

From: ["Rexroth, Ute" <RexrothU@rki.de>](mailto:RexrothU@rki.de)

To: ["Schaade, Lars" <SchaadeL@rki.de>](mailto:SchaadeL@rki.de)

["Mielke, Martin" <MielkeM@rki.de>](mailto:MielkeM@rki.de)

["Niebank, Michaela" <NiebankM@rki.de>](mailto:NiebankM@rki.de)

Date: 5/10/2022 2:01:54 PM

Subject: WG: Regelung zur Entisolierung

Attachments: Erl uterung-Entsolierung-20220325.pdf

20220325\_Entisolierung.pdf

---

Lieber Herr Schaade, lieber Herr Mielke, liebe Michaela,

wie letzte Woche im Krisenstab besprochen habe ich der AGI nochmal die avisierten Überarbeitungen des Entlassmanagement im Pflege- und Krankenhaussetting vorgelegt. Niemand widerspricht dieser Aktualisierung, aber wie erwartet gehen sie den KollegInnen der Bundeslander nicht weit genug. Dass die Dauer der Isolation bei Bewohner:innen der Heime bzw. Stationar betreuten Patient:innen bei 14 Tagen bleibt (bei Symptomlosen auf 10 reduziert werden kann) , während sie bei anderen bei 5 Tagen liegt, wird als unverhältnisma?ig hart eingestuft. Es bestehen rechtliche Bedenken wegen der Ungleichbehandlung und befurchteten Nachteilen hinsichtlich der sozialen Teilhabe und med. Behandlung. Bayern und Baden-Wurttemberg erwahnen diese RKI-Empfehlungen in ihren Absonderungsverordnungen explizit nicht erwahnen, weil sie die Bewohnenden der Allgemeinbevölkerung gleichstellen und nur den GA anheimstellen, u.U.in vulnerablen Settings strenger vorgehen. Aus deren Sicht konnten unseren Empfehlungen ersatzlos gestrichen werden. Andere bitten um schnelle Anpassung, weil sie sich gerne an RKI-Empfehlungen orientieren. Bedenken wegen der unverhältnisma?igen Harte kommen nun auch aus dem BMG selbst (siehe unten, Frau Jung). Soweit ich die Diskussionen mit dem BMG verstanden habe tendierte man dort bislang eher zum Beibehalten der strengen Empfehlungen?

Sollen wir trotz dieser Bedenken die aktuelle Version diese Woche ersetzen? Ist eine weitere Freigabe durch den Bundesminister erforderlich?

Viele Gru?e,  
Ute Rexroth

-----Ursprungliche Nachricht-----

Von: Jung Dr., Katharina -614 BMG <Katharina.Jung@bmg.bund.de>

Gesendet: Dienstag, 10. Mai 2022 15:42

An: Rexroth, Ute <RexrothU@rki.de>

Cc: Ziegelmann Dr., Antina -RL 614 BMG <Antina.Ziegelmann@bmg.bund.de>

Betreff: Regelung zur Entisolierung

Liebe Frau Rexroth,

im Nachklang zur heutigen AGI mochte ich noch eine Anmerkung zu Isolierung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen machen.

Ich bin mir sicher, dass diese Regelungen nach sorgfältiger fachlicher Prüfung zum Schutz dieser vulnerablen Gruppe erstellt wurden.

Mir fällt aber auf, dass es ein Spannungsverhältnis zwischen Schutz vor Infektion und schwerwiegender sozialer Einschränkung für die hochbetagten Menschen in diesen Einrichtungen gibt.

Meine Befürchtung ist, dass die lange Isolierungsdauer in den Heimen einen einschneidenden Verlust an Lebensqualität für die alten Menschen bedeutet.

Deshalb frage ich mich, ob das RKI z.B. einen Appendix mit Modifikationsmöglichkeiten an die Empfehlung anhängen konnte, der genau diese Thematik aufgreift.

