



**Motiv Mensch**

Sozialen Wandel gestalten

Rheinisch-Bergischer



Kreis



Verfasser: Rheinisch-Bergischer Kreis  
Amt für Soziales und Inklusion  
Andrea May, Samuel Lüdemann und Annika Möller

Stand: September 2020

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>1 Begriffsklärung</b>	<b>4</b>
1.1 Pandemie	4
1.2 Pandemie-Plan	5
<b>2 Hintergrund: Pandemie-Konzept in stationären Einrichtungen</b>	<b>5</b>
<b>3 Inhalte und Maßnahmen der Pandemie-Planung</b>	<b>6</b>
3.1 Proaktive und vorbereitende Maßnahmen	7
3.1.1 Einrichtung eines Krisenstab	7
3.1.2 Vorsorge- und Notfallplanung der Bewohnerinnen und Bewohner	8
3.1.3 Vorbereitende Maßnahmen des Ausbruchsmanagements	10
3.1.4 Interne und externe Kommunikation	10
3.1.5 Personalmanagement	11
3.1.6 Materialvorrat und Materialbeschaffung	12
3.2 Maßnahmen im Pandemiefall	13
3.2.1 Ausbruchsmanagement	14
3.2.2 Erweiterte Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen	15
3.2.3 Neuaufnahme oder Verlegungen	16
3.2.4 Einsatz ehrenamtlicher Kräfte	16
3.2.5 Tagesstrukturierende Angebote / Freizeitangebote	17
3.2.6 Besucherregelungen bzw. Zugangsregelungen extern	17
3.2.7 Hauswirtschaft: Verpflegung, Wäsche und Abfall	19
3.2.8 Organisation externer Versorgung	19
3.2.9 Umgang mit Verstorbenen	20
3.3 Maßnahmen nach Pandemie	20
3.3.1 Rückkehr zum normalen Betrieb	20
3.3.2 Evaluierung und Abschlussdokumentation	20
<b>4 Anlagen</b>	<b>21</b>
4.1 Checkliste Pandemie-Plan / Kriseninterventionsplan / Ausbruchsmanagement	21
4.2 Schaubild: Inhalte eines Pandemie-Plans	26

## Vorwort

Mit diesem Konzept wird ein programmatischer Handlungsrahmen und eine Zielsetzung für die Epidemie- oder Pandemie-Planung von stationären Einrichtungen im Rheinisch-Bergischen Kreis erstellt. Das Konzept ist in diesem Sinne ein Werkzeug, ein Bauplan für die qualitative Prüfung der Planungen durch die zuständige Behörde (WTG) sowie eine Unterstützung für die Planerstellung durch die Einrichtungen.

Die nachfolgenden Ausführungen dienen der Orientierung und sind nicht als abschließend zu verstehen. Es richtet sich neben den klassischen stationären Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe auch an anbieterverantwortete Wohngemeinschaften, solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Tagespflegen. Da jede Einrichtung ihre eigene spezifische Struktur und Organisation hat, sind nachfolgende Aussagen zu Maßnahmen und Handlungsfeldern immer auf ihre Umsetzbar- und Notwendigkeit zu prüfen. Klassische vollstationäre Einrichtungsarten haben andere Voraussetzungen als beispielsweise teilstationäre (z. B. Tagespflege) oder temporäre (z. B. Kurzzeitpflege) Versorgungsformen.

Der im Folgenden konzeptionell beschriebene Umgang mit einer pandemischen Lage ist auch bei epidemischen Lagen anzuwenden. Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wurde die Pandemie als Szenario zugrunde gelegt.

## 1 Begriffsklärung

### 1.1 Pandemie

Als *Pandemie* wird eine Infektionskrankheit bezeichnet, die sich zeitlich begrenzt aber nicht lokal begrenzt über fast die gesamte Erde ausdehnt. Im Gegensatz dazu ist die *Epidemie* nicht nur zeitlich, sondern auch lokal begrenzt, während die *Endemie* nur lokal begrenzt ist, aber über lange Zeiträume auftritt.

Eine Pandemie ist demnach eine weltweite Epidemie. Dabei tritt eine Infektionskrankheit über einen begrenzten Zeitraum stark gehäuft auf. Während eine Epidemie sich auf einzelnen Regionen beschränkt, breitet sich eine Pandemie über Ländergrenzen und Kontinente hinweg aus. Aktuelles Beispiel ist die Covid-19-Pandemie.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Robert Koch Institut: Was ist eine Pandemie?. URL: <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Pandemie/FAQ18.html> [Zugriff: 07.05.2020].

## 1.2 Pandemie-Plan

Ein Pandemie-Plan ist eine vorausgeplante und dokumentierte Strategie, die dabei helfen soll, die Aufrechterhaltung des Betriebs von Einrichtungen sicherzustellen, falls im Land bzw. in der eigenen Einrichtung eine weitverbreitete und infektiöse Krankheitswelle ausbricht. Ziel einer Pandemie-Planung muss sein, die benötigten Mittel und (Personal-) Ressourcen so effektiv wie möglich vorauszuplanen und einzusetzen.

Allgemeine Ziele der Pandemieplanung sind beispielsweise<sup>2</sup>:

- Verlangsamung der Ausbreitung der Infektionskrankheit
- Verringerung der Erkrankungs- und Sterberaten in der Bevölkerung
- Sicherstellung der Versorgung erkrankter Personen
- Aufrechterhaltung essentieller öffentlicher Dienstleistungen
- Sicherstellung der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen mit lebenswichtigen Produkten und Dienstleistungen
- Aufrechterhaltung der Infrastruktur und von Sicherheit und Ordnung
- Beschränkung des Schadens für die Volkswirtschaft durch geordnete Maßnahmen zur Aufrechterhaltung von Minimalfunktionen
- Zuverlässige, aktuelle und umfassende Information von Entscheidungsträgern und der Bevölkerung über die Pandemie und ihre Folgen

## 2 Hintergrund: Pandemie-Konzept in stationären Einrichtungen

Im Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) wird in § 36 (Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen) folgendes geregelt:

„(1) Folgende Einrichtungen und Unternehmen müssen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt: (...)  
2. (...) voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen, (...)“ (§36 IfSG)

Um durch geeignete präventive Maßnahmen das Auftreten von infektiösen Erkrankungen zu verhindern bzw. die Weiterverbreitung der Erkrankung zu vermeiden, werden in den vollstationären Dauer-

---

<sup>2</sup> Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2010): Handbuch Pandemieplanung. URL: [https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen\\_a\\_z/biologisch/pandemieplanung/handbuch-betriebl\\_pandemieplanung.pdf](https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/biologisch/pandemieplanung/handbuch-betriebl_pandemieplanung.pdf) [Zugriff: 07.05.2020].

und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie in den besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderungen im Rahmen des Hygienemanagements besondere Pandemie-Pläne / Kriseninterventionspläne vorgehalten.

Zusätzlich sind die gesetzlichen bzw. verordnungsrechtlichen Bestimmungen zeitnah umzusetzen. Sie tragen dazu bei, lebensbedrohliche Infektionslagen zu vermeiden und deren Auswirkungen zu minimieren. Notwendige Gegensteuerungsmaßnahmen gewährleisten ergänzend eine nachhaltige Qualitätsentwicklung in den Einrichtungen und sollen helfen, entsprechenden medizinischen Gefährdungslagen auch in Zukunft frühzeitig effektiv begegnen zu können.

Die Einrichtungen und Dienste werden hierbei von der WTG-Behörde begleitet, beraten und unterstützt. Zum gesetzlichen Prüfungsauftrag der WTG-Behörde gehören Maßnahmen zur Umsetzung der gemeinsamen Zielsetzung der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung und die Abwendung möglicher Gefährdungslagen. Eine entsprechende Maßnahme ist die Erstellung und Fortschreibung von Pandemie-Plänen bzw. Kriseninterventionsplänen (siehe Kapitel *Ausbruchmanagement*).

