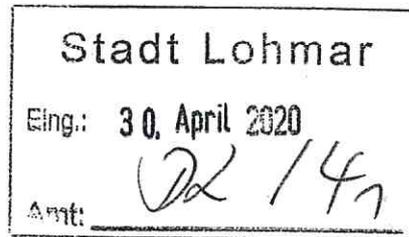


GRÜNE im Lohmarer Rat • Rathaus • 53797 Lohmar

Herrn Bürgermeister
Horst Krybus
Rathausstraße 4
53797 Lohmar



Dringlichkeitsantrag:

Lohmar, 30. April 2020 – be.

**Testungen in Altersheimen im Stadtgebiet Lohmar durch
das Mobile Testzentrum des Rhein-Sieg-Kreises vornehmen!**

Sehr geehrter Herr Bürgermeister,

bitte setzen Sie den folgenden **dringlichen Antrag** auf die Tagesordnung des nächsten HFB, der anstelle des Stadtrates tagt:

Der Rat, bzw. der HFB an seiner Stelle, möge beschließen:

- 1. Die Stadt Lohmar hält insbesondere unter Verweis auf die Empfehlung des Robert-Koch-Institutes vom 17.04.2020 zumindest in solchen Heimen, in denen bereits „positive“ Testergebnisse vorgekommen sind, die regelmäßige (wöchentliche) Testung in Alters- und Pflegeheimen durch das mobile Testzentrum des Rhein-Sieg-Kreises für dringend notwendig. Diese Feststellung gilt unbeschadet der wieder unklaren Frage der Kostenübernahme. Der Rat der Stadt verweist auf die Beispiele des Oberbergischen Kreises (der dies schon längere Zeit praktiziert) und der Stadt Bonn (die das jetzt auch eingeführt hat).***
- 2. Der Rat der Stadt beauftragt den Bürgermeister, diese Bitte am Donnerstag auf der Hauptverwaltungskonferenz energisch vorzutragen und sich mit anderen Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern gegenüber dem Landrat für eine Änderung des jetzigen Kurses des Kreises einzusetzen.***

3. Der Rat der Stadt stellt weiterhin fest, dass es aus seiner Sicht ein unhaltbarer Zustand ist, dass bis heute keine tragfähige Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der AOK über die Kostenübernahme solcher mobilen Testungen in Alters- und Pflegeheimen zu Stande gekommen ist. Der bürokratische Aufwand und der Verweis auf die Haus-/Heimärzte behindern angemessene und zeitnahe Abläufe und bedeuten für diese Praxen auch eine nicht unerhebliche Belastung, gar Gefährdung. Angesichts dessen sollten die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister zusammen mit dem Landrat öffentlich auf diesen Missstand hinweisen und den Gesundheitsminister auffordern, sich umgehend für eine Änderung einzusetzen!

Begründung:

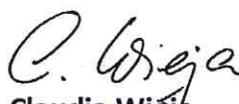
Auch nach der Konferenz der Hauptverwaltungsbeamten im Rhein-Sieg-Kreis am heutigen Donnerstag ist es nach Informationen unserer Fraktion weiterhin nicht damit zu rechnen, dass der RSK der Forderung nach regelmäßiger Testung in den Einrichtungen mit „positiven“ Testergebnissen durch das Mobile Testzentrum nachkommt. Dieser Umgang ist aus unserer Sicht angesichts des besonderen Risikos in solchen Einrichtungen nicht adäquat. Der RSK sollte umgehend dem Beispiel des OBK, der Stadt Bonn und anderer folgen und diese Testungen durchführen.

In der Anlage findet sich die Handlungsempfehlung des RKI vom 17.04.2020 und die angeblich vorübergehende, dann aber von der AOK in Zweifel gezogene Einigung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der AOK vom 20.04.2020. (Markierungen in den Dokumenten von den Verfassern.)

Mit freundlichen Grüßen,


Horst Becker MdL
Fraktionsvorsitzender


Charly Göllner
stv. Fraktionsvorsitzender


Claudia Wijsa
Mitglied Fraktionsvorstand

Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen

Stand: 17.4.2020

Hintergrund

Nosokomiale Infektionen und Infektionen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen (international gebräuchlich: health care worker; HCW) stellen eine außerordentliche Herausforderung in großen Ausbrüchen wie SARS-CoV-2 dar. Insbesondere Risikogruppen wie Patientinnen und Patienten mit einem höherem Durchschnittsalter und Grunderkrankungen müssen besonders vor Infektionen geschützt werden. Bereits einzelne SARS-CoV-2 Nachweise im Gesundheitswesen können Auslöser für gezielte Maßnahmen zum Ausbruchmanagement darstellen.

