

VEREIN: Karate - Do Shotokai Stallhofen.....

COVID-19-PRÄVENTIONSKONZEPT

ZUR MINIMIERUNG DES INFektionsRISIKOS
IM KARATE

verfasst von Mag. Ewald Roth

Stand 24.10.2020

Österreichischer Karatebund – Pulverturmstrasse 5 – 4600 Wels – Telefon +43 650 6292999
www.karate-austria.at – ZVR 720004573 – IBAN AT61 1500 0002 8177 3440 – office@karate-austria.at

Inhalt

1	Einleitung.....	- 3 -
2	Fachinformation	- 4 -
2.1	Falldefinition SARS-CoV-2	- 4 -
2.1.1	Klinische Kriterien.....	- 4 -
2.1.2.	Labordiagnostische Kriterien	- 4 -
2.1.3.	Verdachtsfall.....	- 4 -
2.1.4	Bestätigter Fall.....	- 4 -
2.2	Epidemiologie	- 5 -
2.3	Reservoir, Übertragungsart und Erkrankung	- 5 -
2.4	Klinische Manifestation assoziiert mit einer SARS-CoV-2-Infektion	- 5 -
2.5	Probenahme und Diagnostik	- 9 -
2.6	FAQ's Coronavirus	- 9 -
2.7.	Übertragungswege	- 9 -
3	Verhaltensregeln für Sportler, Betreuer und Trainer	- 12 -
3.1	Abstand.....	- 12 -
3.2	Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung	- 12 -
3.3	Gruppengröße	- 12 -
3.4	Handdesinfektion	- 13 -
3.5	Risikoarme Sportausübung.....	- 13 -
3.6	Gesundheitsmonitoring.....	- 13 -
3.7.	Umkleide, Duschen, sanitäre Einrichtungen	- 13 -
3.8.	Schulung, Überwachung, Sanktionierung	- 14 -
3.9	Allgemeine Schutzmaßnahmen.....	- 14 -
4	Trainings- und Wettkampfinfrastruktur, Hygiene, Reinigung.....	- 15 -
4.1	Durchlüftung.....	- 15 -
4.2	Desinfektionsmaßnahmen	- 15 -
4.3.	Reinigungsmaßnahmen	- 16 -
5	Verhalten beim Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion.....	- 17 -

Österreichischer Karatebund – Pulverturmstrasse 5 – 4600 Wels – Telefon +43 650 6292999
www.karate-austria.at – ZVR 720004573 – IBAN AT61 1500 0002 8177 3440 – office@karate-austria.at

1 Einleitung

Das vorliegende COVID-19-Präventionskonzept zur Minimierung des Infektionsrisikos basiert auf der 455. und 456. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die COVID-19-Maßnahmenverordnung geändert wird (3. und 4. COVID-19-MV-Novelle), BGBl. II Nr. 455 und 456/2020.

Spitzensportler gem. § 3 Z 6 BMSG 2017 unterliegen einem **eigenen** COVID-19-Präventionskonzept, dessen Einhaltung dem/der für den jeweiligen Standort zuständigen Verbandsarzt/Verbandsärztin obliegt.

In § 8 Abs. 2 der 2. COVID-19-MV-Novelle wird bestimmt:

Bei der Ausübung von Sportarten, bei deren sportartspezifischer Ausübung es zu **Körperkontakt** kommt, im **Rahmen von Vereinen** oder auf **nicht öffentlichen Sportstätten** gemäß § 3 Z 11 BMSG 2017 hat der **Verein** oder der **Betreiber der Sportstätte** ein COVID-19-Präventionskonzept zur Minimierung des Infektionsrisikos auszuarbeiten und umzusetzen. Dieses COVID-19-Präventionskonzept hat zumindest folgende Themen zu beinhalten:

1. Verhaltensregeln von Sportlern, Betreuern und Trainern,
2. Vorgaben für Trainings- und Wettkampfinfrastruktur,
3. Hygiene- und Reinigungsplan für Infrastruktur und Material,
4. Regelungen zum Verhalten beim Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion.

