderst die Einrichtungen / Leistungsangebote der Eingliederungshilfe einschließlich ihrer Mitarbeiter*innen und Bewohner*innen selbst, aber auch Behörden, Träger und Verbände im Umgang mit COVID-19 Erkrankten unterstützt werden. Auf die im Folgenden dargestellten Maßnahmen wird es entscheidend ankommen, sobald in einzelnen Einrichtungen und Angeboten, in denen Menschen mit Behinderungen über Tag und Nacht betreut werden, erste Infektionen mit dem SARS-CoV-2-Virus auftreten.

Der „Protection-Plan“ ist dabei als Handlungsempfehlung zu sehen. Die konkret zu ergreifenden Maßnahmen sind situations- und lageabhängig und in Rücksprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt zu ermitteln. Für die Erstellung einrichtungs- beziehungsweise dienstindividueller Pandemiekonzepte enthält die → **Anlage 1** eine Muster-Gliederung für Pandemiepläne³, welche in eigener Verantwortung an die spezifische Situation der jeweiligen Einrichtung beziehungsweise des Dienstes angepasst werden kann. Hierbei kann der jeweilige Träger an die gem. § 36 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) vorzuhaltenden Hygienepläne anknüpfen.

2 Infektionshygienisches Management und Logistik

2.1 Grundsätzliche Hygienemaßnahmen (Anlage 2)

Das Coronavirus wird direkt durch respiratorische Tröpfcheninfektion oder indirekt durch kontaminierte Objekte übertragen. Deswegen ist in Anlehnung an den Influenzapandemieplan des Landes Schleswig-Holstein durch konsequente Einhaltung von Hygienemaßnahmen einer Übertragung des Virus möglichst zu unterbinden.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über erforderliche Schutzmaßnahmen zu informieren und im Bedarfsfall zu schulen. Als allgemeine Schutzmaßnahmen sind insbesondere die Hinweise des RKI zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in der stationären und ambulanten Altenpflege zu beachten ([RKI-Empfehlungen Prävention und Management Altenpflege](#)). Dazu zählt insbesondere das vorschriftsgemäße Verhalten beim Husten, Niesen und Schnäuzen (Husten-Etikette, Einmaltaschentücher et cetera) sowie die sachgerechte Händehygiene. Zum Schutz der Mitarbeiter*innen ist insbesondere die sachgerechte Verwendung von Mundschutz/Masken zu beachten. Hierzu zählen unter anderem die Verwendung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA), insbesondere Mund-Nasen-Schutz (MNS) beziehungsweise partikelfiltern-

³ Basierend auf den Empfehlungen des Handbuchs Betriebliche Pandemieplanung des Bundesamts für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (abrufbar unter [Handbuch Pandemieplanung](#)).

den Atemschutzmasken (FFP-Masken). Wenn medizinisch vertretbar, sollten Patient*innen / Erkrankte einen Mund-Nasen-Schutz tragen. Bei Tätigkeiten mit Patientenkontakt sollte das Personal eine FFP2 (filtering face piece 2) - (oder bei extremer Aerosolexposition eine FFP3-) Maske mit Ausatemventil verwenden. Auf die sachgerechte Anwendung ist durch Schulungen hinzuwirken. **Achtung:** Da FFP2-Masken in der Regel ein Expirationsventil (Ausatemventil) haben, sind diese auf keinen Fall für Ansteckungsverdächtige geeignet. Würden Ansteckungsverdächtige solche Masken nutzen, wäre ein Ausbruchsgeschehen in jedem Fall zu erwarten. Im Infektionsfall sind alle Maßnahmen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt zu treffen.

Weiter müssen nicht-sterile Einmalhandschuhe und langärmelige Schutzkittel verwendet werden. Alternativ können bei Materialknappheit kurzärmelige Kasacks und Pflegschrürzen eingesetzt werden, in diesen Fällen sind die Unterarme in die Händedesinfektion einzubeziehen.

Desinfektionsmittel müssen VAH-zertifiziert sein und die Anforderung „begrenzt viruzid“ erfüllen. Die routinemäßigen Desinfektionsmaßnahmen beinhalten die Händedesinfektion, Flächendesinfektion und Desinfektion von Geräten/Medizinprodukten. Sie sind in ausreichender Zahl sicherzustellen und für eine breite Verfügbarkeit auszubringen.

Ein wesentlicher Bestandteil der Maßnahmen zur Unterbrechung von Infektionsübertragungen ist eine Trennung von an COVID-19-Erkrankten beziehungsweise Krankheitsverdächtigen und anderen Pflegebedürftigen beziehungsweise zu versorgenden Personen.

Insbesondere bei stationären Pflegeeinrichtungen ist davon auszugehen, dass Bewohner*innen aufgrund ihres Alters und/oder vorliegender Grunderkrankung(en) durch eine COVID-19-Pandemie besonders gefährdet sind. Im Pandemiefall ist eine möglichst lange Betreuung der Erkrankten in der Pflegeeinrichtung/dem Angebot, in dem Menschen mit Behinderungen über Tag und Nacht betreut werden anzustreben. Auch wenn ein betreuter Wohnbereich oder eine stationäre Pflegeeinrichtung den häuslichen Lebensraum für den betroffenen Menschen darstellt und demzufolge zwischen einer Einschränkung für einzelne Bewohner*innen und dem Schutz der Mitbewohner*innen abzuwägen ist, ist in diesen Einrichtungen oder Wohnformen eine Trennung von an COVID-19-Erkrankten beziehungsweise Krankheitsverdächtigen und anderen Bewohner*innen als Maßnahme des Infektionsschutzes zu veranlassen. Dies erfolgt in Abhängigkeit von den Erkrankungszahlen und den räumlichen Gegebenheiten vor Ort möglichst als Einzelzimmerunterbringung (möglichst Einzelzimmer mit Nasszelle) oder als Kohortenisolierung (Unterbringung mehrerer Personen mit derselben Infektionserkrankung in einem Zimmer/einem Wohnbereich).

Auch die besonders zu schützenden Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen und Wohnformen der EGH selbst sind für ihre besondere Gefährdungssituation zu sensibilisieren und insbesondere darauf hinzuweisen, dass vermeidbare Kontakte, vor allem infektionsgeneigte externe Kontakte, nach Möglichkeit vermieden werden sollten. Eine Infektion und damit ein Eintrag des Virus kann nämlich nicht nur durch Besuche von außen erfolgen, (→ Punkt 3.1), sondern auch durch das eigenständige Verlassen der Einrichtung/Wohnform und die aktive Kontaktsuche durch die Bewohner*innen außerhalb der Einrichtung oder Wohnform selbst. Insoweit ist im Hinblick auf die nur restriktive Zulässigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen beziehungsweise solchen gleichstehenden Maßnahmen (vergleiche § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) unter den Betroffenen eindringlich für Verständnis zu werben.

Bewohner*innen dürfen die Einrichtung zu jeder Zeit verlassen.

Allerdings kann es in Abhängigkeit von der pandemischen Lage angezeigt sein, dass Regelungen durch die zuständigen Behörden zur Quarantäne oder Einzelunterbringung getroffen werden, wenn die Bewohner*innen nach einem auswärtigen Aufenthalt in die Einrichtung zurückkehren. Je nach Sachverhalt (beispielsweise Rückkehr nach Krankenhausaufenthalt/ambulante Behandlung/Aufenthalt im häuslichen Umfeld/Spaziergang) können unterschiedliche Regelungen greifen. Sofern keine Möglichkeit besteht, eine Quarantäne oder Einzelunterbringung in der bisherigen Einrichtung durchzuführen, können andere Einrichtungen eigens dafür vorgesehen werden (sog. „Ausweicheinrichtungen“).

Auf die jeweils geltenden Regelungen des MSGJFS auf der Homepage des Ministeriums wird verwiesen ([Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren](#)).

2.2 Besondere Hygienemaßnahmen (Anlagen 3 und 4)

a) Zum Schutz nicht-infizierter Personen vor Ansteckung bei der Pflege und Behandlung COVID-19-Erkrankter:

- Atemschutz FFP2-Maske mit Expirationsventil, da von einer regelhaften Aerosolexposition ausgegangen wird. Bei Tätigkeiten ohne direkten Kontakt kann ein Mundnasenschutz getragen werden.
- Im ambulanten Bereich richtet sich die Schutzkleidung nach Art und Umfang der Exposition. Bei Maßnahmen, die eine Freisetzung von Tröpfchen beziehungsweise Aerosolen produzieren ist ein adäquater Atemschutz (FFP2) erforderlich.
- Schutzkittel, alternativ Pflegeschürze
- Handschuhe, Händedesinfektion, bei kurzen Ärmeln Unterarme mitdesinfizieren
- Flächendesinfektion, alle Kontaktflächen im patientennahen Bereich (Wirkungsbereich begrenzt viruzid)
- Abfall: Abfallschlüssel AS 180104 gemäß Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA)-Vollzugshilfe 2009
- **Hygieneschulungen** zum korrekten Einsatz der Schutzkleidung und zur Durchführung der Händedesinfektion sowie Flächendesinfektion durch Hygienebeauftragte in der Pflege sind für ein erfolgreiches Hygienemanagement zwingend erforderlich.

b) Zum Schutz Dritter bei ansteckungsverdächtigen Personen (ungeschützter Kontakt zu COVID-19-Erkrankten):

- Grundsätzlich Anordnung einer Quarantäne durch das örtliche Gesundheitsamt
- Bei nicht ersetzbarem Personal quarantäneersetzende Maßnahmen:
Eine Tätigkeit ist möglich bei ansteckungsverdächtigem, asymptomatischem Personal, wenn
 - **Kontakt zum örtlichen Gesundheitsamt hergestellt wurde,**
 - **eine erneute Einweisung in die Hygienemaßnahmen stattgefunden hat und das Personal sensibilisiert wurde, Anwendungsfehler zu vermeiden,**
 - **ein mehrlagiger, enganliegender Mund-Nasen-Schutz getragen wird,**

- **eine begleitende Diagnostik (Nasen-Rachenabstrich) mindestens am 5., 7. sowie am 14. Tag eingeplant wird.**
- **ACHTUNG: Da FFP2-Masken in der Regel ein Exspirationsventil haben, sind diese auf keinen Fall für Ansteckungsverdächtige geeignet. Wenn Ansteckungsverdächtige solche Masken nutzen, ist ein Ausbruchsgeschehen vorprogrammiert.**

Zu beachten sind der sofortige Wechsel des Mund-Nasen-Schutzes bei Kontamination von außen (beispielsweise Blut, Sputum des Patienten) oder wenn er durchfeuchtet ist, zum Beispiel durch Niesen, Husten oder Atmung nach circa 3 Stunden.

Für die Dauer der Inkubationszeit ist auf eine sorgfältige Selbstüberwachung im Hinblick auf respiratorische Symptome und Fieber zu achten.

Eine Ansteckungsfähigkeit kann bereits vor Auftreten von Symptomen sowie bei sehr gering ausgeprägter Symptomatik bestehen.