Duktus: Ja, aus Infektionsschutzgründen müssen wir länger isolieren, aber alte Menschen sollen nicht durch die Isolation unnötig leiden:

Deshalb hier Modifikationsmöglichkeiten wie z.B.:

Im Sinne des Infektionsschutzes darf kein normaler Besuch empfangen werden, aber es ist denkbar, dass eine definierte Bezugsperson mit PSA kommen darf (damit der alte Mensch nicht vereinsamt und auch in seiner Krankheit Nähe und Trost bekommen kann). Oder so...

Aus meiner Sicht wäre das ein echter Fortschritt, eine wichtige Orientierungshilfe und ein lesson learned aus den harten Zeiten, die Menschen in Alten- und Pflegeheimen schon hinter sich haben.

Falls das alles schon Gegenstand der Debatte war oder es so etwas schon gibt, entschuldige ich mich, ich habe das erst heute so richtig mitbekommen.

Viele Grü?e

Katharina Jung

---

Dr. Katharina Jung

Referat 614 - "Infektionskrankheiten"

Tel. 4128

# COVID-19: Entisolierung von Patient/-innen im stationären Bereich sowie Bewohner/-innen in Alten- und Pflegeheimen

## Infografik

Stand: 25.03.2022

### Änderungen gegenüber der Version vom 10.01.2022:

- Verkürzung der empfohlenen Isolierungszeit von asymptomatisch infizierten Personen auf 10 Tage mit abschließendem Test

### Änderungen gegenüber der Version vom 18.05.2021:

- Diese Infografik und der folgende Erläuterungstext beziehen sich ausschließlich auf die Entisolierung von Patientinnen und Patienten im stationären Bereich sowie Bewohnerinnen und Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen.
- Für das Vorgehen zur Entisolierung der Allgemeinen Bevölkerung, von Beschäftigten in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie bei Schülerinnen/Schülern, Kindern in Schule, Kita, Hort verweisen wir auf die gemäß Beschluss der Ministerpräsidentenkonferenz vom 07.01.2022 festgelegten Absonderungszeiten, siehe auch [www.rki.de/covid-19-absonderung](http://www.rki.de/covid-19-absonderung)

### Letzte Überprüfung auf Aktualität: 25.03.2022

Die Angaben in der Infografik (PDF, 283 KB, Datei ist nicht barrierefrei) geben auf der Basis der bisher vorliegenden Literatur eine Orientierung zu wesentlichen Parametern, die bei den Entscheidungen im Rahmen des Entisolierungsmanagements helfen können.

Die Infografik ist als PDF-Datei zum Selbstaussdrucken verfügbar:

## Zur Erläuterung der Entisolierungskriterien

Stand: 24.03.2022

### Änderung gegenüber der Version vom 14.01.2022

- Verkürzung der empfohlenen Isolierungszeit von asymptomatisch infizierten Personen auf 10 Tage mit abschließendem Test
- Wegfall des Hinweises zur Ausscheidungskinetik von besorgniserregenden SARS-CoV-2-Varianten (variants of concern, VOC)

### Änderungen gegenüber der Version vom 16.11.2021:

- Ergänzungen und Anpassungen in Anlehnung an die Infografik: Besondere Personengruppen, Hinweise zur PCR-Untersuchung, allgemeiner Hinweis

## Hintergrund

### Kontagiosität

Im Rahmen der **Maßnahmen zur Vermeidung der Weiterverbreitung von SARS-CoV-2** ist die Entlassung einer an COVID-19 erkrankten bzw. mit SARS-CoV-2 infizierten Person aus der stationären Isolierung eine verantwortungsvolle ärztliche Entscheidung. Dies gilt insbesondere in solchen Fällen, in denen eine Weiterbetreuung stationär bzw. in einer Gemeinschaftseinrichtung mit vulnerablen Personen geplant ist. Hierbei spielt die Einschätzung der Kontagiosität der betroffenen Person eine wesentliche Rolle.