Das COVID-19-Präventionskonzept kann auch ein datenschutzkonformes System zur Nachvollziehbarkeit von Kontakten im Rahmen von Trainingseinheiten und Wettkämpfen wie beispielsweise ein System zur Erfassung von Anwesenheiten auf freiwilliger Basis der Sportler, Betreuer und Trainer beinhalten.

2 Fachinformation¹

2.1 Falldefinition SARS-CoV-2

2.1.1 Klinische Kriterien

Jede Form einer akuten respiratorischen Infektion (mit oder ohne Fieber) mit mind. einem der folgenden Symptome, für das es keine andere plausible Ursache gibt: Husten, Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Katarrh der oberen Atemwege, plötzlicher Verlust des Geschmacks-/Geruchssinnes.

2.1.2. Labordiagnostische Kriterien

Direkter Erregernachweis: Nachweis von SARS-CoV-2 spezifischer Nukleinsäure in einer klinischen Probe mittels PCR.

2.1.3. Verdachtsfall

Jede Person, die die klinischen Kriterien erfüllt.

Bei entsprechenden diagnostischen Befunden (z.B. laborchemische Parameter und/oder radiologischer Befund) und/oder infektionsepidemiologischen Hinweisen (z.B. vorangegangener Kontakt mit einem SARS-CoV-2-Fall, regionale Virusaktivität jener Gebiete, in denen sich die betroffene Person in den vergangenen 10 Tagen aufgehalten hat), die in Kombination mit der klinischen Symptomatik zu einem dringenden ärztlichen Verdacht auf das Vorliegen von COVID-19 führen, sollen auch Fälle, die andere klinische Kriterien und Symptome als die genannten (z.B. Erbrechen, Durchfall) aufweisen, als Verdachtsfälle eingestuft werden.

2.1.4 Bestätigter Fall

Jede Person mit direktem labordiagnostischem Nachweis von SARS-CoV-2, unabhängig von der Symptomatik.

¹ Österr. Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH, World Health Organization, Robert Koch Institut

2.2 Epidemiologie

Die Zahl der abgeklärten Fälle und ihre Zuordnung zu Clustern ändern sich mit dem Fortschreiten der epidemiologischen Abklärung. Für die Zuordnung zu einem Cluster wird jenes Setting gewählt, in dem die meisten Übertragungen innerhalb der jeweiligen Fallhäufung erfolgten.

2.3 Reservoir, Übertragungsart und Erkrankung

Seit Dezember 2019, beobachten die Gesundheitsbehörden eine Häufung von Fällen von Pneumonie in der chinesischen Stadt Wuhan. Die gemeinsame Verbindung der Patienten war der Aufenthalt auf einem Markt für Meeresfrüchte und exotische Wildtiere (Füchse, Krokodile, Schlangen, Pfaue) in Wuhan City, Provinz Hubei 2 bis 14 Tage vor Auftreten der Krankheitssymptome. Als verursachendes Agens wurde ein neuartiges Coronavirus (2019-nCoV, seit 11.02.2020 SARS-CoV-2) identifiziert, das mit dem SARS Coronavirus eng verwandt ist.

Vertreter der Familie der Coronaviren können bei einer Reihe von Wirbeltieren wie Säugetiere, Vögel und Fischen Erkrankungen verursachen. Die häufigsten humanpathogenen Coronaviren, das Alphacoronavirus 229E und das Betacoronavirus OC43, die via Sekrettröpfchen oder kontaminierte Hände bzw. Oberflächen von Mensch-zu-Mensch übertragen werden, führen üblicherweise zu einer milden Infektion des oberen Respirationstraktes.

