



Prävention und Management von Covid-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen

Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen
und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und
Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst

V.29, 27.05.2022

Inhaltsangabe

1	Vorbemerkung.....	3
2	Vorbereitende organisatorische Aspekte.....	4
3	Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen	5
3.1	Basishygienemaßnahmen.....	5
3.2	Erweiterte Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen	5
3.2.1	Getrennte Versorgung.....	5
3.2.2	Umgang mit Verstorbenen	6
3.2.3	Personenschutzmaßnahmen / Persönliche Schutzausrüstung für die Versorgung von Covid-19-Erkrankten und krankheitsverdächtigen Bewohnerinnen und Bewohnern.....	6
3.2.4	Desinfektion und Reinigung	7
3.3	Regelungen Aufnahmen und Verlegungen	8
3.4	Besuchsregelungen.....	9
3.5	Soziale Kontakte innerhalb der Einrichtung	10
4	Identifizierung und Management von Kontaktpersonen	11
4.1	Kontaktpersonen- und Fallmanagement unter Personal	11
4.2	Kontaktpersonen- und Fallmanagement unter Bewohnerinnen und Bewohnern/ Betreuten.....	12
5	Surveillance von mit Covid-19-vereinbaren Symptomen.....	13
5.1	Symptome einer Covid-19 Infektion.....	14
6	Testung auf SARS CoV-2	15
6.1	Indikationsstellung	15
6.2	Durchführung der Testung	16
6.3	Übersicht zur SARS-CoV-2-Testung in Alten- und Pflegeheimen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (abgeleitet von der Nationalen Teststrategie)	17
6.4	Einsatz von Antigen-Schnelltesten (Antigen-PoC-Test) in der Einrichtung	18
6.5	Testergebnis und weiteres Vorgehen.....	18
7	Ausbruchsmanagement.....	19
8	Impfungen und Meldepflicht.....	20
9	Auflistung von im Text verlinkten Dokumenten.....	23

1 Vorbemerkung

Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen und Bewohnerinnen und Bewohner sowie Betreute von Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen gehören aufgrund ihres Alters und/oder des Vorliegens von Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen) zu dem Personenkreis mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Darüber hinaus besteht bei Auftreten einer Covid-19-Erkrankung in der Einrichtung aufgrund der gemeinsamen räumlichen Unterbringung, der Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten und z.T. nahem physischen Kontakt bei pflegerischen Tätigkeiten ein erhöhtes Risiko für den Erwerb einer Infektion. Diese Situation erfordert während der Pandemie den Einsatz breitgefächerter Strategien für die Prävention des Auftretens und der Weiterverbreitung einer Covid-19-Erkrankung innerhalb der Einrichtung. In den folgenden Ausführungen wird ein Leitfaden für Prävention und Management von Covid-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen bereitgestellt, der auf bestehenden Empfehlungen für die Prävention der Übertragung von Infektionskrankheiten in Alten- und Pflegeeinrichtungen und andere bereits vorhandene Dokumente zu Covid-19 Bezug nimmt und in seiner Umsetzung auf den bereits implementierten diesbezüglichen Maßnahmen der Einrichtungen (z.B. Hygienepläne) basiert. Das Dokument wird kontinuierlich an neu gewonnene Kenntnisse und sich ändernde Bedingungen angepasst.

Die Gesundheitsämter unterstützen die Umsetzung der Maßnahmen insbesondere in den Einrichtungen, in denen kein Hygienefachpersonal zur Verfügung steht.

Zielgruppe

Die Empfehlungen richten sich an Beschäftigte und verantwortliche Leitungen von Alten- und Pflegeheimen und von Einrichtungen für die Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sowie an den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Menschen, die in ihrem eigenen Haushalt, in Wohngruppen oder anderen Formen von Gemeinschaft leben und ambulant medizinisch oder sozialtherapeutisch oder anderweitig unterstützt und betreut werden, stehen nicht im Fokus des Dokumentes. Dennoch können die Empfehlungen in Teilen auch für diesen Bereich hilfreich sein und genutzt werden.

Anmerkungen zur Umsetzung

Die avisierten Einrichtungen sind sehr heterogen und das Spektrum der betreuten Personen reicht von Menschen, die mehr oder weniger selbständig in ihrem eigenen persönlichen Wohnbereich leben bis hin zu schwerstpflegebedürftigen Menschen, die eine intensive rund um die Uhr Betreuung benötigen. Die vorliegenden Covid-19-Empfehlungen beruhen zwar im Kern auf den bekannten Standardmaßnahmen zu Prävention und Management von übertragbaren Krankheiten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, aufgrund der sehr unterschiedlichen Bedingungen und Gegebenheiten ist jedoch eine Eins-zu-eins-Umsetzung nicht in jeder Betreuungssituation ohne weiteres machbar. Daher ist es notwendig, dass die Verantwortlichen der Einrichtungen gemeinsam mit den örtlichen Gesundheitsbehörden die erforderlichen Maßnahmen im Sinne der Empfehlungen flexibel und mit

Augenmaß den gegebenen Umständen und Bedingungen vor Ort anpassen. Dies erfordert stets eine sensible Abwägung des Nutzens der Maßnahmen zum Schutz der in der Obhut der Einrichtungen befindlichen Menschen vor Erkrankung und ggf. Hospitalisierung und Tod gegenüber möglichen psychosozialen und anderen unerwünschten Folgen.

2 Vorbereitende organisatorische Aspekte

- Erarbeitung eines Covid-19-Plans durch die Leitung der Einrichtung möglichst in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden, der entscheidend dazu beiträgt, dass SARS-CoV-2 nicht in die Einrichtung hineingetragen oder innerhalb der Einrichtung weiterverbreitet wird. Dabei sollten entsprechende Bestimmungen der jeweiligen Landesregierung umgesetzt werden.
- Bildung eines interdisziplinären Teams mit klarer Zuordnung von Verantwortlichkeiten für die verschiedenen Bereiche wie z. B. Hygiene/Infektionskontrolle, medizinische Versorgung, Kommunikation, Beschaffung von notwendigem Material.
- Information der Heimbewohnerinnen und -bewohner, der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, des Personals und der Angehörigen zu Covid-19 und zu den erforderlichen Maßnahmen zu deren Schutz.
- Schulung des Pflegepersonals (z.B. in Bezug auf die praktische Umsetzung von Hygienemaßnahmen wie dem korrekten Anlegen und Ausziehen der persönlichen Schutzausrüstung (PSA))
- Schulung des übrigen Personals mit und ohne direkten Kontakt zu den Bewohnerinnen und Bewohnern (z.B. hinsichtlich der Einhaltung der Abstandsregelung auch unter dem Personal, Händehygiene, Tragen einer medizinischen Maske (medizinischer Mundnasenschutz (MNS) oder FFP2) bei allen Tätigkeiten im Bewohnerbereich.
- Maßnahmen zur Kontaktreduzierung innerhalb der Einrichtung.
- Möglichst hoher Impfschutz von Bewohnerinnen und Bewohnern und des Personals entsprechend der STIKO-Impfempfehlungen sowie ein kontinuierlich hoher Impfschutz durch Auffrischimpfungen entsprechend der STIKO-Impfempfehlungen. Alle Beschäftigten der Einrichtungen (inkl. Hauswirtschaft und Technik) unterliegen der einrichtungsbezogenen Impfpflicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2.
- Definition und Umsetzung von Zugangsregelungen für Besucherinnen und Besucher, externe Dienstleistende (z.B. Beschäftigte in der Fußpflege, Physiotherapie) und anderen Personen wie z.B. ehrenamtliche Beschäftigte und Seelsorgerinnen und Seelsorger.
- Durchsetzung von Abwesenheitsregelungen für das Personal bei Auftreten von respiratorischen Symptomen.
- Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt.
- In besonderen Situationen wie Ausbrüchen evtl. Maßnahmen wie z.B. die Verhängung eines Aufnahme-/Verlegungsstopps hilfreich.

