

Die Schwächsten schützen – Instrumente für eine umfassende Schutzstrategie für stationäre Pflegeeinrichtungen (Stand: 23.01.2021)

Ein großer Großteil der Todesfälle in der CoViD-19 Pandemie gehen auf Bewohner*innen von stationären Pflegeeinrichtungen zurück. Dies kann so nicht weiter akzeptiert werden. Neben einer konsequenten Reduktion der Gesamtinzidenz nach dem Prinzip „Jeder Fall ist einer zu viel“ braucht es dringend zusätzliche Schutzmaßnahmen. Die bisherigen Maßnahmen wurden selten proaktiv auf den Weg gebracht und eine praktische Umsetzung von Hygiene-/Präventionsmaßnahmen vor Ort in den Pflegeeinrichtungen zu selten kontrolliert und unterstützt. Auch mündeten diese Maßnahmen stets in unübersichtlicher Bürokratie. Selten wurden Defizite auf allen Ebenen angegangen und ausgeglichen. Die Vorschläge in Form der nachfolgenden Toolbox sind auf der Grundlage von exemplarischen Fehleranalysen und Best Practice Beispielen entstanden. Nach schneller Machbarkeit werden Maßnahmen in zwei Stufen vorgeschlagen:

Priorität 1: Sofortmaßnahmen

- 1. Strukturänderungen in den Heimen: Jedes Heim benötigt einen Isolierbereich** in Größe 5% der Plätze mit **festen ärztlichen Ansprechpartner*innen**, im Bereich **Pflege mit einem Personalschlüssel 1 zu 4** und immer mindestens 1 Fachkraft sowie ausreichend **medizinischer / technischer Ausstattung und standardisierten Therapieplänen** möglichst in einem festen Team. Diese Isolierbereiche sind für das Primat „Ambulant vor stationär“ genauso wichtig wie für die nötigen Abverlegungen aus Kliniken.
- 2. Einrichtung von mindestens einer ganzen Stelle pro Heim für Hygiene und einer Stelle für die Themen Information und zusätzliches proaktives Pandemiemanagement und Schnittstellenbetreuung**
 - a. Jedes Heim benötigt einen eigenen Testbereich.**
 - Jeweilige akute Versorgungslücken werden durch **eine Taskforce auf Kreisebene** geschlossen.
- 3. Teststrategien sind verpflichtend umzusetzen**
 - Alle Besucher*innen (auch medizinische, ärztliche und therapeutische), die die Einrichtung betreten, haben taggleichen AG-Schnelltest oder aktuelle PCR vorzuweisen
 - 2 mal pro Woche erfolgt ein PCR-Abstrich (Testrücklaufzeit innerhalb 24h) bei allen Bewohner*innen, dem Personal und allen Dienstleistungskräften (Küchen- und Reinigungspersonal, Lieferdienste etc.) (Goldstandard)

Alternativ täglich AG-Schnelltest oder 1 mal PCR und zusätzlich 2 mal AG-Schnelltest

4. Hygiene

Hygienekonzept in den Heimen sind nicht nur formal, sondern auch praktisch umzusetzen und vor allem pragmatisch zu kontrollieren, ggf. ist Hilfe zu organisieren – auf folgende zusätzliche Eckpunkte ist dabei zu achten:

- FFP – 2 Maskenpflicht für alle Personen ab Vollendung des 14. Lebensjahrs
 - Pausenplanung jeweils einzeln bzw. in eigenem Raum (belüftet)
- 5. Standardisiertes Ausbruchmanagement - auch mit Unterstützung durch eine Taskforce**

(je nach Stand Wissenschaft werden Anpassungen am Papier nach erfolgter Durchimpfung vorgenommen)

Priorität 2: Beginn Umsetzungsplanung - Strukturen

Landesebene: Rahmenbedingungen setzen – Entscheidungen vor Ort treffen, Koordinatoren vor Ort vernetzen, zum Austausch Bottom Up- und Top Down-Koordination auf Landkreis- und Städteebene einsetzen, nach Rücksprache dort und zusätzlich zu allen bisherigen Strukturen: Bürokratie und Heimaufsicht reduzieren. Software, Prozess- und Kommunikationsunterstützung wird angeboten und Austausch organisiert. Schwarzmintelligenz!

Kreisebene: Pflegeheimkoordinator*in für Pandemie durch Gebietskörperschaft etablieren, ambulante ärztliche Koordination durch KVB eingesetzt in Absprache hausärztliche Versorgungsebene (Hausärzteverband) vor Ort, Überleitungskoordination Kliniken