

Informationen zu COVID-19 für Pflegeeinrichtungen sowie ambulante Pflegedienste

Stand: 22.06.2022

Diese Empfehlung richtet sich an Alten- und Pflegeheime sowie ambulante Pflegedienste im Zusammenhang mit der Infektionskrankheit COVID-19 (bzw. Infektionen durch das Coronavirus SARS-CoV-2).

Ergänzend dazu sind die [Hinweise zu Maßnahmen der Infektionsprävention bei COVID-19 in Pflege- und Behinderteneinrichtungen](#) und die [Hinweise zu Maßnahmen der Infektionsprävention von COVID-19 in Einrichtungen der Tagespflege](#) zu beachten.

Personen mit Vorerkrankungen, chronischen Grunderkrankungen, Immunschwäche oder hohem Alter haben ein besonderes Risiko für schwere Krankheitsverläufe und Komplikationen. Bei Verdacht auf eine Infektion durch SARS-CoV-2 oder wenn diese bestätigt ist, sollte gemeinsam mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt die stationäre Behandlung erwogen werden. Für den Fall, dass eine stationäre Behandlung eingeleitet wird, ist das aufnehmende Krankenhaus und der ggf. erforderliche Krankentransport vorab über die (Verdachts-)Diagnose zu informieren.

Leicht erkrankten Patienten ohne Risikofaktoren wird, soweit eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus unter klinischen Gesichtspunkten ärztlich als nicht notwendig eingeschätzt wird, die ambulante Versorgung und Absonderung im eigenen häuslichen Umfeld empfohlen.

Die konsequente Beachtung der Basishygienemaßnahmen, die in jeder Einrichtung über den einrichtungseigenen Hygieneplan vorgegeben sind, ist von besonderer Bedeutung.

Der Hygieneplan bildet die Grundlage hygienischen und infektionspräventiven Handelns auch im Zusammenhang mit COVID-19.

Ergänzend sind gegebenenfalls weitere Maßnahmen erforderlich, deren Anforderungen nachfolgend dargestellt sind.

Auf weiterführende Informationen, die an anderer Stelle bereitgestellt werden, wird durch die unterstrichenen Links verwiesen.

[Insbesondere sind die grundlegenden RKI-Empfehlungen Prävention und Management von COVID-19 in Alten und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in ihrer jeweils gültigen Fassung zu beachten.](#)¹

1. Hintergrund

1.1. Erreger² und Krankheit

Coronaviren können sowohl Menschen als auch verschiedene Tiere infizieren. Sie verursachen beim Menschen verschiedene Krankheiten, von gewöhnlichen Erkältungen bis hin zu gefährlichen oder sogar potentiell tödlich verlaufenden Krankheiten wie dem Middle East Respiratory Syndrome (MERS) oder dem Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS).

¹ Der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard für die ambulante Pflege, Alten- und Pflegeheime und Einrichtungen für die Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen wurde zum 26.05.2022 mit gleichzeitigem Auslaufen der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung zurückgezogen und ist auf der Internetseite der BGW nicht mehr zum Download verfügbar. Seit dem sind dort [Informationen der BGW zum betrieblichen Infektionsschutz](#) bereitgestellt. Im gleichen Zusammenhang muss die [TRBA 255](#), bezogen auf die SARS-CoV-2-Pandemie, ab dem 26.05.2022 nicht mehr herangezogen werden.

² Weiterführende Informationen siehe RKI: [Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19](#)

In der Vergangenheit waren schwere, durch Coronaviren verursachte Krankheiten wie SARS oder MERS zwar weniger leicht übertragbar als Influenza, aber sie haben dennoch zu großen Ausbrüchen geführt.

Das neuartige Coronavirus wird als SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2) bezeichnet und ist von Mensch zu Mensch übertragbar. Es ist gemäß TRBA 462³ der Risikogruppe 3 zugeordnet.

Die Erkrankung durch SARS-CoV-2 wird als COVID-19 bezeichnet (Coronavirus disease 2019).

Die Inkubationszeit beträgt bis zu 14 Tage, wobei davon ausgegangen wird, dass Infizierte bereits 2 Tage vor Auftreten von Krankheitssymptomen ansteckend sind.

Die mittlere Inkubationszeit beträgt 5 - 6 Tage.

Auch asymptomatisch Infizierte können ansteckend sein. Die Ansteckungsfähigkeit hängt stark von der Viruslast und Ausscheidungsdauer ab.

1.2. Risiko- und Komplikationsfaktoren

Risiko- bzw. Komplikationsfaktoren für einen schweren Verlauf bei COVID-19 sind ein Lebensalter > 50 Jahre, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Grunderkrankungen des Atmungssystems, der Leber, der Niere, Krebserkrankungen, Multimorbidität und ein unterdrücktes Immunsystem (z. B. aufgrund Erkrankung, Immunschwäche, Medikamente).

1.3. Symptome

- ▶ Häufig genannte Symptome sind: Husten, Fieber, Schnupfen, Störung des Geruchs- und / oder Geschmacksinns, Pneumonie
- ▶ Weitere Symptome: Halsschmerzen, Atemnot, Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall, Konjunktivitis, Hautausschlag, Lymphknotenschwellung, Apathie, Somnolenz
- ▶ Häufig milder Krankheitsverlauf, teilweise unbemerkt.

1.4. Übertragungswege

Direkte Übertragung

Die Übertragung erfolgt durch virushaltige Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen, Niesen etc. aus dem Respirationstrakt ausgestoßen werden, entweder in Form von *Tröpfchen*, die über die Mund- oder Nasenschleimhaut (ggf. auch über die Augen) aufgenommen werden können oder über *Aerosole* (Freisetzung feinsten Tröpfchenkerne bei aerosolbildenden Maßnahmen, z. B. offenes Absaugen und anderen hustenprovozierenden Maßnahmen, ggf. auch beim Niesen, Singen, laut Sprechen etc.), die eingeatmet werden.