3 Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen

Die Implementierung und Einhaltung der im Hygieneplan festgelegten Maßnahmen sind essentieller Bestandteil der Bemühungen zur Prävention einer Verbreitung von Covid-19-Erkrankungen in der Einrichtung. Empfehlungen zu dessen Erstellung und Inhalten finden sich in [KRINKO-Empfehlungen zur Infektionsprävention in Heimen](#) und [Hygienemaßnahmen in der Pflege von Covid-19 Patienten](#) und [KRINKO-Empfehlungen zur Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten](#) und [Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der Covid-19-Pandemie](#).

Im Folgenden werden für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ausgewählte Empfehlungen bereitgestellt.

3.1 Basishygienemaßnahmen

Konsequente Umsetzung der Vorgaben des Hygieneplans der Einrichtung, der Basishygiene einschließlich der Händehygiene:

- Generelles Tragen einer medizinischen Maske für alle Menschen, die sich in der Einrichtung zur Ausübung ihrer Tätigkeit oder zu Besuchen aufhalten (medizinischer MNS oder FFP2; Masken mit Ausatemventil sind nicht zum Drittschutz geeignet.).
- Ein Mund-Masen-Schutz sollte, soweit dies vertretbar ist, auch von den Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten bei Kontakt mit anderen Personen getragen werden.
- Beachtung der Abstandsregelung
- Einhaltung von Husten- und Nieß-Regeln: Husten und Nießen in die Ellenbeuge oder in ein Einmaltaschentuch
- In Innenräumen ist generell ein ausreichender Luftaustausch unter Zufuhr von Frischluft (z.B. durch regelmäßiges Lüften) bzw. von gefilterter Luft (RLT-Anlagen) zu gewährleisten. Siehe auch die - Stellungnahme des UBA: Das Risiko einer Übertragung von SARS-CoV-2 in Innenräumen lässt sich durch geeignete Lüftungsmaßnahmen reduzieren.

3.2 Erweiterte Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen

3.2.1 Getrennte Versorgung

- SARS-CoV-2-positive Heimbewohnerinnen und -bewohner oder von SARS-CoV-2-Verdachtsfällen (symptomatischen oder Kontakte) sollten bereits vor dem Vorliegen eines Testergebnisses in einem Einzelzimmer möglichst mit eigener Nasszelle untergebracht und versorgt werden. Die Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten mit SARS-CoV-2-negativen Bewohnerinnen und Bewohnern ist nicht möglich.
- Bei Auftreten von mehreren SARS-CoV-2-positiven Fällen oder Verdachtsfällen in der Einrichtung ist eine gemeinsame Isolierung mehrerer Patientinnen und Patienten/Betreuten (Kohortierung) unter bestimmten Bedingungen möglich. Es sollten 3 Bereiche räumlich und personell voneinander abgegrenzt werden:
 1. für Nicht-Fälle (Bewohnerinnen und Bewohner ohne Symptome bzw. Kontakt; mit großer Wahrscheinlichkeit negativ)

2. für Verdachtsfälle (z. B: Kontakte oder symptomatische Bewohnerinnen und Bewohner, für die noch kein Testergebnis vorliegt)
3. für Covid-19-Fälle (SARS-CoV-2 positiv getestet)

Die drei Bereiche können je nach Fallaufkommen einzelne Zimmer, Stationen, Gebäude umfassen. Nach Möglichkeit sollte in den 3 Bereichen fest zugeordnetes Personal eingesetzt werden.

Siehe auch [Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der Covid-19-Pandemie](#) sowie [Management von Covid-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen](#).

3.2.2 Umgang mit Verstorbenen

Bei Versterben aufgrund einer Covid-19-Erkrankung ist der Leichnam als kontagiös zu betrachten. Empfehlungen zum Umgang mit an Covid-19 Verstorbenen im Hinblick auf die Basishygiene, erweiterte Hygienemaßnahmen bei besonderen Maßnahmen, die mit einer Aerosolproduktion einhergehen, Bestattung und Transport sind in dem Dokument [Empfehlungen zum Umgang mit Covid-19-Verstorbenen](#) niedergelegt.

Der Tod an Covid-19 ist nach § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) zu melden.

3.2.3 Personenschutzmaßnahmen / Persönliche Schutzausrüstung für die Versorgung von Covid-19-Erkrankten und krankheitsverdächtigen Bewohnerinnen und Bewohnern

- [Händehygiene](#): Die bekannten Indikationen für die Händehygiene (Händedesinfektion bzw. Handschuhwechsel) gemäß den 5 Momenten der Händehygiene sollen umgesetzt werden.
- Verwendung von persönlicher Schutzkleidung (PSA) bestehend aus Schutzkittel, Einweghandschuhen und Schutzbrille. Bei der direkten Versorgung von Patientinnen und Patienten/Betreuten mit bestätigter oder wahrscheinlicher SARS-CoV-2-Infektion müssen gemäß den Arbeitsschutzvorgaben FFP2-Masken getragen werden. Besondere Beachtung gilt allen Tätigkeiten, die mit Aerosolbildung einhergehen können (z.B. offenes Absaugen über den Trachealtubus), siehe hierzu auch die [Übersicht der BAuA zum Einsatz von Schutzmasken in der Arbeitswelt im Zusammenhang mit SARS-CoV-2](#).
- Die Anforderungen an die persönliche Schutzausrüstung werden in der [TRBA250](#) bzw. in der KRINKO-Empfehlung [Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten](#) spezifiziert.
- Einsatz von geschultem Personal, welches von der Versorgung anderer Patientinnen und Patienten freigestellt wird.
- Im Ausbruchsfall sollte erwogen werden, bei der Betreuung der gesamten betroffenen Station eine PSA anzulegen. Bisherige Erfahrungen aus Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen haben gezeigt, dass es einen nicht unerheblichen Anteil an asymptomatischen bzw. noch nicht symptomatischen aber infizierten Heimbewohnerinnen und -bewohnern gibt, die zur Weiterverbreitung beitragen können. Daher wird empfohlen, frühzeitig die Hygienemaßnahmen auf die gesamte Station auszuweiten.
- Beobachtung des Gesundheitszustandes des eingesetzten Personals.

In Einrichtungen, in welchen die erweiterten hygienischen Maßnahmen bei der Betreuung von SARS-CoV-2-positiven Personen nicht in ausreichendem Maß umgesetzt werden können bzw. ein Schutz vor der

Weiterverbreitung des Virus nach dem Ermessen der Einrichtungsleitung und des Gesundheitsamts aufgrund der gegebenen Umstände nicht gewährleistet werden kann, sollte(n) die betroffene(n) Person(en) vorübergehend in eine für die Betreuung/Behandlung von SARS-CoV-2-positiven Patientinnen und Patienten ausgelegte Einrichtung verlegt werden.

3.2.4 Desinfektion und Reinigung

Desinfektionsmittel

Zur Desinfektion sind Mittel mit nachgewiesener Wirksamkeit, mit dem Wirkungsbereich "begrenzt viruzid" (wirksam gegen behüllte Viren) anzuwenden. Mittel mit erweitertem Wirkungsbereich gegen Viren wie "begrenzt viruzid PLUS" oder "viruzid" können ebenfalls verwendet werden.

Geeignete Mittel enthalten die Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren ([RKI-Liste](#)) und die Desinfektionsmittel-Liste des Verbundes für Angewandte Hygiene ([VAH-Liste](#)). Bei behördlich angeordneten Desinfektionsmaßnahmen ist die RKI-Liste heranzuziehen.

Umgebungsdesinfektion

Tägliche Wischdesinfektion der patientennahen (Handkontakt-) Flächen (z.B. Nachttisch, Nassbereich, Türgriffe) sowie Schlussdesinfektion erfolgt mit einem Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirksamkeit (s. oben). Bei Bedarf sind die Desinfektionsmaßnahmen auf weitere kontaminationsgefährdete bzw. kontaminierte Flächen auszudehnen.