### 3 Inhalte und Maßnahmen der Pandemie-Planung

Die Erstellung eines Pandemie-Plans umfasst diverse Arbeitsbereiche der Einrichtungen. Die im laufenden Betrieb vorhandenen Bereiche müssen im Falle einer Pandemie schnell reagieren und die Inhalte und Maßnahmen des Pandemie-Plans umsetzen. Neben den Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen können organisatorische Maßnahmen entscheidend dazu beitragen, dass die Infektionskrankheit nicht in die Einrichtung hineingetragen und ggf. innerhalb der Einrichtung weiterverbreitet wird.

Das Robert Koch-Institut (RKI) ist die nationale Behörde zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen.<sup>3</sup> Sein Zuständigkeitsbereich und seine Aufgaben sind im Infektionsschutzgesetz geregelt. Zu den Aufgaben des Instituts gehört unter anderem die Erstellung von Richtlinien, Empfehlungen, Merkblättern und sonstigen Informationen im Zusammenhang mit der Vorbeugung, Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von übertragbaren Krankheiten. Das RKI ist dementsprechend die Institution, über das die Behörden als auch die Träger und Einrichtungen wichtige Informationen über eine pandemische Lage beziehen.

Folgende Handlungsfelder werden als Inhalte und Maßnahmen eines Pandemie-Plans empfohlen. Jedoch muss beachtet werden, dass jede Pandemie unterschiedliche Ausprägungen hat und die Handlungsfelder entsprechend angepasst werden müssen. Generell gilt es, die vorhandenen Rege-

---

<sup>3</sup> IfSG §4 Aufgaben des Robert Koch-Instituts. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/\\_4.html](https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_4.html) [Zugriff: 11.05.2020]

lungen, Arbeitsabläufe und Strukturen stets an die jeweils gültigen bundes- oder landesweiten Richtlinien und gesetzlichen Grundlagen anzupassen (siehe Robert Koch-Institut). Ergänzend sind die Maßnahmen ebenfalls an das jeweilige Infektionsgeschehen (Art der Infektion) anzupassen. Kern des Plans ist eine transparente Strukturierung und klare Zuordnung der Verantwortlichkeiten sowie die Gestaltung der einzelnen Teilprozesse. Hierzu gehört auch eine konsequente Dokumentation des Gesamtprozesses (Pandemie-Plan) sowie seiner Teile (Arbeitsbereiche / Handlungsfelder).

Wichtig ist zudem die interne Abstimmung, wann der Pandemie-Plan in Kraft tritt und wann die Umsetzung des Pandemie-Plans wieder aufgehoben wird.

Im Folgenden wird unterteilt zwischen der proaktiven bzw. vorbereitenden Phase, der Pandemie-Phase sowie der Zeit nach einer pandemischen Lage. In der Praxis laufen diese Phasen nicht immer nacheinander, sondern zum Teil auch gleichzeitig ab, ebenso kann – unter Berücksichtigung der jeweiligen einrichtungsspezifischen Bedingungen – die Reihenfolge variieren.

### 3.1 Proaktive und vorbereitende Maßnahmen

In der proaktiven Phase der Pandemie-Planung werden wesentliche organisatorische Maßnahmen zur Vorbereitung auf ein mögliches Ausbruchsgeschehen getroffen. Vorgehen, Prozesse und Strukturen werden innerhalb der Einrichtung sowie mit wichtigen Kooperationspartnern abgestimmt und festgelegt. Die Strukturen, Zuständigkeiten und Abläufe sind dokumentiert und allen Mitarbeitenden und Beteiligten bekannt, um im Falle des Ausbruchs einer Pandemie (siehe Kapitel *Maßnahmen im Pandemiefall*) reagieren zu können. Die hier beschriebenen Maßnahmen werden im Vorfeld abgestimmt und so weit wie möglich umgesetzt. Sie bilden die Grundlagen für die Maßnahmenenergreifung im Pandemiefall.

#### 3.1.1 Einrichtung eines Krisenstab

In Pandemie-Zeiten ist die Einrichtung eines Krisenstabs in der jeweiligen Einrichtung zu empfehlen. Die Zusammensetzung des Krisenstabs richtet nach der Größe der Einrichtung und nach den vorhandenen Strukturen. Mitglieder sollten folgende Personen sein, um ein ganzheitliche Vorbereitung und Umsetzung des Pandemieplans zu gewährleisten: Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung, Bereichsleitungen oder Wohngruppenleitungen, Hauswirtschaftsleitung, Haustechnikleitung, Hygienefachkraft und Leitung des Soziales Dienstes. Zudem ist die Festlegung einer / eines Pandemieverantwortlichen sinnvoll, der den einrichtungsinternen Plan federführend erstellt, regelmäßig überprüft und aktualisiert sowie Prozesse dokumentiert. Der Pandemieverantwortliche ist den zuständigen Behörden (Gesundheitsamt und WTG-Behörde) als Ansprechperson zu benennen.

Die Beteiligung aller Einrichtungsbereiche ist wichtig, um die Umsetzung von Maßnahmen zielgerichtet durchführen und kontrollieren zu können. Jede Fachbereichsleitung hat zur Aufgabe, die ihr

unterstehenden Mitarbeitenden auf die Umsetzung aller Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie-Lage im entsprechenden Arbeitsbereich zu kontrollieren (Einhaltung von Hygiene- und sonstigen Schutzmaßnahmen). Weitere Aufgaben der Krisenstabsmitglieder können beispielsweise sein:

- **Einrichtungsleitung:** Externe Kommunikation mit der Stadt / Gemeinde, dem Kreis und den örtlich zuständigen Behörden sowie mit der örtlichen Presse; Umsetzung der Verordnungen, Allgemeinverfügungen oder sonstiger gesetzlichen Bestimmungen rund um die Pandemiesituation.
- **Pflegedienstleitung:** Koordinierung des Arbeitseinsatzes; aktives Monitoring des Personals, um Übertragungswege zu minimieren; Überprüfung des Arbeitsschutzes der Pflegefachkräfte, Ausstattung dieser mit Persönlicher Schutzausrüstung (PSA).
- **Bereichsleitung / Wohngruppenleitung:** Erarbeitung von Konzepten zur Umsetzung von Isolationsbereichen; Erarbeitung von Möglichkeiten zur Umsetzung angeordneter Quarantäne einer Bewohnerin oder eines Bewohners.
- **Hauswirtschaftsleitung:** Lebensmittelversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in der kontaktarmen Pandemie-Zeit; Konzepte zur kontaktlosen Gebäudereinigung.
- **Haustechnikleitung:** Unterstützung bei der Eruiierung von Besuchsalternativen durch den Einsatz technischer Ressourcen oder Umbau vorhandener Räumlichkeiten; Prüfung der Nutzung des Internets und mobiler Endgeräte durch die Bewohnerinnen und Bewohner.
- **Hygienefachkraft:** Überprüfung des Hygieneplans und Abgleich mit neu entwickelten Hygiene-Empfehlungen; Unterstützung der anderen Bereiche in Hygiene-Fragen und bei der Umsetzung von Schutzmaßnahmen.
- **Leitung Sozialer Dienst:** Ehrenamtskoordination, Besuchskoordination, Koordination der Freizeitgestaltung und Angebote im Rahmen der Pandemiesituation.