Indirekte Übertragung

Die indirekte Übertragung kann über kontaminierte Oberflächen und Handkontakte erfolgen. Das neuartige Coronavirus wurde auch in Stuhlproben nachgewiesen. Ob SARS-CoV-2 auch fäkal-oral übertragen werden kann, ist noch nicht abschließend geklärt.

2. Aktives Symptom-Monitoring

Es wird empfohlen, bei allen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und beim Personal mindestens 1 x täglich den Status von Symptomen, die auf COVID-19 hindeuten, zu erheben. Eine detaillierte Vorgehensweise mit Hinweisen zur Erhebung und Dokumentation ist der RKI-Empfehlung Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen

³ TRBA 462 = Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe 462: Einstufung von Viren in Risikogruppen

und Behinderungen zu entnehmen (hier stehen auch Musterformblätter für die Datenerfassung zur Verfügung).

3. Testung

Eine Indikation zur Testung besteht regelhaft im Rahmen der Verdachtsabklärung bei symptomatischen Personen.

Die Testung asymptomatischer Personen wird einerseits anlassbezogen empfohlen. Die Vorgaben dazu sind der Nationalen Teststrategie zu entnehmen (siehe RKI: Nationale Teststrategie SARS-CoV-2), z. B. auf Veranlassung des Gesundheitsamts Testung von Kontaktpersonen oder bei bestätigter SARS-CoV-2-Infektion in einer Einrichtung (Ausbruchsgeschehen).

Andererseits sind in Einrichtungen auch Testungen asymptomatischer Personen mittels Antigentests (PoC-Antigen-Schnelltest zur professionellen Anwendung durch eingewiesenes Personal oder Tests zur Eigenanwendung als beaufsichtigter Selbsttest) durchzuführen (z. B. im Rahmen der Testnachweis-Pflicht Testungen von Beschäftigten, BesucherInnen und Dritten, die eine Einrichtung betreten wollen, unter bestimmten Voraussetzungen und risikobasiert bei BewohnerInnen / KlientInnen, z. B. bei Neuaufnahmen, Risikokontakten, nach Aufenthalt außerhalb der Einrichtung, auch regelmäßige Reihentestungen). Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste haben dafür ein einrichtungsbezogenes Testkonzept vorzuhalten, in dem festgelegt wird, wann und in welchem Umfang Antigen-Schnelltests durchgeführt werden sollen. Die PoC-Antigen-Schnelltests und Tests zur Eigenanwendung dürfen von der Einrichtung selbst beschafft und genutzt werden. In diesen Fällen bestehen Abrechnungsmöglichkeiten über die Pflegekassen. Die Test- und Refinanzierungsansprüche sind in der Coronavirus-Testverordnung (TestV) geregelt.

Weiterführende Informationen zu Testungen siehe NLGA: Hinweise für Einrichtungen und Leistungsangebote zur Durchführung von Antigen-Schnelltests und Bereitstellung eines Muster-Testkonzepts.

Die Gewinnung von Probenmaterial zur Diagnostik auf SARS-CoV-2 erfolgt mittels Abstrichentnahme aus dem oberen Respirationstrakt (siehe RKI: Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektionen mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2).

3.1. Abstrichentnahme

Bei einer Abstrichentnahme durch eingewiesenes Personal in der Einrichtung ist vom Abstreichenden Schutzkleidung zu tragen (die Empfehlung des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) zu "Arbeitsschutzmaßnahmen bei Probenahme und Diagnostik von SARS-CoV-2" ist dabei unbedingt zu beachten):

- ▶ FFP-2-Maske
- ▶ Schutzkittel
- ▶ Schutzhandschuhe
- ▶ Schutzbrille (/ Gesichtsschild)

Die Abstrichentnahme sollte möglichst kontaktlos erfolgen.

Die Probenahme zur Testung auf eine SARS-CoV-2-Infektion während des normalen Betriebs sollte vermieden werden, sondern nach Möglichkeit räumlich oder zeitlich getrennt erfolgen. Die räumliche Organisation zur Abstrichentnahme sollte bereits im Vorfeld abgeklärt werden, z. B. Abstrichentnahme in einem extra "Abstrichraum" oder Abstrichentnahme im Bewohnerzimmer.

Für die Abstriche notwendige Materialien sollten gesondert bereitgehalten werden, wie z. B. Schutzkleidung, wischdesinfizierbare Transportbehälter mit Deckel (Plastikbox), flüssigkeitsdichte Entsorgungsbehälter etc.

Ablauf Abstrichentnahme (exemplarisch):

1. Vorbereitungen:

- ▶ Entnahmetechnik (naso-pharyngeal, oro-pharyngeal, **nasal**)⁴
- ▶ Ort/Räumlichkeit festlegen (Bewohnerzimmer / Abstrichraum)
- ▶ Ggf. Sitzgelegenheit bereitstellen
- ▶ Material: Abstrichtupfer-/röhrchen (für Viren geeignet / Tupfer mit Holzstäbchen sind nicht verwendbar / zum Testkit zugehörige Abstrichtupfer), Verpackungsmaterial, Schutzkleidung, Hände- und Flächendesinfektionsmittel, Abwurfbehälter bereitstellen

2. Schutzkleidung anlegen (siehe NLGA: An- und Ablegen von Schutzkleidung)

3. Entnahmetechnik:

a) Nasopharyngeal:

- ▶ Abzustreichende Person möglichst vorher die Nase schnäuzen lassen
- ▶ Die abzustreichende Person sollte den Kopf leicht nach hinten neigen
- ▶ Der Abstreichende sollte seitlich stehen, um das eigene Kontaminationsrisiko bei Husten und Räuspfern zu verringern
- ▶ Vorabinformation des Bewohners über das Einführen des Tupfers
- ▶ Tupfer einführen und vorsichtig vorschieben (nur geradeaus, nicht nach oben) bis weicher Widerstand (nach ca. 5 - 6 cm), ein paar Sekunden an dieser Stelle belassen und leicht drehen
- ▶ Tupfer vorsichtig herausziehen
- ▶ Anschließend Tupfer sofort in Röhrchen einführen und verschließen

b) Oropharyngeal:

- ▶ Hinweis auf Unannehmlichkeit (Würgereiz kann ausgelöst werden!)
- ▶ Mund weit öffnen lassen
- ▶ Zunge nach vorne strecken und "Aah!" sagen lassen
- ▶ Zunge ggf. mit Mundspatel nach unten drücken
- ▶ Tupfer vorwärts bewegen, möglichst ohne Zunge, Lippen, Zähne oder Gaumen zu berühren
- ▶ Abstrich von der hinteren Rachenwand entnehmen
- ▶ Tupfer drehen und an der hinteren Rachenwand entlangstreichen
- ▶ Tupfer herausziehen
- ▶ Anschließend Tupfer sofort in Röhrchen einführen und verschließen

c) Nasal:

- ▶ Abzustreichende Person möglichst vorher die Nase schnäuzen lassen
- ▶ Die abzustreichende Person sollte den Kopf leicht nach hinten neigen
- ▶ Der Abstreichende sollte seitlich stehen, um das eigene Kontaminationsrisiko bei Nies- oder Schnäuzreiz zu verringern
- ▶ Vorabinformation der abzustreichenden Person über das Einführen des Tupfers
- ▶ Zur weiteren Vorgehensweise die Gebrauchsanweisungen des Herstellers befolgen. I. d. R. wird die Nasentupfer-Spitze vorsichtig bis zu 2,5 cm (vom Rand des Nasenlochs bemessen) in ein

⁴ Bei Antigen-Schnelltests sind die vom Hersteller vorgegebenen Materialien bzw. einem Testkit zugehörige Materialien nach Gebrauchsanweisung des Herstellers zu verwenden.

Nasenloch eingeführt und dort mehrfach gerollt (z. B. 5 x). Der Vorgang wird im anderen Nasenloch mit dem gleichen Tupfer wiederholt.

4. Schutzkleidung ablegen (siehe NLGA: An- und Ablegen von Schutzkleidung und RKI Hinweise zum beispielhaften An- und Ablegen von PSA für Fachpersonal). Die Schutzkleidung kann bei Reihenuntersuchungen ggf. für mehrere Vorgänge benutzt werden. Bei Kontamination ist sie sofort zu wechseln.

4. Impfprävention und Therapie

Impfstoffe stehen zur Verfügung. Weiterführende Informationen zur Impfung gegen SARS-CoV-2 siehe RKI: COVID-19 und Impfen und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Corona-Schutzimpfung: Antworten auf häufig gestellte Fragen. Verschiedene Therapieempfehlungen stehen ebenfalls zur Verfügung.

5. Meldepflicht⁵

- ▶ Gemäß § 6 (1) S. 1 Nr. 1 Buchstabe t) Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der Verdacht einer Erkrankung, die Erkrankung sowie der Tod in Bezug auf COVID-19 meldepflichtig.
- ▶ Die Meldung des Verdachts einer Erkrankung hat nur zu erfolgen, wenn der Verdacht nach dem Stand der Wissenschaft sowohl durch das klinische Bild als auch durch einen wahrscheinlichen epidemiologischen Zusammenhang begründet ist. Die vom Robert Koch-Institut veröffentlichte Empfehlung zur Verdachtsabklärung ist zu berücksichtigen.
- ▶ Meldepflichtig sind nicht nur Ärzte, sondern auch Angehörige eines anderen Heil- oder Pflegeberufs und Leiter von Einrichtungen (vgl. § 36 Abs. 1 Nr. 1 - 6, u.a. Schulen, Kindergärten, Pflegeeinrichtungen, Altenheimen und sonstigen Massenunterkünften). Gerade in diesen Bereichen ist die Meldepflicht wichtig, um frühzeitig Ausbrüche von COVID-19 zu erkennen und Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Gruppen einleiten zu können.
- ▶ Die namentliche Meldung muss unverzüglich erfolgen und dem zuständigen Gesundheitsamt spätestens 24 Stunden, nachdem der Meldende Kenntnis erlangt hat, vorliegen. Eine Meldung darf wegen einzelner fehlender Angaben nicht verzögert werden. Meldeformulare stehen z. B. hier zur Verfügung.
- ▶ Positive Ergebnisse aus PoC-Antigen-Schnelltests oder beaufsichtigten Selbsttests sind als COVID-19-Krankheitsverdacht meldepflichtig gemäß § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe t) i. V. m. § 8 Abs. 1 Nr. 5 und 7 IfSG.

6. Hygienemaßnahmen

6.1. Ziele

Schutz besonders empfänglicher Personen (Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen, Klienten in der ambulanten Pflege) sowie deren Angehörige und Besucher und Personalschutz.

Das Risiko des Viruseintrags in die Einrichtung soll verringert und die Verbreitung innerhalb der Einrichtung weitgehendst eingedämmt werden.