Medizinprodukte

Medizinprodukte mit direktem Kontakt zu den Heimbewohnerinnen und -bewohner (z.B. Fieberthermometer, Stethoskope, Blutdruckmanschetten, Pulsoxymeter etc.) sind entsprechend Hygieneplan zu verwenden und müssen nach Gebrauch desinfiziert werden. Bei Transport in einem geschlossenen, außen desinfizierten Behälter ist eine zentrale Aufbereitung möglich. Thermische Desinfektionsverfahren sollten wann immer möglich bevorzugt angewendet werden. Ist dies nicht möglich, sollen Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirksamkeit (s. oben) verwendet werden. Siehe auch KRINKO-BfArM-Empfehlung [Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten](#).

Geschirr

Geschirr kann in einem geschlossenen Behältnis zur Spülmaschine transportiert und wie in der Einrichtung üblich gereinigt werden.

Wäsche, Betten und Matratzen

- Wäsche/Textilien können einem desinfizierenden Waschverfahren gemäß RKI-Liste zugeführt werden. Als Taschentücher sollen Einwegtücher Verwendung finden.
- Für Betten und Matratzen werden wischdesinfizierbare Überzüge empfohlen.

Abfallentsorgung

Die Grundlage für die Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitswesens stellt [die Richtlinie der LAGA Nr. 18](#) dar.

- Mülleimer mit Müllbeutel zur Entsorgung von Einmalartikeln (z.B. Taschentücher, Masken) sollten im Innenbereich der Zimmer vor der Tür aufgestellt werden.
- Nicht flüssige Abfälle aus der Behandlung von Covid-19-Patientinnen und -Patienten stellen unter Einhaltung der üblichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes und des Tragens geeigneter persönlicher Schutzausrüstung kein besonderes Infektionsrisiko dar und sind in aller Regel der Abfallschlüsselnummer ASN 18 01 04 (Abfälle, an deren Sammlung und Entsorgung aus infektionspräventiver Sicht keine besonderen Anforderungen gestellt werden) zuzuordnen. Die Abfälle sind dabei stets in verschlossenen und reißfesten Plastiksäcken der Abfallsammlung zuzuführen. Spitze und scharfe Gegenstände sind wie üblich in bruch- und durchstichsicheren Einwegbehältnissen zu sammeln und zu verpacken.
- Die Entsorgung von Abfällen von Antigen-Schnelltests, die z.B. im Rahmen von Point of Care Tests (POCT) anfallen, kann nach Abfallschlüssel ASN 18 01 04 gemäß Richtlinie der LAGA Nr. 18 in einem reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und dichten Behältnis (z. B. dickwandiger Müllsack), bevorzugt mit Doppelsack-Methode, und gemeinsam mit Abfällen aus den Haushalten erfolgen, wenn sichergestellt ist, dass diese Abfälle direkt einer Siedlungsabfallverbrennungsanlage zugeführt werden, siehe "[Bund-/Länderempfehlung zu aktuellen Fragen der Abfallentsorgung - Hinweise zur Entsorgung von Abfällen aus Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19](#)".

3.3 Regelungen Aufnahmen und Verlegungen

In der Einrichtung sollte das Verfahren bei Aufnahme von Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten aus dem häuslichen Umfeld sowie bei Verlegungen bzw. Rückverlegungen aus dem Krankenhaus festgelegt werden. Dies sollte in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erfolgen.

Bei bzw. vorzugsweise vor Aufnahme in die Einrichtung sollten alle Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute auch ohne respiratorische Symptome einer schnellen Diagnostik (möglichst PCR-Test) zugeführt werden und bis zu deren Ergebnis getrennt von den übrigen Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten untergebracht werden.

Vor Verlegung von Bewohnerinnen und Bewohnern in andere Einrichtungen, sollten diese ebenfalls vorzugsweise mit einem PCR-Test oder einem zertifizierten AG-Schnelltest getestet werden.

Ist ein Transport SARS-CoV-2 positiver Personen unvermeidbar, sollen die Transportunternehmen sowie die weiterbehandelnden Einrichtungen (Krankenhäuser, Rehakliniken etc) vorab informiert werden. Der Transport soll als Einzeltransport erfolgen, dabei trägt die Patientin / der Patient einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz sofern es der Gesundheitszustand zulässt.

In Einzelfällen können in enger Absprache von Einrichtung und Gesundheitsamt Sonderregelungen festgelegt werden.

Bei Neuaufnahmen sollte der Impfschutz überprüft werden und ggf. ausstehende Impfungen zeitnah vervollständigt werden.

Es sollte angestrebt werden, dass die Bewohnerinnen und Bewohner bereits VOR geplanten Aufnahmen in die Einrichtung vollständig geimpft werden.

3.4 Besuchsregelungen

In den Besuchsregelungen wird unter Berücksichtigung der Vorgaben der jeweiligen Landesregierung festgelegt, ob und unter welchen Bedingungen Besuche in den Einrichtungen stattfinden können. Dazu sollte von der Einrichtung in Kooperation mit dem Gesundheitsamt ein einrichtungsspezifisches Besuchskonzept erstellt werden, das im Sinne einer Risikoabschätzung folgende **Eckpunkte** berücksichtigt:

- das Infektionsgeschehen in der Einrichtung (Covid-19-Fälle ja/nein)
- die epidemiologische Lage im Einzugsgebiet
- die Implementierung von Maßnahmen, die im Falle eines Eintrags in die Einrichtung eine Weiterverbreitung verhindern können (z.B. Vorhandensein von geschultem Personal, Teststrategie in der Einrichtung usw.)
- die räumlichen Gegebenheiten
- die Möglichkeiten der SARS-CoV-2-Testung von Besucherinnen und Besuchern
- den individuellen Impfstatus der Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten und Durchimpfungsrate von Bewohnerinnen und Bewohnern und Personal
- soweit möglich Berücksichtigung der Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten im Sinne einer bewohnerzentrierten Vorgehensweise

Neben der Abschätzung der Risiken sollten auch die möglichen Auswirkungen auf das Wohlergehen der Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten, der Angehörigen sowie des Personals der Einrichtung in die Überlegungen miteinbezogen werden.

Zur Unterstützung der Einrichtungen in der Erstellung des einrichtungsspezifischen Besuchskonzeptes hat der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege die Broschüre „[Besuche sicher ermöglichen. Besuchskonzepte in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege während der Corona-Pandemie](#)“ herausgegeben.

Allgemeine Besuchsregelungen

- Besucherinnen und Besucher mit Erkältungssymptomen sowie Kontaktpersonen von Covid-19-Infizierten sollen ungeachtet des Impf- bzw. Genesenenstatus der Einrichtung fernbleiben.
- Ein tagesaktueller Test aller Besucherinnen und Besucher ungeachtet des Impf- und Genesenenstatus mittels eines [zertifizierten Antigentests](#) wird empfohlen. Siehe auch [Nationale Teststrategie SARS-CoV-2](#)
- Die Besucherinnen und Besucher müssen in den AHA-L-Regeln unterwiesen werden, diese sind:
 - das Einhalten von mindestens 1,5 - 2 m Abstand zu den Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten, anderen Besucherinnen und Besuchern und dem Personal
 - das Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes
 - die Händedesinfektion vor dem Betreten und beim Verlassen des Bewohnerzimmers
 - auf eine gute Lüftung des Raumes achten

- Die Besuche sollten so organisiert werden, dass die Einhaltung der AHA+L-Regeln im Patientenzimmer (z.B. bei mehreren Besucherinnen und Besuchern, Doppelzimmer), in den Besuchsräumen und in anderen Räumlichkeiten der Einrichtung gewährleistet werden können. Dadurch kann es erforderlich werden, dass die Anzahl und Dauer der Besuche begrenzt und Besuche ggf. terminiert werden müssen. Diese Maßgaben sind unabhängig vom Impf- bzw. Genesenenstatus aller Beteiligten.
- [Die fachliche Empfehlungen zu erweiterten Infektionsschutzmaßnahmen für die Sterbebegleitung in Einrichtungen der Pflege und der Gesundheitsversorgung und Ausnahmen von der Absonderungspflicht](#) gibt Hinweise, wie SARS-CoV-2 positive Angehörige oder nahestehende Personen Einrichtungen der Pflege und der Gesundheitsversorgung in dieser besonderen Situation dennoch aufsuchen können:
 - Der Zugang zur im Sterben liegenden Person muss über den kürzesten Weg erfolgen, ein Aufenthalt außerhalb des entsprechenden Zimmers ist nicht gestattet.
 - Kein Kontakt zu anderen in der Einrichtung behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen, AHA+L mit Personal beachten
 - Immer FFP2-Maske (Sitz überprüfen), - besondere Vorsicht bei symptomatischen Personen