Mindestens beim Auftreten von (auch geringen) Symptomen

- **ist die Tätigkeit zu unterbrechen,**
- **hat eine Diagnostik zu erfolgen,**
- **muss schnellstmöglich erneut Kontakt mit dem örtlichen Gesundheitsamt aufgenommen werden.**

SARS-CoV2-positives Personal erhält ein Tätigkeitsverbot gemäß § 31 IfSG (Infektionsschutzgesetz) durch das örtlich zuständige Gesundheitsamt.

c) Zum Schutz Dritter generell im Rahmen einer Pandemie:

- Bei der Versorgung vulnerabler Patientengruppen ist das generelle Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes durch das Personal zum Patientenschutz angezeigt.
- **Hygieneschulungen** zum korrekten Einsatz der Schutzkleidung und zur Durchführung der Händedesinfektion sowie Flächendesinfektion durch Hygienebeauftragte in der Pflege sind fortlaufend für ein erfolgreiches Hygienemanagement zwingend erforderlich.
- Beachtung der allgemeinen Hygienemaßnahmen.

d) Umgang mit Verstorbenen:

Allein die Tatsache, dass eine Infektionskrankheit meldepflichtig ist, bedeutet nicht, dass die die Krankheit verursachenden Erreger auch über Leichen weiterverbreitet werden können. Von einer an einer meldepflichtigen Krankheit verstorbenen Person geht nicht in jedem Fall ein Infektionsrisiko für andere aus.

Beim Umgang mit Leichen bestehen grundsätzlich Übertragungsmöglichkeiten von Infektionserregern:

- Indirekte Übertragung von Infektionserregern / Schmierinfektion, beispielsweise nach Kontakt mit Kathetern, Schläuchen et cetera insbesondere bei deren Entfernung.
- Direkte Übertragung von Infektionserregern, zum Beispiel bei Schleimhautkontakt.

Von an COVID-19-Verstorbenen geht keine über die allgemeine Infektionsgefährdung hinausgehende, zusätzliche Gefahr aus.

Die geltenden Arbeitsschutzbestimmungen und die Standardhygienemaßnahmen beim Umgang mit Verstorbenen sind einzuhalten.

Die Verstorbenen sind nicht als hochkontagiöse Leichname zu behandeln.

2.3 Hygienemaßnahmen bei Mangel an Schutzausrüstung nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts

Alle an der Versorgung Beteiligten stehen in der Verantwortung, für die erforderliche Schutzausrüstung zu sorgen. Aufgrund eventuell auftretender Knappheit von Mund-Nasen-Schutz und FFP-Masken ist es für die Aufrechterhaltung der Regelversorgung notwendig, Strategien für einen ressourcenschonenden Einsatz dieser Masken beziehungsweise weiterer persönlicher Schutzausrüstungen zu entwickeln. Hierzu empfiehlt das RKI die in seinen Empfehlungen dargelegten Maßnahmen ([RKI Mögliche Maßnahmen zum ressourcenschonenden Einsatz von Mund-Nasen-Schutz und FFP-Masken](#)). Hierbei handelt es sich um Orientierungshilfen. Die konkrete Umsetzung der Maßnahmen soll nach einer fachkundigen Gefährdungsbeurteilung beziehungsweise Risikobewertung durch die Einrichtungsleitung vor Ort unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten unter Einbeziehung des Hygienefachpersonals und gegebenenfalls in Rücksprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.

Das Robert-Koch-Institut empfiehlt bei Lieferengpässen: *„Die Maßnahmen zur Wiederverwendung von Schutzmasken, die gemäß Anhang 7 Ziffer 2 der TRBA250 (Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe) und dem ABAS Beschluss 609 (Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe) für den Fall einer Pandemie beschrieben sind, können auch bei den aktuellen Lieferengpässen hilfreich sein.“*

Demnach können **im äußersten Notfall** bereits benutzte Masken ausnahmsweise unter folgenden Bedingungen auch mehrfach, jedoch längstens über eine Arbeitsschicht, eingesetzt werden:

- vor und nach dem Absetzen der Maske sind die Hände zu desinfizieren, Kontaminationen der Innenseite sind zu vermeiden,
- die Maske wird nach Gebrauch trocken an der Luft aufbewahrt und
- die Maske wird anschließend von derselben Person benutzt.

([TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrts-pflege](#)).

Entsprechende Maßnahmen sollten jedoch nur im in äußersten Ausnahmesituationen und in enger Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt umgesetzt werden.

Weiter ist zu beachten, dass

- das Absetzen der Maske / des Mund-Nasen-Schutzes so erfolgt, dass hierdurch eine Kontamination der Maske / des Mund-Nasen-Schutzes (vor allem der Innenseite) beziehungsweise eine Kontamination des Gesichts verhindert wird (zum Beispiel durch eine vorherige Handschuhdesinfektion oder ein entsprechendes Handschuhmanagement),
- die Handschuhe nach der Aufbewahrung der Masken fachgerecht entsorgt und Hände desinfiziert werden,
- die gebrauchte Maske eindeutig einer Person zuzuordnen ist, um ein Tragen durch eine andere Person auszuschließen,

- benutzte Einweg-FFP-Masken / Mund-Nasen-Schutz nicht mit Desinfektionsmittel zu reinigen oder zu desinfizieren, da dies die Funktionalität der Maske negativ beeinflussen kann,
- beim erneuten Anziehen des Mund-Nasen-Schutzes /der Maske darauf zu achten, dass eine Verschleppung der Erreger von der kontaminierten Außenfläche auf die Innenfläche verhindert wird; das Berühren der Innenseite des Filtervlieses ist daher zu vermeiden,
- beim erneuten Aufsetzen hygienisch einwandfreie, unbenutzte Handschuhe zu tragen und die Handschuhe vor erneuten Patientenkontakt zu entsorgen,
- Masken, deren Innenfläche durch Fehler bei der Handhabung möglicherweise kontaminiert wurden, nicht mehr zu verwenden und
- der Ort, an dem die Zwischenlagerung erfolgte, unmittelbar nach Entnahme der Maske / des Mund-Nasen-Schutzes sachgerecht zu desinfizieren.

Im äußersten Notfall lässt sich die persönliche Schutzausrüstung durch gründliche Händedesinfektion, nicht sterile Handschuhe, Plastikschürze und einem Arbeiten mit kurzärmeliger Oberbekleidung ersetzen (siehe oben).

2.4 Verteilung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) aus der strategischen Reserve des Landes

Das Land hat in Zusammenarbeit mit dem Bund eine strategische Reserve an persönlicher Schutzausrüstung (PSA) für anlässlich der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 **akut auftretende Notlagen** aufgebaut. Diese Reserve steht im Rahmen der Kapazitäten sowohl für den Einsatz im Krankenhausbereich, als auch für den Bereich der Pflege (ambulant und stationär) sowie für Leistungsangebote der Eingliederungshilfe und der stationären Gefährdetenilfe zur Verfügung. Die strategische Reserve ist aufgrund der begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen vorrangig für den Einsatz bei konkret auftretenden bestätigten COVID-19-Erkrankungen und entsprechenden Verdachtsfällen nach Notwendigkeit und Dringlichkeit einzusetzen.

Grundsätzlich gilt, dass alle Bereiche ständig versuchen müssen, ihre benötigte PSA selbst am Markt zu beschaffen. Die Bereitstellung von PSA aus der strategischen Reserve ist gemäß der gewichteten Preistabelle des Bundes für PSA kostenpflichtig. Nach den Empfehlungen des Influenzapandemieplans für das Land Schleswig-Holstein sollen zur Bewältigung eines pandemischen Geschehens soweit wie möglich etablierte Informationswege und Versorgungsstrukturen genutzt werden. Diesen generell für pandemische Geschehen geltenden Empfehlungen folgend, wird für die Bereiche der Pflege und Eingliederungshilfe die strategische Reserve nach Vorgabe des Landes an und über die Kreise und Kreisfreien Städte verteilt. Diese sind sowohl Träger der Gesundheitsämter nach dem Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG) und der Aufsichtsbehörden nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG) als auch der unteren Katastrophenschutzbehörden nach dem Landeskatastrophenschutzgesetz (LKatSG). Daher liegen bei den Kreisen / Kreisfreien Städten die für die sachgemäße Einordnung der Lage vor Ort notwendigen Informationen aus den Bereichen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und der Aufsicht nach dem SbStG vor; die notwendigen Kommunikationswege auch zur Landesverwaltung sind etabliert (→ **Punkt 4. Kommunikation**) und die für eine ortsnahe Verteilung erforderliche Infrastruktur/Logistik besteht beziehungsweise kann nötigenfalls nach Maßgabe des LKatSG – auch ohne Ausrufung des Katastrophenfalls – geschaffen werden.

3 Versorgung

Wichtig für die Aufrechterhaltung der Versorgung von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf ist das Funktionieren der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der Sektoren medizinische Versorgung / Gesundheit, Pflege und Eingliederungshilfe sowohl im stationären Bereich der Langzeitversorgung als auch in der ambulanten Versorgung von auf Hilfe angewiesenen Menschen.

3.1 Besuchsregelungen zur Infektionsprävention (Anlage 6)

Bereits in der frühen Phase eines Pandemiefalls kann durch antiepidemische Maßnahmen eine Ausbreitung der Erkrankung verzögert oder verhindert werden. Ziel ist es, die Ausbreitung in stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe möglichst zu vermeiden.

Um Infektionsketten zu unterbrechen beziehungsweise weitere Infektionen möglichst zu vermeiden oder zumindest zu verzögern, kann in Abhängigkeit zur pandemischen Lage für einen verhältnismäßigen Zeitraum ein striktes Besuchsverbot in stationären Einrichtungen angezeigt sein. Hierzu treffen die zuständigen Behörden entsprechende Regelungen. Bei anhaltender Pandemie-Lage muss aber dauerhaft ein anhand von Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten und Risikobewertungen entwickelter Ansatz für Kontakt- und Zugangsmodalitäten in stationären Einrichtungen verfolgt werden, um sozialer Isolation der zu schützenden Menschen entgegenzuwirken und deren Teilhabe sicherzustellen. Daher sind die Einrichtungen nunmehr verpflichtet, ein entsprechendes Besuchskonzept zu erstellen, in dessen Rahmen sie darlegen, wie Besucher*innen die Einrichtungen betreten können. Das Konzept muss auf der Grundlage einer Güter- und Interessensabwägung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der in der Einrichtung lebenden Personen und den notwendigen Maßnahmen des Infektionsschutzes insbesondere Regelungen treffen, die

- sicherstellen, dass nur so vielen Besucher*innen Zugang gewährt wird, dass Abstands- und Hygieneregeln sicher eingehalten werden können und durch ein Zugangs- und Wegekonzept zur Minimierung von Begegnungen beitragen,
- die Dokumentation der Besuche sicherstellen,
- Anforderungen an geeignete gesonderte Besuchsräume sowie an Besuche in den Zimmern der dort lebenden Menschen beschreiben,
- die Nutzung eines zum Einrichtungsgebäude gehörenden Außengeländes unter Einhaltung der gebotenen Hygienestandards ermöglichen.

Als Mindestvorgaben für das jeweilige Besuchskonzept sind die Handlungsempfehlungen für Besuchskonzepte in Einrichtungen der Pflege und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und stationären Gefährdetenhilfe des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein zu beachten. Das Ministerium stellt die Handlungsempfehlungen auf seiner Homepage zur Verfügung.

[Landesverordnung und Erlasse zum Umgang mit SARS-CoV-2](#)

3.2 Sicherung des laufenden Betriebs (Anlage 7)

In Schleswig-Holstein werden 35.515 Pflegebedürftige in 692 stationären Einrichtungen versorgt (Quelle: Pflegestatistik Stand 15.12.2017). Die Versorgung erfolgt in der Regel in einem Drei-Schichten-System rund um die Uhr. Um die pflegerische Versorgung sicherzustellen, ist es erforderlich, Kapazitäten zu schaffen, Personal zu mobilisieren und die Grundversorgung auch mit Nahrungsmitteln sicherzustellen.