### 3.1.2 Vorsorge- und Notfallplanung der Bewohnerinnen und Bewohner

Bereits im Vorfeld einer Pandemie oder des Ausbruchs eines sonstigen Infektionsgeschehens sollten vorbereitende Maßnahmen für die Bewohnerinnen und Bewohner getroffen und vorhandene Dokumente sicher hinterlegt werden (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht etc.). Schon für den Regelbetrieb der Einrichtungen der Pflege, Eingliederungshilfe oder anbieterverantworteten Wohngemeinschaft empfiehlt es sich, dass jede Bewohnerin und jeder Bewohner eine gesundheitliche Versorgungsplanung für den Notfall erarbeitet hat und diese dokumentiert wird.

Das Ziel der gesundheitlichen Versorgungsplanung für den Notfall und die letzte Lebensphase ist, Leitlinien für medizinisch-pflegerische Abläufe, das Ausmaß, die Intensität, Möglichkeiten und die Grenzen medizinischer Eingriffe sowie palliativ-medizinischer und palliativ-pflegerischer Maßnah-



men in der letzten Lebensphase zu entwickeln – stets bezogen auf die jeweilige individuelle Situation. Entsprechende Festlegungen können insbesondere im Rahmen von Patientenverfügungen getroffen werden.

Persönliche Verfügungen kann jeder Mensch erstellen solange er es freiwillig und im vollen Besitz seiner geistigen Kräfte tut – eine Beglaubigung durch einen Notar ist nicht notwendig. Für lebensältere oder kranke Menschen sind die Beratung, die rechtskonforme Dokumentation sowie die regelmäßige Aktualisierung über den Hausarzt oder anderweitig qualifiziertes Personal sinnvoll. Auf diesem Weg kann der Gesundheitszustand, der freie Wille, bestätigt werden; die Gültigkeit der Verfügung ist damit für den Notfall nachdrücklich bewiesen.

Neben der persönlichen Erstellung sowie der Beratung und Dokumentation durch den Hausarzt – das sind die gängigsten Wege – können insbesondere für stationäre Einrichtungen qualifizierte Vereine (im Bereich Palliativ-Pflege oder Betreuungsrecht) oder geschulte Einzelpersonen als Kooperationspartner in Frage kommen, die zusammen mit Bewohnerinnen und Bewohnern persönliche Verfügungen erarbeiten. Um im Notfall eine gültige Verfügung vorliegen zu haben, gilt es, bestimmte Kriterien zu beachten (z. B. handschriftliche Unterschrift). Nicht jede von einer Person niedergeschriebene Anweisung kann im Krankheitsfall aus rechtlicher Sicht entsprechend berücksichtigt werden, daher ist die Kooperation mit qualifiziertem Fachpersonal sinnvoll. Möglich ist es zudem, eigenes Personal zu schulen und interne Beratungsstrukturen aufzubauen. Auf diesem Weg hält die Einrichtung eine eigene Fachkompetenz vor (Nachhaltigkeit; Qualitätssicherung).

An dieser Stelle wird auf das Projekt „BVP – Behandlung im Voraus planen“ (auch „Advance Care Planning“ genannt) verwiesen.<sup>4</sup> Das Projekt bietet auf Grundlage des Hospiz- und Palliativgesetzes eine umfassende gesundheitliche Vorausplanung der Behandlung mithilfe eines qualifizierten Gesprächsbegleiters. Beratungen durch qualifizierte Fachkräfte können mit der Krankenkasse (§132g SGB V) abgerechnet werden. Das Angebot richtet sich vorerst nur an zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne § 43 SGB XI und an Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Dazu werden Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen geschult (z. B. eigenes Personal der Einrichtung), die Gespräche zur Vorausplanung in der jeweiligen Einrichtungen in Kooperation mit dem Hausarzt anbieten und durchführen.

Ein Konzept für den Umgang mit persönlichen Verfügungen von Bewohnerinnen bzw. Bewohnern sollte in jeder Einrichtung vorliegen – hier ist die Klärung von Zuständigkeiten sowie die Art der Dokumentation und regelmäßiger Aktualisierung festzuhalten (z. B. Absprachen mit Hausärzten, qualifizierten Einzelpersonen / Vereinen oder interne Fortbildungen). So kann im Ernstfall – z. B. im Erkrankungsfall aufgrund einer pandemischen Lage – eine verlässliche Behandlung erfolgen, die sich am Willen der/des Betroffenen orientiert. Der Zugriff auf persönliche Verfügungen erleichtert

---

<sup>4</sup> Deutsche interprofessionelle Vereinigung - Behandlung im Voraus planen e.V. (DiV-BVP). URL: <https://www.div-bvp.de/> [Zugriff: 25.05.2020]

das Treffen von Entscheidungen in Krisensituation zum einen für die Angehörigen, aber auch für die Pflege- oder Betreuungskräfte sowie die behandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte.

Da es keine Verpflichtung für die Bewohnerinnen und Bewohner sowie für die stationären Einrichtungen gibt, persönliche Verfügungen vorzuhalten, ist es eine freiwillige Maßnahme – die Einrichtungen sind auf die Kooperation der Betroffenen angewiesen. Nicht jeder Mensch möchte sich Gedanken über mögliche zukünftige medizinische Situationen machen bzw. Entscheidungen für die eigene Zukunft treffen. Diesen Willen gilt es zu respektieren und entsprechend zu dokumentieren. Grundsätzlich empfiehlt sich, jeder Bewohnerinnen bzw. jedem Bewohnern regelmäßig anzubieten, persönliche Verfügungen über die oben genannten Wege festzuhalten. Das Angebot sollte wiederholt erfolgen, auch wenn es früher einmal abgelehnt wurde. Bereits vorliegende Verfügungen sollten für den Erhalt der Gültigkeit im Zweijahresrhythmus überarbeitet und aktualisiert werden. Auch die Unterschrift sollten dann erneuert werden.

### 3.1.3 Vorbereitende Maßnahmen des Ausbruchsmanagements

Im Sinne der vorbereitenden Maßnahmen werden auffällige Infektionsereignisse, die auf einen epidemischen Zusammenhang nosokomialer Infektionen hinweisen können, vorab definiert und als sogenannte Auslöseereignisse für das Ausbruchsmanagement festgelegt. Der rechtzeitigen Erkennung eines Auslöseereignisses kommt entscheidende Bedeutung zu. Neben bestimmten Infektionen können auch auffällige mikrobiologische Befunde bei Patienten oder auffällige Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen ein Auslöseereignis im Rahmen des Ausbruchsmanagements sein. Beispiele für solche Auslöseereignisse werden durch das RKI genannt<sup>5</sup>. Das erste Vorgehen nach Erkennen einer Infektion ist in einem Ablaufplan festzulegen – hier startet die aktive Phase des Ausbruchsmanagement (siehe Kapitel *Ausbruchsmanagement*).

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden im Rahmen von Schulungen über Auslöseereignisse und die auszulösenden Abläufe informiert. Sie erkennen auffällige Infektionsereignisse und können Sofortmaßnahmen einleiten, um die Verbreitung der Infektion zu verhindern.

### 3.1.4 Interne und externe Kommunikation

Ein wichtiges Aufgabengebiet in Pandemie-Zeiten ist die interne und externe Kommunikation, um Unsicherheiten, Bedenken und Ängsten situationsgerecht begegnen zu können. Dabei ist nicht nur die interne Kommunikation mit Mitarbeitenden elementar, auch der Kontakt zu den zuständigen Behörden (Gesundheitsamt und WTG-Behörde) und die transparente Informationsweitergabe an Angehörige, Betreuerinnen und Betreuer, Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Personengruppen, die mit

---

<sup>5</sup> Siehe RKI (2002): Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen. URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Ausbr\\_Rili.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Ausbr_Rili.pdf?__blob=publicationFile) [Zugriff 12.05.2020]

den Bewohnerinnen und Bewohnern im regelmäßigen Kontakt stehen. Auch das Monitoring und Meldewesen ist ein Teil der Kommunikationsstruktur und muss organisiert werden.

