

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend,  
Familie und Senioren | Postfach 70 61 | 24170 Kiel  
Vorsitzender des Sozialausschusses  
Herrn Werner Kalinka  
- Landeshaus -  
Düsternbrooker Weg 70  
24105 Kiel

Minister

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Umdruck 19/4855

// November 2020

## Übersendung Sprechzettel TOP 1 der 61. Sitzung des Sozialausschusses

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

in der 61. Sitzung des Sozialausschusses wurde ich gebeten die Sprechzettel für TOP 1 „Aktuelle Situation zum Corona-Virus“ zur Verfügung zu stellen. Den entsprechenden Vermerk, der den Sachstand zur Ausschusssitzung widerspiegelt, übersende ich Ihnen anbei.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Heiner Garg

Anlage: o.g. Sprechzettel

### Allgemeine Datenschutzinformation:

Der telefonische, schriftliche oder elektronische Kontakt mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren ist mit der Speicherung und Verarbeitung der von Ihnen ggf. mitgeteilten persönlichen Daten verbunden. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union. Weitere Informationen erhalten Sie hier:

<https://www.schleswig-holstein.de/DE/Serviceseiten/Datenschutzerklaerung/datenschutzerklaerung.html>

Dienstgebäude Adolf-Westphal-Str. 4, 24143 Kiel | Telefon 0431 988-0 | Telefax 0431 988-5416 | Bushaltestelle Gablenzstraße  
www.sozialministerium.schleswig-holstein.de | E-Mail: [poststelle@sozmi.landsh.de](mailto:poststelle@sozmi.landsh.de) | De-Mail: [poststelle@sozmi.landsh.de-mail.de](mailto:poststelle@sozmi.landsh.de-mail.de)  
E-Mail-Adressen: Kein Zugang für verschlüsselte Dokumente. Medien-Informationen der Landesregierung finden Sie aktuell und archiviert im Internet unter [www.schleswig-holstein.de](http://www.schleswig-holstein.de) | Das Ministerium finden Sie im Internet unter [www.schleswig-holstein.de/sozialministerium](http://www.schleswig-holstein.de/sozialministerium), bei [www.facebook.com/Sozialministerium.SH](https://www.facebook.com/Sozialministerium.SH) und [www.twitter.com/sozmiSH](https://www.twitter.com/sozmiSH)

## **Sprechzettel zum TOP Aktueller Sachstand Coronavirus**

### **Allgemeine Entwicklung Infektionsgeschehen**

Die tagesaktuellen COVID-19-Meldedaten für SH sind seit 27.04.2020 online im Internetauftritt der IfSG-Landesmeldestelle verfügbar:

<http://www.infmed.uni-kiel.de/de/epidemiologie/covid-19>

Die Situation ist weltweit und auch in Deutschland weiterhin dynamisch und ernst zu nehmen. Weltweit nimmt die Zahl der Infektionen stetig zu.

Das messbare Infektionsgeschehen in Schleswig-Holstein zeigt steigende Zahlen von Virusnachweisen in nahezu allen Kreisen und kreisfreien Städten. Der Hamburger Rand ist weiterhin die am stärksten betroffene Region.

Viruseinträge werden in verschiedene Einrichtungen festgestellt. Diese Viruseinträge werden z.B. in Schulen i.d.R. durch die etablierten Hygienemaßnahmen begrenzt. In verschiedenen Einrichtungen resultieren jedoch auch Ausbruchsgeschehen. Ausbruchsgeschehen finden in allen Kreisen und kreisfreien Städten sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext in unterschiedlichen Größenordnungen statt. Übertragungen im beruflichen Kontext spielen weiterhin eine Rolle.

Die Vielzahl der Kontaktpersonen von Infizierten hat den öffentlichen Gesundheitsdienst trotz seiner hohen Einsatzbereitschaft an die Grenze seiner Leistungsfähigkeit gebracht. Dies kann auch durch ständiges Nachsteuern von (neuem, nicht eingearbeitetem) Personal nicht aufgefangen werden. Insofern ist die Begrenzung von Kontakten zur Bewältigung der aktuellen Situation bedeutend. Durch das Nachverfolgen von Infektionsübertragungen können Einträge in Einrichtungen vermieden und besonders gefährdete Gruppen gezielter geschützt werden. Aufgrund der angespannten Lage müssen einige Gesundheitsämter ihre Arbeitskraft derzeit auf Infektionsgeschehen in Gemeinschaftseinrichtungen und Pflegeeinrichtungen konzentrieren.