Für die Versorgung in Leistungsangeboten der Eingliederungshilfe (Angebote, in denen Menschen mit Behinderungen über Tag und Nacht betreut werden und in der Häuslichkeit) gilt:

Die für die Bewältigung des Alltags (insbesondere Haushaltsführung, Körperpflege und Hygiene, die auch Schutzmaßnahmen gegen die Erkrankung und Unterstützung im Infektionsfall einschließt) erforderlichen Teilhabeleistungen sind dabei bevorzugt vor anderen Bedarfen sicherzustellen.

Die Leistungserbringer der Eingliederungshilfe sollen im Rahmen der durch Betretungsverbote und Schließungen freigewordenen personellen Kapazitäten und sonstigen Ressourcen dazu angehalten werden, im Bedarfsfall Unterstützungsleistungen für Träger von Wohnangeboten zu leisten. Hierzu können beispielsweise die Belieferung mit (Mittags-)Verpflegung oder die Überlassung von Personal zählen. Dabei sind insbesondere bei fehlender Trägeridentität flexible Lösungen im Sinne der Leistungsberechtigten zu finden.

Um den laufenden Betrieb aufrechtzuerhalten, ist auch beim Personaleinsatz grundsätzlich zu bedenken, dass eine weitgehende Reduzierung des Kontaktes des Personals und der zu versorgenden Personen mit unterschiedlichen Personen auf ein notwendiges Minimum das Risiko der Ansteckung sowohl des Personals als auch der versorgten Personen vermindert. Daher sollte, soweit möglich bereits vorbeugend, organisatorisch generell eine kontaktreduzierende **Kohortenbetreuung** eingeführt werden, wonach grundsätzlich feste Kräfte / Teams nur einen feststehenden Kreis an zu versorgenden Personen betreuen. Dies hält den Kreis der Kontaktpersonen, die ein potentielles Ansteckungsrisiko bergen, sowohl für das Personal als auch für die versorgte vulnerable Gruppe klein. Im Infektionsfall ist der Personaleinsatz auch hier, soweit möglich, weitergehend im Sinne der kontaktreduzierenden Kohortenbetreuung zu organisieren. In diesem Fall sind getrennte Schichten einzusetzen, die entweder ausschließlich Infizierte, ausschließlich Verdachtsfälle oder ausschließlich Nicht-Infizierte versorgen.

Ebenfalls zwecks Verhinderung vermeidbarer Kontakte sollte zur Durchführung einzelner erforderlicher medizinischer oder therapeutischer Maßnahmen durch Externe (beispielsweise Hausarzt, Ergotherapeut) die Einrichtung eines **zentralen Behandlungszimmers** unter Beachtung der erforderlichen hygienischen Maßnahmen erfolgen. Diese Räumlichkeit ist von anderen Bewohner*innen nicht zu betreten.

Wenn es bestätigte Fälle von COVID-19-Infizierten gibt, ist eine Betreuung der Erkrankten in Angeboten, in denen Menschen mit Behinderungen über Tag und Nacht betreut werden, anzustreben, soweit geeignetes Personal vorhanden ist. Näheres bestimmt die Leitung des Angebots in Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt in Abhängigkeit der Voraussetzungen ihres Leistungsangebots und in Abhängigkeit von Erkrankungszahlen.

3.3 Schaffung von Kapazitäten

Aufgrund der möglichen hohen Erkrankungszahlen müssen sich Krankenhäuser darauf einstellen ihre Bettenkapazitäten zu erhöhen, um alle Erkrankten mit schwerem bis hin zu lebensbedrohlichem Verlauf medizinisch fachgerecht behandeln zu können. Hierzu ist es auch unerlässlich, dass Patienten*innen frühzeitig aus Krankenhäusern entlassen werden, sobald dies medizinisch vertretbar und ihre Versorgung sichergestellt ist (Entlassmanagement, § 39 Absatz 1a SGB V – Sozialgesetzbuch Fünftes Buch).

Vor diesem Hintergrund stehen Pflegeeinrichtungen und Angebote für Menschen mit Behinderungen im Hinblick auf ihren Versorgungsauftrag nach § 72 Absatz 4 Satz 2

SGB XI beziehungsweise § 123 Absatz 4 SGB IX besonders in der Verantwortung, da sie mit ihren Leistungsangeboten die adäquate Versorgung der entlassenen Patient*innen sicherstellen können.

Damit muss einhergehen, dass auch die Pflegeeinrichtungen und die besonderen Versorgungsformen ihrerseits räumliche und personelle Voraussetzungen schaffen, um Patient*innen unter Berücksichtigung der individuellen Versorgungslage adäquat versorgen zu können. Dabei ist aber stets einzelfallbezogen zu prüfen, welche Versorgungsform einzelne Patient*innen aufgrund der körperlichen und geistigen Verfassung benötigen. Grundsätzlich ist entsprechend des Nationalen Pandemieplanes ([Nationaler Pandemieplan Teil 1](#)) eine möglichst lange Betreuung erkrankter Menschen in oder durch Pflegeeinrichtungen anzustreben. Dies gilt auch für Angebote der Eingliederungshilfe, soweit dort Personal mit den notwendigen medizinischen und pflegerischen Qualifikationen vorhanden ist.

Auch die erforderliche Separierung von infizierten oder unter Quarantäne stehenden Bewohner*innen erfordert eine Erhöhung der räumlichen Kapazitäten.

Eine Erhöhung der Kapazität kann kurzfristig und übergangsweise beispielsweise erreicht werden durch:

- Nutzung von adäquaten Einzelzimmern als Doppelzimmer
- Nutzung von sonstigen Räumen als Bewohnerzimmer (Besucherzimmer)
- Nutzung von freien Kapazitäten anderer Träger

(Bauliche Befreiungs- und Ausnahmemöglichkeiten gemäß § 7 Absatz 1 SbStG-DVO – Selbstbestimmungsstärkungsgesetz-Durchführungsverordnung)

Träger- und einrichtungsübergreifende Kapazitäten (beispielsweise auch für die Kohortenbildung zur Versorgung infizierter Bewohner*innen aus verschiedenen Einrichtungen) können gewonnen werden, indem leerstehende Wohnbereiche von Einrichtungen nutzbar gemacht werden („hochfahren“).

3.4 Sicherung der ambulanten Versorgung

Durch rund 470 ambulante Pflegedienste mit ca. 13.000 Beschäftigten werden in Schleswig-Holstein knapp 22.000 Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, versorgt. Davon sind knapp 5.000 Fachkräfte in Voll- und Teilzeit beschäftigt. Neben pflegerischen Leistungen der Grund- und Behandlungspflege bieten viele Pflegedienste auch Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung und Betreuung an.

Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung, des Einkaufs und der Erledigung alltagsbezogener Aufgaben sind in dieser Phase neben der Möglichkeit der Unterstützung durch Familie und Freundeskreis insbesondere auch das nachbarschaftliche freiwillige Engagement gefragt. Jeder ist aufgefordert, in seiner Umgebung zu beobachten, ob es ältere Menschen mit Pflegebedarf oder Behinderungen gibt, die beispielsweise Unterstützung beim Einkauf benötigen.

Ambulante Pflegedienste müssen bei möglichem Personalausfall klären, ob einzelne Pflegekund*innen durch professionelle Pflege für eine Selbstversorgung stabilisiert werden können, ob aufgrund der Schließungen beispielsweise von Tagespflegeeinrichtungen temporär ein Ersatz gefunden werden kann oder ein anderer Pflegedienst die Versorgung übernehmen kann. Gegebenenfalls ist in Zusammenarbeit mit dem Pflegekunden, dem nahen Umfeld, der zuständigen Pflege- / Krankenkasse und dem Pflegestützpunkt nach einer geeigneten Möglichkeit zur Sicherstellung der Versorgung zu suchen. Entsprechendes gilt für ambulante Leistungsangebote der Eingliederungshilfe.

4 Kommunikation⁴

Die kontinuierliche Aufklärung über die Zusammenhänge zwischen der jeweiligen Situation und den erforderlichen Maßnahmen muss das Ziel der Kommunikation mit der Fachöffentlichkeit und Öffentlichkeit sein. Nur bei Verständnis der Zusammenhänge kann von einer Kooperation aller Beteiligten ausgegangen werden.

Um einen möglichst reibungslosen Ablauf zu gewährleisten, werden auch bei der Kommunikation auf der Fachebene die etablierten Informationswege genutzt, um eine effektive Kooperation der unterschiedlichen Stellen und Versorgungsstrukturen zu gewährleisten.

Zur Sicherstellung der Kommunikation und der gebotenen Abstimmungsprozesse sowohl zwischen zuständigen Behörden als auch mit der Fachöffentlichkeit sollen vorrangig Video- oder Telefonkonferenzen als effektives Instrument genutzt werden.

4.1 Meldewege nach Infektionsschutzgesetz

Gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe t IfSG (Infektionsschutzgesetz) unterliegt COVID-19 bei Verdacht einer Erkrankung, bei Erkrankung sowie bei Tod der namentlichen Meldepflicht. Meldepflichtig sind gemäß § 8 IfSG neben dem feststellenden Arzt (Absatz 1 Nummer 1) nach § 8 Absatz 1 Nummer 5 insbesondere auch Angehörige eines anderen Heil- oder Pflegeberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung oder Anerkennung erfordert (insbesondere Pflegekräfte) sowie gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 7 die Leitungen von stationären und ambulanten Einrichtungen und Diensten zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen sowie Einrichtungen der Gefährdetenhilfe. Die Meldungen erfolgen gegenüber dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt.

4.2 Kommunikation unter Behörden / Aufsichten

Für die Kommunikation zwischen dem Ministerium und den örtlichen Behörden bestehen etablierte Kommunikationswege, die zu nutzen sind. Für den Bereich des Wohnpfl gerechts gelten insbesondere die Meldewege nach dem Kriseninterventionsplan.

Die Federführung für die landesinternen Abstimmungsprozesse liegt beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren (MSGJFS), das mit den Aufsichtsbehörden nach dem Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG), den örtlichen Trägern der Eingliederungshilfe (EGH) und den Gesundheitsämtern die jeweils aktuelle Lage erörtert und über die sich daraus ergebenden Konsequenzen berät.

4.3 Kommunikation mit Fachöffentlichkeit

Die Kommunikation mit der Fachöffentlichkeit (insbesondere Trägerverbände, Einrichtungen, Berufskammern) wird über das für den Bereich der Pflege etablierte Gremium des Landespflegeausschusses gewährleistet, welcher für den Bereich Eingliederungshilfe gemäß § 8 Absatz 3 der Landespflegeausschussverordnung (LPAVO) bedarfsgerecht Sachverständige, Vertreterinnen oder Vertreter gesellschaftlicher Gruppen und der Wissenschaft sowie andere Personen und Organisationen hinzuziehen soll.

Der Informationsaustausch muss folgende Punkte enthalten:

⁴ Es wird sinngemäß auf die Ausführungen in Abschnitt 8 des Influenzapandemieplanes des Landes verwiesen.