3.5 Soziale Kontakte innerhalb der Einrichtung

Die Covid-19-Pandemie und daraus folgende Schutzmaßnahmen wie Quarantäneanordnungen, Kontaktvermeidung und der Verzicht auf Tagesroutinen haben das Leben der Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten in Alten- und Pflegeeinrichtungen stark beeinflusst mit negativen Folgen auf ihre Lebensqualität. Das Hauptziel der umfassenden Maßnahmen ist es gewesen, diese besonders durch eine Covid-19-Erkrankung gefährdeten Gruppen, vor möglicher Infektion zu schützen.

Inzwischen können in vielen Einrichtungen Anpassungen der Empfehlungen zum Infektionsschutz vorgenommen werden. Dies erfolgt vor dem Hintergrund einer hohen Durchimpfungsrate, der Annahme empfohlener Auffrischimpfungen und dass regelmäßige Reihentestungen stattfinden und unter Abwägen des verbleibenden Restrisikos einer Infektion gegen die positiven Auswirkungen einer Lockerung von Maßnahmen.

So können z.B. wohnbereichsübergreifende Gemeinschaftsaktivitäten auch ohne Einhaltung des Mindestabstandes ermöglicht werden.

Grundsätzlich sollte bei Kontakten der Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten untereinander bzw. bei gemeinschaftlichen Aktivitäten die Basismaßnahmen (AHA+L) beachtet und wenn möglich zum bestmöglichen Schutz ein medizinischer MNS getragen werden.

Die Anpassung der Maßnahmen sollte begleitet werden durch:

- ein Monitoring der Effekte von Lockerungen auf die Infektionszahlen in den Einrichtungen
- einen Austausch der beteiligten Akteure (Pflegeeinrichtungen, Pflegeverbände, Gesundheitsämter)
- eine regelmäßige Überprüfung der Empfehlungen und ggf. Anpassung hinsichtlich der aktuellen Lage

Einrichtungen finden Unterstützung u.a. in der Leitlinie [„Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie“](#)

In Ausbruchssituationen können jedoch unabhängig vom Impf- und Genesenenstatus weitreichende Beschränkungen von Gemeinschaftsaktivitäten erforderlich werden.

4 Identifizierung und Management von Kontaktpersonen

Eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung von Covid-19 innerhalb einer Einrichtung ist die Identifizierung der Personen mit Kontakt zu einem bestätigten Covid-19-Fall im infektiösen Zeitintervall. Kontaktpersonen können andere Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute sein aber auch andere Personen, die zwar wiederholt aber nur zeitweise die Einrichtung betreten. Die Identifizierung dieser Personen und das Vorgehen im weiteren Umgang sollten bei Bedarf in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erfolgen.

Ziele der Kontaktnachverfolgung

- Unterbrechung von Infektketten innerhalb der Einrichtung ausgehend von einer SARS-CoV-2-infizierten Person
- Frühzeitige Erkennung der Erkrankung einer Kontaktperson innerhalb der Einrichtung und rechtzeitige Einleitung von medizinischen Maßnahmen

Es muss berücksichtigt werden, dass im Setting von Alten- und Pflegeheimen eine Kontaktpersonennachverfolgung häufig im Rahmen einer Ausbruchssituation erfolgt. Ein Ausbruch liegt bereits bei einem Covid-19-Fall vor, wenn eine Infektion oder Übertragung innerhalb der Einrichtung nicht ausgeschlossen werden kann.

4.1 Kontaktpersonen- und Fallmanagement unter Personal

Als allgemeine Grundlage dienen die [Empfehlungen des Bundes zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition vom 02.05.2022](#).

Generell gelten für Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen die gleichen Grundlagen und Überlegungen wie für die Allgemeinbevölkerung.

Kontaktpersonen: Quarantänemaßnahmen für Kontaktpersonen sind in der Allgemeinbevölkerung nicht mehr vorgesehen. Während Tätigkeiten, bei denen Kontakt zu Patientinnen und Patienten besteht, gelten allerdings darüber hinaus zusätzliche Aspekte:

- Unabhängig vom Impf- und Genesenenstatus: tägliche Testung mit Antigen-Schnelltest oder Nukleinsäure-Amplifikationstest (NAAT) vor Dienstantritt bis einschließlich Tag 5.
- Es soll wie immer eine stetige Eigenbeobachtung erfolgen und bei Auftreten von Symptomen sollte die berufliche Tätigkeit umgehend unterbrochen werden sowie eine Selbstisolierung bis zur diagnostischen Klärung mittels PCR-Testung erfolgen. Bei positivem Test wird die Person zu einem Fall.

Fall: Die Kriterien für die Aufhebung der Isolierung bei den Beschäftigten sowie die Voraussetzungen zur Tätigkeitswiederaufnahme werden durch [die Empfehlungen des Bundes zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition](#) vom 2.5.2022 festgelegt:

Isolierungsdauer

- mindestens 5 Tagen nach Symptombeginn bzw. bei asymptomatischen Personen nach Erstnachweis des Erregers **und** Symptomfreiheit für mindestens 48 Stunden
- **Dringende EMPFEHLUNG** zur wiederholten (Selbst-) Testung beginnend nach Tag 5 mit Antigen-Schnelltest*. Fortsetzung der Selbstisolation bis Test negativ.

Voraussetzung für die Wiederaufnahme der Tätigkeit

- Pflicht zum Nachweis eines negativen Antigentests* oder PCR-Tests durch Leistungserbringer nach § 6 Abs. 1 TestV. Dieser darf nach 48 Stunden Symptomfreiheit frühestens am 5. Tag abgenommen werden.
- konsequente Umsetzung des Monitorings von Symptomen

4.2 Kontaktpersonen- und Fallmanagement unter Bewohnerinnen und Bewohnern/ Betreuten

Besondere Maßnahmen für Kontaktpersonen unter Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten

Entsprechend der [Empfehlungen des Bundes zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition](#) vom 2.5.2022 unterliegen auch Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute in Alten- und Pflegeeinrichtungen, die engen Kontakt zu einer SARS-CoV-2-infizierten Person hatten, keinen grundsätzlichen Auflagen für eine Absonderung mehr.

Da aber Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute in hohem Maße zu dem Personenkreis mit einem erhöhten Risiko für schwere Krankheitsverläufe von Covid-19 gehören, müssen sie besonders vor Infektionen geschützt werden. Darüber hinaus besteht bei Auftreten einer Covid-19-Erkrankung in diesen Einrichtungen aufgrund der gemeinsamen räumlichen Unterbringung, der Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten und z.T. nahem physischen Kontakt bei pflegerischen Tätigkeiten ein erhöhtes Risiko für den Erwerb und die Weitergabe einer Infektion.

Daher gelten für Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute folgende Anpassungen der Empfehlungen:

- Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten, wird unabhängig vom Impf- und Genesenenstatus eine mindestens 7-tägige Quarantäne innerhalb der Einrichtung empfohlen.
- Zur Beendigung dieser einrichtungsbezogenen Quarantäne soll eine negative Testung vorliegen. Dazu kann ab Tag 5 eine PCR durchgeführt werden. Eine alternative Testung mittels Antigen-Schnelltest ist wegen der geringeren Sensitivität erst ab Tag 7 empfohlen.
- Ein Monitoring von Symptomen sollte über die Quarantäne hinaus wie bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern weitergeführt werden.
- Im Anschluss an die 7-tägige Quarantäne sollte eine tägliche Testung mit Antigen-Schnelltest bis Tag 14 fortgesetzt werden, danach erfolgt der Übergang in die Reihentestung der Einrichtung.