Hingegen sind die hauptsächlich tierpathogenen Coronaviren, die auch von Tier zu Mensch übertragbar sind (zoonotische CoV), wie das SARS-Coronavirus (SARS-CoV) und das MERS-Coronavirus (MERS-CoV), assoziiert mit schwerer respiratorischer Erkrankung. Das SARS Coronavirus, ausgehend von China, verursachte 2002/2003 eine Pandemie. Die Zibetkatze wurde als der natürliche Wirt identifiziert. Das MERS Coronavirus, bekannt seit 2012, hat als Wirt das Dromedar; Tier-zu-Mensch Übertragungen kommen sporadisch, und diese vor allem auf der arabischen Halbinsel vor.

2.4 Klinische Manifestation assoziiert mit einer SARS-CoV-2-Infektion

- milde Erkrankung der oberen Atemwege
- milde Erkrankung der unteren Atemwege, gekennzeichnet durch milde Pneumonie
- schwere Erkrankung der unteren Atemwege ("SARI, severe acute respiratory infection"), gekennzeichnet durch schwere Pneumonie, ARDS und Sepsis.

Österreichischer Karatebund – Pulverturmstrasse 5 – 4600 Wels – Telefon +43 650 6292999
www.karate-austria.at – ZVR 720004573 – IBAN AT61 1500 0002 8177 3440 – office@karate-austria.at

Frauen und Männer sind von einer SARS-CoV-2-Infektion etwa gleich häufig betroffen, Männer erkranken jedoch häufiger schwer als Frauen. Der Altersmedian in Deutschland liegt bei 45 Jahren.

Zu den im deutschen Meldesystem am häufigsten erfassten Symptomen zählen Husten, Fieber, Schnupfen, sowie Geruchs- und Geschmacksverlust. Der Krankheitsverlauf variiert in Symptomatik und Schwere, es können symptomlose Infektionen bis hin zu schweren Pneumonien mit Lungenversagen und Tod auftreten. Insgesamt sind 3,3% aller Personen, für die bestätigte SARS-CoV-2 Infektionen in Deutschland übermittelt wurden, im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung verstorben.

Erfasste Symptome für COVID-19 Fälle in Deutschland (Meldedaten)

Husten	45 %
Fieber	38 %
Schnupfen	20 %
Störung des Geruchs- und/oder Geschmackssinns*	15 %
Pneumonie	3,0 %

Weitere Symptome: Halsschmerzen, Atemnot, Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Konjunktivitis, Hautausschlag, Lymphknotenschwellung, Apathie, Somnolenz.

Es wird angenommen, dass etwa 81% der diagnostizierten Personen einen milden, etwa 14% einen schwereren und etwa 5% einen kritischen Krankheitsverlauf zeigen.

COVID-19 kann sich in vielfältiger Weise und nicht nur in der Lunge, sondern auch in anderen Organsystemen manifestieren. Die Manifestationsorte sind u. a. von der Dichte der ACE-2 Rezeptoren in den Geweben abhängig, die dem Virus den Eintritt in die Zelle ermöglichen. Neben direkten zytopathischen (zellverändernden) Effekten werden überschießende Immunreaktionen sowie Durchblutungsstörungen in Folge einer Hyperkoagulabilität beobachtet.

Aufgrund der Neuartigkeit des Krankheitsbildes lassen sich keine zuverlässigen Aussagen zu Langzeitauswirkungen und (irreversiblen) Folgeschäden durch die Erkrankung bzw. ihre Behandlung (z. B. in Folge einer Langzeitbeatmung) treffen. Allerdings deuten Studiendaten darauf hin, dass an COVID-19 Erkrankte auch Wochen bzw. Monate nach der akuten Erkrankung noch Symptome aufweisen können. Längere Genesungszeiten werden allerdings auch bei anderen Infektionskrankheiten mit Pneumonien beobachtet und sind prinzipiell nicht ungewöhnlich.

Pulmonale Erkrankungen

SARS-CoV-2 verursacht sehr häufig Atemwegsinfektionen. Meist in der zweiten Krankheitswoche kann sich eine Pneumonie entwickeln, die in ein beatmungspflichtiges ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) fortschreiten kann, das u. U. eine Sauerstoffaufsättigung des Blutes außerhalb des Körpers (ECMO) erforderlich macht.