- die jeweils aktuelle Lageeinschätzung einschließlich Epidemiologie und Schwere der Erkrankung. Basis hierfür sind Meldungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und Beobachtungen bei den Einrichtungen, Diensten und Leistungsangeboten vor Ort,
- die infektionshygienischen Maßnahmen entsprechend der unter 3. und 4. genannten Maßnahmen und Ziele,
- Entscheidungsprozesse und Hintergrund zur Versorgung mit Persönlicher Schutzausrüstung (PSA),
- Nutzung freiwerdender und Eröffnung neuer Versorgungskapazitäten.

5 Ausblick

Die aktuell vorgeschriebenen und noch vorgesehenen einschränkenden Maßnahmen des öffentlichen Lebens betreffen zum Großteil alle gesellschaftlichen Gruppen. Die allgemeinen Maßnahmen werden nach einer gewissen Zeit zurückgefahren, wenn es die zuständigen Stellen für fachlich vertretbar halten, so dass sich das gesellschaftliche Leben schrittweise normalisiert.

Dies betrifft jedoch nicht alle gesellschaftlichen Gruppen in gleichem Maße, da für vulnerable Personengruppen aus medizinischen Gründen ein umfassenderer Schutzgedanke gilt. Es wird daher lage- und situationsabhängig erforderlich sein, für diese Menschen die Einschränkungen des täglichen Lebens erst sukzessive zu späteren Zeitpunkten zu reduzieren.

Das Ziel von Politik, Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsinfrastruktur muss sein, diese zeitlichen Differenzen gering zu halten. Sofern trotz umfangreicher Bemühungen länger anhaltende Einschränkungen notwendig sind, muss eine intensive Beschäftigung mit den Besonderheiten dieser neuen Situation erfolgen. Es ist dabei zu verhindern, dass es durch längerfristige Einschränkungen für vulnerable Personen zu einer zweiten Welle von Erkrankungen sowie Folgeerkrankungen kommt, deren Ursache in der längerfristigen Reduzierung der sozialen Kontakte liegt.

Neben der Notwendigkeit einer schrittweisen Normalisierung der Arbeitsbedingungen für Mitarbeiter*innen, wird es eine große sowohl pflegerische als auch gesellschaftliche Herausforderung, die Einschränkungen für vulnerable Personengruppen in dieser Phase zu kompensieren. Daher sind in den Einrichtungen und Leistungsangeboten der EGH Maßnahmen zu ergreifen, die zum Wiederaufbau von Alltagsstrukturen führen. Hierzu braucht es auch neue Formen der Sozialkontakte, die unter anderem unter Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel die sozialen Bedürfnisse nach Austausch und Nähe erfüllen.

Anlagen

Anlage 1 Mustergliederung für individuelle Pandemieplanungen (Checklisten)

Betriebliche Maßnahmen zur Vorbereitung auf eine Corona-Pandemie

Die folgenden drei Schritte zeigen mögliche Vorüberlegungen und Maßnahmen von Einrichtungen und Diensten der Pflege / Leistungsangeboten der Eingliederungshilfe in der Vorbereitung auf eine Corona-Pandemie.

Erster Schritt: Mögliche Auswirkungen auf den Betrieb feststellen

Wesentlich ist, in einem ersten Schritt festzustellen, wie sich eine Corona-Pandemie auf den Betrieb auswirken könnte. Hierzu sind nachfolgende Fragen zu beantworten:

- Welche Prozesse sind unentbehrlich und welche Auswirkungen hätte der Ausfall auf den Betrieb?
- Bestehen besondere Vorgaben auf Basis gesetzlicher Verpflichtungen, Rechtsverordnungen usw. zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit essentieller Prozesse?
- Bestehen vertragliche Verpflichtungen, mit denen das Erbringen von Leistungen zugesagt wurde?
- Welche Konsequenzen hätte der Ausfall der eigenen Leistungserbringung auf das Umfeld? Wäre der Betrieb nach der Pandemie noch existenzfähig?

Zweiter Schritt: Interne Betriebsabläufe untersuchen

Betriebsinterne Abläufe und Prozesse sind ebenso wie Kooperationen mit Externen auf ihre Bedeutung für die Aufrechterhaltung des Betriebes zu prüfen:

- Welche innerbetrieblichen Abläufe müssen ständig überwacht beziehungsweise können nicht unterbrochen werden?
- Welche Zulieferer und Versorger sind für den Betrieb unentbehrlich?
- Welche von Externen erbrachte Dienstleistungen sind für den Betrieb unentbehrlich?
- Wo muss Vorsorge getroffen werden (beispielsweise pflegerische Versorgung), wo bestehen Abhängigkeiten von Bevorrechtigungen, Sondergenehmigungen von Behörden?

Dritter Schritt: Betriebsziele festlegen und umsetzen

Der Betrieb muss über seine grundsätzliche Vorgehensweise entscheiden, ob und wie weit die Leistungserbringung aufrechterhalten werden kann sowie welche besonderen Maßnahmen dazu erforderlich sind. Bei jeder vorgesehenen Maßnahme muss zudem festgelegt werden, ab welchem Zeitpunkt beziehungsweise bei welchen Rahmenbedingungen sie eingesetzt werden soll.

Erklären Sie daher die Pandemieplanung zur Leitungsangelegenheit! Es wird empfohlen, umgehend folgende Maßnahmen zu ergreifen:

- Bestimmen Sie eine(n) Verantwortliche(n) für die Planung und die Vorbereitungsmaßnahmen für eine Corona-Pandemie. Beziehen Sie die notwendigen Beteiligten beziehungsweise Betriebsbereiche ein.

- In größeren Betrieben sollte ein Führungskonzept für eine Corona-Pandemie festgelegt werden. Deckt ein etwa vorhandenes Krisenmanagement auch das Szenario einer Corona-Pandemie ab?
- Legen Sie Regeln der Information und Kommunikation fest, beispielsweise zur Information von Mitarbeitern, leistungsberechtigten Personen und Öffentlichkeit. Alle Informationen müssen zentral gesteuert werden (Notfall- und Krisenplan).
- Erstellen Sie allgemeine Verhaltensregeln, beispielsweise Regeln für das Verhalten bei Erkrankungen von Mitarbeitern und Personen in deren häuslichem Umfeld sowie Regeln zur persönlichen Hygiene.
- Machen Sie die Beschäftigten mit diesen Regeln in geeigneter Form vertraut, beispielsweise durch Unterweisungen, per E-Mail, Intranet, Aushänge, ...
- Prüfen Sie, welche weiteren Vorsorgemaßnahmen Sie für Ihre Mitarbeiter ergreifen wollen - beispielsweise die Bevorratung persönlicher Schutzausrüstung sowie deren Bereitstellung und Einsatzregeln.
- Prüfen Sie organisatorische Maßnahmen:
 - Festlegen von Schlüsselpersonal und Sicherstellung seiner Verfügbarkeit, beispielsweise durch Vertretungsregelungen, Information und Motivation zur Arbeitsaufnahme, durch medizinische Betreuung sowie Verpflegung und Versorgung des Schlüsselpersonals im Betrieb und gegebenenfalls durch Betreuung von Angehörigen,
 - Maßnahmen zur Reduzierung der Ansteckungsgefahr, wie Vereinzelung, Schichtregelung, Einrichten von Heimarbeitsplätzen,
 - Motivation und Kommunikation,
 - Sofern vorhanden Beteiligung des Betriebsrates und der Bewohnerververtretungen.
- Beachten Sie die aktuellen Informationen der örtlichen Behörden.
- Nehmen Sie Kontakt zu Ihren Interessensvertretungen, wie Kammern (insbesondere Pflegeberufekammer), Verbänden oder Gewerbevereinen auf und erkundigen Sie sich über deren Informations- und Leistungsangebot.

Auf Grundlage des [Handbuch Betriebliche Pandemieplanung 2. Auflage](#) vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe wurde für interessierte Unternehmen folgend eine kurze Anleitung für die Erstellung eines Betrieblichen Pandemieplanes erstellt. Die Anleitung ersetzt keinen Pandemieplan und erfordert aufgrund der Vielfalt der Einrichtungen im Bereich der Pflege und Eingliederungshilfe jeweils eine individuelle Planung.

Die nachfolgenden Checklisten sind dem „Handbuch Betriebliche Pandemieplanung“ entnommen und in einzelnen Modulen dargestellt. In ihnen wird vorgeschlagen, welche konkreten Schritte in der Pandemieplanung eines Betriebes unternommen werden sollten. Der Sinn dieser Module ist es, möglichst viele Gesichtspunkte für die Planung zu benennen.

CHECKLISTEN für einen Pandemieplan

Empfehlungen für die Phasen **vor (V) der Pandemie**

V 1 Betriebliche Planung

1 Stäbe bilden

1.1 Krisenstabsleitung und Stellvertretung ernennen

Die Krisenstabsleitung trifft bei Not- und Katastrophenfällen nach Beratung mit dem Krisenstab die Entscheidungen. Die Krisenstabsleitung muss einen Überblick über die Geschäftsabläufe und mögliche Schwachpunkte haben. Die Einzelvorschläge aus dem Planungsstab laufen hier zusammen und müssen zu einem konsistenten Gesamtplan zusammengeführt werden.

1.2 Planungsstab bilden

Der Planungsstab erarbeitet Maßnahmen und Konzepte für eine Pandemie. Die Erstellung des Plans wird von einer Planungsstabsleitung koordiniert. Sie ist für die Vollständigkeit und die Aktualität des Plans verantwortlich.

1.3 Abteilungsbezogene Lösungen anfordern

In größeren Einrichtungen werden einzelne Bereiche aufgefordert, Lösungen für ihren Bereich zu erarbeiten (Zuarbeit für den Planungsstab).

1.4 Corona-Management einrichten

Ernennung einer/s Pandemie-Beauftragten für die Unterstützung des Planungsstabes, des Krisenstabes und deren Leitung. Die / der Pandemie-Beauftragte nimmt pandemiespezifische übergeordnete Funktionen wahr und unterstützt den Planungsstab.

1.5 Arbeitnehmervertretung und gegebenenfalls Bewohnervertretung einbeziehen

Sofern vorhanden sind die Vertretungen rechtzeitig und angemessen einzubinden. Ihre Informations- und Mitwirkungsrechte sind zu berücksichtigen. Erforderliche Regelungen sollten rechtzeitig abgesprachen werden.

1.6 Planung von Betriebsleitung genehmigen

Genehmigung des Pandemieplans durch die Leitung.

2 Kernfunktionen des Betriebs festlegen, Mindestbesetzung bestimmen

2.1 Kriterien für Einschränkung von Betriebsabläufen festlegen

Die Einschränkung des Leistungsangebots muss an zuvor festgelegte Kriterien gebunden sein.

2.2 Schlüsselfunktionen für kontinuierliche Betriebsprozesse benennen

Für Aufrechterhaltung der Prozesse muss eine qualifizierte Mindestbesetzung zur Verfügung stehen. Die Grundversorgung der Bewohnerschaft muss dauerhaft aufrechterhalten werden (beispielsweise Versorgung, Pflege, Betreuung).

2.3 Funktionen für Erhalt der betrieblichen Infrastruktur benennen

Festlegung der Personen mit Infrastruktur- und Kernfunktionen, welche zur Aufrechterhaltung des Betriebs erforderlich sind (Mindest-, Notbesetzung) sowie Benennung von Ersatzpersonen, die im Krankheitsfalle einspringen können.