- Muss das Zimmer während der Quarantäne verlassen werden, muss der kürzeste Weg gewählt und Abstände eingehalten werden, sowie immer ein medizinischer MNS getragen werden.
- Bei Einhaltung der gebotenen Hygienemaßnahmen und nach Risikoabwägung können Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute auch während der Quarantänezeit Besuch erhalten.

Diese Quarantäneempfehlung gilt in der Einrichtung, Aktivitäten außerhalb der Einrichtung sind davon ausdrücklich nicht betroffen. Es gilt jedoch wie für die allgemeine Bevölkerung die dringende Empfehlung, selbstständig Kontakte zu reduzieren, v.a. solche mit anderen Personen mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf!

Für die Entscheidung in welchem Umfang Schutzmaßnahmen in der Einrichtung umgesetzt werden sollten ist die Unterscheidung sinnvoll, ob Kontakte durch einen weiteren Fall im Haus, (-> Ausbruch) oder durch Kontakt zu einem externen Fall (z.B. bei Besuch im Haus nahestehender Personen), d.h. isolierter Exposition einer Person zustande gekommen sind.

In einer Ausbruchssituation ist die Verstärkung der erweiterten Schutzmaßnahmen für den betroffenen Bereich notwendig (s. Abschnitt 7 Ausbruchmanagement).

Besondere Maßnahmen für SARS-CoV-2-positive Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute

Die Kriterien für die Aufhebung der Isolierung bei Bewohnerinnen und Bewohnern finden sich in dem Dokument [„Covid-19: Entisolierung von Patient/-innen im stationären Bereich sowie Bewohner/-innen in Alten- und Pflegeheimen“](#):

- Symptombfreiheit für mindestens 48 Stunden,
- Bei symptomatischer SARS-CoV-2-Infektion frühestens 14 Tage nach Symptombeginn PLUS Testung
- Bei asymptomatischer SARS-CoV-2-Infektion in der Regel 10 Tage nach Erstdnachweis des Erregers PLUS Testung
- Negative PCR-Untersuchung auf SARS-CoV-2. Bei Mangel an Kapazitäten für eine PCR-Untersuchung kann bei leichtem oder asymptomatischem Verlauf auch ein zertifizierter Antigentest* eingesetzt werden.

5 Surveillance von mit Covid-19-vereinbaren Symptomen

Vorbemerkung

Durch ein Monitoring von respiratorischen und anderen mit einer Covid-19-Erkrankung assoziierten Symptomen bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeeinrichtungen und Betreuten in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und beim Personal dieser Einrichtungen sollen mögliche Covid-19-Erkrankungen frühzeitig detektiert werden, um unverzüglich die erforderlichen Maßnahmen zur Verhinderung einer Weiterverbreitung innerhalb der Einrichtung einleiten zu können. Dies erfordert eine permanente Wachsamkeit des Personals für Symptome, die auf eine Covid-19-Erkrankung hinweisen können (Neuaufreten oder akute Verschlechterung bei bestehender Vorerkrankung).

Ziele der Surveillance

- Frühzeitige Detektion des Auftretens von Symptomen und Durchführung diagnostischer Tests
- Zeitgerechte Einleitung der notwendigen medizinischen Maßnahmen
- Unverzögliche Implementierung der erforderlichen erweiterten Hygienemaßnahmen und anderer Maßnahmen, um eine weitere Verbreitung innerhalb der Einrichtung und nach Extern zu vermeiden.
- Frühzeitige Information und Kooperation mit den örtlichen Gesundheitsbehörden

In einer Ausbruchssituation mit mehr als einem Covid-19-Fall Bereitstellung einer Übersicht (z.B. in Form einer Excel-Tabelle) mit relevanten Informationen zu Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten und Personal (z.B. Symptome, Testung auf SARS-CoV-2, betroffene Organisationseinheit), die einen Überblick gibt über die Entwicklung der Situation in der Einrichtung und als Grundlage zur weiteren Planung (z.B. Kohortierung) dienen soll.

5.1 Symptome einer Covid-19 Infektion

Die häufigsten Symptome einer Covid-19 Infektion **sind Fieber # (>37,8°C, oral) und Husten**, darüber hinaus können auftreten:

- Halsschmerzen und Schnupfen, Muskel- und Gelenkschmerzen, verstopfte Nase, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Konjunktivitis, Hautausschlag, Apathie, Somnolenz, Störung des Geruchs- und/oder des Geschmackssinns, Kurzatmigkeit
- Sauerstoffsättigung <95% (Pulsoxymeter)
- Erhöhte Atemfrequenz (>25/min)

Informationen zur klinischen Symptomatik finden Sie im [Steckbrief zu Covid-19](#).

Insbesondere bei älteren Menschen kann es vorkommen, dass sie kein Fieber entwickeln und eher unspezifische Symptome wie z.B. Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Müdigkeit und zunehmende Verwirrtheit auftreten. Eine besondere Bedeutung kommt hier den pflegenden Personen zu, die die Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten gut kennen und diese Veränderungen beobachten können, um unverzüglich eine weiterführende Abklärung (ärztliche Konsultation) auch mit der Differenzialdiagnose Covid-19 einzuleiten.

Neu aufgenommene Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute in den Einrichtungen sollen umgehend hinsichtlich der Symptome, die mit Covid-19 vereinbar sind befragt/untersucht werden. Falls solche Symptome angegeben/beobachtet werden, sollte unverzüglich eine weiterführende Abklärung (ärztliche Konsultation) und Einleitung entsprechender Hygienemaßnahmen erfolgen sowie Kontaktaufnahme mit der verlegenden Einrichtung erfolgen. Die Isolierung sollte auch bei negativem Test bis zum Abklingen der Symptome aufrechterhalten werden.

- **Selbstbeobachtung**

Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute in Einrichtungen sollten auch dazu aufgefordert werden sich zu melden, wenn sie sich unwohl fühlen.

- **Surveillance des Personals auf Covid-19 Symptome**

Das Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ist aufgrund der Aufgaben, die insbesondere bei den Pflegekräften einen nahen physischen Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten erfordern, besonders gefährdet für die Akquirierung und Weiterverbreitung einer Covid-19-Erkrankung. Um frühzeitig eine Covid-19-Erkrankung beim Personal zu erkennen, sollte das Personal aufmerksam sein in Bezug auf das Auftreten von respiratorischen Symptomen/Fieber oder erhöhter Temperatur. Bei Auftreten von Symptomen sollte die berufliche Tätigkeit umgehend unterbrochen werden sowie eine Selbstisolierung bis zur diagnostischen Klärung mittels PCR-Testung erfolgen. Eine Wiederaufnahme der Tätigkeit sollte auch bei Ausschluss einer SARS-CoV-2 Infektion durch negatives Testergebnis erst 48h nach Ende der Symptomatik erfolgen.