Neurologische Symptome und Erkrankungen

Als neurologische Symptome werden Kopfschmerzen, Schwindel und andere Beeinträchtigungen beschrieben, die neuroinvasive Eigenschaften des Virus vermuten lassen. Dazu zählen auch neuropsychiatrische Symptome bzw. Krankheitsbilder sowie einzelne Fälle möglicherweise SARS-CoV-2-assoziiertes akuter nekrotisierender hämorrhagischer Enzephalopathie und Meningitis. Darüber hinaus sind Fälle eines Guillain-Barré- und Miller-Fisher-Syndroms beschrieben worden.

Gastrointestinale Symptome

Eine SARS-CoV-2 Infektion kann mit gastrointestinalen Symptomen (Übelkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen, abdominelle Schmerzen, Durchfälle) und Leberfunktionsstörungen einhergehen.

Herz-Kreislauf-Symptome und Erkrankungen

Eine kardiale Beteiligung ließ sich anhand erhöhter Herzenzyme bzw. Troponin bei einem Teil der Patienten nachweisen, darunter auch Kinder und Patienten mit mildem oder moderatem Verlauf. Insbesondere bei schweren Infektionen der Atemwege erleidet eine Reihe von Patienten kardiovaskuläre Erkrankungen, einschließlich Myokardschädigungen, Myokarditis, akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und venösen thromboembolischen Ereignissen. Die pathologisch erhöhte Blutgerinnung geht bei schweren COVID-19-Verläufen mit einem erhöhten Risiko für Thromboembolien, u. a. in den unteren Extremitäten, sowie Lungenarterien- und zerebrovaskulären Embolien und möglichen Folgeschäden einher.

Nierenerkrankungen

Insbesondere bei schwer erkrankten beatmungspflichtigen COVID-19-Patienten wird das Auftreten von akutem, u. U. dialysepflichtigem, Nierenversagen beobachtet.

Dermatologische Manifestationen

Es ist eine relativ große Bandbreite an dermatologischen Manifestationen beschrieben, die jedoch insgesamt selten sind (0,2-1,2%). Dazu zählen juckende, morbilliforme Ausschläge, Papeln, Rötungen und ein Nesselsucht-ähnliches Erscheinungsbild sowie Hautbläschen und Frostbeulen-ähnliche Hautläsionen. In seltenen Fällen sind schwere Durchblutungsstörungen in den Akren bis hin zum Gangrän beschrieben. Das Auftreten dieser Hautmanifestationen wird sowohl am Anfang des Krankheitsverlaufs (noch vor anderen bekannten Symptomen) als auch im späteren Erkrankungsverlauf beobachtet.

Hyperinflammationssyndrom

Einige Patienten mit schwerer SARS-CoV-2-Infektion entwickeln 8 bis 15 Tage nach Erkrankungsbeginn eine Verschlechterung im Sinne eines Hyperinflammationssyndroms, in dessen Folge es zu Multiorganversagen kommen kann, das mit einer hohen Mortalität assoziiert ist.

Ko-Infektionen

Insbesondere schwer erkrankte COVID-19-Patienten können unter weiteren Infektionen leiden. Zu den nachgewiesenen Erregern zählen u. a. Mycoplasma pneumoniae, Candida albicans und Aspergillus spp. Zudem wurden in einigen Fällen Superinfektionen mit multiresistenten Bakterien (z. B. Klebsiella pneumoniae und Acinetobacter baumannii) festgestellt.

Schwere Verläufe können auch bei Personen ohne bekannte Vorerkrankung und bei jüngeren Patienten auftreten.