2.4 Soziale Aspekte und Verpflichtungen bei der Auswahl beachten

Bei der personellen Festlegung der Mindest-/Notbesetzung sind soziale Aspekte und Verpflichtungen von Beschäftigten zu beachten (beispielsweise Kinder und Pflegebedürftige).

- 2.5 Sofern möglich (beispielsweise ambulanter Bereich) sind den Leistungsberechtigten Hilfestellungen von zu Hause aus per Videobotschaft et cetera zu erbringen.

3 Absprache mit Externen treffen

3.1 Unverzichtbare Leistungen definieren

Festlegung, welche Produkte beziehungsweise Dienstleistungen von außerhalb für den Betrieb unverzichtbar sind. Bei Produkten kann es zu Lieferengpässen oder Ausfällen kommen. Mögliche Probleme sollten deshalb frühzeitig angesprochen werden. Pläne über Dienstleistungen im Betrieb durch fremde Firmen oder von Zeitarbeitsfirmen sollten abgestimmt werden.

3.2 Dienstleistungen mit Leistungspflicht benennen

Festlegung, welche Leistungen für andere Betriebe gewährleistet werden müssen.

3.3 Absprachen mit Verleihern (Leiharbeitnehmer) treffen

Der Entleiher muss den Betrieblichen Pandemieplan gegebenenfalls auch mit dem Verleiher abstimmen, insbesondere wenn Leiharbeitnehmer für Kern- beziehungsweise Infrastrukturfunktionen benötigt werden.

3.4 Absprachen mit anderen Anbietern (betriebsfremdes Personal) treffen

Im Rahmen von Verträgen oder bei Arbeitsgemeinschaften kann Personal einer anderen Firma (betriebsfremdes Personal) im eigenen Betrieb eingesetzt werden. Absprachen über den Einsatz und die Betreuung dieser Beschäftigten in der Pandemiephase sind erforderlich.

4 Veränderte Funktionen für Betriebsbereiche festlegen

4.1 Betriebsprozesse nach ihrer Bedeutung einstufen

Die Erbringung von nicht nachgefragten Leistungen kann reduziert oder eingestellt werden. Andererseits kann auch eine Intensivierung von Aktivitäten erforderlich sein. Es ist damit zu rechnen, dass viele Beschäftigte von der Arbeit fernbleiben, so dass aus diesem Grund Betriebsteile stillgelegt werden müssen und die Beschäftigten auf betriebswichtige Teile konzentriert werden können. Es bietet sich die Einführung eines Ampelsystems für die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche nach Notwendigkeit an.

4.2 Deaktivierung von Personal planen

Sinnvoll ist es, vorübergehend nicht benötigte Beschäftigte zu Hause zu lassen („Deaktivierung“). Damit wird auch das Risiko dieser Personen vermindert, sich anzustecken. Personal kann im Bedarfsfall als Reserve fungieren.

4.3 Umsetzung von Personal planen

Für bestimmte Betriebsbereiche muss über die „normale“ Besetzung hinaus weiteres Personal eingeplant werden. Dieses wird so weit wie möglich aus vorhandenem Personal rekrutiert. Durch Umsetzung von Personal kann die Mehrarbeit aufgefangen werden.

4.4 Mehrarbeit für Personal mit besonderen Aufgaben planen

Beschäftigte können in der Pandemiephase besonders gefordert werden. Dies kann beispielsweise geschehen durch Anordnung von Überstunden, vorübergehende Aufstockung von Teilzeitarbeit, Verhängung von Urlaubssperren bezie-

hungsweise Rückholung von Personal aus dem Urlaub. Die geplanten Maßnahmen und die damit zusammenhängenden arbeits- und tarifrechtlichen Fragen sollten vorab geregelt werden.

5 Personalversorgung und -betreuung planen

5.1 Corona-Manager einsetzen

Einsatz des Corona-Managers für die Koordination aller die Beschäftigten betreffenden Maßnahmen in der Pandemiephase (Organisation des Transports von Personal zur Arbeitsstelle, Bereitstellung von Parkplätzen, Lagerung, Bereitstellung und Abgabe von Hilfsmitteln, Auskünfte und Beratung für die Beschäftigten und Angehörigen).

5.2 Rufdienst einrichten

Die Einrichtung eines innerbetrieblichen Rufdienstes zur „kontaktlosen“ Betreuung der Beschäftigten vermindert das Infektionsrisiko. Der Rufdienst bringt benötigte Materialien an einen festgelegten Ort in der Nähe des Arbeitsbereiches und benachrichtigt den Adressaten.

5.3 Kommunikationsdienst einrichten

Der Kommunikationsdienst informiert die Beschäftigten außerhalb des Betriebs und erhält umgekehrt Informationen von den Beschäftigten.

5.4 Personal motivieren

Die Betriebsleitung muss vermitteln, dass dem Personal in der Pandemiephase für die Aufrechterhaltung des Betriebs große Bedeutung zukommt, dass man sich dessen bewusst ist und dass der Betrieb für alle seine Mitarbeiter (und Angehörige) in besonderer Weise sorgt.

5.5 Betrieblichen Gesundheitsdienst organisieren

Der Betriebliche Gesundheitsdienst (BGD) hat eine Schlüsselfunktion in der Pandemiephase. Er kümmert sich um die gesundheitliche Betreuung der Beschäftigten unter den besonderen Bedingungen der Pandemie beziehungsweise ergreift die ersten Maßnahmen bei Krankheit und Krankheitsverdacht.

5.6 Prophylaktische Maßnahmen für Personal planen

6 Versorgung und Schutz des Betriebes sichern

6.1 Versorgungsleistungen und Güterbereitstellung sicherstellen

Für kontinuierliche Prozesse müssen bestimmte Produkte dauerhaft bereitstehen beziehungsweise geliefert werden können.

6.2 Aufrechterhaltung der Gebäudetechnik (Facility Management)

Die Gebäudetechnik erfordert unter Umständen die Aufrechterhaltung eines „Minimalbetriebes“. Insbesondere raumluftechnische Anlagen (RLT) müssen auf ihre technische Sicherheit und die Einhaltung hygienischer Standards geprüft werden.

6.3 Bedarf an Lebensmitteln und notwendigen Verbrauchsgütern sichern

Für die Versorgung des Personals mit Schlüsselfunktionen kann es sinnvoll sein, Lebensmittel einzulagern oder zumindest eine Lieferquelle während der Pandemiephase zu sichern. Die Versorgung während der Arbeitszeit sollte möglich sein. Die Versorgung mit Betriebsstoffen sollte für die Dauer einer Pandemiewelle gesichert sein (beispielsweise für Fahrzeuge, stationäre Motoren, Heizungen). Eigene Lagerkapazitäten sollten voll ausgeschöpft werden.

7 Kontakte zu Einrichtungen außerhalb des Betriebs aufbauen

7.1 Netzwerk mit Behörden aufbauen

Eine enge Zusammenarbeit mit behördlichen Stellen ist in der akuten Pandemiephase von großer Bedeutung. Um den gegenseitigen Austausch allgemeiner und unternehmensrelevanter Informationen zu fördern und mögliche Unterstützungsleistungen zur Aufrechterhaltung des Betriebes einerseits und der Versorgung der Bevölkerung andererseits anfordern zu können, sollte frühzeitig der Kontakt zu relevanten Behörden (Gesundheitsbehörden, kommunale Versorgungsunternehmen, Sozialbehörden et cetera) gesucht und Verbindungen aufgebaut werden.

7.2 Zusammenarbeit mit Verbänden aufbauen

Das bestehende Netzwerk mit Verbänden auf regionaler oder lokaler Ebene kann auch spezielle Angebote und Leistungen für die mit einem Pandemieereignis zusammenhängenden Fragen umfassen.

7.3 Pandemienetzwerk bilden

Schaffung eines Pandemienetzwerks mit benachbarten Betrieben oder innerhalb der gleichen Branche zum Informationsaustausch, zur gemeinsamen Beschaffung von Hilfsmitteln und für gemeinsame Angebote an Mitarbeiter.

V2 Beschaffung von Hygiene-Materialien

1 Bedarf an Hilfsmitteln ermitteln

Aufgabe des Planungsstabs. Hilfsmittel sind alle Investitionsgüter und Verbrauchsmaterialien, die zur Durchführung der geplanten betrieblichen Maßnahmen bei einer Corona-Pandemie zusätzlich zur vorhandenen Grundausstattung beschafft und bevorratet werden müssen.

2 Atemschutzmasken beschaffen

2.1 Persönlichen Atemschutz konzipieren

Atemschutz-Konzept erstellen (Festlegung des Personenkreises und der zweckbestimmten Anwendung)*

2.2 Anwendung, benötigte Anzahl von Atemschutzmasken definieren

Abhängig von der Aufgabe der Beschäftigten werden Art und Tagesmenge der Atemschutzmasken festgelegt.

2.3 Beschaffung und Lagerung organisieren

Die Anzahl der im Betrieb für die Pandemiedauer benötigten Masken errechnet sich aus dem personenbezogenen Bedarf, der Trage- und Pandemiedauer.

3 Handschuhe beschaffen

Auswahl der Handschuhe nach Anwendungsbereich und Tragedauer.

4 Schutzkleidung

Die Arbeitskleidung sollte durch Kittel oder Schürzen ergänzt werden, die bei besonderen Tätigkeiten getragen werden.

5 Reinigungs- und Desinfektionsmittel beschaffen

5.1 Hygienepläne erstellen

Häufigkeit, Flächen und anzuwendende Mittel sind im Hygieneplan festgehalten. Danach lassen sich die erforderlichen Mengen errechnen Abfallentsorgung: Im Hygieneplan sollte auch darauf geachtet werden, dass kontaminiertes Mate-

rial, beispielsweise auch persönliche Schutzausrüstung, möglichst sofort in geschlossene Behälter entsorgt werden muss. Es sollte festgelegt werden, wie Materialien endgültig entsorgt beziehungsweise ohne Gefahr für Mitarbeiter wiederaufbereitet werden sollen. Anhand der Pläne kann abgeschätzt werden, welche Mittel in welcher Menge erforderlich sind.

5.2 Geeignete Mittel auswählen

Mittel entsprechend der VAH-Liste (Desinfektionsmittel-Kommission im Verbund für Angewandte Hygiene eingetragener Verein) beschaffen. Informationsblätter zur Desinfektion beachten.

5.3 Bedarf an textilen Handtuchrollen und Einmalhandtücher ermitteln

Erforderlich zum Händetrocknen ist die Verwendung von hygienisch einwandfreiem Material, welches nicht mehrfach benutzt werden kann.

5.4 Bedarf an Papiertüchern abschätzen

Zweckmäßig ist die Bereitstellung von Papiertaschentüchern zum Schnäuzen, zum Abwischen von Tränen, zum Husten. Zwar ist die Beschaffung von Hygieneartikeln eigentlich Sache jedes Einzelnen. Da auch hier mit einem erhöhten Bedarf gerechnet werden muss und durch die Benutzung von Papiertaschentüchern ein Beitrag zur Verhinderung von Infektionen geleistet werden kann, liegt die kostenlose Bereitstellung im Sinne des Unternehmens.

6 Weitere Hilfsmittel beschaffen

Thermometer bereitstellen

Fiebmessung kann zur Unterstützung einer Verdachtsdiagnose dienen. Hierzu eignen sich digitale Thermometer oder Infrarot-Ohrthermometer.