Die Kontagiosität eines von einer Infektion betroffenen Menschen wird von verschiedenen **Faktoren** bestimmt. Dazu zählen:

- die Manifestationsform und **Schwere der Infektion**, die von schwer (mit Sauerstoffbedürftigkeit) über leicht (ohne Sauerstoffbedürftigkeit) zu asymptomatisch reicht;
- das **Zeitintervall nach Infektion bzw. Symptombeginn** in Tagen;
- Art und Umfang der protektiven **Immunreaktion des Betroffenen**;
- das **Verhalten** bzw. der klinische Zustand/ die **klinischen Symptome** der Betroffenen (z.B. Husten, Niesen, lautes Sprechen, Singen bei respiratorischer Symptomatik);
- **Art und Menge der ausgeschiedenen Erreger** über Sekrete und Exkrete sowie mögliche Schwankungen in der Ausscheidung.

### Diagnostik

Erkenntnisse aus **medizinisch-virologischen sowie epidemiologischen Studien** können die Entscheidung zur Entisolierung unterstützen. Dazu gehören etwa Erkenntnisse zur **Ausscheidungskinetik von SARS-CoV-2** RNA, SARS-CoV-2-Protein sowie aus der In-vitro-Kultur der Erreger in übertragungsrelevanten Ausscheidungen auf geeigneten Zellkulturen im Verlauf der Infektion. Aus derartigen Untersuchungen liegen Ergebnisse für SARS-CoV-2 bei COVID-19-Patienten vor.

Für den klinischen Alltag ist die Virusanzucht zu aufwendig und zu zeitintensiv. Daher kommen andere **Formen des direkten Erregernachweises** zum Einsatz. Hierzu gehören:

- Genombasierte Verfahren wie die PCR und
- Antigennachweise.

Die **PCR** weist RNA des Virus nach, welche insbesondere bei schweren und kritischen Verläufen oder bei Immunsupprimierten oder sehr alten Menschen mit zahlreichen Begleiterkrankungen noch Wochen nach Infektion nachweisbar sein kann.

**Antigen-Tests** weisen Virusproteine nach. Die Sensitivität ist allerdings in der Regel geringer als beim PCR-Nachweis und damit auf hohe Virustiter beschränkt, wie sie typischerweise in der akuten Infektion nachgewiesen werden und ist in hohem Maße von der konkreten Qualität des Tests sowie der Qualität der Probengewinnung abhängig.

Zur Korrelation der Ergebnisse der o.g. Testmethoden mit der In-vitro-Kultur liegen einige **Studien** (siehe Hinweise zur Testung auf SARS-CoV-2 unter [www.rki.de/covid-19-diagnostik](http://www.rki.de/covid-19-diagnostik)) sowie, hier beispielhaft, entsprechende **Übersichtsarbeiten** (z.B. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1764>, <https://www.hiqa.ie/reports-and-publications/health-technology-assessment/duration-infectiousness-sars-cov-2>) vor.

## **Orientierungshilfe zur Entscheidung im Rahmen des Entisolierungsmanagements**

**Für Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner mit leichtem oder mildem/moderatem Krankheitsverlauf** (gemäß [WHO-Definition](#)) und ungestörter Immunkompetenz kann eine Entisolierung in der Regel erfolgen, wenn (1) mindestens 14 Tage seit Auftreten der ersten Symptome verstrichen sind, (2) eine nachhaltige Besserung der akuten COVID-19-Symptomatik gemäß ärztlicher Beurteilung seit >48 h und (3) ein negativer Antigentest vorliegt.

**Für Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner mit einem asymptomatischem Verlauf** der Infektion durch SARS-CoV-2 wird analog vorgegangen, allerdings kann unter Berücksichtigung einerseits der Schutzbedürftigkeit der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner, andererseits aber auch der erheblichen Belastung durch eine längere Isolation der Betroffenen nach Abwägung der Risiken einer Weiterverbreitung die Beendigung der Isolation nach 10 Tagen ab dem Zeitpunkt des Erstnachweises mit einem abschließendem Test erwogen werden.

**Für Patientinnen und Patienten mit schwerem und insbesondere kritischem Krankheitsverlauf** (gemäß [WHO-Definition](#)) wird eine Entisolierung empfohlen, wenn (1) mindestens 14 Tage seit Auftreten der ersten Symptome verstrichen sind, (2) eine nachhaltige Besserung der akuten COVID-19-Symptomatik gemäß ärztlicher Beurteilung seit >48 h vorliegt und (3) ein aussagekräftiges PCR-Untersuchungsergebnis, das darauf hindeutet, dass keine hohen Erregermengen ausgeschieden werden.