Im Rahmen der Pandemie-Planung muss ein Vorgehen abgestimmt werden, das die Informationsweitergabe im Betrieb sicherstellt. Zudem kann es im Pandemie-Fall durchaus sein, dass wichtige Bekanntmachungen Mitarbeitende auch im Privaten erreichen müssen, wenn diese längere Zeit nicht in der Einrichtung anwesend sind (z. B. Urlaub, Krankheit, Freistellung, Kinderbetreuung). Die Bewohnerinnen und Bewohner werden ebenfalls über das Geschehen in der Einrichtung sowie gesamtgesellschaftliche Entwicklungen informiert. Interne Regelungen (z. B. Besucherregelungen) sind dem Bewohnerbeirat vorzustellen und nachvollziehbar zu erklären.

Insbesondere Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen der Pflege sind durch ihr hohes Alter und oftmals Mehrfacherkrankungen im Hinblick auf eine Ansteckung mit Infektionskrankheiten besonders gefährdet. Daher ist neben dem direkten Einbezug der Betroffenen auch die Kommunikation mit Angehörigen wichtig. Je transparenter und nachvollziehbarer Entscheidungen sowie Regelungen vermittelt werden (z. B. zu Schutzmaßnahmen), umso sicherer und entspannter können Angehörige mit der Situation umgehen.

Ein weiterer Pfeiler der externen Kommunikation ist die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Pressearbeit. Aktuelle Informationen als auch extern relevante Informationen (z. B. Besuchsregelungen) können auf den Internetseiten der Einrichtungen veröffentlicht werden. Angehörige, Kooperationspartner und sonstige Externe können so über die Entwicklungen und konkreten Maßnahmen der Einrichtung informiert werden. Ebenso muss sich über den Rahmen, die Art und die Organisation der Pressearbeit abgestimmt werden. Um Unsicherheiten, Bedenken und Ängsten entgegenzuwirken empfiehlt sich eine transparente und offene Berichterstattung über die internen Entwicklungen.

Für ein stringentes Informationskonzept sowie eine transparente Informations- und Kommunikationspolitik sind Verantwortliche zu benennen und klare Kommunikationsstrukturen abzustimmen.

### 3.1.5 Personalmanagement

Im Rahmen des Pandemie-Plans sollte ein Vorgehen für die Personaleinsatzplanung in Krisenzeiten abgestimmt werden. Durch die pandemische Verbreitung einer Infektionskrankheit ist es realistisch, dass Personal erkrankt und ausfällt. In diesem Fall muss die Einrichtung auf die Einteilung des noch einsatzfähigen Personals vorbereitet sein und entsprechende Vorkehrungen treffen (z. B. längere Arbeitszeiten, Urlaubssperren). Ein Ausfall von Personal ist ebenfalls denkbar, wenn Betreuungseinrichtungen wie Kindertagesstätten und Schulen im Zuge der Pandemie geschlossen werden und Eltern ihre Kinder selber betreuen müssen. Auch hier müssen Alternativen geschaffen werden durch bspw. flexiblere Arbeitszeiten. Der Aufbau eines Personalpools, durch den Ausfälle kompensiert

werden können, ist sinnvoll. Es können für den Krisenfall zum Beispiel Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten geschlossen werden oder mit anderen Diensten eine temporäre Personal-Überlassung verhandelt werden.

Bei deutlich infektiösen Krankheiten, bei denen Isolation und Quarantänezeiten angeordnet werden, ist es sinnvoll, das Personal in festen Teams einzuteilen und den Kontakt der Kolleginnen und Kollegen untereinander so gering wie möglich zu halten (interne Kontaktreduzierung). Im Falle der Infektion einer Bewohnerin, eines Bewohners oder eines Mitarbeitenden scheidet eine kontrollierte Anzahl an Kontaktpersonen aus und der Versorgungsbetrieb kann aufrecht erhalten bleiben. Vor diesem Hintergrund macht es ebenfalls Sinn, dass infizierte Bewohnerinnen und Bewohner von einem festen Team gepflegt und betreut werden, um die Verbreitung des Virus einzudämmen.

Weiterhin ist es zwingend notwendig, das Personal regelmäßig zu den Themen des Infektionsschutzes und Hygiene zu schulen. Es wird eine Übersicht geführt, wann welcher Mitarbeitende an einer Hygiene-Schulung teilgenommen hat. Der jeweils aktuelle Pandemie-Plan als auch der Hygiene-Plan sollte allen Mitarbeitenden bekannt sein und über verschiedene Wege zugänglich gemacht werden (Intranet, E-Mail, Aushang, Ausdruck). In diesem Rahmen ist auch über mögliche Auslöseereignisse (siehe Kapitel *Vorbereitende Maßnahmen des Ausbruchsmanagements*) zu informieren.

Darüber hinaus ist zu jeder Zeit der Pandemie der Schutz des Personals zu gewährleisten. Hierfür sind entsprechende Materialien zu beschaffen und zu lagern (siehe Kapitel *Materialvorrat und Materialbeschaffung*). Die Mitarbeitenden sind zudem in der richtigen Anwendung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) geschult. Zum Schutz der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es ebenfalls sinnvoll, regelmäßige Impfungen anzubieten (z. B. Gripeschutzimpfen) und stets über aktuelle Entwicklungen des Krisengeschehens aufzuklären.

Auch für den Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitenden, Freiwilligen oder Praktikanten sollten alternativen Einsatzmöglichkeiten eruiert werden. Vorbereitend sind Konzepte zu entwickeln, wie ehrenamtliche Kräfte bei beispielsweise Kontaktbeschränkungen anderweitig eingesetzt werden können. Weiterhin sollten auch ehrenamtlich Engagierte im Allgemeinen (z. B. Hygiene-Schulung) und für den Krisenfall geschult werden (Verwendung von PSA, erweiterte Hygieneschutzmaßnahmen etc.; siehe Kapitel *Einsatz ehrenamtlicher Kräfte*).

### 3.1.6 Materialvorrat und Materialbeschaffung

Zur Vorbereitung auf den Ausbruch einer Pandemie sollte ein bedarfsgerechter und ressourcenorientierter Vorrat an Hilfsmitteln vorgehalten werden. Die personelle Zuständigkeit für die Materialbeschaffung und -bevorratung sollte vorab festgelegt und organisiert sein. Die möglichen Bedarfe aus den unterschiedlichen Bereichen der Einrichtung sollten erhoben und kalkuliert werden. Es empfiehlt sich, entsprechende Vorräte für einen zuvor festgelegten Zeitraum ausreichend anzulegen. Hier ist

insbesondere die persönliche Schutzausrüstung (PSA) – wie geeignete Atemschutzmasken, Mund-Nasen-Schutz, Handschuhe, Schutzbrillen oder Schutzanzüge für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – einzubeziehen. Zudem müssen haupt- und ehrenamtliche Mitarbeitende in der richtigen Verwendung des Schutzmaterials geschult werden. Das kann im Fall einer ausbrechenden Pandemie unmittelbar geschehen, sollte jedoch Bestandteil einer jeden Hygiene-Schulung und somit des Hygieneplans sein.