6 Testung auf SARS CoV-2

Der Umfang sowie der zielgerichtete und zeitgerechte Einsatz der Testung auf SARS-CoV-2 spielen eine wichtige Rolle um Infektionen frühzeitig zu erkennen, ggf. eine medizinische Versorgung einzuleiten und Infektketten effizient durchbrechen zu können. In der [Nationalen Teststrategie](#) wird eine der aktuellen Situation und den Testmöglichkeiten angepasste Vorgehensweise für verschiedene Settings festgelegt. Darüber hinaus sind Hinweise zur Kostenerstattung enthalten sowie Vorschläge für eine Priorisierung im Falle begrenzter Testkapazitäten. Sie wird fortlaufend den sich ändernden Umständen z.B. hinsichtlich der Verfügbarkeit von Testverfahren angepasst. So stehen für den direkten Nachweis von SARS-CoV-2 in Ergänzung zur laborabhängigen PCR sogenannte Antigen-Schnelltest als Einzeltest vor Ort (Antigen-Point-of-Care (PoC)-Test), d.h. in der Einrichtung zur Verfügung. Aufgrund verschiedener Charakteristika und Leistungsparameter haben die beiden Testmethoden jedoch unterschiedliche Anwendungsprofile. Während die PCR als Referenzmethode für alle Indikationen eingesetzt werden kann, ist zurzeit aufgrund der geringeren Sensitivität und Spezifität der sachgerechte Einsatz der Antigenteste an bestimmte Indikationen und Bedingungen geknüpft (detaillierte Informationen finden sich in dem Dokument [Hinweise zur Testung von Patienten auf SARS-CoV-2](#)):

6.1 Indikationsstellung

Da es sich um eine Risikopopulation handelt, sollte die Veranlassung von diagnostischen Tests auf SARS-CoV-2 sehr niederschwellig und ohne Zeitverzug erfolgen. Je nach Setting sollte dies durch ärztliches Personal vor Ort oder die/den betreuende/n Hausärztin oder Hausarzt erfolgen. Falls dies nicht zeitnah möglich ist, sollte die verantwortliche Pflegekraft (z.B. Stations-/Bereichsleitung, Pflegedienstleitung)/betreuende Person die entsprechenden Schritte unverzüglich in die Wege leiten. Bei symptomatischen Personen wird der Einsatz eines PCR-Tests unbedingt immer empfohlen. Im Labor sollten Proben aus Pflegeheimen bevorzugt bearbeitet werden; ggf. telefonische Vorabinformation des Labors. Gegebenenfalls sollten differentialdiagnostisch auch andere Erreger respiratorischer Infekte, wie Influenzaviren in Betracht gezogen werden.

6.2 Durchführung der Testung

Geeignet sind Probenmaterialien aus dem oberen Respirationstrakt (oropharyngeale Abstriche oder nasopharyngeale Abstriche oder Spülungen). Hierbei ist immer auf die Herstellerangaben des verwendeten Testsystems zu beachten. Detaillierte Informationen sind unter dem Link [Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2](#) zu finden.

Die Entnahme von Proben wie z.B. Abstrichen sollte nur von in der Abstrichtechnik und den damit verbundenen Schutzmaßnahmen (PSA) **geschultem Personal** durchgeführt werden.

Um einen zielgerichteten und koordinierten Einsatz der SARS-CoV-2 Testungen in den Einrichtungen zu gewährleisten soll die Einrichtung, möglichst in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, ein einrichtungsspezifisches Testkonzept erstellen, das die Empfehlungen/Vorgaben der nationalen Teststrategie und die länderspezifischen Verordnungen berücksichtigt und der aktuellen Situation und den spezifischen Bedingungen der Einrichtung selbst sowie der epidemiologischen Lage angepasst ist. Ein solches Testkonzept ist aufgrund der sich ändernden Umstände naturgemäß dynamisch und erfordert eine regelmäßige bzw. anlassbezogene Anpassung. Zur Unterstützung der Einrichtungen hat das Bundesministerium für Gesundheit eine [Hilfestellung zur Erstellung eines Testkonzeptes](#) herausgegeben. Von vielen Landesregierungen sowie auch von einigen Verbänden werden Mustertestkonzepte zur Verfügung gestellt.

6.3 Übersicht zur SARS-CoV-2-Testung in Alten- und Pflegeheimen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (abgeleitet von der [Nationalen Teststrategie](#))

Die folgende Tabelle enthält zur Orientierung eine Zusammenstellung der für Heime relevanten Testindikationen und jeweils zugeordneten Testverfahren in Anlehnung an die Empfehlungen der Nationalen Teststrategie.

<p>• Symptomatische Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute/Beschäftigte</p> <p>Symptomatische Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute /Beschäftigte, inklusive jeder ärztlich begründete Verdachtsfall, müssen zeitnah getestet werden. Differentialdiagnostische Aspekte sollten berücksichtigt werden (z.B. Influenza).</p> <p>Empfohlenes Testverfahren: PCR. Nur im Ausnahmefall sollten Antigen-Schnelltests angewendet werden, z.B. wenn ein Testergebnis schnell vorliegen muss. Es sollte gleichzeitig immer eine Probe für die PCR entnommen werden.</p>
<p>• Kontaktpersonen</p> <p>Personen mit engem Kontakt zu einem bestätigten Covid-19-Fall sollen getestet werden. Empfohlen wird eine Testung möglichst frühzeitig nach Identifikation bei Weiterführung der regelmäßigen Reihentestungen.</p> <p>Empfohlenes Testverfahren: PCR / Point-of-Care Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT). Bei Mangel an Kapazitäten für eine PCR-Untersuchung, kann auch ein zertifizierter Antigentest eingesetzt werden..</p>
<p>Ausbruchsgeschehens in der Einrichtung (bereits ab 1 Fall)</p> <p>Die Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten und das Personal (ggf. Besucherinnen und Besucher) der Einrichtung sollen in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt zeitnah getestet werden. Wiederholte bzw. regelmäßige Testungen sollten bis zur Feststellung des Endes des Ausbruchs fortgeführt werden.</p> <p>Empfohlenes Testverfahren: PCR / Point-of-Care Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT). Antigen-Schnellteste können (bei gleichzeitiger Probenentnahme für die PCR) verwendet werden um ggf. eine frühzeitige Kohortierung zu ermöglichen.</p>
<p>• Einrichtung ohne Covid-19-Fall</p>
<p>▶ Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute - (Wieder-) Aufnahme in die Einrichtung</p> <p>Die Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten sollen vor (Wieder-) Aufnahme in die Einrichtung getestet werden.</p> <p>Empfohlenes Testverfahren: PCR / Point-of-Care Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT). Ein Antigen-Schnelltests kann angewendet werden, z.B. wenn ein Testergebnis schnell vorliegen muss. Es sollte dann gleichzeitig immer eine Probe für die PCR entnommen werden. Bei Mangel an Kapazitäten für eine PCR-Untersuchung, kann auch ein zertifizierter Antigentest eingesetzt werden..</p>
<p>▶ Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute - regelmäßige Testungen</p> <p>In Abhängigkeit von dem einrichtungsspezifischen Testkonzept und ggf. den Bestimmungen der Landesverordnung werden Reihentests empfohlen. Die Testhäufigkeit sollte unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage und der Durchimpfungsrate möglichst in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt festgelegt werden. In der aktuellen Situation sollte nach Möglichkeit mindestens 1 x wöchentlich getestet werden.</p> <p>Empfohlenes Testverfahren: Antigen-Schnelltest. Positive Antigentests müssen durch eine PCR bestätigt werden.</p>
<p>▶ Personal – regelmäßige Testungen</p> <p>Die in der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner tätigen Beschäftigten sollten gemäß der Landesverordnung und dem einrichtungsspezifischen Testkonzept möglichst in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt regelmäßig sowie bei Neuaufnahme der Tätigkeit getestet werden. Dies gilt auch für vollständig geimpftes bzw. genesenes Personal! In Abhängigkeit von dem einrichtungsspezifischen Testkonzept und ggf. den Bestimmungen der Landesverordnung werden Reihentests empfohlen.</p> <p>Empfohlenes Testverfahren: Antigen-Schnelltest. Positive Antigentests müssen durch eine PCR bestätigt werden.</p>
<p>• Besucherinnen und Besucher der Einrichtung</p> <p>Für alle Besucherinnen und Besucher wird ungeachtet des Impf- und Genesenenstatus ein tagesaktueller Test mittels eines zertifizierten Antigentests empfohlen.</p>

6.4 Einsatz von Antigen-Schnelltesten (Antigen-PoC-Test) in der Einrichtung

Die Antigen-Schnellteste können von der Einrichtung selbst durchgeführt werden.