⁵ Vergleiche RKI: Meldepflicht

6.2. Maßnahmen, die von jedem beachtet werden sollten (Allgemeine Maßnahmen: AHA-L-Regeln)

Die folgenden Maßnahmen (Hygieneregeln) sollten von jeder Person beachtet werden - von Mitarbeitern und Besuchern auch im privaten Rahmen. Bewohner und Klienten sollten zur Einhaltung der Hygieneregeln angeleitet werden:

6.2.1. Abstandhalten und Kontaktbeschränkung

Das Abstandhalten dient sowohl dem Fremd-, als auch dem Eigenschutz.

- ▶ Es sollte ein Mindestabstand (> 1,5 m) zu anderen Personen eingehalten werden, um eine direkte Übertragung durch Tröpfchen zu vermeiden.
- ▶ Kontakte zu besonders gefährdeten Personen (siehe Risikofaktoren) und Gemeinschaftsaktivitäten sollten unter Einhaltung der Hygieneregeln (AHA-L) erfolgen.
- ▶ Händeschütteln, Umarmungen, "Abküssen" sollten unterbleiben.

6.2.2. Händehygiene

Die Hände sollten häufig und regelmäßig mit Wasser und Flüssigseife (mind. 20 Sek. lang) gewaschen werden, insbesondere

- ▶ nach Kontakten mit häufig benutzten gemeinsamen Berührungspunkten (z.B. Türklinke, Fahrstuhlknöpfe, Griffe)
- ▶ nachdem man von draußen kommt
- ▶ nach der Toilettenbenutzung
- ▶ nach dem Naseputzen
- ▶ falls man sich beim Niesen oder Husten die Hand vor Mund / Nase gehalten hat
- ▶ vor dem Essen

Berührungen im Gesicht, insbesondere Mund und Nase, sollten vermieden werden ("Hände-aus-dem-Gesicht!").

Bei der Arbeit in der Einrichtung oder in der ambulanten Pflege ist vom Personal die Händedesinfektion indikationsgerecht durchzuführen. Dabei sind das Konzept der 5-Momente-der-Händedesinfektion und die Vorgaben des einrichtungsbezogenen Hygieneplans zu beachten. Händedesinfektionsmittel mit dem Wirkungsbereich "begrenzt viruzid", "begrenzt viruzid plus" oder "viruzid" sind verwendbar.

6.2.3. Husten- und Nies-Etikette

Durch Husten- bzw. Niesregeln soll die Streuung der ausgestoßenen Tröpfchen vermindert werden:

- ▶ Mund und Nase sollten während des Hustens oder Niesens abgedeckt werden, z. B. mit der Ellenbeuge oder mit einem Einmaltaschentuch (danach sollten die Hände gewaschen oder desinfiziert werden; Einmaltaschentücher o. ä. bereithalten!)
- ▶ Materialien, die zum Abdecken von Mund und Nase verwendet wurden, sind nach Gebrauch sofort zu entsorgen oder zu desinfizieren. Anschließend sind die Hände zu waschen oder zu desinfizieren.

6.2.4. Mund-Nasen-Schutz

Während der Pandemie ist mindestens das obligatorische Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes innerhalb der Einrichtung allen sich in der Einrichtung aufhaltenden Personen mit Kontakt zu anderen empfohlen, insbesondere wenn die Einhaltung des Mindestabstands nicht gewährleistet werden kann (siehe auch Abschnitt 6.5.!)⁶. Darüber hinaus sind ggf. gesetzliche Pflichten

⁶ Beachte auch BGW: [Schutzausrüstung gegen SARS-CoV-2](#)

oder Arbeitsschutzvorgaben zum Tragen von Masken, ggf. auch mit höherwertigen Schutzniveau, zu beachten (siehe auch Abschnitte 6.5. und 6.6.!).

6.2.5. Lüften

In Räumen, die von mehreren Personen gleichzeitig oder hintereinander oder von an COVID-19 Erkrankten oder Krankheitsverdächtigen genutzt werden, ist regelmäßig für ausreichenden Luftaustausch bzw. Frischluftzufuhr zu sorgen (bei Fensterlüftung durch Stoßlüften, bei Betrieb von Raumluft-technischen Anlagen durch einen entsprechenden Betrieb bzw. Filterung). Die Empfehlungen der Innenraumlufthygiene-Kommission am Umweltbundesamt zum Lüften in Innenräumen und die Informationen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Infektionsschutzgerechtes Lüften - Hinweise und Maßnahmen in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie sind zu beachten.

6.3. Personalverhalten

- ▶ Eigene (Risiko-)Kontakte möglichst einschränken / übersichtlich halten und Situationen mit Ansteckungsrisiko meiden
- ▶ Abstandhalten (> 1,5 m), wo immer es geht (siehe 6.2.)!
- ▶ Kontinuierliche Selbstbeobachtung und -einschätzung (Symptome!)
- ▶ Bei Infektionsverdacht zu Hause bleiben und umgehend die Verdachtsabklärung über den Hausarzt oder das Gesundheitsamt veranlassen; weiteres Vorgehen ist abhängig von Ergebnis der Verdachtsabklärung.

6.4. Organisation von Hygienemaßnahmen

Innerhalb der Einrichtung sollte ein Kriseninterventionsteam organisiert werden, dem wichtige Entscheidungsträger, Multiplikatoren und Sachverständige angehören, z. B. PDL, Heimleitung, Hygienebeauftragte(r), Einkaufsleitung, Hauswirtschaftsleitung, Technische Leitung, ggf. weitere Entscheider bzw. Fachkundige (z. B. **Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt**). Durch sie erfolgt eine Einschätzung der Sachlage und eine Gefährdungsbeurteilung. Davon werden die weiteren Maßnahmen abgeleitet.