Vorgehen

Wird in einem Bereich, der nicht für COVID-19 Patienten vorgesehen ist, SARS-CoV-2 bei Patienten oder Personal nachgewiesen, muss umgehend gehandelt werden (Ein Nachweis genügt!). Ein gemeinsames Vorgehen in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt ist wichtig: Fälle, Kontakte und Verdachtsfälle sowie Nicht-Fälle sollten in drei räumlich und personell voneinander getrennten Bereichen versorgt werden: **COVID-19-Bereich, Verdachtsfall-Bereich, NICHT-COVID-19-Bereich**. Um dieses Ziel der Trennung zeitnah realisieren zu können, sollten jetzt in allen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen entsprechende Pläne und Voraussetzungen geschaffen werden. Personalpläne müssen entsprechend der Bereiche angepasst werden, das Personal sollte dauerhaft einzelnen Bereichen zugewiesen werden. In Einrichtungen mit häufigen Neuaufnahmen ist eine zusätzliche räumliche Trennung notwendig, da Neuaufnahmen zunächst nicht sicher klassifizierbar sind (vierter Bereich = Neuaufnahme). Transitzonen als Übergang zwischen den Bereichen sind einzuhalten mit möglichst wenig Kreuzung der Wege.

Im Folgenden ist ein Vorgehen nach SARS-CoV-2-Nachweis in 10 Schritten dargestellt. Diese laufen in der Praxis nicht nacheinander, sondern z.T. gleichzeitig ab. Ebenso kann die Reihenfolge im Einzelfall unterschiedlich sein. Wichtig ist eine enge Abstimmung mit dem lokalen Gesundheitsamt.

1. Verlegung in COVID-19-Bereich

Spätestens wenn ein Fall im NICHT-COVID-Bereich identifiziert wird, müssen die drei getrennten Bereiche COVID-19-Bereich, Verdachtsfall-Bereich, NICHT-COVID-19-Bereich geschaffen werden (oder direkte Verlegung in ein COVID-19-Krankenhaus, falls es sich beim Nachweiskrankenhaus um ein NICHT-COVID-19-Krankenhaus handelt). Neu identifizierte Fälle müssen umgehend in den COVID-19-Bereich verlegt werden.

2. Mund-Nasen-Schutz

Wenn Übertragungen auf SARS-CoV-2-positives Personal zurückzuführen sein könnten, sollte das gesamte Personal spätestens ab dann während der gesamten Anwesenheit am Arbeitsplatz MNS tragen.

3. Etablierung eines Ausbruchsteams

Zum weiteren strukturiertem Vorgehen im Ausbruchsgeschehen sollte verantwortliches Personal vor Ort bestimmt werden. Es sollten Personen mit Hygienekompetenz und bei Beteiligung von Personal die Betriebsmedizin im Ausbruchsteam integriert werden, sowie die verantwortliche Leitung der Einrichtung.

4. Ermittlung von Kontakten

Für die Kontaktsuche unter Patienten und Personal sollten die Kontakte anamnestisch bzw. über Patientenbelegungs- und Personalpläne ermittelt werden. Die Einteilung sollte entsprechend den Empfehlungen erfolgen „Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2“

5. Umgang mit Kontakten

Zunächst müssen die Kontakte der Kategorie 1 identifiziert (Patienten und Personal). Patienten müssen in den Verdachtsfall-Bereich verlegt und Personalpläne entsprechend angepasst werden. Sollten bereits Kontaktpersonen in andere Einrichtungen verlegt worden sein, müssen diese umgehend informiert werden (da häufig der Primärfall unbekannt ist und Kontaktpersonenermittlung aufwändig sind, können auch alle Einrichtungen, in die in den letzten 2 Wochen Patienten verlegt wurden, informiert werden). Für Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal und Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen gibt es folgende Dokumente: "Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal (auch bei Personalmangel) in Arztpraxen und Krankenhäusern" und "Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal bei Personalmangel in Alten- und Pflegeeinrichtungen".