### **Die Gesamtstrategie zur Bekämpfung von SARS-CoV2 besteht aus folgenden Maßnahmen**

- I. Die aktualisierte Nationale Teststrategie wird umgesetzt**
- II. Der Maßnahmenplan bei Überschreiten einer kritischen 7-Tage-Inzidenz findet gemeinsam mit den Kreisen und kreisfreien Städten grundsätzlich Anwendung**
- III. Maßnahmenpläne für Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 IfSG wurden durch das MBWK in Zusammenarbeit mit dem MSGJFS erstellt.**
- IV. Personelle Verstärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes**
- V. Die klinischen Behandlungskapazitäten, inkl. Krankenhausampel, werden weiterhin sichergestellt.**
- VI. Laborkapazitäten wurden ausgebaut liegen aktuell bei ca. 55.000 Tests pro Woche**
- VII. Infizierte werden im Rahmen des ambulanten Monitorings überwacht.**

### **Zu I. Teststrategie auf SARS-CoV2, aktualisierte Nationale Teststrategie**

Die Testindikationen zielen weiterhin sowohl auf symptomatische Personen als auch auf asymptomatischen Personen.

Weiterhin gilt:

- Ein einzelner PCR-Test ist immer nur eine Momentaufnahme.
- Unmittelbare Maßnahmen können aus positiven Testergebnissen abgeleitet werden. Anlassunabhängige Tests, z.B. im Rahmen von Prävalenzerhebungen, waren bisher fast ausschließlich negativ und haben nicht zur Ableitung von Konsequenzen geführt.
- Bei negativen Testergebnissen kann sich während der Inkubationszeit von 14 Tagen das Ergebnis noch auf „positiv“ ändern

Testungen müssen daher möglichst gezielt erfolgen, um die erforderlichen Konsequenzen abzuleiten.

Aktuell ist insbesondere vor dem Hintergrund sich abzeichnender Engpässe bei den PCR-Testkapazitäten eine gezielte Testung von Bedeutung.

Nach der aktuellen Testverordnung des Bundes können bestimmte Personengruppen in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen untersucht werden, um die Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 zu erkennen und zu verhindern.

PCR-Testungen bleiben Mittel der Wahl bei Indikationen, die mit erheblichen Konsequenzen verbunden sein können. Dazu zählen

- Testung symptomatischer Personen
- Testung von Kontaktpersonen nachgewiesenermaßen SARS-CoV2-Infizierter
- Testung im Kontext von Ausbruchsgeschehen
- Testung bei Aufnahme in eine medizinische Einrichtung

**Antigen-Tests** können als ergänzende Tests eine Rolle spielen, z.B. in Situationen, in denen niedrigschwellige Testungen, etwa im beruflichen Kontext (point of care-Diagnostik), im Sinne einer Vortestung erfolgen soll.

### **Antigen-Tests**

- dienen der Feststellung akuter Infektionen
- weisen mittels spezifischer Antikörper das Virus direkt nach (keine Vervielfältigung des Virus vorab erforderlich)

Daher erfolgt der Virus-Nachweis schneller als bei den PCR-Verfahren, das Ergebnis liegt in weniger als einer halben Stunde vor.

Für die aktuell verfügbaren Antigentests ist ein Nasen- Rachenabstrich erforderlich, der direkt verarbeitet wird.

Daher soll eine **professionelle Entnahme unter persönlicher Schutzausrüstung** erfolgen.

Eine Anwendung durch Laien ist derzeit nicht möglich.

Aufgrund der geringeren Sensitivität und Spezifität von Antigen-Tests ist der Einsatz dieser Tests nur unter bestimmten Voraussetzungen eine sinnvolle Ergänzung zu anderen Maßnahmen.

Damit ein Antigen-Test ein positives Ergebnis anzeigt, ist im Vergleich zur PCR-Testung eine größere Virusmenge notwendig (niedrigere Sensitivität).

**Ein negatives Antigen-Testergebnis schließt die Möglichkeit einer Infektion mit SARS-CoV-2 nicht aus.**

Deshalb soll die Anwendung nur bei Personen erfolgen, bei denen ein falsch negatives Ergebnis nicht zu schwerwiegenden Konsequenzen führt (z.B. ein nicht erkannter Eintrag einer Infektion bei Aufnahme in einem Krankenhaus).