V3 Kommunikation und Information

1 Innerbetriebliches Kommunikationsnetz entwickeln

1.1 Informationskonzept entwickeln

Die innerbetriebliche Information hat vor und in der Pandemiephase eine große Bedeutung. Sie ist ein wesentlicher Baustein für die Motivation der Beschäftigten. Mit ihr kann der Einsatz der Beschäftigten während der Pandemiephase gesteuert werden. Sie kann zu einem situationsgerechten Verhalten der Beschäftigten beitragen und hilft damit Infektionsgefährdung zu verringern.

1.2 Kommunikationskonzept aufstellen

Die Kommunikation mit den Mitarbeitern ist für die zeitnahe Personalplanung von großer Bedeutung, um beispielsweise einen aktuellen Überblick über Ausmaß und Dauer der Absenz zu haben.

1.3 Aktivierungskonzept aufstellen

Um Informationen zuverlässig und schnell weitergeben oder erforderliches Personal alarmieren zu können, ist – ergänzend zum Kommunikationskonzept – ein geeignetes Aktivierungskonzept zu entwickeln. Das Aktivierungskonzept eignet sich auch für eine Rückmeldung über den Grad der Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben beziehungsweise über Verhinderungen, etwa wegen pflegebedürftiger Angehöriger.

1.4 Zugangsmöglichkeit zu Informationen für alle Beschäftigten im Betrieb schaffen

Wenn im Betrieb Mitarbeiter von Fremdfirmen tätig sind, müssen auch diese in das Konzept eingebunden werden. Fremdsprachige Mitarbeiter sollten die wichtigsten Informationen in ihrer Heimatsprache erhalten können.

2 Externes Kommunikationsnetz aufbauen

2.1 Kommunikation mit staatlichen Behörden aufbauen

Regionalspezifische oder spezielle unternehmensrelevante Informationen können bei den Ortsbehörden erfragt werden. Entsprechend den jeweiligen katastrophenschutzrechtlichen Bestimmungen können Räume und Geräte von Behörden requiriert und Betriebspersonal zu Leistungen herangezogen werden. Frühzeitige Informationen durch die Behörden erleichtern die Anpassung. Umgekehrt können auf diesem Weg Informationen aus dem Betrieb an die öffentliche Verwaltung weitergegeben werden, beispielsweise über die Schließung von Betriebsteilen.

2.2 Informationsangebote von Verbänden und Interessensvertretungen nutzen

Spezielle Informationen können auch regionale oder lokale Verbände bieten.

2.3 „Pandemie-Netzwerk“ aufbauen

Zusammenarbeit mit anderen Firmen. Eine größere Effizienz bei der Informationsbeschaffung und -aufbereitung kann erreicht werden, wenn mehrere Betriebe gemeinsam ein Konzept entwickeln beziehungsweise gemeinsam Informationen sammeln. Spezielle betriebsspezifische Informationen können ergänzt werden.

2.4 Konzept für Kommunikation mit Öffentlichkeit entwickeln

Bereits in der Vorbereitung auf eine Pandemie sind Konzepte zu erstellen, wie mit der Öffentlichkeit – Bevölkerung, Medien, sonstige Dritte – kommuniziert werden muss. Eine im Vorfeld geplante und an den jeweiligen Verlauf der Krise angepasste Kommunikationsstrategie kann eine mögliche Kriseneskalation vermeiden und damit die Bewältigung einer Krise unterstützen.

3 Informationen an Mitarbeiter weiterleiten

3.1 Informationskonzept für die Zeit vor der Pandemiephase

Unter anderem Informationen über

- *das (geplante) betriebliche Informationsangebot,*
- *die betriebliche Pandemieplanung,*
- *das Kommunikationskonzept zwischen Beschäftigten und dem Betrieb zur gegenseitigen Information,*
- *die Planungen in der persönlichen Umwelt der Beschäftigten*
- *den medizinischen und epidemiologischen Hintergrund der Corona-Pandemie,*
- *das persönliche Verhalten im Betrieb (beispielsweise persönliche Hygiene, Kontaktvermeidung).*

3.2 Informationskonzept für die Zeit während der Pandemiephase

Unter anderem weitere Informationen über

- *aktuellen Stand und Verlauf der Corona-Pandemie,*
- *betriebliche Maßnahmen,*
- *Bereitstellung und regelrechte Benutzung von persönlicher Schutzausrüstung (Atemschutz).*

3.3 Informationskonzept für die Zeit nach der Pandemiephase

Informationen über

- *das „Hochfahren“ des Betriebs, die Normalisierung aller Betriebsabläufe,*

- *besondere Ereignisse und Nachrichten aus der Belegschaft im Zusammenhang mit der Pandemie.*

4 Mitarbeiter in hygienischem Verhalten unterweisen und dazu anleiten

4.1 Konzept für Informationsprinzipien erarbeiten

Dazu können verschiedene Medien zusammen eingesetzt werden (Aushänge, E-Mails, Bildschirmschoner; in der Pandemiephase auch wiederholte Durchsagen, wenn die technischen Möglichkeiten bestehen).

4.2 Regeln für persönliche Hygiene erstellen

- *Anwendung der Atemschutzmasken: wann und wie werden sie aufgesetzt; für wie lange; Gesamttragezeit; das Anlegen der Atemschutzmasken, insbesondere der FFP-Masken, muss geschult werden, damit sie Ihre Schutzfunktion erfüllen können,*
- *Benutzung von Papiertaschentüchern: beim Husten und Schnäuzen; nur einmaliger Gebrauch der Papiertaschentücher; Entsorgung in verschlossenen Beuteln; keine anderen Tücher als Papiertaschentücher verwenden,*
- *Händehygiene: Technik des Händewaschens; Dauer des Händewaschens; welche Mittel werden verwendet; wie häufig und bei welchen Gelegenheiten werden Hände gewaschen.*

4.3 Regeln für persönliches Verhalten erstellen

- *Vermeidung direkter Kontakte; kein Händereichen; bei persönlichem Kontakt Abstand wahren (soziale Isolation; social distancing);*
- *Atemschutzmaske tragen,*
- *Besprechungen über Telefonate, Videokonferenzen oder E-Mails,*
- *Meiden von Menschengruppen,*
- *bei unvermeidbarem Kontakt mit anderen, Atemschutzmaske tragen und Berührungen möglichst vermeiden,*
- *nach Berührung von Gegenständen, die häufig von anderen berührt werden (beispielsweise Türklinken, Wasserhähne) Hände desinfizieren.*

4.4 Regeln für Arbeitsplatzhygiene erstellen

- *Durch natürliche Lüftung wird die Anzahl der Viren in der Luft reduziert, so dass auch die Ansteckungsgefahr verringert wird.*
- *Türklinken oder Flächen desinfizieren.*
- *Erhöhung des regelmäßigen Reinigungsturnus im Arbeitsbereich erhöhen.*

4.5 Regeln für Essen und Trinken im Betrieb erstellen

- *Umgang mit Lebensmitteln als Selbstversorger im Betrieb*

4.6 Empfehlungen für Verhalten im Privatleben erstellen

- *Pflege von Angehörigen;*
- *Schutz vor Ansteckung in der Familie;*
- *Tipps für den Weg zur Arbeit und zurück.*

V4 Vorbereitende personelle Planung

1 Aufgaben, Umfang und Qualifikation des Betreuungs- und Pflegepersonals planen

2 Personal gewinnen und verpflichten

Für die Pandemiephase muss weiteres Personal eingeplant werden. Gewonnen werden kann auch außerbetriebliches Personal mit fachlicher Vorbildung, das nicht berufstätig ist. Da das Personal wechselt oder ausfallen kann, muss die Personalplanung für den Pandemiefall regelmäßig überprüft und gegebenenfalls neues Personal gewonnen werden. Auch bei außerbetrieblichen Personen, die verpflichtet worden sind, ist mit Wechsel zu rechnen.

3 Kompetenzen zuweisen

Jede Person muss genau wissen, wo ihr Platz ist beziehungsweise welche Aufgaben sie zu erfüllen hat. Die Ansprechpartner müssen bekannt sein. Für die Erfüllung der zugewiesenen Aufgaben ist die jeweilige Person verantwortlich. Das setzt voraus, dass die Person ausreichend für ihre Aufgabe vorbereitet wird.

4 Personal schulen und fortbilden

4.1 Personalschulungen durchführen, insbesondere Persönliche Schutzausrüstung
Voraussetzung für alle Personengruppen ist eine ausreichende orts- und betriebsbezogene Schulung vor der Pandemie, eine klare Definition der Aufgaben und eine genaue Kenntnis der betrieblichen Verhältnisse, in denen sie tätig werden sollen. Die Schulung des Personals auf allen Qualifikationsebenen umfasst Kenntnisse über das Krankheitsbild, Hygieneregeln, Umgang mit Erkrankten, Benutzung Persönlicher Schutzausrüstung und krankheitsverdächtigen Personen.

4.2 Pandemiefall üben

Der Pandemiefall muss geübt werden, damit die Koordination mit den vorhandenen Kräften getestet wird, Schwachstellen beseitigt werden können und die Beteiligten Routine gewinnen.

5 Besondere Arbeitsabläufe in der Pandemiephase festlegen

Festgelegt werden Modalitäten für Zutrittsbeurteilung der Beschäftigten, Hilfsmittel-Ausgabe, Maßnahmen bei Erkrankungen am Arbeitsplatz, Infrastruktur für die Beratung von Beschäftigten und ein Plan für die Reinigung und Desinfektionsmaßnahmen. Hiermit soll erreicht werden, dass eine Ausbreitung des Virus stattfindet und möglichst keine kranken Beschäftigten in den Betrieb kommen, um Ansteckungen im Betrieb und bei den Leistungsberechtigten zu verhindern.

Empfehlungen für die Phasen **während der Pandemie (P)**

P1 Aufrechterhaltung Minimalbetrieb

1 Betrieblichen Pandemieplan aktivieren

1.1 Aktivierung durch Krisenstabsleitung

Die Aktivierung geschieht unter Beobachtung und Beurteilung der Pandemie-Entwicklung. Maßnahmen müssen sich an der jeweiligen epidemiologischen Lage und an weiteren Kriterien orientieren und gegebenenfalls stufenweise in Kraft gesetzt werden.

1.2 Corona-Manager aktivieren

Der Corona-Manager nimmt seine Funktion auf. Er achtet insbesondere auf Aktivierung des Personals, welches besondere Funktionen entsprechend dem Pandemieplan hat. Der Corona-Manager informiert ab sofort den Krisenstab regelmäßig über Maßnahmen und Probleme bei der Umsetzung des innerbetrieblichen Teils des Pandemieplans.

1.3 Außerbetriebliches Personal aktivieren

Die für den Pandemiefall verpflichteten Personen werden aufgefordert, die vorgesehenen Aufgaben zu übernehmen.

1.4 Externe Anbieter aktivieren

Partnerfirmen die gegebenenfalls mit Leistungen einspringen sollen, werden informiert.

2 Versorgung anpassen

2.1 Kapazitätsanpassung

Entsprechend dem Betrieblichen Pandemieplan und der Entwicklung der Pandemie werden die Leistungen angepasst. Schließung der Bereiche, auf die vorübergehend verzichtet werden kann. Abhängig vom Umfang des Leistungsangebots werden betriebsinterne vorübergehende Personalumsetzungen vorgenommen. Die unabdingbaren Kernprozesse werden weitergeführt. Leistungsempfänger werden von der Anpassung unterrichtet.