Bei folgenden Personengruppen werden schwere Krankheitsverläufe häufiger beobachtet:

- ältere Personen (mit stetig steigendem Risiko für einen schweren Verlauf ab etwa 50–60 Jahren; 86 % der in Deutschland an COVID-19 Verstorbenen waren 70 Jahre alt oder älter [Altersmedian: 82 Jahre])
- Männliches Geschlecht
- Raucher (schwache Evidenz)
- stark adipöse Menschen
- Personen mit bestimmten Vorerkrankungen, ohne Rangfolge:
 - des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. koronare Herzerkrankung und Bluthochdruck)
 - chronische Lungenerkrankungen (z. B. COPD)
 - chronische Nieren- und Lebererkrankungen
 - Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
 - Patienten mit einer Krebserkrankung

Österreichischer Karatebund – Pulverturmstrasse 5 – 4600 Wels – Telefon +43 650 6292999
www.karate-austria.at – ZVR 720004573 – IBAN AT61 1500 0002 8177 3440 – office@karate-austria.at

- Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z. B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr beeinflussen und herabsetzen können, wie z. B. Cortison)

2.5 Probenahme und Diagnostik

Serologische Schnelltests sind zum Nachweis einer akuten Infektion mit SARS-CoV-2 ungeeignet.

Zum gesicherten Nachweis einer akuten Infektion mit SARS-CoV-2 kommt stattdessen eine andere, auch von der WHO empfohlene Methode in Frage: Diese basiert auf dem Nachweis von Nucleinsäuren durch Polymerasekettenreaktion (PCR-Tests).

Probenmaterial für die PCR-Diagnostik:

- Nasopharyngealabstrich
- Oropharyngealabstrich
- Sputum
- BAL (Lungenspülflüssigkeit)
- Endotracheales Aspirat

Video: Probenahme bei Coronavirus-Verdacht (Nasopharyngealabstrich oder Rachenabstrich):

https://www.youtube.com/watch?v=rVJrwhWWbOc&feature=emb_title

2.6 FAQ's Coronavirus

<https://www.ages.at/themen/krankheitserreger/coronavirus/faq-coronavirus/>

2.7 Übertragungswege

SARS-CoV-2 wird vor allem von Person zu Person durch Tröpfchen aus Nase und Mund übertragen, die ausgestoßen werden, wenn eine infizierte Person hustet, niest oder spricht. Diese Tröpfchen sind relativ schwer, verbreiten sich nicht weit und sinken schnell zum Boden. Wenn eine Person diese Tröpfchen einer infizierten Person einatmet, kann die Infektion

übertragen werden. Deswegen gilt die Empfehlung, einen Mindestabstand von einem Meter einzuhalten.

Die Tröpfchen können auch auf Objekten und Oberflächen um eine infizierte Person landen, z. B. auf Tischen, Türgriffen und Geländern. Menschen können sich infizieren, indem sie diese Objekte und Oberflächen und anschließend ihre Augen, Nase oder ihren Mund berühren. Deswegen ist es wichtig, sich regelmäßig die Hände mit Wasser und Seife zu waschen oder sie mit einer Desinfektionslösung auf Alkoholbasis zu reinigen.

Der **Hauptübertragungsweg** für SARS-CoV-2 ist die **respiratorische Aufnahme** virushaltiger Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen und Niesen entstehen. Je nach Partikelgröße bzw. den physikalischen Eigenschaften unterscheidet man zwischen den größeren Tröpfchen und kleineren Aerosolen, wobei der Übergang zwischen beiden Formen fließend ist. Während insbesondere größere respiratorische Partikel schnell zu Boden sinken, können Aerosole auch über längere Zeit in der Luft schweben und sich in geschlossenen Räumen verteilen. Ob und wie schnell die Tröpfchen und Aerosole absinken oder in der Luft schweben bleiben, ist neben der Größe der Partikel von einer Vielzahl weiterer Faktoren, u. a. der Temperatur und der Luftfeuchtigkeit, abhängig.