Daneben sind entsprechend der Hygieneplanung (siehe Kapitel *Erweiterte Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen*) geeignete Reinigungs- und Desinfektionsmittel zu nennen und zu beschaffen. Weitere relevante Hilfsmittel können Reinigungsgeräte, Thermometer, Medikamente, Papiertücher, textile Handtuchrollen, Inkontinenzprodukte aber auch Spender, Aushänge, Hinweisschilder, Nahrungsmittel / Getränke sein. Ergänzend sind besonders die Bedarfe aus dem Bereich der sozialen Betreuung zu ermitteln und entsprechende Besorgungen in die Wege zu leiten. Für die Aufrechterhaltung von Besuchen während kontaktreduzierten Phasen hat sich der Einsatz von Plexiglasscheiben oder Zelten / Containern bewährt (siehe Kapitel *Besucherregelungen bzw. Zugangsregelungen extern*). Aber auch digitale Mittel wie Tablets oder Laptops für Videotelefonie können Besuche ersetzen und die soziale Teilhabe der Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen erhalten (siehe Kapitel *Einsatz ehrenamtlicher Kräfte* und Kapitel *Tagesstrukturierende Angebote / Freizeitangebote*).

Ein geeigneter Lagerraum sollte gewählt werden. So bleiben bspw. Atemschutzmasken in kühlen, trockenen und dunklen Räumen am besten erhalten. Bei der Beschaffung und Lagerung sollten die Haltbarkeitsdaten der Hilfsmittel beachtet werden. Besonders in der Vorratshaltung sollte Beachtung finden, dass unnötiges Wegwerfen von Material vermieden wird.

Zum Schutz des eigenen Personals muss sichergestellt werden, dass die Mitarbeitenden einen freien Zugang zu notwendigen Materialien erhalten als auch im Umgang mit diesem geschult sind (z. B. richtiger Gebrauch von PSA oder Umgang mit Tablets).

Auch während einer pandemischen Phase muss die Zuständigkeit für die Materialbeschaffung klar geregelt sein, um im Falle des Mangels an Material schnell notwendiges beschaffen zu können. Entsprechende Kontakte zu Lieferanten, Sanitätshäusern und anderen Fachgeschäften sind an dieser Stelle hilfreich und sollten bereits im Vorfeld aufgebaut werden.

### 3.2 Maßnahmen im Pandemiefall

Wenn eine Pandemie auftritt bzw. spätestens, wenn von der Bundesregierung eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ ausgesprochen wird, müssen die geplanten und vorbereiteten Maßnahmen für den Pandemiefall umgesetzt werden. Das ist auch bereits der Fall, wenn noch keine Infektion in der eigenen Einrichtung aufgetreten ist. Alle Maßnahmen zur Verhinderung des Eintragens der Infektion dienen dem Schutz der Bewohnerinnen, Bewohner und Mitarbeitenden.

Reaktiv wird gehandelt, sobald innerhalb der stationären Einrichtung der Pflege oder Eingliederungshilfe ein auffälliges Infektionsereignis vorliegt – an dieser Stelle startet das Ausbruchsmanagement.

### 3.2.1 Ausbruchsmanagement

Infektionen und insbesondere nosokomiale Infektionen – das sind Infektionen, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung auftreten – stellen eine besondere Herausforderung bei großen Ausbrüchen dar (wie z. B. SARS-CoV-2), da die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen häufig Risikogruppen mit einem höherem Durchschnittsalter und Grunderkrankungen sind, die besonders vor Infektionen geschützt werden müssen. Das Ausbruchsmanagement wird aktiv, sobald eine Infektion innerhalb der Einrichtung auftritt. Gemäß § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist ein Ausbruch definiert als das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. Ein „gehäuftes Auftreten“ liegt bei zwei oder mehr gleichartigen Erkrankungsfällen vor. In diesem Fall ist eine unverzügliche namentliche Meldung beim Gesundheitsamt verpflichtend. Die dazu benötigten Meldebögen werden von den jeweiligen Landesbehörden zur Verfügung gestellt.

Am Anfang steht demnach die Feststellung eines Auslöseereignisses (Infektion wird bei einer Bewohnerin oder bei einem Mitarbeiter festgestellt). Ist die Infektion erstmals in der Einrichtung aufgetreten wird zunächst der Krisenstab einberufen und das weitere Vorgehen abgestimmt. Liegt zu dem Zeitpunkt eine örtliche epidemische oder eine überörtliche pandemische Lage vor, ist der Krisenstab bereits aktiv. In der Regel stehen dann auch Empfehlungen für den Umgang mit der Erkrankung von Expertenteams des Bundes oder des Landes sowie den örtlichen Gesundheitsämtern zur Verfügung, die Beachtung finden müssen.

Die im Vorfeld strukturierten erforderlichen Abläufe mit festgelegten Zuständigkeiten müssen entsprechend umgesetzt werden. Das Ausbruchsmanagement umfasst folglich alle Maßnahmen, die das Ziel verfolgen, eine weitere Ausbreitung übertragbarer Krankheiten schnell und effektiv zu verhindern. Das schließt alle proaktiven und vorbereitenden Maßnahmen ein, die im Falle des Ausbruchs aktiviert und umgesetzt werden. Das klassische Ausbruchsmanagement richtet sich insbesondere auf interne Prozesse und umfasst vor allem die Feststellung der Infektion, die Ermittlung der Infektionsursache sowie die Nachverfolgung von Infektionsketten, die Meldepflicht an die Behörden und das Umsetzen von Schutzmaßnahmen.

Das RKI als zuständige Organisation in Pandemie-Zeiten und Fachinstitution für jegliches Infektionsgeschehen stellt in jeder Pandemie-Phase den Umgang mit einem Ausbruch der Infektion in

Einrichtungen dar – das Ausbruchsmanagement wird vom RKI auf die jeweils spezielle Krankheit angepasst.<sup>6</sup>

Generell gilt, dass bei Ausbruch einer Infektionskrankheit immer das Gesundheitsamt bzw. die zuständige Behörde informiert und in die Planung weiterer Maßnahmen einbezogen wird.<sup>7</sup> Dabei geht es sowohl um infizierte Bewohnerinnen und Bewohner als auch infiziertes Personal. Das zuständige Krisenteam / Ausbruchsteam bzw. die für die jeweiligen Bereiche benannten Verantwortlichen (siehe Kapitel *Einrichtung eines Krisenstabs*) müssen nach Ausbruch der Infektion in der Einrichtung umgehend handeln und geplante Konzepte umsetzen. Essentiell sind dabei die konsequente Umsetzung von erweiterten Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen sowie die Identifizierung von infizierten Personen und Kontaktpersonen. Infektionsketten müssen nachverfolgt und unterbrochen werden.

### 3.2.2 Erweiterte Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen

Alten- und Pflegeheime sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind durch das Zusammenleben und die Zusammenarbeit einer Vielzahl von Menschen von besonderer hygienischer Bedeutung. Sie bedürfen deshalb großer Aufmerksamkeit, um das Wohlbefinden und die Gesundheit – besonders auch im Hinblick auf Infektionskrankheiten – zu sichern. Infektionen haben insbesondere in Senioren- und Pflegeeinrichtungen eine erhebliche epidemiologische Bedeutung hinsichtlich Morbidität und Mortalität. Einen zusätzlichen Risikofaktor stellt das gemeinschaftliche Wohnen und Betreuen dar. Diese Gefährdung kann durch das hygienebewusste Verhalten aller Mitarbeitenden verringert werden. Die erforderlichen hygienischen, medizinischen und pflegerischen Maßnahmen sollten mit den Bedürfnissen und dem Wohlbefinden der in den Einrichtungen lebenden Menschen in Einklang gebracht werden. Dabei muss stets die Würde und Privatsphäre des Menschen gewahrt bleiben.

Allgemein gilt die strikte Einhaltung der Basishygiene einschließlich der Händehygiene und die konsequente Umsetzung des **Hygieneplans** der Einrichtung. Die Einrichtungen sind durch das IfSG dazu verpflichtet, einen Hygieneplan vorzuhalten, der bei Einrichtungsprüfungen stets begutachtet wird.