Folgende Anforderungen/Bedingungen sind zu beachten:

- Es sollen **zertifizierte Tests** verwendet werden. Eine Liste mit Tests, die vom Paul Ehrlich Institut auf ihre Sensitivität geprüft wurden und dem aktuellen Stand der Technik entsprechen, findet sich [hier](#).
- Der sachgerechte Einsatz ist gebunden an die korrekte Indikationsstellung (siehe [Nationale Teststrategie](#)).
- Antigen-Schnellteste dürfen nur von eigens in die Durchführung des jeweiligen Antigen-Schnelltests eingewiesenem Personal unter Anwendung der erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen (PSA) durchgeführt werden. Siehe [Arbeitsschutzmaßnahmen bei der Durchführung der Point-of-care-SARS-CoV-2-Diagnostik](#).
- Bei Reihentestungen Erstellung eines Plans für den zeitlichen Ablauf und die Ablauforganisation insgesamt (z.B. hinsichtlich der räumlichen Gegebenheiten unter dem Aspekt des Einhaltens der Abstandsregeln)
- Positive Testergebnisse müssen immer durch einen PCR-Test bestätigt werden. Proben aus Pflegeheimen sollten im Labor bevorzugt bearbeitet werden, ggf. telefonische Vorabinformation des Labors.
- Dokumentation der Testergebnisse und der ggf. erforderlichen Nachtestung mittels PCR und der getroffenen Maßnahmen wie z.B. Isolierung, Arbeitsfreistellung, Meldung an das Gesundheitsamt.
- Die Testungen sollen auch bei Genesenen und Personen mit vollständigem Impfschutz erfolgen.

6.5 Testergebnis und weiteres Vorgehen

Die Einordnung und Bewertung eines positiven oder negativen Testergebnisses sollte immer im Kontext der aktuellen Situation und Umstände (z.B. Ausbruchsgeschehen in der Einrichtung, epidemiologische Lage im Einzugsgebiet, Indikation für die Testung) erfolgen. Dies trifft grundsätzlich auf beide Testmethoden zu, jedoch in besonderem Masse auf den Antigentest aufgrund der im Vergleich zur PCR schwächeren Leistungsparameter. In der folgenden Kurzübersicht findet sich eine Zusammenstellung des Vorgehens bei positivem Testergebnis:

Positives Testergebnis des Antigen-Schnelltests		
Bewohnerinnen und Bewohner/ Betreute	Personal	Besucherinnen und Besucher
Erweiterte Infektionsschutzmaßnahmen	Arbeitsfreistellung und häusliche Selbstisolierung	Kein Zutritt zur Einrichtung und häusliche Selbstisolierung
→ mindestens bis zum Vorliegen eines negativen PCR-Ergebnisses		
Ggf. Veranlassung einer ärztl. Konsultation	Ggf. ärztliche Konsultation	
<ul style="list-style-type: none"> • Zeitnahe Bestätigung durch PCR*. Je nach Setting kann dies durch den betriebsärztlichen Dienst vor Ort, die Stations-/Pflegedienstleitung oder die betreuende Haus- bzw. HeimärztIn /Corona Abklärungsstelle veranlasst werden. • Meldung an das Gesundheitsamt 		

Hinweise zur Einordnung eines negativen Testergebnisses:

- Ein negatives Testergebnis stellt nur eine Momentaufnahme dar und kann daher nur für den Zeitpunkt der Testdurchführung eine Aussage zu einer potentiellen Virusausscheidung der getesteten Person liefern.
- Weiterhin kann ein Testergebnis aus verschiedenen Gründen „falsch negativ“ ausfallen, z.B.:
 - wenn die ausgeschiedene Virusmenge zu gering ist (z.B. in der frühen Phase einer Infektion) und damit unter der Nachweisgrenze des Antigentests liegt.
 - bei Fehlern in der Durchführung des Abstrichs und des Tests
 - Mängeln des Testmaterials (z.B. unsachgemäße Lagerung)

Dies gilt prinzipiell für beide Testverfahren (PCR- und Antigentest). Insbesondere bei dem Antigentest ist jedoch die im Vergleich zur PCR geringere Sensitivität des Testverfahrens zu berücksichtigen.

Daher ist es wichtig auch bei Ausweitung der Testungen kein falsches Sicherheitsgefühl aufkommen zu lassen und die Hygieneregeln auch bei negativem Testergebnis konsequent einzuhalten! Bei weiterbestehendem Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion, Wiederholung des Tests bzw. Durchführung einer PCR.

Weitere Informationen zur Bewertung und Einordnung von Testergebnissen finden Sie unter [Hinweise zur Testung von Patienten auf SARS-CoV-2](#) und [Corona-Schnelltest-Ergebnisse verstehen](#)

• **Meldung an das Gesundheitsamt**

Gemäß § 6 IfSG muss der **Verdacht**, die **Erkrankung** sowie der **Tod** in Bezug auf Covid-19 gemeldet werden. Hinweise zur Meldepflicht finden Sie [hier](#).

Wird eine Covid-19-Infektion bestätigt, soll das weitere Vorgehen in Abstimmung mit der örtlichen Gesundheitsbehörde erfolgen.

7 Ausbruchmanagement

Wenn in der Einrichtung bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, den Betreuten oder dem Personal Covid-19-Erkrankungen nachgewiesen werden, müssen zur Vermeidung einer weiteren Ausbreitung in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt umgehend Maßnahmen ergriffen werden. Da SARS-CoV-2 leicht übertragen werden kann und in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen auf eine Population mit einem hohen Risiko für einen schweren Verlauf trifft, ist ein zeitnahes, koordiniertes und effektives Vorgehen unabdingbar, um schwerwiegende Folgen für die in der Einrichtung lebenden Menschen abzuwenden. Ein Ausbruch besteht bereits bei Auftreten des ersten Falles, bei dem die Übertragung innerhalb der Einrichtung nicht ausgeschlossen werden kann. Für das Management des Ausbruchs sollte ein Ausbruchsteam etabliert werden in dem möglichst alle relevanten Bereiche vertreten sind wie z.B. Pflegedienstleitung, Hygiene-Beauftragte/r, Heimleitung, Personalleitung, kaufmännische Leitung, betriebsärztlicher Dienst, Heimärztinnen und Heimärzte etc.

Essentielle Maßnahmen zum Management von Ausbruchssituationen beinhalten neben der Implementierung von erweiterten Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen, die Identifizierung der infizierten Personen durch zeitnahe Diagnostik von symptomatisch Erkrankten und durch ein Screening von asymptomatischen Personen mit und ohne direkten Kontakt zu Infizierten und konsequente Nachverfolgung und Management von Kontakten mit dem übergeordneten Ziel Infektketten möglichst früh zu erkennen und zu unterbrechen. Auch in Ausbruchssituationen sollten Bewohnerinnen und Bewohner und Personal ein Impfangebot (einschließlich Auffrischimpfungen) gemacht werden und noch ausstehende Impfungen vervollständigt werden.

Die Empfehlung zu Besuchsrestriktionen im Falle eines Ausbruchsgeschehens in der Einrichtung bleibt unabhängig vom individuellen Impf- oder Genesenen-Status und dem Durchimpfungsgrad der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. des Personals bestehen. Das Ausmaß von Besuchsrestriktionen orientiert sich am Umfang des Ausbruchsgeschehens (Zahl der Fälle und betroffenen Bereiche), den räumlichen Gegebenheiten (z.B. Möglichkeit der Kohortierung), der Möglichkeit der Isolierung und des Einsatzes der erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen. So können Besuchsrestriktionen je nach Situation in abgestufter Form umgesetzt werden. Sie können sich beispielsweise auf einzelne infizierte Bewohnerinnen und Bewohner bzw. betroffene Wohnbereiche beschränken (z. B. bei Auftreten von Einzelfällen in einem Wohnbereich) oder müssen ggf. aufgrund der Ausdehnung des Ausbruchsgeschehens auf mehrere Wohnbereiche oder die gesamte Einrichtung erweitert werden.