Beim Atmen und Sprechen, aber noch stärker beim Schreien und Singen, werden Aerosole ausgeschieden; beim Husten und Niesen entstehen zusätzlich deutlich vermehrt größere Partikel. Neben der steigenden Lautstärke können auch individuelle Unterschiede zu einer verstärkten Freisetzung beitragen. Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit einer Exposition gegenüber infektiösen Partikeln jeglicher Größe im Umkreis von 1-2 m um eine infizierte Person herum erhöht. Eine Maske (Mund-Nasen-Schutz oder Mund-Nasen-Bedeckung) kann das Risiko einer Übertragung durch Partikel jeglicher Größe im unmittelbaren Umfeld um eine infizierte Person reduzieren.

Bei längerem Aufenthalt in kleinen, schlecht oder nicht belüfteten Räumen kann sich die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung durch Aerosole auch über eine größere Distanz als 1,5 m erhöhen, insbesondere dann, wenn eine infektiöse Person besonders viele kleine Partikel (Aerosole) ausstößt, sich längere Zeit in dem Raum aufhält und exponierte Personen besonders tief oder häufig einatmen. Durch die Anreicherung und Verteilung der Aerosole im Raum ist das Einhalten des Mindestabstandes zur Infektionsprävention ggf. nicht mehr ausreichend. Ein Beispiel dafür ist das gemeinsame Singen in geschlossenen Räumen über einen längeren Zeitraum, wo es z. T. zu hohen Infektionsraten kam, die sonst nur selten beobachtet werden. Auch schwere körperliche Arbeit bei mangelnder Lüftung hat, beispielsweise in fleischverarbeitenden Betrieben, zu hohen Infektionsraten geführt. Ein effektiver Luftaustausch kann die Aerosolkonzentration in einem Raum vermindern. Übertragungen im Außenbereich

kommen insgesamt selten vor. Bei Wahrung des Mindestabstandes ist die Übertragungswahrscheinlichkeit im Außenbereich aufgrund der Luftbewegung sehr gering.

Eine Übertragung durch **kontaminierte Oberflächen** ist insbesondere in der unmittelbaren Umgebung der infektiösen Person nicht auszuschließen, da vermehrungsfähige SARS-CoV-2-Viren unter Laborbedingungen auf Flächen einige Zeit infektiös bleiben können. Bei COVID-19-Patienten wurden auch PCR-positive Stuhlproben identifiziert. Für eine Ansteckung über Stuhl müssen Viren jedoch vermehrungsfähig sein. Dies wurde in Studien bisher nur selten gezeigt.

Nach jetzigem Wissensstand sind bislang keine Übertragungen durch den Verzehr kontaminierter **Nahrungsmittel** nachgewiesen.

3 Verhaltensregeln für Sportler, Betreuer und Trainer

3.1 Abstand

Beim Betreten von Sportstätten ist gegenüber Personen, die nicht im gemeinsamen Haushalt leben, ein Abstand von **mindestens einem Meter** einzuhalten. Auch in **Sanitärbereichen** und **Garderoben** ist auf diesen Mindestabstand zu achten.

Der Mindestabstand darf **bei der Sportausübung** und bei erforderlichen Sicherungs- und Hilfeleistungen **unterschritten werden**.

3.2 Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung

Beim Betreten von Sportstätten in geschlossenen Räumen ist eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische **Schutzvorrichtung** zu tragen.

Die den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung darf **während der Sportausübung** und **beim Duschen** abgenommen werden. In allen anderen Situationen muss die Schutzvorrichtung getragen werden.

Die Betreiber der Sportstätte sowie deren Mitarbeiter haben bei Kundenkontakt eine den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen, sofern zwischen den Personen keine sonstige geeignete Schutzvorrichtung zur räumlichen Trennung vorhanden ist, die das gleiche Schutzniveau gewährleistet.

3.3 Gruppengröße

Die maximale Zahl von Personen in einer Trainingsgruppe beträgt **sechs Personen**, wobei Trainerinnen und Trainer auf diese Zahl nicht angerechnet werden. Ebenfalls nicht angerechnet werden insgesamt höchstens sechs minderjährige Kinder dieser Personen oder Minderjährige, denen gegenüber diese Personen Aufsichtspflichten wahrnehmen.

