Mit welchen Risikoeinschätzungen können die Testfrequenzen, die Testart und der zu testende Personenkreis verändert werden?

Stand: 01.12.2021

AUSGANGSLAGE:

Mit E-Mail (Erlass) vom Freitag, 26. November 2021 22:55

geben Sie eine Frage aus dem Parlament an uns zur Beantwortung weiter:

Relevanter Auszug aus dem ERLASS:

"Aus dem Parlament wird nunmehr die Frage gestellt, mit welchen Risikoeinschätzungen die Testfrequenzen, die Testart und der zu testende Personenkreis verändert werden könnten.

Für die Antwort(en) bitten Sie dabei folgende Merkmale/Kriterien zu unterscheiden:

Zu testende Personen:

a) 3-fach Geimpfte

b) 2-fach Geimpfte

c) Nicht- bzw. "nichtvollständig"- Geimpfte

Settings/Einrichtungen:

d) Alten- und Pflegeheime

e) Krankenhäuser (in der Akutversorgung)

f) Arztpraxen

g) Zahnarzt-Praxen

Testarten:

h) Antigen-Schnelltests

i) PCR-Tests

Hinterfragt werden soll, ob in den o.g. Settings für bestimmte Gruppen bspw. eine (arbeits-) wöchentliche 2- oder 3-fach-Testung mit Antigen-Tests zur Risikominimierung in Bezug auf eine potenzielle Virusübertragung auf zu schützende Personen "ausreichend" sein könnte, oder welche anderen Frequenzen mit Blick auf die genannten Settings und Impfniveaus "empfehlenswert" wären.

Es wird um eine abgestufte (ggf. "bezifferbare") Risikoeinschätzung gebeten“.

ANTWORT:

In der Sache geht es um die **Prävention nosokomialer Übertragungen von SARS-CoV-2 von Pflegenden auf Patienten bzw. Bewohner von Pflegeheimen.** Diese beruht auf einem Multibarrierensystem aus

* Impfung
* MNS/Atemschutz und Basishygienemaßnahmen

sowie

* Ergänzenden SARS-CoV-2 Tests.

Tests auf SARS-CoV-2 vermindern das Übertragungsrisiko (insbesondere in Zeiten hoher 7-Tage-Inzidenzen), da auch Geimpfte das Virus nach entsprechendem Kontakt und anschließender Infektion ausscheiden können. Die durch die ergänzenden Tests zu erzielende Risikoreduktion ist abhängig von

* Der 7-Tage-Inzidenz
* Der Tragfähigkeit des Impfschutzes
* Der Exposition (z.B. in der Familie)
* Der Testfrequenz und
* Der Sensitivität der verwendeten Tests.

Eine tägliche Testung aller MitarbeiterInnen wurde von Fachgesellschaften (etwa DGI bzw. BÄK) als nicht praktikabel angesehen.

Im Hinblick auf die Praxisnähe sind folgende Settings zu unterscheiden

**A) stationäres Setting**

a) Alten- und Pflegeheime

b) Krankenhäuser (in der Akutversorgung)

**B) ambulantes Setting**

c) Arztpraxen

d) Zahnarzt-Praxen

In diesen beiden Settings unterscheiden sich Zahl und Art von Kontakten zwischen Personal und Patienten bzw. zu Pflegenden.

Auch möchten wir aus Gründen der Praktikabilität vorschlagen, nur zwischen i) **vollständig Geimpften** (letzte Impfung < 6 Monate zurückliegend) und ii) **Ungeimpften** zu unterscheiden.

Die entsprechenden Berechnungen finden sich in der Anlage. Mithilfe der dort dargelegten Formel lässt sich die Risikominimierung in Abhängigkeit von den entsprechenden Variablen berechnen (auf Folie 11 findet sich auch eine orientierende Tabelle). Beispielhaft ist bei 2G und dem Tragen von Masken eine mindestens 2x-wöchentliche Testung im Bereich der Alten- und Pflegeheime ein plausibler Ansatz. Ungeimpfte müssten häufiger getestet werden (s. Anlage).

FAZIT:

Zum Schutz vulnerabler Gruppen in Zeiten hoher Viruszirkulation kann im Rahmen eines Multibarrierensystems (Impfung, MNS/ Basishygiene, Tests) ein 2G+ Konzept mit 2x wöchentlicher Testung als Orientierungsmaßstab für pflegendes Personal gelten. (s. auch die Tabelle auf Folie 11).

Ungeimpfte sollten häufiger getestet werden. Das Restrisiko ist aber dennoch höher als bei zweifach getesteten Geimpften.

Für MitarbeiterInnen ohne Patientenkontakt ist eine 3G- oder 2G- Regelung ausreichend (s. hierzu auch https://www.dgi-net.de/unzumutbare-belastung-des-unter-hochdruck-stehenden-gesundheitssystems-dgi-fordert-umgehende-anpassung-der-testpflicht/).

Eine zu starke Differenzierung geht häufig mit Einschränkungen der Compliance einher.