Insbesondere organisatorische Maßnahmen wie das Verfügbarmachen von Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) sowie Hände- und Flächendesinfektionsmittel im Hinblick auf einen anfallenden Mehrbedarf sowie Raumorganisation für Isolierung, Quarantäne, Besuchsregelungen und Testen und die Personalorganisation bei Ausfall und Bereichszuordnung sind möglichst schon im Vorfeld festzulegen.

6.5. Grundsätzliche Schutzmaßnahmen

Neben den unter 6.2. genannten Maßnahmen (Hygieneregeln / AHA-L-Regeln) sollten folgende Schutzmaßnahmen und Hinweise beachtet werden:

- ▶ Abstandhalten (> 1,5 m), wo immer es geht! Dies gilt auch für das Personal untereinander!
- ▶ In stationären Pflegeeinrichtungen und bei der ambulanten Pflege gilt das Tragen von Schutzmasken durch Personal bzw. Besucher als obligatorisch⁷.

⁷ Ggf. sind besondere Regelungen der Bundesländer zu beachten! In Niedersachsen gilt nach § 6 der Niedersächsischen Corona-Verordnung für ArbeitgeberInnen und Beschäftigte in Heimen nach § 2 Abs. 2 NuWG und unterstützenden Wohnformen für ältere oder pflegebedürftige Menschen nach § 2 Abs. 3 und 4 NuWG sowie in ambulanten Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 1 SGB XI und § 37 SGB V die Pflicht, in geschlossenen Räumen der jeweiligen Einrichtungen und Unternehmen eine medizinische Maske zu tragen, wobei die Einrichtungs- bzw. Unternehmensleitungen vorgeben können, dass der genannte Personenkreis eine medizinische Maske mindestens des Schutzniveaus FFP2 oder gleichwertiges Schutzniveau zu tragen haben. BesucherInnen und Dritte haben in geschlossenen Räumen dieser Einrichtungen die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske oder gleichwertiges Schutzniveau. Detaillierte Informationen zu den Pflichten in Niedersachsen zum

Auch Bewohnerinnen und Bewohner sollen bei Kontakt zu anderen Personen einen Mund-Nasen-Schutz tragen, wenn es ihnen zumutbar ist, insbesondere, wenn das Einhalten des Mindestabstands nicht gewährleistet werden kann (siehe RKI-Empfehlungen: Erweiterte Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen im Rahmen der COVID-19 Pandemie und Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen).

Bei der Benutzung von Mund-Nasen-Schutz-Masken besteht grundsätzlich der sinnvollste Schutz, wenn der Infektöse diesen auch trägt, um eine Streuung in die Umgebung zu verhindern. Mund-Nasen-Schutz-Masken dienen in diesem Sinne vor allem als Fremdschutz.

Atemschutzmasken (z. B. Typ FFP-2) mit Ausatemventil sind als Fremdschutz nicht geeignet, da durch das Ventil Tröpfchen in die Umgebung gelangen können!

- ▶ Für Luftaustausch sorgen durch regelmäßige Fensterlüftung (Stoßlüften!), vor allem in Räumen, in denen sich mehrere Personen oder Erkrankte aufhalten.
- ▶ Anpassungsmöglichkeiten von Maßnahmen bei sozialen Kontakten innerhalb einer Einrichtung, die unter Berücksichtigung der Durchimpfungsrate und der epidemiologischen Situation in Erwägung gezogen werden können, sind der RKI-Empfehlung Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, insbesondere Abschn. 3.5, zu entnehmen.
- ▶ Im Direktkontakt möglichst Vereinbarung von Verhaltensregeln wie Hustenpausen, Wegdrehen, nicht Schreien, ggf. Tätigkeiten von hinten durchführen etc.
- ▶ Beim Auftreten von Atemwegserkrankungen oder fieberhaften Erkrankungen muss umgehend eine Abklärung auf COVID-19 veranlasst werden.
- ▶ Krankheitsverdächtige bzw. erkrankte Bewohnerinnen bzw. Bewohner sind umgehend zu isolieren (ggf. Kohortenisolierung). Wenn das Verlassen des Zimmers oder des Wohnbereichs notwendig ist, dann Mund-Nasen-Schutz aufsetzen und vorher eine Händedesinfektion durchführen (ggf. passiv).

6.6. Anwendung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA)

- ▶ Die Verwendung Persönlicher Schutzausrüstung (PSA) erfolgt grundsätzlich gemäß Hygieneplan und Arbeitsschutzregelungen situationsangepasst / indikationsgerecht und ressourcenschonend. Dazu ist eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen, in deren Rahmen die adäquaten Maßnahmen festgelegt und dokumentiert werden sollen (siehe BGW: Online-Handlungshilfe Gefährdungsbeurteilung für die Pflege und Schutzausrüstung gegen SARS-CoV-2).
- ▶ Bei der direkten Versorgung von an COVID-19 erkrankten und krankheitsverdächtigen Bewohnerinnen bzw. Bewohnern / Patientinnen bzw. Patienten / Kundinnen bzw. Kunden ist folgende PSA anzuwenden:
 - Atemschutzmaske mind. Typ FFP-2, bei Maßnahmen mit Aerosolbildung ggf. FFP-3-Maske (z. B. Absaugen, Hustenstoß-provozierende Maßnahmen) in Abhängigkeit der Festlegungen im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung.
Eine Übersicht zur Einschätzung, welcher Maskentyp in welcher Situation eingesetzt werden sollte, ist der Übersicht der BAuA zum Einsatz von Schutzmasken in der Arbeitswelt im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 zu entnehmen.
Bei der Anwendung von Masken ist insbesondere Folgendes zu beachten:

Tragen von Schutzmasken in Pflegeeinrichtungen sind den Hinweisen zu Maßnahmen der Infektionsprävention bei COVID-19 in Pflege- und Behinderteneinrichtungen zu entnehmen.