Darüber hinaus ist vorausschauende Planung von zusätzlichen Versorgungskapazitäten und die Vorbereitung auf einen möglichen vorübergehenden Ausfall von Personal in der ambulanten und stationären Versorgung unabdingbar. Um eine Ausbreitung des Virus zu verhindern sind für die Versorgung und Betreuung erkrankter Personen eine Regelung zu finden, die auch die Versorgung nicht Erkrankter weiterhin gewährleistet.

2.2 Verlagerung

Bestehen mehrere räumlich getrennte Betriebsstätten, so werden entsprechend der Pandemielage und den Möglichkeiten Leistungsangebote vorübergehend verlagert und gebündelt.

2.3 Aktivierung der Telearbeit

Soweit die informationstechnischen Voraussetzungen geschaffen sind und die Aufgaben es erlauben, arbeiten einzelne Beschäftigte jetzt zu Hause und unterstützen die zu Versorgenden entsprechend.

2.4 Betriebsmittelversorgung sichern

Die Betriebsmittellager sollten so weit wie möglich geschont werden, um im Notfall darauf zurückgreifen zu können.

3 Kommunikation anpassen

3.1 Informationen für Beschäftigte bereitstellen

Kontinuierliche Information aller Mitarbeiter zur Pandemie.

3.2 Informationen für Einrichtungs-/Dienstleitung bereitstellen

Die Leitung des Krisenstabs beziehungsweise die oberste Betriebsführung kann sich jederzeit aktuelle Informationen vom Krisenstab holen, sofern er diese für seine Entscheidungen benötigt. Der Stab informiert die Geschäftsleitung sofort, sobald erkennbar wird, dass eingeschränkte Betriebsprozesse die Geschäftstätigkeit des Betriebes zu beeinträchtigen drohen.*

4 Persönliche Kontakte reduzieren

4.1 Kontaktmöglichkeiten reduzieren

Persönliche Treffen und Gespräche vermeiden, mit dem Ziel, die Infektionsmöglichkeiten zu verringern.

4.2 Betriebseinrichtungen schließen

Betriebliche Einrichtungen, die zu häufigen persönlichen Kontakten führen, werden geschlossen (Tagespflege, Gemeinschaftsräume et cetera).

4.3 Rufdienst aktivieren

Der Rufdienst kann viele betriebliche Begegnungen vermeiden helfen. Er beliefert Personen oder Arbeitsgruppen mit Materialien, Nahrungsmitteln und Getränken oder Atemschutz, die an einem bestimmten Ort abgelegt und dort abgeholt werden.

5 Datenverkehr sicherstellen

Kommunikationsmöglichkeiten sichern (Telefon, Fax, Internet/Intranet). Datensicherung intensivieren.

P2 Organisatorische Maßnahmen für das Personal

1 Personalbedarf an Pandemiesituation anpassen

1.1 Personal mit Schlüsselfunktionen aktivieren

Entsprechend der Personalplanung werden die Personen mit Schlüsselfunktionen und ihre potenziellen Stellvertreter über ihren Einsatz und gegebenenfalls ihre neuen Kompetenzen benachrichtigt.

1.2 Nicht benötigtes Personal deaktivieren/umsetzen

Beschäftigte werden entsprechend Planung deaktiviert. Die Dauer der Deaktivierung hängt vom Verlauf der Pandemie ab. Der Kontakt zu den deaktivierten Beschäftigten muss aufrechterhalten werden. Sofern möglich arbeiten Mitarbeiter zu Hause.

1.3 Ehemalige Mitarbeiter reaktivieren

Ehemalige Mitarbeiter, welche für Schlüsselfunktionen rekrutiert werden konnten, werden entsprechend dem Plan eingesetzt.

1.4 Stellvertreter bedarfsgerecht aktivieren

Da auch Personen mit Schlüsselfunktionen erkranken können, ist eine ausreichende Zahl von fachlich kompetenten Stellvertretern eingeplant worden.

1.5 Fremdpersonal aktivieren

Die vor der Pandemie getroffenen Absprachen mit den Verleihern von Zeitpersonal und den Arbeitgebern, die ihr Personal im Betrieb als betriebsfremdes Personal beschäftigen, müssen in Kraft gesetzt werden. Versorgung und Betreuung des aktiven Personals sicherstellen.

1.6 Nutzung von Verkehrsmitteln prüfen

Vermeidung von öffentlichen Verkehrsmitteln, Nutzung des eigenen PKW, Abholdienst.

1.7 Versorgung mit Nahrungsmitteln und Getränken sicherstellen

*Während der Pandemie muss die Versorgung des aktiven Personals und der Bewohner*innen von Einrichtungen neu organisiert werden.*

1.8 Persönliche Schutzausrüstung bereitstellen

Genügend Atemschutzmasken, Handschuhe und Hygieneprodukte bereitstellen.

1.9 Hinweise auf richtiges Verhalten geben

*Insbesondere in Sanitärräumen, aber auch an Plätzen, die von den meisten Mitarbeitern und Bewohner*innen sowie deren Angehörigen von Einrichtungen passiert werden, sollten Hinweise auf richtiges hygienisches Verhalten angebracht werden.*

1.10 Reinigung des Arbeitsbereiches anpassen

Sanitärräume täglich reinigen und desinfizieren, Verkehrswege, Eingangsbereiche und Räume mit Kundenkontakt täglich reinigen, Oberflächen regelmäßig desinfizieren.

2 Verhaltensregeln im täglichen Umgang einhalten

2.1 Persönliche Hygiene

Berührung von Schleimhäuten (Mund, Nase, Augen) vermeiden, Niesen und Schnäuzen in Einmal-Papiertuch, Desinfizieren oder gründliches Waschen der Hände

2.2 Kontakt zu Mitarbeitern, Kollegen und Leistungsberechtigten

Kontakte möglichst vermeiden beziehungsweise besondere Verhaltensregeln beachten

2.3 Raumlüftung intensivieren

Intensive Raumlüftung durch Öffnung von Türen und Fenstern. Enge Räumlichkeiten, wie Aufzüge, Besprechungsräume, nicht benutzen.

2.4 Verhalten bei Krankheitsverdacht

Kontakt zu anderen Personen vermeiden, zu Hause bleiben.

3 Mitarbeiter kontinuierlich informieren

3.1 Information unter Nutzung der betrieblichen Kommunikationswege

Der Corona-Manager informiert die Leitungsebene täglich über die Pandemiesituation und sichert die aktuelle Information der Mitarbeiter. Wichtig ist eine kontinuierliche und auf Fakten beruhende Information, welche von den Mitarbeitern verstanden werden kann.

3.2 Einbeziehung der Vertretung in Informationen

P3 Externe Informationen

**1 Informationen von Fachbehörden über die Pandemie-Entwicklung einholen
Lageberichte über aktuelle Situation einholen**

Auf Bundesebene:

- *das Robert Koch-Institut,*
- *das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe,*
- *die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*

Auf Landesebene:

- *Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein*

Auf kommunaler Ebene:

- *Gesundheitsämter,*
- *Aufsichtsbehörden nach Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG)*

2 Netzwerk mit anderen Betrieben nutzen

2.1 Pandemienetzwerk aktivieren

Wenn ein Netzwerk geschaffen wurde, so kann es jetzt genutzt werden.

2.2 Kontakt zu anderen Partnern pflegen

Die gegenseitige Information über Einsatz und Erkrankung von Mitarbeitern, Änderung in der Einsatzplanung, Engpässe beim Leistungsangebot.

3 Informationen über behördliche Entscheidungen einholen

3.1 Informationen über geplante behördliche Eingriffe einholen

3.2 Kontakt zu Verbänden halten

4 Informationen mit Behörden austauschen

4.1 Meldung von Erkrankten

Möglicherweise ist mit dem örtlichen Gesundheitsamt oder dem Ordnungsamt vereinbart worden, Informationen über den Krankheitsstand im Betrieb weiterzugeben. Meldepflicht ist zu beachten

4.2 Information über Leistungseinschränkungen weitergeben

4.3 Information von Behörden einholen

Wichtig sind beispielsweise Informationen über die beabsichtigte Schließung von Schulen, Einschränkungen im öffentlichen Verkehr, Schaffung einer Leitstelle für die Versorgung von Erkrankten.

4.4 Über Sonderzugangsrechte informieren

Wenn Zutrittsbeschränkungen zum Betrieb bestehen (beispielsweise durch medizinisches Fachpersonal veranlasste Zutrittsbeurteilung), müssen eventuell bestehende Sonderzugangsrechte berücksichtigt werden.

5 Externe Krisenkommunikation aktivieren

Eine aktive und offensive Kommunikationspolitik auch in der Krise stärkt das Vertrauen in die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des Betriebes mehr als (reaktive) Kommunikationsreflexe beispielsweise auf Medienberichte. Soweit erforderlich, sollten für die Krisenbewältigung relevante unternehmerische Entscheidungen und Entwicklungen offensiv nach außen dargestellt werden. So können Spekulationen, Gerüchte oder Falschmeldungen vermieden werden.

P4 Personelle Maßnahmen

1 Kooperation mit Corona-Manager

Der Corona-Manager steht für alle Notfälle und Fragen von Beschäftigten zur Verfügung und koordiniert innerbetriebliche Einsätze beziehungsweise aktiviert im Notfall den außerbetrieblichen Rettungsdienst.

2 Betriebszugang steuern

2.1 Zutrittsbeurteilung aller Personen, welche den Betrieb betreten

Ziel ist es erkrankte Beschäftigte zu identifizieren, medizinisch zu beraten und gegebenenfalls die Behandlung einzuleiten, zu verhindern, dass infizierte Beschäftigte mit Symptomen zu ihrem Arbeitsplatz gehen und zu verhindern, dass infizierte Beschäftigte zur Ansteckungsquelle für gesunde Personen werden.

- 2.2 Räumliche Voraussetzungen schaffen
Organisation von Wegesteuerung kann eine ungewollte Ansammlung von Menschen verhindern.
 - 2.3 Eintreffende Beschäftigte beurteilen
Befragung nach dem Gesundheitszustand, Messen der Körpertemperatur
 - 2.4 Hilfsmittel bereitstellen und ausgeben
Atemschutzmasken, Papiertücher, Handschuhe und Desinfektionsmittel
 - 2.5 Bei Verdacht auf Krankheitsfall beim Betreten des Betriebs handeln
Verweis an den Hausarzt oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst.
 - 2.6 Reinigung und Hygiene des Eingangsbereichs
Entsprechend dem Hygieneplan.
 - 2.7 Schutzmaßnahmen für Bewohner-, Gemeinschafts- und Besucherbereiche
Die Beschäftigte tragen während der Arbeitszeit Atemschutzmasken, vermeiden nach Möglichkeit jeden körperlichen Kontakt, waschen oder desinfizieren sich regelmäßig gründlich die Hände und vermeiden die Berührung der eigenen Nase, des Mundes sowie der Augen.
 - 2.8 Beschränkung auf einen Zugangsbereich
Damit soll verhindert werden, dass Personen unbemerkt die Einrichtungen betreten können.
- 3 Mit Erkrankung von Beschäftigten am Arbeitsplatz umgehen**
Die Beschäftigten sind schon frühzeitig über das Vorgehen bei Krankheitsverdacht oder Erkrankung im Betrieb informiert. Diese Information wird durch Aushänge und/oder Informationen im Intranet vertieft.
- 4 Hilfsmittel ausgeben**
Atemschutzmasken, Handreinigung und -desinfektion, Reinigungs- und Desinfektionsmittel
- 5 Beschäftigten Informationen anbieten**
Informationen über die Pandemielage, redundante Ausgabe von Verhaltensempfehlungen und -anweisungen, individuelle Informationen vom Corona-Manager
- 6 Andere medizinische Notfälle in der Pandemiephase berücksichtigen**
Vorsorge für betriebliche Unfälle und für Krankheitsfälle. Auch in Pandemiezeiten treten Arbeitsunfälle auf oder Beschäftigte erkranken aus anderen Gründen am Arbeitsplatz.

