



# **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.08, 18.08.2020

## Inhaltsangabe

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 1       | Vorbemerkung.....   | 4  |
| 2       | Vorbereitung und Management für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen .....                        | 5  |
| 3       | Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen .....           | 6  |
| 3.1     | Kernpunkte Basismaßnahmen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen .....                          | 6  |
| 3.2     | Erweiterte Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen .....   | 7  |
| 3.2.1   | Räumliche und personelle Maßnahmen .....  | 7  |
| 3.2.2   | Personenschutzmaßnahmen / Persönliche Schutzausrüstung .....  | 8  |
| 3.3     | Regelungen Neuaufnahmen und Verlegungen .....   | 9  |
| 3.4     | Desinfektion und Reinigung .....  | 10 |
| 3.4.1   | Desinfektionsmittel .....   | 10 |
| 3.4.2   | Umgebungsdesinfektion.....  | 10 |
| 3.4.3   | Medizinprodukte .....   | 10 |
| 3.4.4   | Geschirr .....  | 10 |
| 3.4.5   | Wäsche, Betten und Matratzen .....  | 11 |
| 3.5     | Abfallentsorgung .....  | 11 |
| 3.6     | Dauer der besonderen Maßnahmen für SARS-COV-2-positive Bewohner/Betreute .....  | 11 |
| 3.7     | Schlussdesinfektion .....   | 11 |
| 3.8     | Transport eines COVID-19 Erkrankten innerhalb der Einrichtung .....   | 11 |
| 3.9     | Transport eines COVID-19 Erkrankten außerhalb der Einrichtung .....   | 12 |
| 3.10    | Besucherregelungen.....   | 12 |
| 4       | Identifizierung und Management von Kontaktpersonen.....   | 13 |
| 5       | Aktive Surveillance von respiratorischen Symptomen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ..... | 14 |
| 5.1     | Vorbemerkung.....   | 14 |
| 5.2     | Durchführung des klinischen Monitorings auf COVID-19 der in den Einrichtungen Betreuten ....  | 14 |
| 5.2.1   | Organisation .....  | 14 |
| 5.2.2   | Erhebung der Symptome.....  | 15 |
| 5.2.3   | Medizinische Versorgung .....   | 16 |
| 5.2.4   | Diagnostische Testung auf SARS CoV-2 .....  | 16 |
| 5.2.5   | Weiteres Vorgehen bei symptomatischen Bewohnern/Betreuten .....   | 17 |
| 5.2.5.1 | Szenario 1: Testergebnis steht noch aus und keine bekannten COVID-19-Fälle in der Einrichtung .....   | 17 |

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 5.2.5.2 | Szenario 2: Bestätigung einer SARS-CoV-2-Infektion oder bereits bekannte SARS-CoV-2 Infektion bei anderen Heimbewohnern/betreuten Personen ..... | 18 |
| 5.3     | Durchführung klinisches Monitoring des Personals auf COVID-19 .....  | 19 |
| 5.3.1   | Organisation .....   | 19 |
| 5.3.2   | Erhebung von Symptomen und Abwesenheiten.....  | 19 |
| 5.3.3   | Testung des Personals auf SARS-COV-2 .....   | 20 |
| 5.3.4   | Vorgehen .....   | 21 |
| 6       | Ausbruchsmanagement.....   | 21 |
| 7       | Umgang mit Verstorbenen .....  | 22 |
| 8       | Zur weiteren Beachtung .....   | 22 |
| 9       | Referenzen und Links .....   | 22 |

## **1 Vorbemerkung**

Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen, 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- Kreislauferkrankungen) 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 den Einsatz breitgefächelter Strategien für die Prävention des Auftretens und der Weiterverbreitung einer COVID-19-Erkrankung innerhalb der Einrichtung sowie nach extern. In den folgenden Ausführungen wird ein Interims-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 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 Vorort 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 Folgen und anderen Kollateralschäden.

## **2 Vorbereitung und Management für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen**

Falls nicht bereits geschehen, sollte vom Management der Einrichtung möglichst in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden ein COVID-19-Plan erarbeitet werden. Dabei sollten entsprechende Bestimmungen der jeweiligen Landesregierung umgesetzt werden.

Neben den Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen können organisatorische Maßnahmen entscheidend dazu beitragen, dass SARS-CoV-2 nicht in die Einrichtung hineingetragen und ggf. innerhalb der Einrichtung weiterverbreitet wird.