Derzeit ist **bei positiven Antigen-Test-Ergebnissen eine PCR-Bestätigung** erforderlich.

### **Anwendung von Antigen-Tests**

Unter Berücksichtigung der Limitationen, die sich aus der geringeren Sensitivität und Spezifität ergeben, können Antigen-Tests als Vortestung in Situationen, in denen sich kein COVID-19-Fall in einer Einrichtung befindet und kein Kontakt zu einem nachgewiesenermaßen Infizierten bestand, Anwendung finden.

Voraussetzung für die Anwendung von Antigen-Tests ist,

- dass eine sachgerechte Durchführung der Abstriche erfolgt. Dies beinhaltet z.B. eine Schulung zur Durchführung in Pflegeheimen.
- dass in bestimmten Einrichtungen ein Testkonzept vorgelegt wird.
- dass entsprechende Validierungsberichte und Leistungsdaten zu den Tests vorliegen und dass die Tests in der **Liste der Antigen-Tests gem. § 1 Abs. 1 Satz 1 TestV** aufgenommen wurden:

[https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antigentests/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antigentests/_node.html)

Pflegeeinrichtungen wurden gesondert über mögliche Anwendungen von Antigen-Tests informiert.

Unter Berücksichtigung der Limitationen empfiehlt das MSGJFS Antigen-Tests in Pflegeeinrichtungen folgendermaßen anzuwenden:

1. Regelmäßiges 1-2 wöchentliches Personal-Screening als Vortestung in Situationen, in denen sich kein COVID-19-Fall in der Einrichtung befindet und kein Kontakt zu einem nachgewiesenermaßen Infizierten bestand.
2. Stichprobenartiges Testen von Bewohnern in Situationen, in denen sich kein COVID-19-Fall in der Einrichtung befindet und kein Kontakt zu einem nachgewiesenermaßen Infizierten bestand.
3. Testen von Besuchern in Situationen, in denen eine Überschreitung der 7-Tage-Inzidenz > 50/ 100.000 vorliegt.

**Basierend auf dieser Empfehlung wurde ein Muster-Testkonzept für Pflegeeinrichtungen erstellt.**

**Im Fokus der Testung mittels Antigen-Tests in Pflegeeinrichtungen steht die regelmäßige Untersuchung von Personal, da dieses der Haupteinträger für SARS-CoV2-Infektionen in Einrichtungen ist.**

**Auch vor dem Hintergrund der knappen Versorgungslage mit Antigen-Tests muss die Anwendung sehr gezielt in dieser wichtigen Personengruppe zum Einsatz kommen.**

Das MSGJFS hat den Vorstand des Landespflegeausschusses, die Trägerverbände, die (nicht verbandlich organisierten) stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, die Anbieter von Unterstützungsangeboten im Alltag und von EGH-Angeboten, die Pflegestützpunkte und weitere Beratungsangebote sowie die Aufsichtsbehörden nach SbStG und das LAsD mit einem ersten Schreiben vom 19.10.2020 über die praktische Umsetzung der Antigen-Tests nach der neuen Corona-Testverordnung des Bundes in Schleswig-Holstein informiert (Anlage). Zur weiteren Unterstützung der Einrichtungen/Angebote hat das MSGJFS ein Muster-Testkonzept zur Vorlage bei den örtlich zuständigen Gesundheitsämtern erarbeitet und am 26./27.10.2020 den vorstehenden Akteuren zur Verfügung gestellt. Informations-schreiben sowie Muster-Testkonzept finden sich auch auf der Website des Landes sowie des LAsD.

Pflegeeinrichtungen (vollstationär und Tagespflege) sowie Gruppenangebote als Unterstützungsangebote im Alltag sollen ihre Hygienepläne auf Basis von angepassten Handreichungen des Landes um die COVID-19-spezifischen-Inhalte ergänzen und bilden die zur Minimierung des Übertragungsrisikos erforderlichen Maßnahmen (Besuchskonzept etc.) dort ab. Die Handlungsempfehlung als Mindestvorgaben für Besuche in stationären Einrichtungen der Pflege werden überarbeitet und befinden sich derzeit in Abstimmung. Vorgesehen ist die Reduzierung der Anzahl von Besucher\*innen von einzelnen Bewohner\*innen zum selben Zeitpunkt (= max. 2 Besucher\*innen pro Bewohner\*in).