Es können **mehrere Gruppen gleichzeitig** in einer Trainingsstätte trainieren, es muss jedoch durch organisatorische Maßnahmen gesichert sein, dass sich die Trainingsgruppen nicht durchmischen können und das Infektionsrisiko minimiert wird.

Die **Begrenzung der Gruppengröße** auf 6 Personen gilt **nicht** für Veranstaltungen, bei denen ausschließlich **Spitzensportler** gemäß § 3 Z 6 BMSG 2017 Sport ausüben. In diesem Fall sind in geschlossenen Räumen bis zu 100 und im Freiluftbereich bis zu 200 Sportlern zuzüglich der Trainer, Betreuer und sonstigen Personen, die für die Durchführung der Veranstaltung erforderlich sind, zulässig. Der Veranstalter hat für diese Personen basierend auf einer Risikoanalyse ein dem Stand der Wissenschaft entsprechendes COVID-19-Präventionskonzept zur Minimierung des Infektionsrisikos auszuarbeiten und umzusetzen

3.4 Handdesinfektion

Vor dem Betreten der Umkleieräume, falls diese nicht benützt werden, vor dem Betreten des Trainingsraumes, ist eine Handdesinfektion durchzuführen, ebenso unmittelbar nach Beendigung des Trainings.

3.5 Risikoarme Sportausübung

Bei der Trainingsplanung (Ort, Umstände) sollte die Reduzierung der Verletzungsgefahr berücksichtigt werden.

3.6 Gesundheitsmonitoring

Wer sich krank fühlt bzw. Symptome aufweist, darf die Sportstätte nicht betreten bzw. hat zu Hause zu bleiben.

Wer in den letzten 10 Tagen Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall hatte, darf die Sportstätte nicht betreten bzw. hat zu Hause zu bleiben.

3.7 Umkleide, Duschen, sanitäre Einrichtungen

Die Benützung der Duschen und Umkleiden in der Sportstätte soll vermieden werden. Falls die Duschen in der Sportstätte dennoch benützt werden, darf dafür die den Mund- und Nasenbereich abdeckende mechanische und eng anliegende Schutzvorrichtung abgenommen werden.

Bei der Benützung von Umkleiden, Duschen und Toiletten ist auf die Einhaltung des Mindestabstandes von einem Meter zu achten. Ferner ist während des Aufenthaltes in den Umkleiden und Toiletten die den Mund- und Nasenbereich abdeckende und eng anliegende mechanische Schutzvorrichtung zu tragen.

3.8. Schulung, Überwachung, Sanktionierung

Vor jeder Trainingseinheit erläutert die verantwortliche Betreuungsperson den SportlerInnen die Verhaltensregeln auf der Sportstätte und weist auf die allgemeinen Schutzmaßnahmen (Punkt 3.9) hin.

Während der Trainingseinheit überwacht die verantwortliche Betreuungsperson die Einhaltung der Verhaltensregeln.

Bei Nichtbefolgung der Verhaltensregeln schließt die verantwortliche Betreuungsperson den/die SportlerIn von der Sportausübung aus.

3.9 Allgemeine Schutzmaßnahmen

Die allgemeinen Schutzmaßnahmen gegen das Coronavirus sind stets zu beachten:

- Häufiges Händewaschen mit Seife oder Desinfektionsmittel.
- Abstand halten (mindestens einen Meter) zwischen sich und anderen (ausgenommen während der Sportausübung).
- Augen, Nase und Mund nicht berühren.
- Beim Husten oder Niesen Mund und Nase mit gebeugtem Ellbogen oder einem Taschentuch bedecken. Taschentuch danach sofort entsorgen.

4 Trainings- und Wettkampfinfrastruktur, Hygiene, Reinigung

4.1 Durchlüftung

Es ist darauf zu achten, die für Training und Wettkampf verwendeten Räumlichkeiten gut zu durchlüften.