## **Hinweise zur Entlassung aus dem stationären Bereich bzw. Alten-/Pflegeheimen**

Bei Entlassung aus der stationären Versorgung oder aus Alten-/Pflegeheimen während der Isolationszeit gelten dann im häuslichen Kontext die entsprechenden Empfehlungen zur Isolation (siehe [www.rki.de/covid-19-absonderung](http://www.rki.de/covid-19-absonderung)).

## **Hinweise zum Entisolierungsmanagement besonderer Personengruppen**

### **Immunsupprimierte Personen**

Für Patientinnen oder Patienten mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten oder unter immunsupprimierender Therapie muss eine Einzelfallbeurteilung erfolgen. Im Hinblick auf die protrahierte Ausscheidung der Viren durch Defekte bei der protektiven Immunantwort und die damit

verbundene Möglichkeit der Mutation des Virus im Wirtsorganismus wird bei Ausscheidung hoher Virusmengen über Tag 21 nach Symptombeginn hinaus eine Sequenzierung der in der Probe enthaltenen Viren empfohlen.

### **Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen**

Die Ausscheidungskinetik bei Hochbetagten mit Vorerkrankungen ist weniger gut untersucht. Zusätzlich zu den zeitlichen und klinischen Kriterien wird daher vor Entlassung in ein Alten- oder Pflegeheim eine abschließende Testung empfohlen.

## **Hinweise zur PCR-Untersuchung**

Zusätzlich zu den zeitlichen und klinischen Kriterien sind folgende Hinweise zur Durchführung einer PCR-Untersuchung als diagnostisches Kriterium zur Entisolierung zu beachten:

### **Probennahme und -material**

- Im Regelfall: Eine Untersuchung bestehend aus 2 zeitgleich durchgeführten Abstrichen des oberen Respirationstraktes, zunächst oropharyngeal, dann nasopharyngeal; möglich ist die Überführung zweier Abstrichtupfer in dasselbe Transportmedium oder die Abnahme beider Abstriche mit demselben Abstrichtupfer.
- Insbesondere bei kritisch Erkrankten (Aufenthalt auf der Intensivstation/ Beatmung): 2 konsekutive Untersuchungen im Abstand von mind. 24 Stunden aus jeweils 2 zeitgleich durchgeführten Probenahmen (z. B. oberer Respirationstrakt plus Trachealsekret, sofern zugänglich).

### **PCR-Ergebnis**

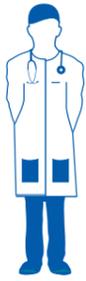
- Im Regelfall: negatives PCR-Ergebnis oder
- Alternativ: positives PCR-Ergebnis nur unterhalb eines definierten Schwellenwertes, der eine Aussage über die Anzuchtwahrscheinlichkeit erlaubt (quantitative Bezugsprobe Zellkulturüberstand  $< 1.000.000 (10^6)$  Kopien/ml, Details siehe [www.rki.de/covid-19-diagnostik](http://www.rki.de/covid-19-diagnostik)).

### **Antigentest als Alternative**

Bei fehlender Verfügbarkeit einer PCR-Untersuchung bzw. in den im Diagramm angegebenen Situationen ist die Verwendung eines Antigentests bei Erfüllung der definierten Testanforderungen möglich (siehe [www.rki.de/covid-19-diagnostik](http://www.rki.de/covid-19-diagnostik)).

## **Allgemeiner Hinweis**

Die Abweichung von diesen Kriterien kann im Einzelfall in enger Absprache zwischen Klinik, Labor und Gesundheitsamt erfolgen. Länderspezifische Regelungen können abweichen und sind zu beachten.