6. Fallsuche

Es müssen alle SARS-CoV-2 positiven Personen in der Einrichtung identifiziert werden.

a. Falldefinition: Die Falldefinition ist zu finden unter www.rki.de/covid-19-faldefinition.

b. Identifizierung aller Fälle: Alle Personen auf der Station sollten systematisch und regelmäßig auf das Vorliegen einer Infektion mit SARS-CoV-2 getestet werden (z.B. PCR Test auf SARS-COV-2), mindestens 1x pro Woche solange Neuinfektionen identifiziert werden (Abstimmung mit dem versorgenden Labor). Dies schließt neben Patienten und HCW auch andere Personalgruppen ein (Reinigungspersonal, etc.), die als Kontakt identifiziert wurden. Sofern Fälle unter Patienten oder Personal mit Kontakt zu anderen Stationen gefunden werden muss die Fallsuche großzügig auf weitere Bereiche ausgedehnt werden.

7. Ordnen der Daten nach Zeit, Ort, Person

Zur Dokumentation von Fällen unter Personal und Patienten sollte eine strukturierte Liste angelegt werden. Diese Linelist muss mit räumlichen, zeitlichen, sowie personenbezogenen Informationen geführt werden.

a. Nachvollziehbarkeit der Infektionskette: Übertragungen sollten aufgrund der vorhandenen Informationen in der Linelist nachvollzogen werden können, d.h. gemeinsame Expositionen zwischen Fällen.

b. Unterbrechung der Infektionskette: der Fokus sollte nicht auf der Suche nach dem ersten Fall (Primärfall in Einrichtung) liegen, sondern auf einer Unterbrechung der Übertragungskette und somit auf der Verhinderung neuer Fälle.

c. Feststellung nosokomialer Exposition: es sollte für jeden Fall dokumentiert werden, ob ein Kontakt zu einer SARS-CoV-2 positiven Person in der Gesundheitseinrichtung vorlag vor dem ersten positiven Befund, einschließlich Angaben zu Zeit, Ort und Person.

8. **Kommunikation**

Alle Ergebnisse und Entwicklungen des Ausbruchsgeschehens sollten kontinuierlich dem Personal sowie den verantwortlichen Gesundheitsämtern mitgeteilt werden. Bei Entlassungen und Verlegungen von Patienten müssen die aufnehmenden Einrichtungen, sowie Hausärzte über aufgetretene Infektionen in der Einrichtung informiert werden. Zuweisende Einrichtungen müssen informiert werden, wenn SARS-CoV-2 bei dem aufgenommenen Patienten nachgewiesen wurde

9. **Etablierung von weiteren Kontrollmaßnahmen**

Weitere Maßnahmen zur Unterbrechung der Infektionsketten sollten entsprechend der identifizierten Expositionen festgelegt und eingeleitet werden. Dazu gehören Anpassung der Personalpläne, ggf. Aufnahmestopp bzw. Verlegungsstopp, generelles Tragen von MNS, etc.

10. **Surveillance zur Evaluation der Maßnahmen**

Die Effektivität aller Maßnahmen sollte laufend überprüft werden, hierzu sind auch fortlaufende Untersuchungen (SARS-CoV-2 Nachweistest) im NICHT-COVID-19-Bereich und unter dem Personal notwendig. Gleichzeitig sollte eine tägliche Symptomkontrolle aller negativen Personen erfolgen.

Wenn im Verlauf des Ausbruchsmanagements Zweifel an einer klassischen Personen-zu-Personen Übertragung aufkommen, sollte eine Ausweitung der Ausbruchsuntersuchung erwogen werden (siehe auch:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Ausbrueche/nosokomial/nosokomiale_Ausbrueche_no_de.html)

Identifizierung von Personen mit einer Infektion mit SARS-CoV-2

Kontaktpersonen und Verdachtsfälle sollten zeitnah auf SARS-CoV-2 untersucht werden. Die Testungen sollten folgendermaßen priorisiert werden:

1. Symptomatische Risikopatienten
2. Symptomatische Patienten (Kontakt I>Kontakt II)
3. Symptomatisches Personal (Kontakt I>Kontakt III)
4. asymptomatische Risikopatienten
5. Asymptomatisches Personal (Kontakt I>Kontakt III)
6. Asymptomatische Patienten (Kontakt I>Kontakt II)