Eine möglichst hohe Außenluftzufuhr ist eine der wirksamsten Methoden, eventuell virushaltige Aerosole aus den Innenräumen zu eliminieren. Lüftungsmaßnahmen sind daher bedeutende Kernelemente der Vorsorge gegen Infektionen.

Bei Indoor-Sportstätten sind daher folgende Maßnahmen zu setzen:

- Lüften der Sportstätte so oft und intensiv wie möglich, wo möglich Querlüften
- Lüften der Garderoben und Duschen/Toiletten vor und nach jeder Trainingseinheit für mindestens 5 Minuten
- Bei Vorhandensein einer mechanischen Lüftungsanlage ist bei körperlichen Belastung der Luftwechsel zu erhöhen, wenn möglich auf einen 5-fachen Luftwechsel pro Stunde oder höher.
- Mechanische Lüftungsanlagen mit Umluftanteil sind mit einer zusätzlichen Filterung (HEPA-Filter) auszustatten.

4.2 Desinfektionsmaßnahmen

Sportgeräte sind zu desinfizieren, sobald das Training mit dem betreffenden Gerät beendet ist bzw. bevor ein anderer Sportler/eine andere Sportlerin das Gerät benützt.

Die Mattenfläche bzw. der Boden der Trainingsstätte ist am Ende der Trainingseinheit mit einem Flächendesinfektionsmittel zu desinfizieren.

Neuralgische Kontaktpunkte wie Türklinken oder Handläufe sind ebenfalls regelmäßig mit einem Flächendesinfektionsmittel zu behandeln.

4.3. Reinigungsmaßnahmen

Die für die Sportausübung vorgesehenen Bereiche inklusive dazugehörige Sanitärbereiche und Garderoben etc. sind im Falle der Nutzung mindestens einmal täglich zu reinigen. Häufig berührte Flächen (z.B. Türklinken, Armaturen) sind zu desinfizieren. Dafür wird ein Desinfektionsmittel auf Alkoholbasis empfohlen.

Österreichischer Karatebund – Pulverturmstrasse 5 – 4600 Wels – Telefon +43 650 6292999
www.karate-austria.at – ZVR 720004573 – IBAN AT61 1500 0002 8177 3440 – office@karate-austria.at

Bundes-Sport GmbH



SPORT AUSTRIA
BUNDES-SPORTORGANISATION



**KARATE
2020**



Bundesministerium für
Öffentlichen Dienst
und Sport



POLIZEI
SPORT

5 Verhalten beim Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion

Der Verein (die COVID-19-Ansprechperson des Vereines) informiert unverzüglich die örtlich zuständige Gesundheitsbehörde (Bezirkshauptmannschaft, Magistrat, Amtsarzt/Amtsärztin, allenfalls die Gesundheitshotline 1450). Es wird empfohlen, sich bereits im Vorfeld über die Kontaktdaten der Behörde Klarheit zu verschaffen und diese allen Trainingsverantwortlichen zur Verfügung zu stellen.

Weitere Schritte werden von den örtlich zuständigen Gesundheitsbehörden / Amtsarzt / Amtsärztin verfügt. Testungen und ähnliche Maßnahmen erfolgen ebenfalls auf Anweisung der Gesundheitsbehörden.

Der Verein hat die Umsetzung der Maßnahmen zu unterstützen.

Dokumentation durch den Verein (die COVID-19-Ansprechperson des Vereines), welche Personen Kontakt zur betroffenen Person hatten, sowie Art des Kontaktes (z. B. mit Hilfe von Anwesenheitslisten; wird dafür die Scan-Anwendung von KARATE AUSTRIA genützt, kann über office@karateaustria.at eine Auswertung der relevanten Trainings angefordert werden).

Sollte ein Erkrankungsfall bestätigt werden, erfolgen weitere Maßnahmen (z.B. Desinfektion der Sportstätte) entsprechend den Anweisungen der örtlich zuständigen Gesundheitsbehörde.