- Masken (egal welcher Art) bei Durchfeuchtung ersetzen!
 - Anlegen mit desinfizierten Händen → Kontaminationen der Masken-Innenseite vermeiden
 - Vor Beginn der Tätigkeit Dichtsitz prüfen (Vorgehensweise siehe TRBA 250, Anhang 7, Satz 5 und 6).
 - Schutzmaske während des Tragens nicht außen berühren
 - Berührungen im Gesicht (z. B. beim Abnehmen der Maske) nur nach Händedesinfektion
- Schutzhandschuhe
 - Schutzkittel
 - Schutzbrille; ggf. Gesichtsschild (als Augenschutz)
Das alleinige Tragen von Gesichtsvisieren anstelle einer Mund-Nasen-Schutz-Maske oder FFP-2-Maske gilt nicht als gleichwertiger Schutz und ersetzt nicht das Tragen einer entsprechenden Maske.
- ▶ Beim Umgang mit PSA Kontaminationen des Trägers und der Umgebung vermeiden. Nach Handschuhausziehen erfolgt stets eine Händedesinfektion!
 - ▶ RKI-Hinweise zum beispielhaften An- und Ablegen von PSA für Fachpersonal beachten!⁸
 - ▶ Die Hinweise des Ausschusses für Biologische Arbeitsstoffe (ABAS) Empfehlung zu organisatorischen Maßnahmen zum Arbeitsschutz im Zusammenhang mit dem Auftreten von SARS-CoV-2 sowie zum ressourcenschonenden Einsatz von Schutzausrüstung sind dabei ebenfalls zu beachten⁹.

6.7. Reinigung und Desinfektion von Flächen

Grundsätzlich sind zur Reinigung und Desinfektion von Flächen die Vorgaben des einrichtungsbezogenen Hygiene- sowie zugehörigen Reinigungs- und Desinfektionsplans zu beachten. Im Zusammenhang mit COVID-19 insbesondere:

- ▶ **Bewohnernahe Flächen mit häufigem Hand- und Hautkontakt tägl. wischdesinfizierend reinigen, sichtbar bzw. potentiell kontaminierte Flächen sofort.**
- ▶ Bei Bedarf (z. B. Isolation, Bereiche, in denen Kontaktflächen von Erkrankten oder Krankheitsverdächtigen häufig bzw. gemeinsam benutzt werden) Intervall verkürzen (z. B. auf 2 x tägl.).
- ▶ Bei Aufhebung von Isolierungsmaßnahmen erfolgt eine Schlussdesinfektion des Bewohnerzimmers (siehe RKI-Empfehlung Reinigung und Desinfektion von Flächen).
- ▶ Flächendesinfektionsmittel mit dem Wirkungsbereich: "begrenzt viruzid", "begrenzt viruzid plus" oder "viruzid" sind verwendbar.

Zu Maßnahmen im Rahmen der ambulanten Pflege siehe auch Abschnitt 11.

6.8. Medizinprodukte

- ▶ Die Medizinproduktaufbereitung richtet sich nach den Regelungen aus dem einrichtungsbezogenen Hygieneplan und den Vorgaben der KRINKO-Empfehlung (2012): Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten.
- ▶ Es sollte möglichst eine personengebundene Benutzung von Medizinprodukten stattfinden, ansonsten ist eine Aufbereitung vor Weiterbenutzung erforderlich bzw. die Benutzung von Einmalprodukten zu empfehlen.

⁸ Siehe auch NLGA: An- und Ablegen von Schutzkleidung (PSA)

⁹ Hier stehen wichtige Hinweise für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste zum Umgang mit PSA bei ressourcenschonendem Einsatz und zur Indikation einzelner Bestandteile der PSA zur Verfügung.

6.9. Abfallentsorgung

- ▶ Zur Abfallentsorgung ist der einrichtungseigene Hygiene- und Abfallplan zu beachten.
- ▶ Nicht flüssiger Abfall aus der Versorgung an COVID-19 erkrankter Bewohnerinnen bzw. Bewohner kann gemäß Abfallschlüssel-Nr. AS 18 01 04¹⁰ in einem reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und fest verschlossenen Behältnis (z. B. dickwandiger Müllsack) entsorgt werden; bevorzugt mittels "Doppelsackmethode".

6.10. Geschirr

- ▶ Die Geschirr-Aufbereitung erfolgt wie üblich, bei mind. 60 °C.
- ▶ Der Transport von Geschirr aus Isolier- und Quarantänebereichen erfolgt im geschlossenen Behältnis zur Geschirrspülmaschine. Das Behältnis wird nach Benutzung wischdesinfiziert.

6.11. Wäsche

- ▶ Personenübergreifend genutzte Wäsche ist gemäß einrichtungsbezogenem Hygieneplan und RKI-Empfehlung Infektionsprävention in Heimen desinfizierend aufzubereiten.
- ▶ Personengebundene Bewohnerwäsche aus Isolier- / Quarantänebereichen sollte möglichst bei 60 °C gewaschen werden.