Empfehlungen für die Phase **nach (N)** der Pandemie

N1 Rückkehr zur Normalität

1 Rückkehr zur Normalität mitteilen

Die zuständigen Behörden entscheiden über die Rückkehr der Betriebsfunktionen zum „Normalzustand“. Die Rückkehr zur Normalität wird entsprechend dem Plan in einem Schritt oder stufenweise und anhand der festgelegten Kriterien (beispielsweise Absenkrate, Fähigkeit zu Leistungsangebot, Nachfrage) vollzogen. Dies bedeutet jedoch noch nicht die Beendigung des Ausnahmezustands und das Außerkrafttreten des Plans. Das Vorgehen bei der Rückkehr zur Normalität ist ebenfalls

Teil des Plans und wird vom Corona-Manager unterstützt. Erst nach Erfüllung dieses Teils kann der Pandemieplan außer Kraft gesetzt werden.

Zu informieren sind:

- *Leitungen*
- *alle Beschäftigten*
- *externen Partneranbietern desselben Versorgungsbereichs und Personaldienstleisters*
- *Leistungsberechtigten*
- *Lieferanten*
- *Behörden und Verbände*
- *Angehörigen und Vertretungsberechtigten (insb. Betreuer)*
- *Öffentlichkeit*

2 Kooperation mit vorübergehenden Partnern beenden

Externes Personal, das während der Pandemiephase im Betrieb Dienst getan hat, wird wieder deaktiviert. Zeitpunkte der Deaktivierung müssen mitgeteilt werden.

3 Betriebsfunktionen in Normalzustand bringen

Innerbetriebliche Funktionen und Leistungsangebote werden entsprechend Plan wieder normalisieren.

4 Mitarbeiter über betriebliche Bewältigung der Pandemie informieren

Verlauf der Pandemie für Mitarbeiter darstellen, die Rolle der Mitarbeiter würdigen und erkrankte Mitarbeiter beruflich rehabilitieren.

5 Pandemiefolgen für den Betrieb auswerten

Wirtschaftliche Schadensbilanz ziehen und Beweise für etwaige Ersatzansprüche sichern.

6 Mängel des Pandemieplans analysieren und beseitigen

Erkennbare betriebsinterne Defizite analysieren, mangelhafte Kooperation mit Leistungsberechtigten und Partneranbietern untersuchen, falsch eingeschätzte Nebeneffekte der Pandemie untersuchen, Mängel bei Kontakt mit externen Stellen feststellen, Mängel in der Pflege und Betreuung untersuchen, Informationen über best practice einholen und Betrieblichen Pandemieplan optimieren.

Anlage 2 – Infoblätter

Grundsätzliche Hygienemaßnahme
Besondere Hygienemaßnahmen 1
Besondere Hygienemaßnahmen 2
Besucherregelung
Kohortenbetreuung

Grundsätzliche Hygienemaßnahmen

- Achten Sie auf eine regelmäßige und gründliche Händehygiene.
- Vermeiden Sie Berührungen im Gesicht.
- Verzichten Sie zur Begrüßung auf Händeschütteln.
- Halten Sie Abstand zu anderen Personen (mindestens 1,5 bis 2 Meter).
- Auch bei der Pflege und Betreuung von Personen halten Sie bestmöglichen Abstand und, wenn erforderlich, tragen Sie Persönliche Schutzausrüstung.
- Reduzieren Sie Ihre Kontakte zu anderen Personen.
- Halten Sie die Husten- und Niesetikette ein. Beim Husten oder Niesen möglichst wegdrehen und Abstand von anderen Personen halten, Papiertaschentücher nur einmal verwenden und direkt in einen Abfalleimer mit Deckel entsorgen. Falls kein Taschentuch vorhanden ist, sollte die Armbeuge vor Mund und Nase gehalten werden. Anschließend sind die Hände gründlich zu waschen beziehungsweise zu desinfizieren.
- Reinigen und desinfizieren Sie Risikoflächen mit häufigem Hand-und Hautkontakt mindestens täglich. Bei Kontamination muss die Aufbereitung sofort erfolgen.
- Klären Sie die Bewohner*innen und deren Besucher zu persönlichen Maßnahmen der Hygiene auf.

Weitere Informationen finden Sie unter:



Besondere Hygienemaßnahmen (1)

Schutz nicht-infizierter Personen vor Ansteckung bei Pflege und Behandlung COVID-19-Erkrankter:

- Grundsätzlich **Atemschutz FFP2-Maske** mit Expirationsventil.
- Bei Tätigkeiten ohne direkten Kontakt kann Mundnasenschutz getragen werden.
- Im ambulanten Bereich Schutzkleidung abhängig von Art und Umfang der Exposition.
- Schutzkittel, alternativ Pflegeschürze
- Handschuhe, Händedesinfektion, bei kurzen Ärmeln Unterarme mitdesinfizieren
- Desinfektion aller Kontaktflächen im patientennahen Bereich (Wirkungsbereich begrenzt viruzid)
- Abfall - Abfallschlüssel AS 180104 gemäß LAGA-Vollzugshilfe 2009
- Hygieneschulungen zum korrekten Einsatz der Schutzkleidung und zur Durchführung der Hände- und Flächendesinfektion zwingend erforderlich.
- **Generell zum Schutz Dritter im Rahmen einer Pandemie:**
- Bei der Versorgung vulnerabler Personengruppen ist das generelle Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes durch das Personal zum Patientenschutz angezeigt.
- Hygieneschulungen zum korrekten Einsatz der Schutzkleidung und zur Durchführung der Hände- und Flächendesinfektion zwingend erforderlich.
- Beachtung der allgemeinen Hygienemaßnahmen.

Weitere Informationen finden Sie unter:



Besondere Hygienemaßnahmen (2)

Schutz Dritter bei ansteckungsverdächtigen Personen (ungeschützter Kontakt zu COVID-19-Erkrankten):

- Grundsätzlich Anordnung einer Quarantäne durch das Gesundheitsamt.
- Bei nicht ersetzbarem Personal quarantäneersetzende Maßnahmen:
Eine Tätigkeit ist möglich bei ansteckungsverdächtigem, asymptomatischem Personal, wenn
 - **Kontakt zum örtlichen Gesundheitsamt hergestellt wurde,**
 - **eine erneute Einweisung in die Hygienemaßnahmen stattgefunden hat und das Personal sensibilisiert wurde, Anwendungsfehler zu vermeiden,**
 - **ein mehrlagiger, enganliegender Mundnasenschutz getragen wird,**
 - **eine begleitende Diagnostik (Nasen-Rachenabstrich) mindestens am 5., 7. sowie am 14. Tag eingeplant wird.**

ACHTUNG: Da FFP2-Masken in der Regel ein Expirationsventil haben, sind diese auf keinen Fall für Ansteckungsverdächtige geeignet. Wenn Ansteckungsverdächtige solche Masken nutzen, ist ein Ausbruchsgeschehen zu erwarten.

- Sofortiger Wechsel des Mundnasenschutzes bei Kontamination von außen (Blut, Sputum des Patienten) oder bei Durchfeuchtung, durch Niesen, Husten oder Atmung nach circa 3 Stunden.
- Für die Dauer der Inkubationszeit auf eine sorgfältige Selbstüberwachung im Hinblick auf respiratorische Symptome und Fieber achten.

ACHTUNG: Eine Ansteckungsfähigkeit kann bereits vor Auftreten von Symptomen sowie bei sehr gering ausgeprägter Symptomatik bestehen.

Mindestens beim Auftreten von (auch geringen) Symptomen

- **ist die Tätigkeit zu unterbrechen,**
- **hat eine Diagnostik zu erfolgen,**
- **muss schnellstmöglich erneut Kontakt mit dem örtlichen Gesundheitsamt aufgenommen werden.**

SARS-CoV2-positives Personal erhält ein Tätigkeitsverbot gemäß § 31 Infektionsschutzgesetz durch das örtlich zuständige Gesundheitsamt.

Besucherregelung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe

Ziele:

- Vermeidung der Ausbreitung in stationären Pflegeeinrichtungen und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe.
- Unterbrechung, Minimierung oder Vermeidung weiterer Infektionen oder zumindest Verzögerung.

Regelung:

- Erstellung eines Besuchskonzeptes aus Gründen des Infektionsschutzes.
- Betretungsverbot für Personen mit akuten Atemwegserkrankungen.

Besuche:

- Nur so viele Besucher*innen in der Einrichtung, dass Abstands- und Hygieneregeln eingehalten werden können.
- Zugangs- und Wegekonzept zur Minimierung von Begegnungen.
- Dokumentation der Besuche.
- Nur nach vorheriger Abstimmung mit der Einrichtung.
- Verpflichtende persönliche Schutz- sowie Hygienemaßnahmen für Besucher*innen (Händehygiene, Nies- und Hustenetikette, Abstandhalten zu Erkrankten, Verzicht auf den Händedruck).
- Anforderungen an geeignete gesonderte Besuchsräume sowie an Besuche in Bewohnerzimmern
- Soweit vorhanden: Möglichkeit der Nutzung eines zum Einrichtungsgelände gehörenden Außengeländes unter Einhaltung der gebotenen Hygienestandards.
- Regelungen für Ausnahmesituationen, beispielsweise bei kurzfristigen und längeren Besuchen zur Sterbebegleitung, Geburtstagen oder Jubiläen.
- Darüber hinaus kann das zuständige Gesundheitsamt Ausnahmen zulassen, soweit dies aus gesundheitlichen oder sozial-ethischen Gründen angezeigt ist.

Kohortenregelung in Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe

- Wenn vor Ort möglich, räumliche Trennung von COVID-19-erkrankten Bewohner*innen, Bewohner*innen unter Verdacht einer Erkrankung und gesunde Bewohner*innen.
- Unterbringung von COVID-19-erkrankten Personen in Einzelzimmern, möglichst mit eigener Nasszelle.
- Möglichst Kohortenisolierung (gemeinsame Isolierung mehrerer Erkrankter), wenn bei einem COVID-19-Ausbruchsgeschehen nicht ausreichend Einzelräume zur Verfügung stehen oder die gleichartige Versorgung der Erkrankten in der Isolierung einfacher möglich ist, siehe KRINKO-Empfehlung.
- Möglichst separater Einsatz von Personal zur Versorgung von COVID-19-erkrankten Personen, welches von der Versorgung anderer Bewohner*innen freigestellt wird.
- Verwendung von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) und konsequente Umsetzung der Hygienemaßnahmen.
- Beobachtung des Gesundheitszustandes des eingesetzten Personals sowie der Bewohner*innen (Tagebuch).
- Sofern räumlich möglich, möglichst keine Kontakte von Personal und Bewohner*innen zwischen unterschiedlichen Wohngruppen.
- Möglichst wenig Kontakte zwischen Bewohner*innen innerhalb der Wohngruppe.

Weitere Informationen finden Sie unter:

