Dienstanweisung der GemeindeFEUERWEHR Besitz zur veränderten Lage der Corona-Pandemie

- Änderungen werden gelb hervorgehoben -

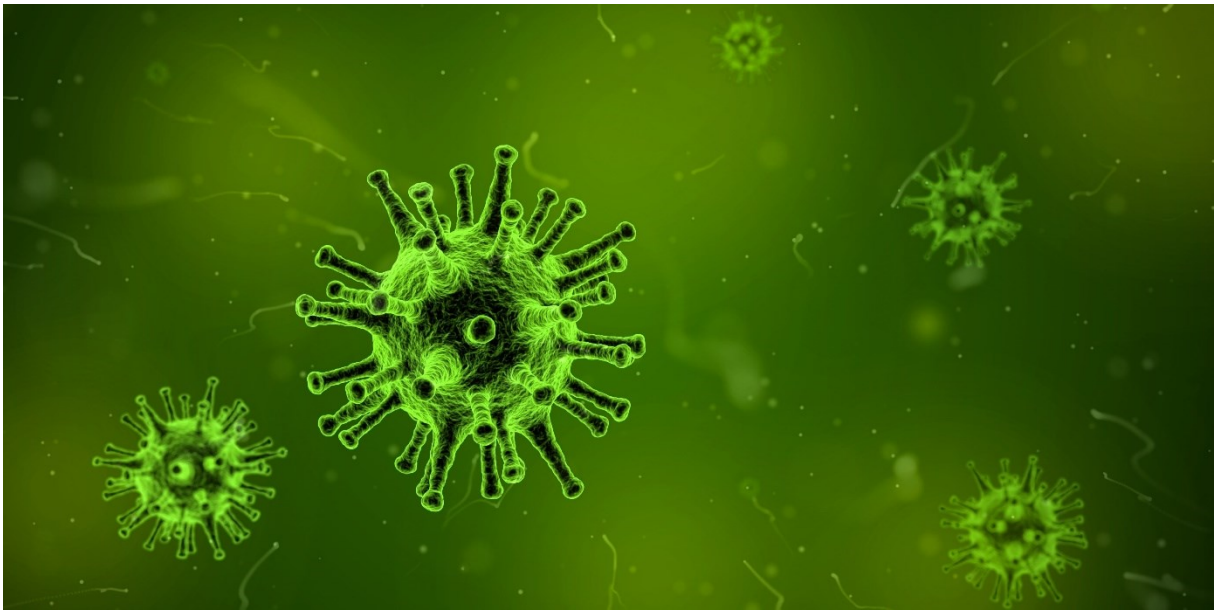


Abbildung 1 ©pixabay.com / qimono

Autor:	Genehmigt durch:	Datum:	Geändert am:
Kristoph-Felix Piepke *Pressewart*	Ronny Kubat *Gemeindewehrführer*	13.03.2020	18.03.2020

Liebe Kameradinnen und Kameraden,

leider bleiben selbst wir in unserer kleinen Gemeinde nicht von dem Corona-Virus verschont und müssen diesbezüglich einige Maßnahmen ergreifen. Aufgrund der veränderten Situation des Coronavirus gibt es eine aktualisierte Fassung dieser Dienstanweisung.

Wir müssen Euch sicherlich keine Informationen zum Verlauf oder der Ausbreitung des Virus geben, da die Medien zurzeit ständig über aktuelle Entwicklungen berichten.

Feuerwehrspezifische Aus- und Weiterbildungen der GemeindeFEUERWEHR, der Katastrophenschutzeinheit und der Jugendfeuerwehr sowie Arbeitseinsätze und Veranstaltungen (lt. Dienstplan) werden abgesagt. Dies gilt zunächst bis zum **30. April 2020**, danach wird die Situation neu bewertet.

Wenngleich es keinen Grund zur Panik gibt, sollten wir uns gut vorbereiten und klug verhalten.

Als oberstes Ziel gilt:

Erhalt der Einsatzbereitschaft

Autor:	Genehmigt durch:	Datum:	Geändert am:
Kristoph-Felix Piepke *Pressewart*	Ronny Kubat *Gemeindewehrführer*	13.03.2020	18.03.2020

Folgende Empfehlungen gelten für unsere Einsätze:

- Abstand von ein bis zwei Metern zu niesenden oder hustenden Personen halten
- Keine engen Begrüßungszeremonien durchführen (Neuregelung der Begrüßungszeremonie siehe Anhang)
- Häufiges Händewaschen mit Wasser und Seife
- Regelmäßige und häufige Händedesinfektion im Dienstbetrieb mit einem als viruzid oder begrenzt viruzid eingestuftem Händedesinfektionsmittel
- Hustenetikette wahren (Husten oder Niesen in die Ellenbeuge)
- Papierhandtücher benutzen und richtig entsorgen
- Sicherung des Einsatzbetriebes durch Hygienemaßnahmen sowie Beschränkung von Kontakten auf das notwendige Maß
- **Einsatzkräfte mit Erkältungsanzeichen melden dies an die Wehrführung und halten sich vom Einsatzbetrieb fern**
- Folgende Personen müssen den Einsätzen fernbleiben:
    - Personen mit Husten, Kratzen im Hals, Infektionszeichen, Fieber
    - Personen mit Kontakt mit einem gesicherten COVID-19-Fall (in den letzten 14 Tagen)
    - Personen mit Aufenthalt in einem Risikogebiet (in den letzten 14 Tagen)

Aufgrund der aktuellen Situation und in Hinblick auf die Einsatzbereitschaft unserer GemeindeFEUERWEHR, ist es die beste Entscheidung, Aus- und Weiterbildungsdienste Arbeitseinsätze und Veranstaltungen abzusagen.

Das beinhaltet:

- Ordnung und Sauberkeit Wachen am 27.03.2020
- Osterfeuer am 12.04.2020
- FwDV 3 / AGT am 24.04.2020
- Technische Überprüfung Fahrzeuge am 12.05.2020
- Amtsausscheid am 16.05.2020 (wird geprüft!)

Oberste Priorität in diesen Tagen hat die Aufrechterhaltung der Einsatzbereitschaft unserer GemeindeFEUERWEHR und Katastrophenschutzeinheit.

Vorgehensweise bei Einsätzen

Tragehilfen bei einem Verdacht auf eine Corona-Infektion oder einem bestätigten Fall werden mit minimaler Anzahl an Einsatzkräften abgearbeitet. Die entsprechende Schutzkleidung ist durch das Personal des Rettungsdienstes auszuhändigen. Ausgehändigt werden soll mindestens 1 Schutzkittel, 1 Mundschutz (min. FFP2) und 1 Einmalhandschuhe je Kamerad/-in, ggf. auch eine Schutzbrille. Dabei handelt es sich um eine Anordnung des Landkreises Ludwigslust-Parchim. Sollte die Aushändigung der Schutzkleidung durch das Rettungsdienstpersonal verwehrt werden, wird der Einsatzauftrag lt. Einsatzmeldung nicht durchgeführt. Für derartige Einsätze wird in erster Linie das Löschgruppenfahrzeug genutzt. Der Einheitsführer stimmt sich mit dem Rettungsdienstpersonal vor der betroffenen Wohnung entsprechend ab. Nach der Maßnahme wird die Einmalschutzkleidung vor

Ort ausgezogen und in blauen Säcken verschlossen. Die blauen Säcke hält ebenfalls das die Besatzung des Rettungsdienstes vor. Weiterhin sind die Einsatzkräfte aufgefordert, die Hände zu waschen und zu desinfizieren. Die Persönliche Schutzausrüstung (PSA) wird nach dem Einsatz in eine fachgerechte Reinigung übergeben. Nach dem Einsatz sind das Fahrzeug in der Fahrzeugkabine und im Mannschaftsraum, ebenso Helme und Kontaktflächen zu desinfizieren. Das Desinfektionsmittel B45 der Firma „Orochemie“ befindet sich im Geräteraum 3 – Fach „Feuerkrebs“.

Brandeinsätze, Verkehrsunfälle und Türöffnungen können in jedem Fall Kontakt mit einem Corona-Verdachtsfall oder auch einem bestätigten Fall bedeuten. Dadurch ist die Befragung des Patienten/Betroffenen essenziell wichtig. Im Falle einer Infektion oder Verdachtsfall bekommt die Person einen Mundschutz und/oder wird im Mannschaftstransportwagen (MTW) oder einem Pkw isoliert, sofern dies aufgrund von Verletzungen möglich ist. Aktuell befindet sich auf keinem unserer Fahrzeuge ein Mundschutz, da es zurzeit keinen käuflich zu erwerben gibt. Hier sind die Kniffe der Einsatzführung gefragt, vielleicht muss oder kann für Erste-Hilfe-Maßnahmen ein Atemschutzgerät angelegt werden, klingt komisch, oberstes Ziel ist aber der Eigenschutz unserer Kameradinnen und Kameraden.

Beispiel: Verkehrsunfall – Pkw gegen Baum; Person ansprechbar
Leitstelle meldet, es handelt sich um einen bestätigten COVID-19, Einheitsführer schickt aufgrund von keinen vorgehaltenen Mundschutz Angriffstrupp zur Erstversorgung unter Atemschutz vor

Dokumentation

Nach dem Einsatz sind alle, sich im Einsatz befindlichen Einsatzkräfte in das Verbandbuch einzutragen, dass sie möglicherweise mit dem Coronavirus in Kontakt gekommen sind.

Schlussbestimmungen der Wehrführung

Die Wehrführung entscheidet die Anzahl der Feuerwehrkräfte, Besatzung von MTW und LF müssen dringend Absprachen treffen. Je nach Einsatzmeldung fahren alle oder auch nur ein Fahrzeug der GemeindeFEUERWEHR Besitz zum Einsatzort.

Dienstfahrten mit den Fahrzeugen der GemeindeFEUERWEHR sowie der Katastrophenschutzeinheit unterliegen der vorherigen Genehmigung durch die Wehrführung. Der Aufenthalt in der Hauptwache Besitz sowie der Nebenwache Blücher und aller weiteren Gebäude der GemeindeFEUERWEHR sowie der Katastrophenschutzeinheit ist auf ein Minimum zu reduzieren. Bei Betreten der vorgenannten Gebäude muss eine Information an die Wehrführung erfolgen.

Ich bitte Euch eindringlich, dieser Dienstanweisung Folge zu leisten. Für uns alle ist dies eine komplett neue Situation, die es zu meistern gibt. Bitte teilt auch den Bürgerinnen und Bürgern unserer Gemeinde mit, dass die Absage des Osterfeuers sicherlich keine einfache Entscheidung war, wir diesen Weg aber für richtig halten. Und seid gewiss: Aufgeschoben ist nicht aufgehoben!

Die Wehrführung ist verpflichtet, sich regelmäßig Informationen zur aktuellen Lage zu beschaffen.

Liebe Kameradinnen und Kameraden,

ich wünsche Euch und Euren Familien ein virenfreies Jahr 2020.

Kameradschaftliche Grüße

Ronny Kubat

Anlagen:

- Lesebestätigung
- Begrüßungszeremonie der GemeindeFEUERWEHR Besitz
- SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19)
- Hinweise für Einsatzkräfte zum Umgang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2
- Hygienemaßnahmen für nicht medizinische Einsatzkräfte
- Empfehlungen des Landkreises zum Umgang mit Veranstaltungen

Lesebestätigung

Die nachstehende Unterschrift gilt für die hier enthaltene Festlegung der Allgemeinen Dienstanweisung.

Ich bestätige, dass ich das zuvor aufgeführte Dokument gelesen habe, die darin enthaltenen Festlegungen einhalte und mich bei Fragen an meinen Vorgesetzten wende.

Name	Datum	Unterschrift

Autor:	Genehmigt durch:	Datum:	Geändert am:
Kristoph-Felix Piepke *Pressewart*	Ronny Kubat *Gemeindewehrführer*	13.03.2020	18.03.2020

Name	Datum	Unterschrift

Autor:	Genehmigt durch:	Datum:	Geändert am:
Kristoph-Felix Piepke *Pressewart*	Ronny Kubat *Gemeindewehrführer*	13.03.2020	18.03.2020

Name	Datum	Unterschrift

Autor:	Genehmigt durch:	Datum:	Geändert am:
Kristoph-Felix Piepke *Pressewart*	Ronny Kubat *Gemeindewehrführer*	13.03.2020	18.03.2020

Begrüßung bei der GemeindeFEUERWEHR Besitz zu Zeiten von COVID-19

ROBERT KOCH INSTITUT

Hinweis zum Einsatz von Cookies

Mit dem Klick auf "Erlauben" erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihren Aufenthalt auf der Seite anonymisiert aufzeichnen. Die Auswertungen enthalten keine personenbezogenen Daten und werden ausschließlich zur Analyse, Pflege und Verbesserung unseres Internetauftritts eingesetzt. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie über den folgenden Link: Datenschutz

Nicht erlaubenErlauben

SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)

Stand: 10.3.2020

- 1. Übertragungswege
- 2. Krankheitsverlauf und demografische Einflüsse
- 3. Basisreproduktionszahl (R0)
- 4. Inkubationszeit und serielles Intervall
- 5. Dauer der Infektiosität
- 6. Manifestationsindex
- 7. Untererfassung
- 8. Fall-Verstorbenen-Anteil, Letalität
- 9. Zeit von Erkrankungsbeginn bis Pneumonie
- 10. Zeit von Erkrankungsbeginn bis Hospitalisierung
- 11. Zeit von Erkrankungsbeginn bis zum Akuten Lungenversagen (ARDS)
- 12. Zeit von Erkrankungsbeginn bis ITS
- 13. Zeit von Hospitalisierung bis ITS
- 14. Dauer des Krankenhausaufenthalts
- 15. Anteil der Hospitalisierten mit Beatmung
- 16. Anteil der Hospitalisierten, die auf ITS behandelt wurden
- 17. Anteil der invasiv beatmeten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO)
- 18. Anteil Verstorbene unter den ITS-Patienten
- 19. Asymptomatische/präsymptomatische Ausscheidung bzw. Übertragung
- 20. Tenazität; Inaktivierung des Virus auf Oberflächen
- 21. Impfung
- Literatur

Der Steckbrief zu COVID-19 basiert auf der laufenden Sichtung der wissenschaftlichen Literatur, inklusive der methodischen Bewertung der entsprechenden Quellen. Einige der genannten Literaturstellen sind bisher nur als Vorab-Publikation („preprint“) verfügbar, das heißt, sie wurden zwar schon der (Fach-)Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt, aber noch nicht in einem Peer Review-Verfahren begutachtet. Die Datenbasis erweitert sich sehr rasch, daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass Publikationen in der aktuellen Version des Steckbriefs noch nicht berücksichtigt wurden. Auch ist es möglich, dass einzelne Quellen von anderen Personen anders bewertet werden. Die hier aufgeführten Aspekte stellen eine Auswahl unter dem Schwerpunkt der epidemiologischen und Public-Health-relevanten Aspekte des Erregers dar. Dieser Erregersteckbrief ist ein „lebendes Dokument“, d.h. Erweiterungen, Präzisierungen, Kürzungen werden laufend vorgenommen. Anmerkungen oder Ergänzungsvorschläge sind daher willkommen.

1. Übertragungswege

Der Hauptübertragungsweg scheint die Tröpfcheninfektion zu sein. Theoretisch möglich sind auch Schmierinfektion und eine Ansteckung über die Bindehaut der Augen.

Tröpfcheninfektion: Es kann davon ausgegangen werden, dass die hauptsächliche Übertragung über Tröpfchen erfolgt (1, 2). Epidemiologische Studien, die dies untermauern, konnten noch nicht identifiziert werden.

Aerosol: keine Evidenz

Schmierinfektion: (1) Eine Übertragung durch Schmierinfektion ist prinzipiell nicht ausgeschlossen, vermutlich spielt dies jedoch nur eine untergeordnete Rolle, da häufig Infektionsketten identifiziert werden konnten, die eher für eine direkte Übertragung, z.B. durch Tröpfchen, sprechen. (2) Es wurden bei COVID-19-Patienten PCR-positive Stuhlproben (3-5) identifiziert. Für eine Ansteckung über Stuhl müssen Viren vermehrungsfähig sein. Ein Nachweis vermehrungsfähiger Viren im Stuhl wurde bisher lediglich in einer kleinen Studie berichtet (6).

Konjunktiven als Eintrittspforte: In drei (von 63 untersuchten) Patienten mit COVID-19-Pneumonie waren Konjunktivalproben PCR-positiv (7). Dies ist kein eindeutiger Beleg, dass Konjunktiven als Eintrittspforte fungieren können, sollte aber – vor allem im medizinischen Bereich – angenommen werden.

2. Krankheitsverlauf und demografische Einflüsse

Die Krankheitsverläufe sind unspezifisch, vielfältig und variieren stark, von symptomlosen Verläufen bis zu schweren Pneumonien mit Lungenversagen und Tod. Daher lassen sich keine allgemeingültigen Aussagen zum „typischen" Krankheitsverlauf machen. Aus den kumulierten in China erfassten Fällen (n = 55.924 laborbestätigte Fälle; Stand 20.02.2020) werden als häufigste Symptome Fieber und Husten berichtet (Abbildung 1). Dabei verliefen rund 80 % der Erkrankungen milde bis moderat. Vierzehn Prozent verliefen schwer, aber nicht lebensbedrohlich und in 6 % war der klinische Verlauf kritisch bis lebensbedrohlich (8). Außerhalb von Wuhan/Hubei und außerhalb von China gibt es teilweise Beobachtungen, dass der Anteil milder Verläufe höher als 80 % ist.

Das mittlere (mediane) Alter unter den chinesischen Erkrankten liegt bei 51 Jahren und rund 78 % der Fälle sind zwischen 30 und 69 Jahren alt. Die unter-20-jährigen sind mit 2,4 % kaum betroffen. Das Infektionsrisiko ist in China für Männer und Frauen etwa gleich groß (8).

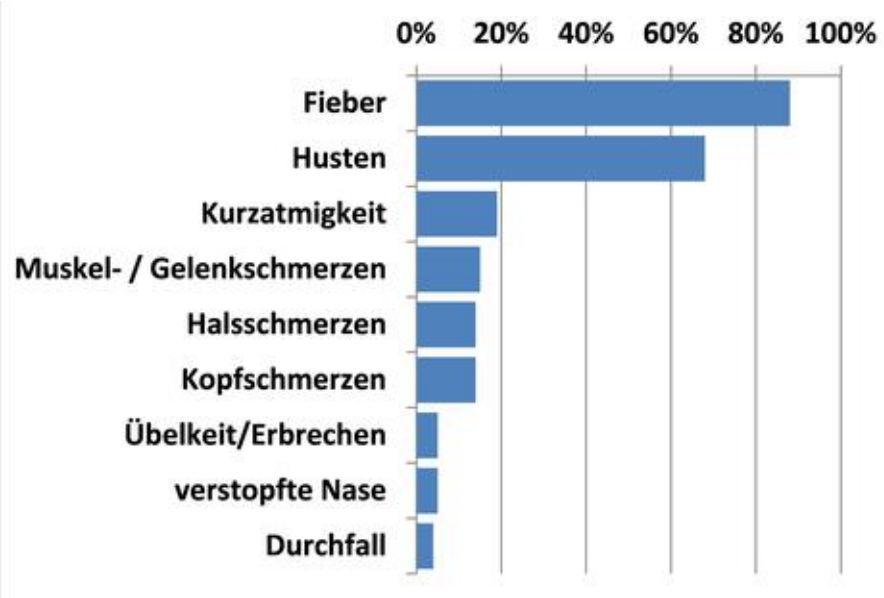
Risikogruppen für schwere Verläufe
Obwohl schwere Verläufe häufig auch bei Personen ohne Vorerkrankung auftreten (9), haben die folgenden Personengruppen ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe:

- ältere Personen (mit stetig steigendem Risiko für schweren Verlauf ab etwa 50–60 Jahren)
- Raucher
- Personen mit bestimmten Vorerkrankungen:
    - des Herzens (z.B. koronare Herzerkrankung),
    - der Lunge (z.B. Asthma, chronische Bronchitis),
    - Patienten mit chronischen Lebererkrankungen)
    - Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
    - Patienten mit einer Krebserkrankung.
    - Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z.B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr schwächen, wie z.B. Cortison)

Bislang liegen keine Informationen zu Langzeitfolgen von COVID-19 vor.

Abbildung 1: Auftreten der häufigsten Symtomen bei COVID-19-Fällen in China
(n = 55.924 laborbestätigte Fälle; Stand 20.02.2020) (8).
Quelle: *Robert Koch-Institut*

Die Datenlage zur Symptomatik und zum Krankheitsverlauf der in Deutschland aufgetretenen Fälle ist noch begrenzt (Stand 06.03.2020). Unter den Fällen mit übermittelten Symptomen wurde am häufigsten Husten (58 %), Fieber (43 %) und Schnupfen (38 %) angegeben (10).



3. Basisreproduktionszahl (R0)

Verschiedene Studien verorten die Zahl der Zweitinfektionen, die von einem Fall ausgehen (Basisreproduktionszahl R0) zwischen 2,4 und 3,3. Dabei wurden einzelne Studien, mit deutlich höheren Schätzwerten nicht berücksichtigt. Dieser Wert kann so interpretiert werden, dass bei einem R0 von etwa 3 ungefähr zwei Drittel aller Übertragungen verhindert werden müssen, um die Epidemie unter Kontrolle zu bringen (11).

4. Inkubationszeit und serielles Intervall

Die Inkubationszeit gibt die Zeit von der Ansteckung bis zum Beginn der Erkrankung an. Sie liegt im Mittel (Median) bei 5–6 Tagen (Spannweite 1 bis 14 Tage) (8).

Das serielle Intervall definiert das durchschnittliche Intervall vom Beginn der Erkrankung eines ansteckenden Falles bis zum Erkrankungsbeginn eines von diesem angesteckten Falles. Das serielle Intervall ist meistens länger als die Inkubationszeit, weil die Ansteckung im Allgemeinen erst dann erfolgt, wenn ein Fall symptomatisch geworden ist. Das serielle Intervall lag in einer Studie mit 425 Patienten im Mittel (Median) bei 7,5 (12) und in einer anderen Studie bei geschätzten vier Tagen, basierend auf der Analyse von 28 Infizierenden/Infizierten-Paaren (13).

5. Dauer der Infektiosität

Es liegen bislang keine publizierten Daten dazu vor, bis zu welchem Zeitpunkt nach Erkrankungsbeginn vermehrungsfähige Viren im oberen Atemwegstrakt gefunden werden. Alternativ sind auch epidemiologische Daten verwertbar, wenn ein genauer Infektionszeitpunkt und (bei der infizierenden Person) der Erkrankungsbeginn bekannt ist.

Eine Studie mit 17 Patienten hat die Ausscheidungsdynamik in den oberen Atemwegen untersucht. Dabei wurden mittels PCR genetische Bestandteile des Virus (RNA) nachgewiesen, es wurde nicht untersucht, ob vermehrungsfähige Viren gefunden werden können. Ein Nachweis von Virus-RNA war etwa bis zum Tag 7–9 nach Erkrankungsbeginn möglich (14).

In einer weiteren Studie wurde die Dauer von Erkrankungsbeginn bis zu dem Zeitpunkt, bis keine virale RNA mehr nachweisbar war – abhängig vom Schweregrad der Erkrankung – auf 13–18 Tage angegeben, auch hier war nicht bekannt, wie lange vermehrungsfähige Viren ausgeschieden wurden (15).

6. Manifestationsindex

Der Manifestations-Index beschreibt den Anteil der Infizierten, die auch tatsächlich erkrankt. Es liegen keine verlässlichen Daten vor, da die tatsächliche Anzahl der Infizierten und die tatsächliche Anzahl der Fälle unbekannt sind. Für die Ermittlung der tatsächlichen Anzahl der Infizierten wären serologische Erhebungen notwendig. Eine erste, kleine Studie aus Japan gibt einen Wert von 58 % an (16).

7. Untererfassung

Die von Surveillance-Systemen angegebene Anzahl an Erkrankten unterliegt immer der Gefahr einer mehr oder weniger starken Verzerrung aufgrund der angewendeten Falldefinitionen. In jedem Erhebungssystem besteht die Notwendigkeit, Einzelpersonen aufgrund bestimmter Eigenschaften (Symptomatik; Labortests) zu erfassen. Somit wird immer nur eine Teilmenge erfasst. Die tatsächliche Anzahl Erkrankter muss daher häufig geschätzt werden.

Mit aller Vorsicht und Unsicherheit könnten drei Studien zur Schätzung der Untererfassung herangezogen werden: Eine Studie, die noch auf Daten von Januar 2020 basierte, schätzt den Anteil der Infizierten, die im Überwachungssystem von China erfasst wurden auf 5 % (11), eine zweite Studie schätzt den Anteil auf 9,2 % (17). Somit wäre die Anzahl an Infizierten um einen Faktor 20 bzw. 11 größer als angegeben.

Eine dritte Studie baut darauf auf, dass am 2. Februar 2020 weltweit 1.916 Personen repatriiert worden waren und von diesen 17 positiv auf SARS-CoV-2 getestet worden waren (18). Dies entspricht einem Anteil von etwa einem Prozent. Daraus schlossen die Autoren, dass in etwa 110.000 (95 %-Konfidenzintervall: 40.000–310.000) Personen in Wuhan infiziert sein müssten. Bei einem Manifestationsindex von 58 % (s. u.) würde dies einer Anzahl von rund 64.000 erkrankten Personen entsprechen. Im Vergleich dazu gab die WHO am 02.02.2020 eine Zahl von insgesamt 14.411 Fällen in China an (19). Würde man nun den oben genannten Faktor 20 (11) bzw. 11 (17) und einen Manifestationsindex von 58 % anwenden, wären zu diesem Zeitpunkt tatsächlich eine geschätzte Zahl von ca. 168.000 Personen bzw. 92.000 Personen erkrankt gewesen. Somit wären gemäß der drei Schätzungen 22 % (Faktor 4,5), 16 % (Faktor 6,3) bzw. 9 % (Faktor 11,1) der Erkrankten vom Überwachungssystem erfasst worden.

Sollte es in Deutschland zu einer großflächigen Verbreitung der Erkrankung in der Bevölkerung kommen, würde die Anzahl der COVID-19-Erkrankungen mit Arztbesuch mittels Modellierungen aus Daten der Arbeitsgemeinschaft Influenza geschätzt werden (an der Heiden, IoRV, 2019).

8. Fall-Verstorbenen-Anteil, Letalität

Fall-Verstorbenen-Anteil (engl. case fatality rate, CFR): Für den Fall-Verstorbenen-Anteil könnte man die Zahl der gemeldeten verstorbenen Fälle durch die Zahl der gemeldeten Fälle, z. B. in China, teilen, oder alternativ, durch die Zahl der Fälle mit bekanntem Endpunkt (genesene und verstorbene Fälle). Ersterer Quotient würde den endgültigen Anteil unterschätzen (da noch nicht von allen Patienten der Endpunkt bekannt ist und Patienten mit längerem Krankheitsverlauf häufiger tödlich verlaufen), bei letzterem Quotient würde der endgültige Anteil überschätzt werden. Am 27.02.2020 z. B. war der erste Anteil für die von China gemeldeten Fälle 3,5 % (2.747 / 78.514), und der zweite 7,7 % (2.747 / (32.926 + 2.747)). Beide Anteile nähern sich einander an, wenn von immer mehr gemeldeten Fällen der Endpunkt bekannt ist. In den anderen chinesischen Provinzen lag der Fall-Verstorbenen-Anteil deutlich niedriger (am 26.02.2020 0,8 % (103 Todesfälle / 13.004 Fälle)), außerhalb Chinas (1,5 % (44 / 2.918)). Der Verstorbenen-Fall-Anteil bei den Passagieren des Kreuzfahrtschiffs „Princess Diamond“ lag mit 4 Todesfällen und 705 Fällen bei 0,6 % (Stand 27.02.2020; https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries). Eine aktuelle Studie schätzt (unter Anwendung einer anderen Methodik) einen Fall-Verstorbenen-Anteil von 5 % in der Provinz Hubei und 0,8 % für China (ohne Hubei) (20). Guan et al. beziffern den Fall-Verstorbenen-Anteil in einer Patientengruppe von 1.099 Personen (Interquartilsbereich [IQR]: 35–58 Jahre, Mittelwert (Median): 47 Jahre) auf 8,1 % (14 / 173) unter schweren Erkrankungen (Beatmung oder Sepsis) und 0,1 % (1 / 926) bei leichten Erkrankungen (gesamt 1,4 %) (5). Unter Patienten mit sehr schwerem Verlauf (ITS oder Lungenversagen) war der Fall-Verstorbenen-Anteil 22 % (15 / 67) (5).

Die Letalität beschreibt die Anzahl der verstorbenen Fälle als Anteil der Zahl der (tatsächlich) erkrankten Fälle. Dazu liegen keine verlässlichen Daten vor, weil die tatsächliche Anzahl erkrankter Menschen unbekannt ist und möglicherweise deutlich höher liegt als die Zahl der gemeldeten Erkrankungsfälle (siehe „Tatsächliche Anzahl Erkrankter“). Wenn tatsächlich die Zahl der erkrankten Fälle um einen Faktor 4,5–11,1 unterschätzt ist (siehe „Tatsächliche Anzahl Erkrankter“), dann beträfe das vermutlich v.a. die Zahl der (leichter) Erkrankten, die nicht durch das Überwachungssystem erfasst werden würden. Damit würde sich auch die (näher an der Wirklichkeit liegende) Letalität vermutlich um einen ähnlichen Faktor senken.

9. Zeit von Erkrankungsbeginn bis Pneumonie

In einer Veröffentlichung (chinesische Fallserie [n = 1.099]) betrug diese Zeitspanne vier Tage [IQR]: 2–7 Tage) (5).

10. Zeit von Erkrankungsbeginn bis Hospitalisierung

In einer chinesischen Fallserie (n = 138 hospitalisierte Fälle, inkl. vieler nosokomialer Infektionen [n = 57], auch unter medizinischem Personal [n = 40]) betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) sieben Tage (IQR: 4–8 Tage) (21). Eine andere Studie berichtet von einer Zeitspanne von 4,5 Tagen (IQR: 2–7 Tage) für leichtere Erkrankungen und 5 Tage (IQR: 4–6,8 Tage) für schwere Verläufe (15).

11. Zeit von Erkrankungsbeginn bis zum Akuten Lungenversagen (ARDS)

In einer chinesischen Fallserie (siehe 9.) betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) acht Tage (IQR: 6–12 Tage) (21), und in einer anderen Veröffentlichung (n = 298 Patienten) 9 Tage (IQR: 7–11 Tage) (15).

12. Zeit von Erkrankungsbeginn bis ITS

In einer chinesischen Fallserie (siehe 9.) betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) 10 Tage (IQR: 6–12 Tage) (21).

13. Zeit von Hospitalisierung bis ITS

In einer chinesischen Fallserie (siehe 9.) betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) einen Tag (IQR: 0–3 Tage) (21).

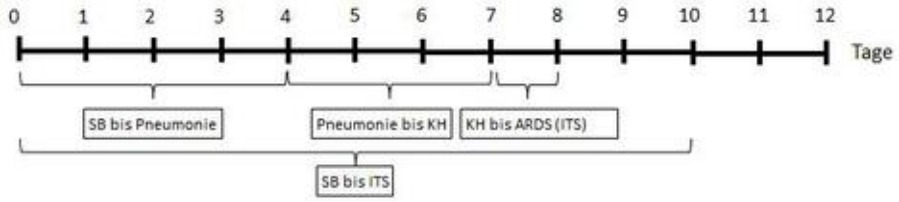


Abbildung 2: Zeiträume ausgehend vom Symptombeginn (Tag 0) bis zur Behandlung auf der Intensivstation (ITS); zusammengestellt aus verschiedenen chinesischen Fallserien; SB = Symptombeginn., KH = Krankenhausaufnahme, ITS = Aufnahme auf einer Intensivstation, ARDS = Acute Respiratory Distress Syndrome (akutes Lungenversagen).
Quelle: *Robert Koch-Institut*

14. Dauer des Krankenhausaufenthalts

In einer chinesischen Fallserie (siehe 9.) betrug diese Zeitspanne im Mittel (Median) 10 Tage (IQR: 7–14 Tage; angegeben für die bis dahin Genesenen) (21). Diese Zahl stellt vermutlich eine Unterschätzung dar: Im Bericht der „WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019“ wird genannt, dass milde Fälle im Mittel (Median) einen Krankheitsverlauf von zwei Wochen haben und schwere von 3–6 Wochen (8).

15. Anteil der Hospitalisierten mit Beatmung

Es gibt verschiedene Quellen mit einer weiten Spannweite zur Beatmungshäufigkeit, dabei scheint der Anteil innerhalb Hubeis mit ca. 20–25 % (21-23) deutlich höher zu sein als für ganz China (2–6 %) (5, 24, 25).

16. Anteil der Hospitalisierten, die auf ITS behandelt wurden

Hierzu liegen keine verlässlichen Informationen vor. In einer chinesischen Fallserie (siehe 9.) wurden 26 % (36 / 138) intensivmedizinisch behandelt (21), in einer anderen (n = 99) waren es 23 % (22). In einer Fallserie außerhalb Hubeis wurde dagegen ein Anteil von 2 % (1 / 62) auf einer Intensivstation behandelt (24).

17. Anteil der invasiv beatmeten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO)

Hierzu liegen keine verlässlichen Informationen vor. In einer chinesischen Fallserie (inkl. vielen nosokomialen Fällen, inkl. medizinisches Personal) wurden 24 % (4 Patienten mit ECMO / 17 invasiv beatmete Patienten) mit extrakorporaler Membranoxygenierung (vorübergehende technische Lungenersatz-Therapie) versorgt (21). Chen et al. berichten von 43 % (3 Patienten mit ECMO von 7 invasiv beatmeten Patienten) (22). Eine weitere Studie berichtet von 6 % (2 Patienten mit ECMO von 32 invasiv beatmeten Patienten) (15).

18. Anteil Verstorbene unter den ITS-Patienten

Hierzu liegen keine verlässlichen Informationen vor, da nicht über Kohorten in den Studien berichtet wurde, die bis zum Ende beobachtet wurden, d. h. wo bei allen ein Endpunkt bekannt war.

19. Asymptomatische/präsymptomatische Ausscheidung bzw. Übertragung

Insgesamt schwache Evidenz:

Asymptomatische Ausscheidung: Es wurde eine asymptomatische Ausscheidung bei einer Person beschrieben, deren Ausscheidung ähnlich hoch war wie bei 17 symptomatischen Patienten (14).

Asymptomatische Übertragung: Eine asymptomatische Person aus Wuhan infizierte möglicherweise fünf weitere Familienmitglieder (26); denkbar wäre in dem beschriebenen Kontext aber auch eine Übertragung durch eine unbekannte andere Person auf alle Familienmitglieder.

20. Tenazität; Inaktivierung des Virus auf Oberflächen

Von anderen human-pathogenen Coronaviren ist bekannt, dass sie auf unbelebten Oberflächen, wie Metall, Glas oder Plastik eine gewisse Zeit überleben können. Hierbei hängt die Überlebenszeit von weiteren Einflussfaktoren wie Umgebungstemperatur und Luftfeuchtigkeit ab (27-29). Während beispielsweise in einer Studie HCoV-229E auf Plastik bereits nach 72 Stunden seine Infektiösität verlor, blieb SARS-CoV-1 auf dem selben Medium bis zu sechs Tage infektiös (27). Aufgrund der strukturellen Ähnlichkeit von SARS-CoV-1 und SARS-CoV-2 ist für SARS-CoV-2 eine ähnliche Tenazität zu erwarten. Zur Inaktivierung sind Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener begrenzt viruzider Wirksamkeit geeignet (29, 30). Desinfektionsmittel mit den Wirkbereichen begrenzt viruzid PLUS und viruzid können ebenfalls eingesetzt werden (30).

21. Impfung

Aktuell steht noch kein Impfstoff zur Verfügung. Laut WHO gibt es aktuell mehr als 25 Impfstoff-Kandidaten, die sich aber fast alle in der prä-klinischen Entwicklungsphase befinden.

Literatur

1. CDC. How COVID-19 Spreads: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2020 [updated February 17, 2020. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/transmission.html.
2. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. Overview of The 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): The Pathogen of Severe Specific Contagious Pneumonia (SSCP). Journal of the Chinese Medical Association : JCMA. 2020.
3. Xiao F, Tang M, Zheng X, Li C, He J, Hong Z, et al. Evidence for gastrointestinal infection of SARS-CoV-2. MedRxiv. 2020.
4. Zhang W, Du R-H, Li B, Zheng X-S, Yang X-L, Hu B, et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. Emerging microbes & infections. 2020;9(1):386-9.
5. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. The New England journal of medicine. 2020.
6. Zhang Y, Chen C, Zhu S, Shu C, Wang D, Song J, et al. Isolation of 2019-nCoV from a Stool Specimen of a Laboratory-Confirmed Case of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). China CDC Weekly 2020. 2020.
7. Zhou Y, Zeng Y, Tong Y, Chen C. Ophthalmologic evidence against the interpersonal transmission of 2019 novel coronavirus through conjunctiva. MedRxiv. 2020.

8. WHO. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Report. World Health Organization (WHO); 2020 16-24.02.2020.
9. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet (London, England). 2020.
10. RKI. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) – 05.03.2020 – AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND. Berlin: Robert Koch-Institut; 2020 05.03.2020.
11. Read JM, Bridgen JRE, Cummings DAT, Ho A, Jewell CP. Novel coronavirus 2019-nCoV: early estimation of epidemiological parameters and epidemic predictions. MedRxiv. 2020.
12. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. The New England journal of medicine. 2020.
13. Nishiura H, Linton NM, Akhmetzhanov AR. Serial interval of novel coronavirus (COVID-19) infections. MedRxiv. 2020.
14. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. The New England journal of medicine. 2020.
15. Qingxian Cai P, Deliang Huang M, Pengcheng Ou P, Hong Yu M, Zhu Z, Xia Z, et al. 2019-nCoV Pneumonia in a Normal Work Infectious Diseases Hospital Besides Hubei Province, China. Lancet infectious Diseases. 2020.
16. Nishiura H, Kobayashi T, Miyama T, Suzuki A, Jung S, Hayashi K, et al. Estimation of the asymptomatic ratio of novel coronavirus infections (COVID-19). MedRxiv. 2020.
17. Nishiura H, Kobayashi T, Yang Y, Hayashi K, Miyama T, Kinoshita R, et al. The Rate of Underascertainment of Novel Coronavirus (2019-nCoV) Infection: Estimation Using Japanese Passengers Data on Evacuation Flights. Journal of clinical medicine. 2020;9(2).
18. Zhao H, Man S, Wang B, Ning Y. Epidemic size of novel coronavirus-infected pneumonia in the Epicenter Wuhan: using data of five-countries' evacuation action. MedRxiv. 2020.
19. WHO. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report - 13; 02. February 2020. World Health Organization (WHO); 2020. Contract No.: 5.
20. Qi R, Ye C, Qin X-r, Yu X-J. Case fatality rate of novel coronavirus disease 2019 in China. medRxiv. 2020.
21. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. Jama. 2020.
22. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet (London, England). 2020.
23. Kui L, Fang YY, Deng Y, Liu W, Wang MF, Ma JP, et al. Clinical characteristics of novel coronavirus cases in tertiary hospitals in Hubei Province. Chinese medical journal. 2020.
24. Xu X-W, Wu X-X, Jiang X-G, Xu K-J, Ying L-J, Ma C-L, et al. Clinical findings in a group of patients infected with the 2019 novel coronavirus (SARS-Cov-2) outside of Wuhan, China: retrospective case series. BMJ (Clinical research ed). 2020:m606.
25. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. China CDC Weekly 2020. 2020.
26. Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin DY, Chen L, et al. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. Jama. 2020.
27. Rabenau HF, Cinatl J, Morgenstern B, Bauer G, Preiser W, Doerr HW. Stability and inactivation of SARS coronavirus. Med Microbiol Immunol. 2005;194(1-2):1-6.
28. Chan K, Peiris J, Lam S, Poon L, Yuen K, Seto W. The effects of temperature and relative humidity on the viability of the SARS coronavirus. Advances in virology. 2011;2011.
29. Casanova LM, Jeon S, Rutala WA, Weber DJ, Sobsey MD. Effects of Air Temperature and Relative Humidity on Coronavirus Survival on Surfaces. Applied and Environmental Microbiology. 2010;76(9):2712-7.
30. Schwebke I, Eggers M, Gebel J, Geisel B, Glebe D, Rapp I, et al. Prüfung und Deklaration der Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln gegen Viren zur Anwendung im human-medizinischen Bereich. 2017.

Referenzen

- Bericht über die WHO-China Joint Mission (englisch; 28.2.2020)
- Optionen zur Kontaktreduzierung in Gebieten mit COVID-19-Fällen (3.3.2020)
- Epidemiologischen Bulletin 39/2013: Respiratorische Erkrankungen: Maßnahmen bei Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen (PDF, 130 KB, Datei ist nicht barrierefrei)
- Checkliste für Gesundheitsämter (GÄ) und/oder Pflegeeinrichtungen (PDF, 102 KB, Datei ist nicht barrierefrei)
- Nationaler Pandemieplan Teil I, Anhang 2 zu Kapitel 5: Planungshilfe für Altenheime und Altenpflegeheime

Fachbereich AKTUELL

FBFHB-016

DGUV
Fachbereich Feuerwehren
Hilfeleistungen Brandschutz

Sachgebiet Feuerwehren und Hilfeleistungsorganisationen

Hinweise für Einsatzkräfte zum Umgang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

Stand: 11.03.2020

Diese Fachbereich AKTUELL gibt Einsatzkräften der Feuerwehren und der nicht-medizinischen Hilfeleistungsorganisationen Hinweise zur Vorbereitung auf und den Umgang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bzw. damit infizierte Personen oder entsprechenden Verdachtsfälle. Bestehen organisationsinterne oder landesspezifische Regelungen hierzu, sind diese vorrangig zu beachten.

1 Erreger

Coronaviren (CoV) können beim Menschen Krankheiten verursachen, die von leichteren Erkältungen bis hin zu schwereren Erkrankungen reichen. Bisher zeigten 7 Coronaviren ein humanpathogenes Potenzial. Das Coronavirus SARS-CoV-2 ist ein neues Virus, das bisher beim Menschen nicht nachgewiesen wurde [1]. Die beim Menschen durch SARS-CoV-2 verursachte Krankheit wird als COVID-19 bezeichnet.

2 Symptomatik

Infektionen des Menschen mit Coronaviren verlaufen meist mild und asymptomatisch. Es können auch Atemwegserkrankungen mit Fieber, Husten, Halskratzen, Atemnot und Atembeschwerden, eventuell Durchfall auftreten. In schwereren Fällen kann eine Infektion eine Lungenentzündung, ein schweres akutes respiratorisches Syndrom, ein Nierenversagen und sogar den Tod verursachen, überwiegend bei älteren Personen, oder Personen deren Immunsystem geschwächt ist. [1]

Das Virus SARS-CoV-2 hat sich in der kurzen Zeit nach seiner erstmaligen Entdeckung im Dezember sehr effizient durch Tröpfcheninfektion von Mensch zu Mensch ausgebreitet. [1]

3 Betroffenheit der Feuerwehren und der nicht-medizinischen Hilfeleistungsorganisationen

3.1 Einsätze

Einsatzkräfte können auf verschiedenste Art in Kontakt mit Personen kommen, bei welchen der Verdacht einer SARS-CoV-2 Infektion besteht bzw. die an COVID-19 erkrankt sind, z. B. im Rahmen von Erstversorgungen, technischen Rettungen, Tragehilfe/Unterstützung des Rettungsdienstes, Amtshilfe für Polizei oder Gesundheitsbehörden. Hierzu hat das Robert-Koch Institut ein Frageschema entwickelt, um schnell festzustellen, welche Maßnahmen hierbei notwendig sind:

Interaktive Anwendung zu den Hygienemaßnahmen für nicht-medizinische Einsatzkräfte[1]

Prinzipiell unterscheidet man zwischen dem

- **begründeten Verdachtsfall:**
  Man geht von einem begründeten Verdachtsfall aus, wenn mindestens zwei der folgenden Kriterien erfüllt sind:
  – Akute Atemwegsprobleme jeder Schwere (z. B. Husten, Schnupfen, Lungenentzündung, ggf. Allgemeinsymptome, Fieber)
  – Kontakt zu einem bestätigtem COVID-19 Fall in den letzten 14 Tagen
  – Aufenthalt in einem Risikogebiet in den letzten 14 Tagen
  und dem

- **bestätigten COVID-19 Fall:**
  Man geht von einem COVID-19 Fall aus, wenn neben den oben genannten Kriterien eine positive Bestätigung (z. B. Abstrich Rachenraum, ggf. Sputum oder Blutuntersuchung) durch ein Referenzlabor vorliegt.

Eine Infografik[2] des Robert-Koch-Instituts stellt die Hygienemaßnahmen für nicht-medizinische Einsatzkräfte im Überblick dar.

Haben Einsatzkräfte im Rahmen eines Einsatzes Kontakt zu einem Abklärungsfall, begründetem Verdachtsfall oder bestätigtem COVID-19 Fall, wird folgendes Vorgehen empfohlen:

- Verwendung der PSA 42 bzw. 43 oder 51 gemäß DGUV Information 205-014 *Auswahl von persönlicher Schutzausrüstung für Einsätze bei der Feuerwehr* [3]. Die konkret einzusetzende PSA-Form muss jeweils lagebedingt festgelegt werden.
- Vorgehen im Einsatz gemäß der Feuerwehrdienstvorschrift 500[3] *Einheiten im ABC-Einsatz* sowie der DGUV Vorschrift 49 *Feuerwehren*. [3]
- Beachtung der allgemeinen Hygieneregeln[4] vor, während und nach der Einsatztätigkeit.
- Weitere Einsatzmaßnahmen können auch dem Merkblatt 10-03[5] der Vereinigung zur Förderung des deutschen Brandschutzes – vfdb e.V. entnommen werden [2].

3.2 Dienstbetrieb der Feuerwehren und nicht-medizinischen Hilfeleistungsorganisationen

3.2.1 Allgemeine Maßnahmen für alle Einsatzkräfte

Im Dienstbetrieb ist es empfehlenswert Maßnahmen zu ergreifen, die verhindern, dass großer Gruppen von Einsatzkräften unter Quarantäne gestellt werden müssen, um die Dienstfähigkeit der kritischen Infrastruktur Feuerwehr und Hilfeleistungsorganisationen aufrecht erhalten zu können. Die teils umfassenden Quarantänemaßnahmen von Kontaktpersonen der Kategorie I von infizierten Menschen sind Bestandteil der aktuellen Pandemiebekämpfungsstrategie (Eindämmungsstrategie).

Zu diesen Maßnahmen können z. B. zählen:

- Abstand von ein bis zwei Metern zu niesenden oder hustenden Personen halten.
- Keine engen Begrüßungszeremonien durchführen.
- Vermeiden von Händeschütteln.
- Häufiges Händewaschen[6] mit Wasser und Seife.
- Regelmäßige und häufige Händedesinfektion[7] im Dienstbetrieb mit einem als viruzid oder begrenzt viruzid eingestuftem Händedesinfektionsmittel.
- Hustenetikette[8] wahren (Husten oder Niesen in die Ellenbeuge).
- Einwegtaschentüchern und -handtücher benutzen und richtig entsorgen.
- Bei eigenen Krankheitsanzeichen zuhause bleiben.
- Sicherung des Einsatz- und Dienstbetriebes durch Hygienemaßnahmen sowie Beschränkung von Kontakten auf das notwendige Maß, z. B. keine Besuchergruppen empfangen, Versammlungen gegebenenfalls vertagen.
- Durchführung von Ausbildungs- und Übungsdienst nur innerhalb der eigenen Einheit.
- Einsatzkräfte mit Erkältungsanzeichen melden dies an die Einheitsführung (Vgl. § 6 (2) DGUV Vorschrift 49) und halten sich vom Dienstbetrieb fern.

3.2.2 Maßnahmen der Trägerin oder des Trägers der Feuerwehr

Neben den allgemeinen Maßnahmen sind für die Trägerin oder den Träger der Feuerwehr noch weitergehende bzw. übergeordnete Maßnahmen empfehlenswert:

- Regelmäßige (tägliche) Informationsbeschaffung zur Sachlage. Z. B. unter
  - Informationen der DGUV zum Coronavirus (COVID-19)[9]
  - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin[10]
  - Robert-Koch-Institut[11]
  - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung[12]
  - Landesgesundheitsbehörden[13]
  - örtlichen Gesundheitsbehörden[14]
- Ergänzung der vorhandenen Gefährdungsbeurteilung und ggf. Standardeinsatzregeln (Vgl. § 4 DGUV Vorschrift 49),
- Erwirken einer medizinischen Beratung (Vgl. § 6 DGUV Vorschrift 49),
- Bereitstellung von geeigneter persönlicher Schutzausrüstung in ausreichender Anzahl (Vgl. § 14 (2) DGUV Vorschrift 49),

- Bereitstellung von ausreichenden Mengen an geeignetem Desinfektionsmittel (Personen- und Gerätedesinfektion) (Vgl. § 3, 4 DGUV Vorschrift 49),
- Information der Einsatzkräfte über zu ergreifende Maßnahmen, z. B. in Form von schriftlichen Dienstanweisungen,
- Tägliche Beurteilung und Ermittlung der Einsatzbereitschaft der eigenen Einheit,
- Sicherstellen von Reinigung, Desinfektion und Einhaltung von Hygienemaßnahmen in Feuerwehrhäusern,
- Erstellen eines Pandemieplanes. Die DGUV hat dazu eine Arbeitshilfe erstellt, die hier[15] zur Verfügung steht [3].

Die unter 3.2.2 aufgeführten Maßnahmen sind analog auch für die Hilfeleistungsorganisationen empfehlenswert und anwendbar.

4 Ausblick

Das Sachgebiet Feuerwehren und Hilfeleistungsorganisationen wird dieses FB Aktuell gegebenenfalls aktualisieren und die darin empfohlenen Maßnahmen anpassen, sollte sich die aktuelle Lage bzw. deren Einschätzung ändern.

1 http://multimedia.gsb.bund.de/RKI/Flowcharts/covid19/
2 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygienemassnahmen_Einsatzkraefte.pdf?__blob=publicationFile
3 https://www.sfs-w.de/projektgruppe-feuerwehrdienstvorschriften/vom-afkzv-verabschiedet-und-zur-einfuehrung-in-den-laendern-empfohlen.html?no_cache=1&download=fwdv500_jan2012.pdf&did=86
4 https://www.infektionsschutz.de/
5 https://www.vfdb.de/fileadmin/Referat_10/Merkblaetter/Aktuelle_Endversionen/MB10_03_Influenzapandemie_Ref10_2018_11.pdf
6 https://www.infektionsschutz.de/haendewaschen.html
7 https://www.infektionsschutz.de/hygienetipps/desinfektionsmittel.html
8 https://www.infektionsschutz.de/hygienetipps/hygiene-beim-husten-und-niesen.html
9 https://www.dguv.de/webcode.jsp?query=d1182709
10 https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Biostoffe/FAQ/FAQ_node.html
11 https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV_node.html
12 https://www.bzga.de/
13 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Zustaendigkeiten/Adressen.html
14 https://tools.rki.de/PLZTool/
15 https://publikationen.dguv.de/praevention/allgemeine-informationen/2054/10-tipps-zur-betrieblichen-pandemieplanung?number=SW16054

Herausgeber

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
Fax: 030 13001-9876
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

Sachgebiet Feuerwehren und Hilfeleistungsorganisationen
im Fachbereich Feuerwehren Hilfeleistungen Brandschutz
der DGUV

An der Erstellung hat mitgewirkt:
Der Bundesfeuerwehrarzt des Deutschen Feuerwehrverbandes

[1] Informationsseite der DGUV zum Coronavirus: https://www.dguv.de/webcode.jsp?query=d1182709, aufgerufen am 04.03.2020
[2] *Merkblatt mit Informationen und Verhaltensweisen zu Influenzapandemien*, MB10-03, Referat 10 der Vereinigung zur Förderung des deutschen Brandschutzes – vfdb e.V. https://www.vfdb.de/fileadmin/Referat_10/Merkblaetter/Aktuelle_Endversionen/MB10_03_Influenzapandemie_Ref10_2018_11.pdf, aufgerufen am 05.03.2020
[3] zu beziehen über den zuständigen Unfallversicherungsträger oder unter https://publikationen.dguv.de/
[4] Deutscher Feuerwehrverband / Klaus Friedrich: *Der Bundesfeuerwehrarzt über das Coronavirus*, Stand: 01.03.2020

ROBERT KOCH INSTITUT

Neuartiges Coronavirus HINWEISE

Hygienemaßnahmen für nicht-medizinische Einsatzkräfte

Grundsätzlich gilt:

- Nach Möglichkeit mindestens **1–2 Meter Abstand** zu hustenden und/oder niesenden Fremdpersonen
- **Händehygiene** einhalten (gründliches Waschen der Hände mit Wasser und Seife)
- **Hustenetikette** einhalten (z. B. Husten, Niesen in die Ellenbeuge)

Distanz ca. 1-2 m

Schlüsselfragen bei Erstkontakt:

1: Hat die Person **grippeähnliche Symptome** (z.B. Fieber, Husten, infektbedingte Atemnot)?

2a: War die Person innerhalb der letzten 14 Tage in einem **besonders betroffenen Gebiet** in Deutschland bzw. in einem **internationalen Risikogebiet?** **www.rki.de/ncov-risikogebiete**

2b: Hatte die Person innerhalb der letzten 14 Tage **Kontakt zu einem Coronavirus-Erkrankten?**

Wenn alle Fragen mit „NEIN“ beantwortet wurden

Wenn Frage 1 UND 2a und/oder 2b mit „JA“ beantwortet wurde

- Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes für **Einsatzkraft und Fremdperson**
- Bei abklärungsbedürftiger Person: **ärztliche Beurteilung einholen**

Falls Person Mund-Nasen-Schutz nicht toleriert

- Nach **individueller Risikoeinschätzung** Atemschutzmaske für die Einsatzkraft **(mindestens FFP2)** bei direktem Kontakt und Infektionsrisiko
- Auswahl einer passenden Atemschutzmaske und individuelle Anpassung (Achtung: **Bartwuchs** beeinflusst die Abdichtung der Maske)
- Überprüfung auf **korrekten Sitz** der Atemschutzmaske

Online-Version

www.rki.de/covid-19-einsatzkraefte

Weitere Informationen

Internationale Risikogebiete und besonders betroffene Gebiete in Deutschland
www.rki.de/covid-19-risikogebiete

FAQ
www.rki.de/faq-covid-19

COVID-19
www.rki.de/covid-19

Infektionsschutz
www.infektionsschutz.de

Impressum: Robert Koch-Institut, ibbs@rki.de; Grafik: Goebel-Groener.de; Stand: 12.03.2020, DOI: 10.25646/6474.3

LANDKREIS
LUDWIGSLUST-PARCHIM
RAUM FÜR ZUKUNFT

metropolregion hamburg

Landkreis Ludwigslust-Parchim | PF 12 63 | 19362 Parchim

Ämter und Städte
FDL
Öffentliche Einrichtungen

Der Landrat des Landkreises Ludwigslust-Parchim

Organisationseinheit
Büro des Landrates / Kreistages

Ansprechpartner
Lukas Völsch

Telefon 03871 722-9202 **Fax** 03871 722-77-9202

E-Mail lukas.voelsch@kreis-lup.de

Aktenzeichen	Dienstgebäude	Zimmer	Datum
	Parchim	215	11.03.2020

Empfehlungen des Landkreises zum Umgang mit Veranstaltungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Infektionslage mit dem Virus SARS-CoV-2 ist aktuell in fast allen Lebensbereichen Thema und Anlass für Überlegungen, wie die Übertragung von Mensch zu Mensch möglichst eingedämmt werden kann.

Auch wenn bei uns im Landkreis bisher noch kein bestätigter Fall vorliegt, kann sich diese Lage bereits in den nächsten Stunden ändern. Überall dort, wo viele Menschen auf engem Raum zusammentreffen, besteht naturgemäß ein höheres Risiko für die Übertragung von Krankheiten. Hierzu gibt es bereits viele Anfragen!

Aus diesem Grund sehe ich mich veranlasst, Empfehlung für bereits geplante Veranstaltungen mit über 100 Teilnehmern auszusprechen.

Ich legen Ihnen dringend nahe, diese bis auf Weiteres abzusagen und/oder in den Herbst zu verschieben.

Die Teilnahme von Menschen aus verschiedenen Regionen mit engen Mensch–zu–Mensch–Kontakten ist unabsehbar und das größte Risiko. Die rechtzeitige Vorsorge und Klärung nach außen soll für Ruhe und Planbarkeit für alle Beteiligten sorgen.

Die absolute Anzahl der Teilnehmer ist dabei eher zweitrangig zu betrachten. Auch bei kleineren Veranstaltungen, Sitzungen und Teffen sollten die vom Robert Koch Institut veröffentlichten Hygienehinweise beachtet werden.

Lassen Sie uns gemeinsam auch diese Krise für unseren Landkreis bewältigen.

Bei Nachfragen steht ihnen das Gesundheitsamt des Landkreises gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Sternberg
Landrat