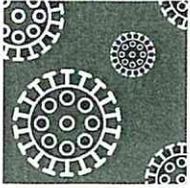
Zum Umgang mit symptomatischen Personal existiert ein Hinweis im Dokument "Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal (auch bei Personalmangel) in Arztpraxen und Krankenhäusern"

Die negative SARS-CoV-2 PCR zeigt nur eine Momentaufnahme. Bereits infizierte Personen können ein negatives Testergebnis haben. Das bedeutet, dass die Untersuchungen regelmäßig durchgeführt werden müssen. **Untersuchungen von 2x/Woche sind während des Ausbruchs anzustreben.**

Eine aktive Surveillance von Erkältungssymptomen kann die Fallfindung unterstützen. Serologische Untersuchungen zur Identifizierung von Personen mit SARS-CoV-2 Antikörpern können möglicherweise in Zukunft hilfreich sein, um die Anzahl der mittels PCR zu untersuchenden Personen in Einrichtungen zu reduzieren. Das Wissen um die Aussagekraft

der serologischen Tests sowie um Dauer und Ausmaß einer SARS-CoV2-Immunität nach durchgemachter Infektion sind derzeit begrenzt.

Stand: 17.04.2020



Kostenübernahme für COVID-19-Tests in Pflegeheimen

Alle Abstriche für Tests zum Nachweis einer COVID-19-Erkrankung werden ab sofort zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt. Das gilt auch für Tests in Pflegeheimen inklusive des Pflegeheimpersonals. Darauf haben sich der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein, Dr. med. Frank Bergmann, und Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg, verständigt. Die Vereinbarung erfolgte aufgrund der unklaren Situation zur Kostenübernahme für COVID-19-Tests in Abstrich- und Diagnosezentren in Nordrhein und der Tatsache, dass aktuell keine landeseinheitliche Verfahrensweisung zum Umgang mit ggf. unterschiedlichen Kostenträgern vorliegt.

Für Vertragsärztinnen und -ärzte bedeutet die Vereinbarung, dass sie keine Regresse zu befürchten haben, wenn Sie Testungen auf COVID-19 außer bei ihren Pflegeheim-Patienten auch bei Beschäftigten des Pflegeheims (vorsorgliche Reihentestungen) vornehmen.

Generell haben sich KBV und GKV-Spitzenverband bereits zu Beginn der Corona-Pandemie darauf geeinigt, dass alle aufgrund des Verdachts auf eine Infektion mit dem Erreger SARS-CoV-2 oder einer nachgewiesenen Infektion erforderlichen ärztlichen Leistungen seit dem 1. Februar in voller Höhe extrabudgetär honoriert werden. Sie sind mit der EBM-Ziffer 88240 abzurechnen.

Neue RKI-Regeln zum Freitesten von infiziertem medizinischem Personal und zur Entlassung aus Krankenhaus/häuslicher Isolierung

Das Robert Koch-Institut hat seine Empfehlungen „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal (auch bei Personalmangel) in Arztpraxen und Krankenhäusern“ aktualisiert. Die Handlungsoptionen sollen nur in Situationen zur Anwendung kommen, in denen ein relevanter Personalmangel (adäquate Versorgung der Patienten nicht gewährleistet) vorliegt und andere Maßnahmen zur Sicherstellung einer angemessenen Personalbesetzung ausgeschöpft sind.

Bisher galt für medizinisches Personal, dass außer der Symptombefreiheit seit mindestens 48 Stunden auch ein negativer PCR-Test aus zwei im Abstand von 24 Stunden durchgeführten Abstrichen erforderlich war, um die Arbeit wieder aufnehmen zu dürfen. Diese Prozedur wurde nun verkürzt auf zwei zeitgleich durchgeführte Naso- und Oropharyngealabstriche. Im Labor ist eine einzelne PCR-Untersuchung ausreichend nach Überführung zweier Abstrichtupfer in dasselbe Transportmedium oder Abnahme mit demselben Abstrichtupfer zunächst oropharyngeal, dann nasopharyngeal. Bei negativem Testergebnis ist die Voraussetzung für die Wiederaufnahme der Arbeit gegeben.

Analog gilt dies jetzt auch für die Entlassung aus dem Krankenhaus oder der häuslichen Isolierung.