7. Besuche und Ausgänge

- ▶ Für Besuche und Ausgänge sind ggf. zusätzliche Präventionsmaßnahmen erforderlich. Dazu weiterführende Informationen sind den Hinweisen zu Maßnahmen der Infektionsprävention bei COVID-19 in Pflege- und Behinderteneinrichtungen und den Hinweisen für Einrichtungen und Leistungsangebote zur Durchführung von Antigen-Schnelltests und Bereitstellung eines Muster-Testkonzepts zu entnehmen. Für Besuche sollte ein einrichtungsspezifisches Besuchskonzept erstellt werden, ggf. in Kooperation mit dem Gesundheitsamt (siehe RKI- Empfehlungen Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen, Abschn. 3.4). Ggf. sind Anpassungsmöglichkeiten, je nach Besuchsort und Immunitätsstatus der beteiligten Personen, zu berücksichtigen. Außerdem sind bei Besuchen die Testnachweispflichten zu erfüllen. Die Einrichtungen sind verpflichtet, ein Testkonzept zu erstellen, in welchem auch Testmodalitäten im Zusammenhang mit Ausgängen bzw. längeren Abwesenheiten und Kontaktrisiken außerhalb einer Einrichtung festgelegt werden sollten.

8. Unterbringung der Bewohner

8.1. Unterbringung symptomfreier neuer Bewohnerinnen und Bewohner und bei Rückkehr nach Krankenhausaufenthalt

Detaillierte Erläuterungen dazu sind der jeweils aktuellen Fassung der Hinweise zu Maßnahmen der Infektionsprävention bei COVID-19 in Pflege- und Behinderteneinrichtungen zu entnehmen.

8.2. Unterbringung krankheitsverdächtiger oder erkrankter Bewohner (Einzelfälle)

- ▶ Einzelunterbringung (Isolierung) in gut belüftbarem Zimmer, möglichst mit eigener Nasszelle
- ▶ Ggf. Kohortenisolierung (Wohngruppen, eingrenzbare Bereiche)
- ▶ Regelmäßiges Lüften in allen Räumen, in denen sich Erkrankte aufhalten

¹⁰ Vergleiche LAGA Mitteilung 18

- ▶ Bei Übernahme durch bzw. Verlegung in eine andere Einrichtung sollte eine Vorab-Information über den Erkrankungsstatus erfolgen

8.3. Maßnahmen im Rahmen eines Infektionsgeschehens (Ausbruch)

- ▶ Umgehende Mitteilung an das Gesundheitsamt bzw. Hinzuziehung des Gesundheitsamtes
- ▶ Bildung eines Ausbruchsteams (interne Entscheidungsträger + Hausärzte / möglichst 1 koordinierender Hausarzt als Ansprechpartner)
- ▶ Im Rahmen eines Ausbruchs sollte bei Quarantänemaßnahmen eine Trennung in folgende Bereiche erfolgen (Möglichkeiten sollten bereits im Vorfeld geklärt werden):
 - **Nicht-Fälle**
(Bewohnerinnen und Bewohner ohne Symptome bzw. Kontakt; mit großer Wahrscheinlichkeit negativ),
 - **Verdachtsfälle**
(Kontaktpersonen oder symptomatische Bewohnerinnen und Bewohner, für die noch kein Testergebnis vorliegt) und
 - **COVID-19-Fälle**
(SARS-CoV-2 positiv getestete Personen).
- ▶ Die RKI-Empfehlungen Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen sind beim Ausbruchmanagement zu beachten.
- ▶ Für die einzelnen Bereiche sollte eine Personalzuordnung erfolgen. Ein bereichsübergreifender Einsatz des Personals sollte unterbleiben.
- ▶ Die Zu- und Abgangswege zum Infektionsbereich (COVID-19- und Verdachtsfälle) sollten möglichst separat erfolgen.
- ▶ Die Bewohnerinnen und Bewohner sind möglichst in einem Einzelzimmer mit Nasszelle unterzubringen, das mehrmals täglich zu lüften ist und von der Bewohnerin bzw. vom Bewohner nicht verlassen werden sollte. Wenn das Verlassen notwendig ist, sollte die Bewohnerin bzw. der Bewohner einen Mund-Nasen-Schutz tragen, möglichst eine Händedesinfektion durchführen (ggf. passiv) und möglichst frische Kleidung anziehen.
- ▶ Ggf. Kohortenisolierung (Wohngruppen, eingrenzbare Bereiche)
- ▶ Bei der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in den Bereichen "COVID-19-Fälle" und "Verdachtsfälle" ist vom Personal Schutzkleidung zu tragen (siehe 6.6. und Anleitung zum An- und Ablegen von Schutzkleidung):
 - Einmal-Schutzhandschuhe (nach Handschuhausziehen ist stets eine Händedesinfektion durchzuführen!)
 - Mindestens enganliegender Mund-Nasen-Schutz; bei der direkten Versorgung von Bewohnern mit bestätigter oder wahrscheinlicher COVID-19-Infektion sollen gemäß den Arbeitsschutzvorgaben mindestens FFP-2-Masken getragen werden; bei Maßnahmen mit Aerosolbildung ggf. FFP-3-Maske (z. B. bei Hustenstoß-provozierenden Maßnahmen wie Absaugen oder Esseneingeben bei Schluckstörungen), in Abhängigkeit der Festlegungen im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung.
 - Schutzkittel
 - Schutzbrille, ggf. Gesichtsschild
- ▶ Personenübergreifend genutzte Wäsche ist gemäß RKI-Empfehlung Infektionsprävention in Heimen desinfizierend aufzubereiten.
- ▶ Personengebundene Bewohnerwäsche sollte möglichst bei 60 °C gewaschen werden.

- ▶ Geschirr sollte möglichst innerhalb des Bereichs thermisch aufbereitet werden; wenn zentral, dann Transport in verschlossenem Behälter, der anschließend wischdesinfiziert wird.