Darüber hinaus werden im Rahmen der jeweiligen Pandemie bzw. des jeweiligen Infektionsgeschehens weitere Schutzmaßnahmen empfohlen (Empfehlungen des Robert Koch-Instituts). Erweiterte

---

<sup>6</sup> Beim 2020 neuartigen SARS-CoV-2 stellt das RKI folgenden Umgang mit Ausbrüchen in Einrichtungen des Gesundheitswesens dar: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Management\\_Ausbruch\\_Gesundheitswesen.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Management_Ausbruch_Gesundheitswesen.html)

<sup>7</sup> vgl. zum Ausbruchsmanagement Empfehlungen des Robert Koch-Instituts. URL: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Management\\_Ausbruch\\_Gesundheitswesen.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Management_Ausbruch_Gesundheitswesen.html) [Zugriff: 12.05.2020] und URL: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Alten\\_Pflegeeinrichtung\\_Empfehlung.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?blob=publicationFile) [Zugriff: 12.05.2020].

Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen sind je nach Ausprägung der Pandemie umzusetzen. Das kann bedeuten, dass beispielsweise das generelle Tragen von Mund-Nasen-Schutz (MNS), Handschuhen oder Kitteln durch sämtliches Personal aus Gründen des Risikopersonen- und Personalschutzes während der Pandemie ergänzend Anwendung findet. Auch Abstandsregeln und Kontaktreduzierung sind häufig komplementäre Maßnahmen.

Ein wichtiger Baustein ist hier ergänzend das aktive Monitoring des Auftretens von Symptomen bei Bewohnerinnen und Bewohnern von stationären Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe sowie des Personals. Eine Erkrankung soll so frühzeitig erkannt werden, sodass schnellstmöglich erforderliche Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung innerhalb und außerhalb der Einrichtung eingeleitet werden können. Symptome werden systematisch und regelmäßig erfasst – beispielsweise durch tägliche Befragungen, Selbsteinschätzungen oder Untersuchungen.

Im Rahmen der Infektionskontrolle kann es notwendig werden innerhalb der Einrichtung räumliche Veränderungen vorzunehmen, wenn Quarantäne-Bereiche oder Bereiche für infizierte Bewohnerinnen und Bewohner eingerichtet werden müssen. Die Ansteckungsgefahr innerhalb der Einrichtung wird auf diese Weise möglichst gering gehalten. Entsprechende Überlegungen und Konzepte sind vorzubereiten. Hierzu ist benötigtes Material präventiv zu lagern oder der Zugriff im Pandemiefall über geschlossene Kooperationen mit Firmen zu gewährleisten (z.B. zusätzliche Pflegebetten, Trennwände; siehe Kapitel *Materialvorrat und Materialbeschaffung*).

### 3.2.3 Neuaufnahme oder Verlegungen

In Pandemie-Zeiten sollte in der Einrichtung das Verfahren für Neuaufnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem häuslichen Umfeld sowie bei Verlegungen bzw. Rückverlegungen aus dem Krankenhaus festgelegt werden. Das Vorgehen sollte möglichst in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erfolgen und sich an den aktuell gültigen Empfehlungen und Regelungen orientieren.

Bei Neu- oder Wiederaufnahmen ist das Ziel zu verfolgen, das Eintragen der Infektionskrankheit zu vermeiden. Zur Erfüllung dieses Ziels kann die Anordnung von Quarantäne oder Isolation eine Maßnahme sein. Die Einrichtung und ggf. das Krankenhaus muss frühzeitig über die Erkrankung oder die Verdachtsdiagnose informiert werden, sodass entsprechende Vorkehrungen getroffen werden können. Auch beim Transport des Betroffenen gilt es, Hygienemaßnahmen einzuhalten.

### 3.2.4 Einsatz ehrenamtlicher Kräfte

Die stationären Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe werden mit einem bedeutsamen Anteil von ehrenamtlichen Kräften unterstützt. Im Rahmen des Ausbruchs einer Infektion kann es notwendig werden, den Zugang für Externe in die Einrichtung zu beschränken und den Tagesbetrieb



auf das Nötigste einzuschränken. Die Arbeit von Ehrenamtlichen muss demnach im Krisenfall überdacht werden. Vorbereitend sind Konzepte zu entwickeln, wie z.B. bei Kontaktbeschränkungen ehrenamtliche Kräfte anderweitig eingesetzt werden können. Ein Stichwort sind hier alternative Betreuungsmodelle wie Telefonkontakte, Videotelefonie, Balkongespräche etc. Alternative Einsatzmodelle sind wichtig, da der Besuch Ehrenamtlicher für viele Menschen in stationären Einrichtungen elementare soziale Kontakte darstellen. Fällt der Kontakt weg, brechen für viele Bewohnerinnen und Bewohner – vor allem für ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen – wichtige kognitive Reize sowie psychische und physische Bewegungen weg.

Die Ehrenamtlichen müssen über aktuelle Entwicklungen transparent informiert werden – beispielsweise über gesetzliche Regelungen im Rahmen einer Pandemie, Besuchsverbote etc. Bei Bedarf sollten die stationären Einrichtungen ihren Helferinnen und Helfern über die Basis-Schulungen hinausgehenden Inhalte anbieten (z. B. richtiger Umgang mit PSA).

### 3.2.5 Tagesstrukturierende Angebote / Freizeitangebote

Ein umfassender Pandemieplan sollte Ideen zur Umsetzungen von Angeboten in kontaktbeschränkter Pandemie-Zeit beinhalten. Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen sollten nicht vollends auf tagesstrukturierende Angebote und Freizeitaktivitäten verzichten müssen. Für diesen Bereich sollten vorab Ansätze dargestellt werden, die je nach Art der Kontaktbeschränkung umgesetzt werden können.

Um Angebote der festen Tagesstruktur in Pandemie-Zeiten weiter durchführen zu können, empfiehlt es sich, z.B. feste Kleingruppen unter den Bewohnerinnen und Bewohnern zu bilden, die alle kollektiven Tätigkeiten gemeinsam verrichten. Auf diese Weise wird das Übertragungsrisiko gering gehalten, da nur eine kleine Gruppe an Kontaktpersonen entsteht.

Neben physischen Angeboten sind hier auch digitale Freizeitangebote (z.B. via Tablet) ohne direkten Menschenkontakt denkbar. Für die entsprechende Umsetzung sollten vorausschauend Ressourcen beschafft werden.

### 3.2.6 Besucherregelungen bzw. Zugangsregelungen extern

Der Schutz der vulnerablen Gruppen in Pflege-, Senioren-, und Behinderteneinrichtungen muss gewährleistet werden, ohne eine vollständige soziale Isolation der Bewohnerinnen und Bewohner zu riskieren. Die Entscheidung, ob und unter welchen Bedingungen (z.B. Sterbesituation) Besuchern der Zutritt während einer Pandemie gestattet wird, hängt von der lokalen Situation ab und sollte von der Einrichtung ggf. in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt getroffen werden.

Für die Besucherregelungen bzw. externen Zugangsregelungen in einer pandemischen Lage sollte jede Einrichtung unter Hinzuziehung von externem Sachverstand (z.B. Fachärzten für Krankenhaus-hygiene) ein spezifisches Konzept entwickeln und das Konzept dem lokalen Infektionsgeschehen immer wieder prüfend anpassen. Persönliche Besuchskonzepte und mediale Konzeptansätze sollten parallel laufen. Insbesondere da eine große Zeitspanne entstehen kann, bis alle persönlichen Besuche mit entsprechenden Sicherheitsvorkehrungen erfolgen können. Bei persönlichen Besuchskontakten in den Einrichtungen müssen während einer Pandemie grundsätzlich Besucherlisten mit Kontaktdaten geführt werden (Kontaktpersonennachverfolgung) und ein der Krisenlage entsprechendes Raumkonzept im Vorfeld entwickelt und ggf. erprobt sowie anschließend in die Realität umgesetzt werden. Die Besuche müssen zudem koordiniert und bei Bedarf priorisiert werden.