## **Zu II. Maßnahmenplan bei Überschreiten einer kritischen 7-Tage-Inzidenz**

Die jeweils örtlich zuständigen Gesundheitsämter informieren das MSGJFS über besondere Infektionsgeschehen in ihrem Zuständigkeitsbereich.

Die entsprechenden Erlasse greifen derzeit allerdings aufgrund der verschärften Neufassung der Corona-BekämpfungsVO nicht. Hier sind weitergehende Regelungen bis zum 29.11.2020 festgeschrieben.

## **Zu III. Maßnahmenpläne für Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 IfSG wurden durch das MBWK in Zusammenarbeit mit dem MSGJFS erstellt.**

Das Land Schleswig-Holstein sieht gemäß ministeriellem „Rahmenkonzept Schuljahr 2020/21: Ein Schuljahr im Corona-Regelbetrieb“ eine Rückkehr aller Schularten zum normalen Unterrichtsbetrieb vor. Es soll ohne Abstandsregelungen innerhalb bestimmter Kohorten unter Beachtung der Hygienevorschriften gemäß Stundentafel unterrichtet werden. Um im Falle eines Ansteigens der Infektionszahlen reaktionsfähig zu sein, besteht für Schulen und Bildungsverwaltung ein Plan für die Schulorganisation, der vom Regelbetrieb unter Pandemie-Bedingungen bis zur Möglichkeit der Schulschließung reicht. Es gelten folgende Prämissen:

- Grundsätzlich liegt es in der Zuständigkeit des jeweiligen Gesundheitsamtes, eine Bewertung der konkreten Situation vorzunehmen und die jeweils erforderlichen Maßnahmen [für die Schule/n] daraus abzuleiten.
- Es werden keine rein vorsorglichen kompletten Schulschließungen erfolgen. Es wird jeweils anlassbezogen geprüft werden, welche Maßnahmen für welche Lehrkräfte / Schüler/innen / Kohorten / Jahrgänge / Schule/n zu ergreifen sind.
- Leitziel ist die Erteilung von einem Maximum an Präsenzunterricht für ein Maximum an Schüler/innen ...
- ...bei gleichzeitiger Sicherstellung von sicheren Arbeitsbedingungen und angemessenem Schutz vor Ansteckung für alle an Schule Beteiligten.

## **Hygienepläne für Gemeinschaftseinrichtungen nach § 36 IfSG**

Gemeinschaftseinrichtungen sind gemäß § 36 verpflichtet, einrichtungsspezifische Hygienepläne zu erstellen, in denen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festgelegt werden. Damit wird das Ziel verfolgt, die Übertragung von Infektionserkrankungen bestmöglich zu verhindern. KiTas und Schulen ergänzen ihre Hygienepläne auf Basis von Handreichungen des Landes um die COVID-19-spezifische-Inhalte und bilden die zur Minimierung des Übertragungsrisikos erforderlichen Maßnahmen dort ab.

## **Handreichung für Eltern bei Auftreten von respiratorischen Symptomen**

Zum Verhalten beim Auftreten von respiratorischen Symptomen hat das MSGJFS in Abstimmung mit dem MBWK eine Handreichung für Eltern erstellt, in der das Vorgehen leicht nachvollziehbar abgebildet ist. Die Handreichung wurde am 27.08.2020 in aktualisierter Fassung bekannt gegeben.

### **Empfehlung zur Lufthygiene**

Vor dem Hintergrund der Aerosolthematik wurde in Abstimmung mit dem MBWK eine Empfehlung zur Lufthygiene in Unterrichtsräumen in Schulen erarbeitet.

Diese berücksichtigt auch den Einsatz von Lüftungsampeln/ CO<sub>2</sub>-Sensoren und gibt Hinweise zum Einsatz mobiler Raumlufthereiniger.

Der Einsatz mobiler Raumlufthereiniger ist als ergänzende Maßnahme unter der Voraussetzung denkbar, dass diese **durch einen Sachverständigen** ausgewählt, korrekt positioniert, auf die örtlichen Umgebungsbedingungen eingestellt und regelmäßig überprüft werden

Fachliche Basis sind die Empfehlungen des Umweltbundesamtes.