# COVID-19: Entisolierung von Patient/-innen im stationären Bereich sowie Bewohner/-innen in Alten- und Pflegeheimen

**GILT FÜR ALLE VARIANTEN**

Isolierung		
Bei schwerem COVID-19-Verlauf (mit Sauerstoffbedürftigkeit)	Bei leichtem COVID-19-Verlauf (ohne Sauerstoffbedürftigkeit)	Bei asymptomatischer SARS-CoV-2-Infektion

Entisolierung		
Mind. 48 Stunden Symptomfreiheit bzw. nachhaltige Besserung der akuten COVID-19-Symptomatik gemäß ärztlicher Beurteilung <b>PLUS</b> In der Regel 14 Tage nach Symptombeginn <b>PLUS</b> PCR-Untersuchung (siehe Hinweise unten)	Mind. 48 Stunden Symptomfreiheit bzw. nachhaltige Besserung der akuten COVID-19-Symptomatik gemäß ärztlicher Beurteilung <b>PLUS</b> In der Regel 14 Tage nach Symptombeginn <b>PLUS</b> Antigentest	In der Regel 10 Tage nach Erstnachweis des Erregers <b>PLUS</b> Antigentest

## Entlassung aus dem stationären Bereich bzw. Alten-/Pflegeheimen

Bei Entlassung aus der stationären Versorgung oder aus Alten-/Pflegeheimen während der Isolationszeit gelten im häuslichen Kontext die entsprechenden Empfehlungen zur Isolierung (siehe [www.rki.de/covid-19-absonderung](http://www.rki.de/covid-19-absonderung)).



## Umgang mit besonderen Personengruppen

### Immunsupprimierte Personen

Eine zeitlich verlängerte Ausscheidung von vermehrungsfähigem Virus kann bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten oder unter immunsupprimierender Therapie bestehen. Hier muss eine Einzelfallbeurteilung erfolgen, ggf. mit Hilfe einer Virusanzucht. Es wird empfohlen, bei anhaltend hoher Viruslast in Sekreten des Respirationstraktes über 21 Tage hinaus eine Sequenzierung der SARS-CoV-2 positiven Probe anzustreben.



### Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen

Die Ausscheidungskinetik bei Hochbetagten mit Vorerkrankungen ist weniger gut untersucht. Zusätzlich zu den zeitlichen und klinischen Kriterien wird daher vor Entlassung in ein Alten- oder Pflegeheim eine abschließende PCR-Untersuchung empfohlen (siehe Hinweise unten), mindestens jedoch ein geeigneter Antigentest.



## Hinweise zur PCR-Untersuchung



Zusätzlich zu den zeitlichen und klinischen Kriterien sind folgende Hinweise zur Durchführung einer PCR-Untersuchung als diagnostisches Kriterium zur Entisolierung zu beachten:

### Probennahme und -material

- Im Regelfall: Eine Untersuchung bestehend aus 2 zeitgleich durchgeführten Abstrichen des oberen Respirationstraktes, zunächst oropharyngeal, dann nasopharyngeal; möglich ist die Überführung zweier Abstrichtupfer in dasselbe Transportmedium oder die Abnahme beider Abstriche mit demselben Abstrichtupfer.
- Insbesondere bei kritisch Erkrankten (Aufenthalt auf der Intensivstation/Beatmung): 2 konsekutive Untersuchungen im Abstand von mind. 24 Stunden aus jeweils 2 zeitgleich durchgeführten Probenahmen (z. B. oberer Respirationstrakt plus Trachealsekret, sofern zugänglich).

### PCR-Ergebnis

- Im Regelfall: negatives PCR-Ergebnis oder
- Alternativ: positives PCR-Ergebnis nur unterhalb eines definierten Schwellenwertes, der eine Aussage über die Anzuchtwahrscheinlichkeit erlaubt (quantitative Bezugsprobe Zellkulturüberstand  $< 1.000.000$  ( $10^6$ ) Kopien/ml, Details siehe [www.rki.de/covid-19-diagnostik](http://www.rki.de/covid-19-diagnostik)).

### Antigentest als Alternative

- Bei fehlender Verfügbarkeit einer PCR-Untersuchung ist die Verwendung eines Antigentests bei Erfüllung der definierten Testanforderungen möglich (siehe [www.rki.de/covid-19-diagnostik](http://www.rki.de/covid-19-diagnostik)).