Im Folgenden werden beispielhaft Ansätze für **Innenkonzepte für bettlägerige Bewohnerinnen und Bewohner** aufgezeigt:

- Besuchsraum mit Plexiglas / Folie zur Vermeidung von direktem Kontakt
- direkte Erreichbarkeit gewährleisten, z. B. Einbahnstraßensystem, da Besucher nicht durch die ganze Einrichtung laufen sollten
- Schutzkleidung wird vor Betreten der Einrichtung angelegt, z. B. durch ein Schleusensystem
- Einweisung in die richtige Verwendung der Schutzkleidung für Besucher

Bei **mobilen Bewohnern sind je nach Jahreszeit kombinierte Innen- und Außenkonzepte** möglich:

- Außenbereiche der Einrichtung ohne Zugang für Dritte, um Kontakte zu vermeiden
- Nutzung von Balkonen, um räumliche Trennung gewährleisten zu können
- Heizpilze gegen Kälte und Überdachungen für Regen, um auch bei schlechtem Wetter Besuche möglich machen zu können
- Zelte als „Besucherraum“ im Außenbereich
- Aufstellen von Besuchscontainern, diese können gut gereinigt und desinfiziert werden
- Betreuung der alternativen Besucherräume (Zelte, Besuchscontainer) über ehrenamtliche Kräfte und/oder Minijobber

Neben persönlichen Besuchen können **medial gestützte Konzepte** Anwendung finden. Neben analogen Ansätzen wie Briefverkehr/Brieffreundschaften oder Telefondiensten können insbesondere **digitale Ansätze** wie Videotelefonie (z.B. Skype o.ä.) einen Mehrwert bieten. Hier sollte geklärt werden, ob die Bewohnerinnen und Bewohner oder die Mitarbeitenden Anleitung oder vorherige Schulungen erhalten. Zu klären ist ebenfalls: Wird personelle oder technische Hilfe z. B. während der Anrufe benötigt (insbesondere bei stark eingeschränkten Bewohnern)? Wie ist der Personalbedarf geregelt? Wer übernimmt die Kosten für Geräte? Wie kann das Desinfizieren von Geräten und die Einhaltung der Hygienestandards geregelt werden?

### 3.2.7 Hauswirtschaft: Verpflegung, Wäsche und Abfall

Es muss sichergestellt werden, dass die Logistik der Mahlzeitenversorgung, Wäscheversorgung und anderer hauswirtschaftlicher Dienstleistungen ohne personellen Kontakt organisiert werden kann (z.B. nach telefonischer Absprache, Übernahme am Aufzug), um Ansteckungswege zu minimieren und sowohl die Bewohnerinnen und Bewohner als auch die Mitarbeitenden zu schützen. Bei einer umfassenden Kontaktbeschränkung sollte organisiert werden, dass die Bewohnenden von stationären Einrichtungen auf ihren Zimmern alleine oder in kleinen Gruppen, z. B. im Wohnbereich oder zeitlich gestaffelt, die Mahlzeiten einnehmen können.

Je nach Übertragungsart der Infektion kann das Geschirr in einem geschlossenen Behältnis zur Spülmaschine transportiert und wie in der Einrichtung üblich gereinigt werden. Wäsche/Textilien können einem desinfizierenden Waschverfahren zugeführt werden. Das RKI führt eine Liste<sup>8</sup> mit anerkannten Desinfektionsmitteln und -verfahren. Als Taschentücher sollen Einwegtücher Verwendung finden. Die Grundlage für die Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitswesens stellt die Richtlinie der LAGA Nr. 18<sup>9</sup> der „Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall“ dar. Weitere Anlaufstelle ist das RKI.

### 3.2.8 Organisation externer Versorgung

Ein Pandemieplan kann Muster für Entscheidungsfindungen zur Organisation von medizinischer und pflegerischer Versorgung beinhalten. In welchen Fall sind Krankenhausaufenthalte oder Arztbesuche zwingend notwendig? Wie kann die Anzahl von Kontakten so niedrig wie möglich gehalten werden? Kann die Anzahl der Ärzte und ihrer Besuche in der Einrichtung gesenkt werden, ohne die Gesundheit der Bewohner zu beeinträchtigen? Eventuell lassen sich analoge Strukturen wie die den allgemeinen Besuchsregelungen treffen (siehe Kapitel *Besucherregelungen bzw. Zugangsregelungen extern*). Sinnvoll ist in Pandemie-Fällen, die Einrichtung von z. B. nur einem Hausarzt oder einem Physiotherapie-Team betreuen zu lassen. Auf diesem Weg wird die Zahl der direkten Kontaktpersonen gering gehalten und das Risiko des Eintragens der Infektion durch Externe wird begrenzt. Auch weitere externe Dienstleister (z.B. Friseur, Fußpfleger,...) oder z.B. ehrenamtliche Mitarbeiter und Seelsorger benötigen ggf. Zugang zur Einrichtung. Auch hier sollte dies nur unter Einhaltung bestimmter Bedingungen erfolgen.

---

<sup>8</sup> [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Desinfektionsmittellist/Desinfektionsmittelliste\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Desinfektionsmittellist/Desinfektionsmittelliste_node.html) [Zugriff 12.05.2020]

<sup>9</sup> [https://www.laga-online.de/documents/m\\_2\\_3\\_1517834373.pdf](https://www.laga-online.de/documents/m_2_3_1517834373.pdf) [Zugriff 12.05.2020]

### 3.2.9 Umgang mit Verstorbenen

Versterben Menschen an der Infektionskrankheit ist im Umgang mit den Verstorbenen auf mögliche kontagiöse Zustände zu achten. Auch an dieser Stelle spricht das Robert Koch-Institut Empfehlungen aus, die sich je nach Krankheitsgeschehen unterscheiden können. Allgemein sollten auch im Umgang mit Verstorbenen die gültigen Hygienemaßnahmen eingehalten werden.

Weiterhin ist zu beachten, dass der Tod an einer Infektionskrankheit in der Regel dem Gesundheitsamt gemeldet werden muss. Der für die Kommunikation mit den Behörden zuständige Mitarbeitende gibt diese Information im Rahmen der abgestimmten Struktur weiter.

## 3.3 Maßnahmen nach Pandemie

### 3.3.1 Rückkehr zum normalen Betrieb

Ist das Ende einer pandemischen Phase abzusehen, ist die Organisation der Rückkehr zum Normalbetrieb der letzte Schritt der Pandemie-Planung. Auch an dieser Stelle müssen die aktuellen gesamtgesellschaftlichen sowie lokalen Entwicklungen beachtet werden. Die bundes- und landesweiten Empfehlungen sowie Regelungen geben Vorgaben für die eintretenden Lockerungen.

### 3.3.2 Evaluierung und Abschlussdokumentation

Nach dem Ende einer pandemischen Phase empfiehlt es sich, die Arbeitsabläufe, Prozesse und Konzepte abschließend zu evaluieren. Das Krisenstabsteam / Ausbruchsteam analysiert rückblickend Geschehnisse, Abläufe, Kommunikationswege und alle anderen Prozesse, die während der Pandemie-Zeit die Einrichtung betroffen haben. Besonders wichtig ist es hier, Defizite zu benennen und daraus Präventionsstrategien für die Zukunft abzuleiten. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung sollten gewonnene Erkenntnisse in die jeweiligen Konzepte – Hygieneplan / Ausbruchsmanagement – übernommen werden.