9. Umgang mit infektiösen Verstorbenen¹¹

- ▶ Es sollte grundsätzlich keine längerfristige offene Aufbahrung erfolgen!
- ▶ Das Abschiednehmen ist unter Schutzmaßnahmen möglich.

9.1. Infektiöses Material

- Atemwegssekret
- Fäkalien
- Ggf. Sekret auf der Haut

9.2. Schutzmaßnahmen

- Bei direktem Kontakt Benutzung Persönlicher Schutzausrüstung je nach Kontakt bzw. Freisetzung von Körperflüssigkeiten und Sekreten:
 - Schutzhandschuhe
 - Flüssigkeitsdichter Schutzkittel
 - Mund-Nasen-Schutz (ggf. FFP-2-Maske bzw. FFP-3-Maske bei aerosolbildenden Maßnahmen, in Abhängigkeit der Festlegungen im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung)
 - Ggf. Schutzbrille (/ Gesichtsvision)
- Bei zu erwartendem Ausstoß von Tröpfchen oder Aerosolen ggf. Abdeckung des Mund-Nasen-Bereichs
- Nach Handschuhausziehen ist stets eine Händedesinfektion durchzuführen!

9.3. Transport

- Bergung und Transport möglichst in einem Bergungssack mit Reißverschluss bzw. in einem flüssigkeitsdichten, mit saugfähigem Material ausgelegten Sarg¹²
- Kontamination der Umgebung vermeiden

9.4. Desinfektionsmaßnahmen

- Wischdesinfektion kontaminierter Flächen
- Flächendesinfektionsmittel mit Wirkungsbereich "begrenzt viruzid", "begrenzt viruzid plus" oder "viruzid" benutzen

9.5. Meldepflicht bei Tod

- Der Tod an COVID-19 ist gem. § 6 Infektionsschutzgesetz meldepflichtig.

10. Tagespflege

- ▶ Für den Betrieb von Einrichtungen der Tagespflege sind ggf. besondere Empfehlungen zu beachten (weiterführende: Hinweise siehe NLGA: [Hinweise zu Maßnahmen der Infektionsprävention von COVID-19 in Einrichtungen der Tagespflege](#)).

¹¹ Vergleiche RKI: [Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2- infizierten Verstorbenen](#)

¹² Weiterführende Hinweise siehe [DGUV Information 214-021 "Biologische Arbeitsstoffe beim Umgang mit Verstorbenen"](#)

11. Maßnahmen in der ambulanten Pflege

11.1. Organisatorische Regelungspunkte

- ▶ Risikopersonen sind zu ermitteln und bei der Tourenplanung zu berücksichtigen (z. B. Wechsel beim Personaleinsatz möglichst geringhalten, ggf. mehr Zeit einplanen).
- ▶ Ggf. erhöhten Materialbedarf (Persönliche Schutzausrüstung, Händedesinfektionsmittel) bei der Versorgung Erkrankter berücksichtigen.
- ▶ Detaillierte Information und Unterweisung bzw. Anleitung sämtlicher Beteiligter (Pflegekräfte, Hilfskräfte, hauswirtschaftliche Kräfte, Angehörige, etc.).
- ▶ Arbeitsabläufe vorausschauend planen und individuelles Konzept von Maßnahmen zusammenstellen, angepasst an die Vor-Ort-Gegebenheiten.

11.2. Versorgung von infizierten bzw. erkrankten oder krankheitsverdächtigen Patienten / Kunden in der häuslichen Umgebung (häusliche Isolierung)

Im Rahmen der ambulanten Pflege sind insbesondere die Empfehlungen des RKI für ambulante Pflegedienste und dem häuslichen Bereich zu beachten:

- ▶ Hinweise für ambulante Pflegedienste im Rahmen der COVID-19-Pandemie

Weiterführende Informationen für den Bereich der ambulanten Pflege und der damit verbundenen besonderen Situation im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie sind der S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP): Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedarf im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie zu entnehmen.

Abklärungspunkte, die im Vorfeld der häuslichen Pflege in Bezug auf die unterschiedlichen häuslichen Situationen geregelt bzw. besonders berücksichtigt werden sollten:

Alleinstehende Klienten:	Mit gesunden Familienangehörigen zusammenlebende Klienten:	Mit ebenfalls erkrankten Familienangehörigen zusammenlebende Klienten:
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolation in der gesamten Wohnung (?) ▶ Persönliche Schutzausrüstung (PSA) vor dem Kontakt zum Erkrankten anlegen ▶ Wenn zumutbar, Klienten Mund-Nasen-Schutz aufsetzen lassen ▶ Vor dem Verlassen der Wohnung Abwurf der PSA und Entsorgung möglichst mittels Doppelsackmethode in den Hausmüll ▶ Für Luftaustausch sorgen (durch Stoßlüftung) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wenn möglich Einrichtung eines Isolierzimmers und räumliche / organisatorische Separierung zu den gesunden Familienangehörigen (separate Mahlzeiteinnahme, separate Handtücher, Pflegeutensilien, etc.) ▶ Vor Betreten des Krankenzimmers / Kontakt mit dem Erkrankten Anlegen der PSA ▶ Wenn zumutbar, Klienten Mund-Nasen-Schutz aufsetzen lassen ▶ Vor Verlassen des Krankenzimmers Ablegen und Abwurf der PSA mit anschließender Entsorgung möglichst mittels Doppelsackmethode ▶ Für Luftaustausch sorgen (durch Stoßlüftung) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Isolation in der gesamten Wohnung wie bei alleinstehenden Klienten (?)