### **Zu IV. personelle Verstärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst**

Für den „**Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst**“ für den ÖGD stellt der Bund insgesamt 4 Mrd Euro zur Verfügung. Diese Mittel sollen für Maßnahmen in den Bereichen Personal, Digitalisierung, allgemeine Steigerung der Attraktivität des ÖGD, Umsetzung der wachsenden Anforderungen aus internationalen Vorschriften zur Gesundheitssicherheit sowie für strukturelle Maßnahmen verwendet werden.

3,1 Mrd Euro werden den Ländern für Personalmaßnahmen im ÖGD sowie für Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Tätigkeit im ÖGD zur Verfügung gestellt. Auf Schleswig-Holstein entfallen rund 105 Mio Euro verteilt auf die Haushaltsjahre 2021 bis 2026:

2021	6,81 Mio
2022	11,92 Mio
2023	17,03 Mio
2024	20,43 Mio
2025	23,84 Mio
2026	25,54 Mio

Aus den Mitteln sind vor allem neue Personalstellen im ÖGD zu schaffen. Für SH sollen danach 170 Stellen besetzt werden; ca. 51 Stellen bis Ende 2021 und 119 Stellen bis Ende 2022. Die Stellen sollen überwiegend („grundsätzlich 90%“) in den Gesundheitsämtern angesiedelt werden. Weitere Stellen können auf Landesstellen bzw. in Landesbehörden geschaffen werden.

Nähere Abstimmungen erfolgen zwischen Land und den Kreisen und kreisfreien Städten.

Die personelle Verstärkung im ÖGD zielt aktuell im Wesentlichen auf die Sicherstellung der Kontaktpersonennachverfolgung im Rahmen der COVID-19-Pandemie.

Zur Unterstützung der Aufgaben des ÖGD erfolgte durch den MDK eine Vermittlung von Mitarbeitern mit pflegerischer und ärztlicher Qualifikation. Dies soll – trotz der Verpflichtung des MDK zur Wahrnehmung seiner sonstigen gesetzlichen Aufgaben – weiterhin ermöglicht werden. Daher hat SH eine Bundesratsinitiative für ein Gesetz zur Erweiterung der Aufgaben des MDK für diesen Bereich auf den Weg gebracht. Diese hat zu einer Berücksichtigung im aktuellen Gesetzentwurf des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite geführt.

#### **Zu V. Die klinischen Behandlungskapazitäten, inkl. Krankenhausampel, werden weiterhin sichergestellt.**

In Schleswig-Holstein ist die Zahl der verfügbaren Beatmungsplätze zwischen dem 01. März und der 22. KW (13. bis 29. Mai) von 582 auf 1.092 gestiegen und damit um rund 87% erweitert worden. Zusätzlich können erforderlichenfalls weitere Beatmungskapazitäten aktiviert werden (z. B. in Aufwächerräumen, OPS und IMC-Stationen).

Im regelhaften Krankenhausbetrieb werden dauerhaft Beatmungskapazitäten in der Größenordnung von 25% freigehalten, um bei ansteigenden Infektionszahlen schnell eine adäquate Therapie sicherstellen zu können. Von den 25 % sind 15% ständig freizuhalten und weitere 10% innerhalb von 24 Stunden bereit zu stellen. In Abhängigkeit von der Inzidenz der Erkrankungen können erforderlichenfalls weitere Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden. Hierzu wurde ein Ampelsystem für Intensivkapazitäten etabliert, das eine Reaktion auf das aktuelle Infektionsgeschehen beinhaltet. Die Ampelphasen werden durch den o.g. Parameter der 7-Tage-Inzidenz und die aktuelle Gesamtauslastung der stationären Versorgung von COVID-19-Fällen beeinflusst.

#### **Zu VI. Laborkapazitäten**

Inzwischen können in Schleswig-Holstein bis zu **55.000 PCR-Tests pro Woche** ausgewertet werden. Damit arbeiten die Labore jedoch oberhalb der technischen und personellen Belastungsgrenze. Das RKI hat die Empfehlungen zur Testung symptomatischer Personen angepasst, um auch eine Überlastung von Arztpraxen etc. zu verhindern. Die Anpassung basiert auf der nationalen Teststrategie und den zu erwartenden saisonalen Veränderungen der Symptommhäufigkeit. Um die Kapazitäten für medizinisch indizierte Testungen aufrecht zu erhalten, dürfen daher keine anlasslosen Tests durchgeführt werden. Nur PCR-Tests, welche laut **nationaler Teststrategie den Kategorie 1 und 2 zuzuordnen** sind, sollten aktuell vorgenommen werden. Hierzu hat die KVSH bereits die Niedergelassenen informiert. Auch der Fachöffentlichkeit wurde dies mitgeteilt.