## 4 Anlagen

### 4.1 Checkliste Pandemie-Plan / Kriseninterventionsplan / Ausbruchmanagement

Handlungsfelder (Kapitel-Nr.)	Inhalt	Zuständige Person(en)	Konzept erstellt / Vorgehen abgestimmt + Dokumentation	Vorgehen mit Mitarbeitenden kommuniziert	Vorgehen mit Bewohnern + Angehörigen kommuniziert
<b>Proaktive und vorbereitende Maßnahmen – vor Ausbruch einer Infektionskrankheit, Epidemie oder Pandemie</b>					
3.	Festlegung des Startzeitpunkts der Umsetzung des Pandemie-Plans				
3.1.1 Krisenstab	Einrichtung eines Krisenstabs				
	Festlegung und Dokumentation der Zuständigkeiten				
3.1.2 Vorsorgeplanung Bewohner/innen	Konzept für den internen Umgang mit persönlichen Verfügungen von Bewohner/innen (Dokumentation, regelmäßige Aktualisierung d. Verfügungen etc.)				
	Festlegung von Zuständigkeiten für das Thema				
	Bei Bedarf: Fachkompetenz erwerben; Schulung von ausgewählten Mitarbeiter/innen oder Kooperation mit Palliativ-Vereinen				
3.1.3 Vorbereitende Maßnahmen des Ausbruchmanagements	Auslöseereignisse werden definiert und dokumentiert; Abläufe für den jeweiligen Umgang mit der Infektion sind festgelegt.				
	Mitarbeitende sind geschult, erkennen auffällige Infektionsereignisse und können Sofortmaßnahmen gegen die Verbreitung der Infektion einleiten.				
3.1.4 Interne und externe Kommunikation	Kommunikationsstruktur für Mitarbeitende				
	Kommunikationsstruktur für Bewohner				
	Kommunikationsstruktur für Angehörige				
	Kommunikationsstruktur für Externe / Kooperationspartner				

<b>Handlungsfelder (Kapitel-Nr.)</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Zuständige Person(en)</b>	<b>Konzept erstellt / Vorgehen abgestimmt + Dokumentation</b>	<b>Vorgehen mit Mitarbeitenden kommuniziert</b>	<b>Vorgehen mit Bewohnern + Angehörigen kommuniziert</b>
	Benennung einer Ansprechperson für die örtlich zuständigen Behörden (Gesundheitsamt & WTG-Behörde) und Festlegung der Kommunikationsstruktur				
	Öffentlichkeits- und Pressearbeit (Benennung Pressesprecher)				
3.1.5 Personalmanagement	Personaleinsatzplanung in Krisenzeiten				
	Vorbereitung des Personals auf Krisensituationen, Schulungen (z.B. Hygiene-Schulung, PSA-Gebrauch)				
	Festlegung von Prozessen bei Erkrankung des Personals				
	Vorbereitung alternativer Einsatzmöglichkeiten von Ehrenamtlichen				
3.1.6 Materialvorrat und Materialbeschaffung	Anlegen eines bedarfsgerechten und ressourcenorientierten Vorrats persönlicher Schutzausrüstung (PSA, Desinfektionsmittel)				
	Haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende sind im Umgang mit dem Material geschult				
	Materialien für die digitale / kontaktarme soziale Betreuung (Tablets etc.)				
	Materialien für räumliche Umgestaltungen (Schleusen, Isolierbereiche, Trennwände etc.)				
<b>Reaktive Phase / pandemische Zeit</b>					
3.1.6 Materialvorrat und Materialbeschaffung	Materialbeschaffung im Krisenfall bei Mangelzuständen und Notwendigkeit spezieller Ausrüstung				

<b>Handlungsfelder (Kapitel-Nr.)</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Zuständige Person(en)</b>	<b>Konzept erstellt / Vorgehen abgestimmt + Dokumentation</b>	<b>Vorgehen mit Mitarbeitenden kommuniziert</b>	<b>Vorgehen mit Bewohnern + Angehörigen kommuniziert</b>
3.2.1 Ausbruchsmangement	Auslöseereignis wird festgestellt; Infektionsfall in der Einrichtung (Bewohner oder Mitarbeiter)				
	Prozess des Ausbruchsmangements wird gestartet (Schutzmaßnahmen, Isolation, Kontaktpersonennachverfolgung etc.)				
	Zuständige Behörde wird informiert				
3.2.2 Erweiterte Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen	Einhaltung des Hygieneplans				
	Erweiterungen der Hygienemaßnahmen werden an Empfehlungen angepasst				
	Aktives Monitoring von Bewohnern				
	Aktives Monitoring von Mitarbeitenden				
	Einrichtung von Quarantäne- oder Isolierbereichen				
3.2.3 Neuaufnahmen und Verlegungen	Konzept zur Aufnahme und Verlegung von Bewohnern, hierzu: Beachtung aktueller Empfehlungen und Regelungen				
	Rechtzeitige Information der zuständigen Einrichtung über Verlegung				
3.2.4 Einsatz ehrenamtlicher Kräfte	Alternativer Einsatz ehrenamtlicher Kräfte in Krisenzeiten				
	Ehrenamtliche werden über Entwicklungen, Regelungen, Entscheidungen regelmäßig informiert				
3.2.5 Tagesstrukturierende Angebote	Anpassung der Angebote an die Maßnahmen und Regelungen der pandemischen Lage (z. B. Etablierung digitaler Freizeitangebote)				
3.2.6	Konzept für Besucherregelungen				

<b>Handlungsfelder (Kapitel-Nr.)</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Zuständige Person(en)</b>	<b>Konzept erstellt / Vorgehen abgestimmt + Dokumentation</b>	<b>Vorgehen mit Mitarbeitenden kommuniziert</b>	<b>Vorgehen mit Bewohnern + Angehörigen kommuniziert</b>
Besucherregelungen / Zugangsregelungen extern	Raumkonzept für externe Besucher (im Innen- und Außenbereich)				
	Erarbeitung und Nutzung digitaler, medial gestützter Konzepte				
	Koordination der Besuche (Anmeldungen, Raumverteilung, Einweisung in PSA)				
	Kommunikation der Zugangsregelungen mit den Bewohnern und nach Außen				
3.2.7 Hauswirtschaft	Konzept für – dem Infektionsgeschehen entsprechende – Bereitstellung von Mahlzeiten				
	Konzept für – dem Infektionsgeschehen entsprechende – Wäschereinigung				
	Konzept für – dem Infektionsgeschehen entsprechende – Gebäudereinigung				
3.2.8 Organisation externer Versorgung	Prüfung, Koordination und Organisation medizinischer, therapeutischer und anderweitiger Versorgung (Friseur, Fußpflege)				
3.2.9 Umgang mit Verstorbenen	Umgang mit verstorbenen und infizierten Bewohnern, Beachtung der Hygienevorschriften				
	Transparente Kommunikation mit Bestattungsunternehmen				
<b>Abschluss der pandemischen Phase / Nach der Pandemie</b>					
3.3.1	Aufnahme des Normalbetrieb				
	Beachtung von Lockerungsregelungen				



<b>Handlungsfelder (Kapitel-Nr.)</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Zuständige Person(en)</b>	<b>Konzept erstellt / Vorgehen abgestimmt + Dokumentation</b>	<b>Vorgehen mit Mitarbeitenden kommuniziert</b>	<b>Vorgehen mit Bewohnern + Angehörigen kommuniziert</b>
Rückkehr zum Normalbetrieb	Kommunikation der Lockerungen / Maßnahmen intern und extern				
3.3.2	Evaluation der pandemischen Phase				
Evaluation und Abschlussdokumentation	Sicherung von Erkenntnissen und Aufdecken von Defiziten				
	Einbeziehung der Ergebnisse in vorhandene Pläne (Hygieneplan / Ausbruchsmanagement)				

## 4.2 Schaubild: Inhalte eines Pandemie-Plans