Der Kurzleitfaden [Management von Covid-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen](#) soll den koordinierten Einsatz entsprechender Maßnahmen unterstützen.

8 Impfungen und Meldepflicht

Die Impfung bietet einen guten Schutz vor schwerer Erkrankung und Hospitalisierung durch Covid-19. Informationen zur Indikation und Durchführung der Covid-19-Impfungen finden sich in den Empfehlungen der [Ständigen Impfkommission zur Covid-19-Impfung](#), die regelmäßig gemäß neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse aktualisiert werden. In der [Coronavirus-Impfverordnung](#) der Bundesregierung wird der Anspruch auf Impfung, die Vergütung und die Rahmenbedingungen der Umsetzung geregelt. Die Impfungen werden von Hausarztpraxen, Heilmärztinnen und -ärzte- und Betriebsärztinnen und -ärzten und zentral organisierten Impfstellen (Impfzentren und angegliederte mobile Impfteams) durchgeführt. Für die Umsetzung sind die Bundesländer bzw. die von ihnen beauftragten Stellen verantwortlich.

Impfungen in Pflegeheimen

Seit Beginn des Jahres 2021 sind die Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen stark zurückgegangen, was unter anderem auch auf die konsequente Durchimpfung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie des Personals zurückgeführt werden kann. Hohe Durchimpfungsraten bei Bewohnerinnen und Bewohnern und Personal ermöglichen durch einen hohen individuellen Schutz vor einer Covid-19 Erkrankung und insbesondere dem Schutz vor schweren Krankheitsverläufen ein sichereres Umfeld für eine stufenweise Normalisierung des Alltagslebens.

Da es bei Geimpften im Zeitverlauf zu einer Abnahme des Immunschutzes kommt, empfiehlt die STIKO bei länger als 3 Monate zurückliegender Grundimmunisierung allgemein eine Auffrischimpfung. Bewohnerinnen und Bewohnern und Personal von Pflegeeinrichtungen empfiehlt die STIKO ferner eine 2. Auffrischimpfung nach abgeschlossener Grundimmunisierung und 1. Auffrischimpfung, da der Schutz nach 1. Auffrischimpfung gegen symptomatische Infektionen mit der zirkulierenden Omikron-Variante innerhalb weniger Monate abnimmt. Durch die 2. Auffrischimpfung wird der individuelle Schutz verbessert. Ausgewählte Punkte, die bei Impfungen beachtet werden sollten:

- Impfung bei Personen mit akuter, schwerer, fieberhafter Erkrankung oder akuter Infektion sollten verschoben werden.
- eine akute asymptomatische oder unerkannt durchgemachte SARS-CoV-2- Infektion muss vor der Impfung nicht ausgeschlossen werden.
- Personen, die sich in Quarantäne befinden, da sie als enge Kontaktpersonen zu einem Covid-19-Fall eingestuft wurden, können geimpft werden.

Nähere Informationen finden sich in den FAQ zu Covid-19 und Impfungen und in den STIKO-Empfehlungen zur Covid-19-Impfung.

Durchimpfungsrate

In Alten- und Pflegeeinrichtungen sollte **ein möglichst hoher Impfschutz** von Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten und des Personals entsprechend der STIKO-Impfempfehlungen angestrebt werden sowie **ein kontinuierlich hoher Impfschutz durch Auffrischimpfungen** entsprechend der STIKO-Impfempfehlungen aufrechterhalten werden.

Aufgrund der natürlichen Fluktuation und anderer Faktoren kann es zu einem sukzessiven Absinken des Anteils der Bewohnerinnen und Bewohner mit Impfschutz kommen. Es erfordert daher permanente Bemühungen der Einrichtungen Impflücken möglichst zu vermeiden bzw. auf niedrigem Niveau zu halten. Allen Nicht-geimpften Bewohnerinnen und Bewohnern (z.B. Neuaufnahmen) sollte zeitnah ggf. wiederholt eine Impfung angeboten werden.

Impfnachweispflicht der Beschäftigten

Das [Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen Covid-19](#) und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) ist am 12. Dezember 2021 in Kraft getreten.

Alle Personen, die in den betroffenen Einrichtungen und Unternehmen tätig sind, mussten bis zum Ablauf des 15. März 2022 der Leitung den erforderlichen Nachweis vorlegen. Seit dem 16. März 2022 müssen sie den Nachweis auch der zuständigen Behörde vorlegen, wenn sie dazu aufgefordert werden. Die behördlichen Kontrollen können auch ohne eine Benachrichtigung durch die Leitung von Einrichtungen und Unternehmen über fehlende Nachweise erfolgen.

Meldepflicht stationärer Pflegeeinrichtungen gemäß § 20a Abs. 7 IfSG und freiwillige Erfassung von Daten zur Covid-19-Situation

Aufgrund der am 18.03.2022 beschlossenen Gesetzesänderung sind voll- und teilstationäre Einrichtungen gemäß § 20a Abs. 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtet, dem Robert Koch-Institut (RKI) monatlich Angaben zum Anteil der betreuten und beschäftigten Personen, die gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft sind, in anonymisierter Form zu übermitteln. In diesem Rahmen besteht auch die Möglichkeit auf freiwilliger Basis zusätzlich Angaben zur Covid-19-Situation in der Pflegeeinrichtung zu machen. Weiterführende Informationen finden sich [hier](#).

9 Auflistung von im Text verlinkten Dokumenten

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften, Arbeitsgemeinschaften der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [S1 Leitlinie: Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter Bedingungen der COVID-19-Pandemie](#), August 2020;

[Infektionsprävention in Heimen - Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut \(RKI\)](#), Erscheinungsdatum 20. September 2005

[Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2](#)
Stand 22.12.2021

[KRINKO-Empfehlungen zur Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten](#)
(28.09.2015)

Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie (13.05.2022)

[Das Risiko einer Übertragung von SARS-CoV-2 in Innenräumen lässt sich durch geeignete Lüftungsmaßnahmen reduzieren](#) [Stellungnahme der Kommission Innenraumlufthygiene am Umweltbundesamt](#) Stand: 12. August 2020

[Management von COVID-19-Ausbrüchen im Gesundheitswesen](#) Stand: 1.10.2021

Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu [Hände-hygiene in Ein-richtungen des Gesund-heits-wesens](#), (24.08.2016)

[Übersicht der BAuA zum Einsatz von Schutzmasken in der Arbeitswelt im Zusammenhang mit SARS-CoV-2](#) (24.11.2021)

[TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege](#) (4. Änderung: GMBI. Nr.15 vom 2.5.2018)

[Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren](#) (Stand 31.10.2017)

[Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten](#) (1.12.2012)

[Bund-/Länderempfehlung zu aktuellen Fragen der Abfallentsorgung](#) Stand: März 2021

[Besuche sicher ermöglichen -Besuchskonzepte in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege während der Corona-Pandemie](#) (Dezember 2020)

[Auflistung der durch das Paul-Ehrlich-Institut evaluierten Selbsttests und Schnelltests](#). Die Liste der evaluierten Tests wird kontinuierlich erweitert. Stand 05.05.2022

[Nationale Teststrategie SARS-CoV-2](#) (11.02.2022)

[Die fachliche Empfehlungen zu erweiterten Infektionsschutzmaßnahmen für die Sterbebegleitung in Einrichtungen der Pflege und der Gesundheitsversorgung und Ausnahmen von der Absonderungspflicht](#) (Stand 11.03.2022)

[Empfehlungen des Bundes zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition vom 02.05.2022](#)

[COVID-19: Entisolierung von Patient/-innen im stationären Bereich sowie Bewohner/-innen in Alten- und Pflegeheimen“](#) (27.05.2022)

[Hinweise zur Testung von Patienten auf SARS-CoV-2](#) (07.03.2022)

[Empfehlung des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe \(ABAS\) zu „Arbeitsschutzmaßnahmen bei Probenahme und Diagnostik von SARS-CoV-2](#) (8.2.2021)

[Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen](#) Änderung am 3.3.2021

[Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2](#) (09/2021)