#### **Zu VII. Überwachung im ambulanten Monitoring**

Jede Person, bei der in Schleswig-Holstein eine Infektion mit SARS-CoV-2 festgestellt wurde, wird in das ambulante Monitoring aufgenommen. Hierfür übermitteln die Gesundheitsämter der KVSH die Daten aller Infizierten. Diese werden dann Hausärztinnen und Hausärzten zur Betreuung zugewiesen. Um die Leistungsfähigkeit des ambulanten Monitorings sicherzustellen und als Anpassung auf neuere medizinische Erkenntnisse

werden Infizierte die jünger als 50 Jahre sind, nun nur noch einmal täglich angerufen. Infizierte mit relevanten Vorerkrankungen oder einem Alter von mehr als 50, werden weiterhin zweimal täglich angerufen. Aktuell befindet sich ein Großteil der in den vergangenen zwei Wochen positiv Getesteten noch im ambulanten Monitoring. Damit sind aktuell rund **1250** Personen zu betreuen.

Anlage:

1.

Ergänzend zu den aktualisierten Testkriterien für symptomatische Personen hat das **RKI ein aktualisiertes Flusschema zu „COVID-19-Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen“** veröffentlicht:

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Massnahmen\\_Verdachtsfall\\_Infografik\\_Tab.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Massnahmen_Verdachtsfall_Infografik_Tab.html)

Dort sind die Testkriterien folgendermaßen dargestellt:

1. Schwere respiratorische Symptome (z. B. akute Bronchitis, Pneumonie, Atemnot oder Fieber)

ODER

2. Störung des Geruchs- und Geschmackssinns

ODER

3. Symptome und Kontakt (KP1) mit einem bestätigten COVID-19-Fall ► Verdachtsfall meldepflichtig!

ODER

4. Verschlechterung des klinischen Bildes nach anhaltenden akuten respiratorischen Symptomen

ODER

5. Akute respiratorische Symptome jeder Schwere  
UND

► Zugehörigkeit zu Risikogruppe ODER

► Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis, Krankenhaus ODER

► nach Exposition, bspw. Veranstaltungen mit unzureichender Einhaltung der AHA+L-Regeln ODER

► Kontakt zu Personen mit akuter respiratorischer Erkrankung (im Haushalt oder Cluster ungeklärter Ursache UND 7-Tages Inzidenz > 35/100.000) ODER

► während Symptomatik Kontakt zu vielen Personen

ODER

► weiterhin (prospektiv) enger Kontakt zu vielen Personen oder Risikopatienten

2.

Für die Herbst- und Wintersaison hat das RKI die [Empfehlungen zur Testung symptomatischer Personen auf SARS-CoV2 angepasst](#), um eine Überlastung von Arztpraxen, Eltern, Betreuungseinrichtungen etc. zu verhindern.

Die Anpassung basiert auf der [nationalen Teststrategie](#) und den zu erwartenden saisonalen Veränderungen der **Symptomhäufigkeit**, insbesondere von akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE).

Bei den Kriterien für die Testindikation werden drei Kategorien unterschieden:

1. Vulnerabilität der betroffenen Person oder deren Kontaktpersonen;

2. die klinische Symptomatik;

3. die Expositionswahrscheinlichkeit einmal individuell und dann grundsätzlich basierend auf der Häufigkeit von COVID-19 Fällen in der Region

1. Vulnerabilität der betroffenen Personen:

○ erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf

○ Enger Kontakt zu vulnerablen Gruppen/Risikogruppen (bspw. Familie, Beruf, Schule)

2. Klinische Symptomatik:

- ARE: klinische Symptome wie Husten, Schnupfen, mit oder ohne Fieber (> 38°C) (10)
- Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns (Hypo- oder Anosmie bzw. Hypo- oder Ageusie)

3. Expositionswahrscheinlichkeit:

- Kontakt zu nachgewiesenen COVID-19 Fällen
- Kontakt im Haushalt oder zu einem Cluster von Personen mit akuter ARE ungeklärter Ursache
- Link zu einem bekannten Ausbruchsgeschehen
- Rückkehr aus einem Risikogebiet oder Gebiet mit hoher lokaler Inzidenz (> 35/100.000)
- weiterhin enger Kontakt zu vielen Menschen