Ausgewählte Aspekte, die hier berücksichtigt werden müssen:

- Bildung eines Teams mit klarer Zuordnung von Verantwortlichkeiten für die verschiedenen Bereiche wie z. B. Hygiene/ Infektionskontrolle, Kommunikation, Beschaffung von notwendigem Material
- Information der Heimbewohner, der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, des Personals und der Angehörigen zu COVID-19 und zu den erforderlichen Maßnahmen zu deren Schutz.
- Information und 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 Risikopersonnenkontakt (z.B. hinsichtlich der Einhaltung der Abstandsregelung auch unter dem Personal, Händehygiene, Tragen von MNS im Bereich der Heimbewohner (insbesondere Reinigungspersonal!)) bei allen Tätigkeiten im Bewohnerbereich.
- Organisatorische Maßnahmen zur Kontaktreduzierung innerhalb der Einrichtung (z.B. keine oder zeitlich gestaffelte gemeinsame Mahlzeiten).
- Implementierung und Durchsetzung von Zugangsregelungen für Besucher, externe Dienstleister (z.B. Friseure, Fußpfleger, Physiotherapeuten) und anderen Personen wie z.B. ehrenamtliche Mitarbeiter und Seelsorger. Falls Zugang zur Einrichtung gewährt wird, sollte dies nur unter Einhaltung bestimmter Bedingungen erfolgen ([siehe unten 3.10 Besucherregelungen](#))  
Kontakte von Heimbewohnern und Angehörigen außerhalb der Einrichtung sollten je nach epidemiologischer Lage aufgrund des Übertragungsrisikos vermieden werden.
- Falls möglich, Bereitstellung alternativer Kommunikationsmöglichkeiten.
- Implementierung und Durchsetzung von Abwesenheitsregelungen für das Personal z.B. bei Auftreten von respiratorischen Symptomen.
- Kompensation bei Ausfall von Personal bzw. ggf. Mehrbedarf an Personal z.B. in einer Ausbruchssituation (z.B. Reservepool).

- Unter bestimmten Umständen können in Abstimmung mit den Gesundheitsbehörden Maßnahmen wie die Verhängung eines Aufnahme-/Verlegungsstopps erfolgen; Rehabilitationseinrichtungen können ggf. als Ersatzeinrichtungen dienen; Definition von Regelungen für Neuaufnahmen, z.B. vorsorgliche Umsetzung einer Quarantäne.  
[Kriterien zur Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. der häuslichen Isolierung](#)  
[Abschnitt 3.3 Regelungen Neuaufnahmen und Verlegungen](#)
- Es sollten feste Kleingruppen unter den Bewohnern / Betreuten gebildet werden, die alle kollektiven Tätigkeiten gemeinsam verrichten, damit bei Nachweis von SARS-CoV-2 nur eine kleine Gruppe von Personen als Kontakte entsteht.
- Das Personal sollte, wenn möglich, in festen voneinander unabhängigen Teams arbeiten.

### **3 Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen**

Die Implementierung und Einhaltung von Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen sind essentieller Bestandteil der Bemühungen zur Prävention einer Verbreitung von COVID-19-Erkrankungen in der Einrichtung und sind detailliert in den Dokumenten [KRINKO-Empfehlungen zur Infektionsprävention in Heimen](#) und [Hygienemaßnahmen in der Pflege von COVID-19 Patienten](#) und [Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten](#) beschrieben. Siehe auch die [Empfehlungen des paritätischen Gesamtverbandes](#) zu COVID-19.

Im Folgenden werden für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen adaptierte Auszüge aus dem Dokument [Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2](#) bereitgestellt.

#### **3.1 Kernpunkte Basismaßnahmen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen**

- Strikte Einhaltung der Basishygiene einschließlich der Händehygiene und die konsequente Umsetzung der Vorgaben des Hygieneplans der Einrichtung.
- Darüber hinaus wird im Rahmen der COVID-19-Pandemie auch außerhalb der direkten Versorgung von COVID-19-Patienten das generelle Tragen von Mund-Nasen-Schutz (MNS) durch sämtliches Personal mit direktem Kontakt zu allen Risikogruppen aus Gründen des Risikopersonenschutzes während der Pandemie empfohlen. Durch das korrekte Tragen von MNS innerhalb der Einrichtungen kann das Übertragungsrisiko auf Bewohner und andere Mitarbeiter bei einem Kontakt von <1,5 m reduziert werden. Atemschutzmasken mit Ausatemventil sind nicht zum Drittschutz geeignet. Hintergrund ist, dass eine COVID-19-Erkrankung auch sehr milde oder asymptomatisch verlaufen kann und von den Mitarbeitern gar nicht bemerkt wird. Darüber hinaus wurde nachgewiesen, dass bereits 2 Tage vor Auftreten der ersten Krankheitssymptome das Virus ausgeschieden und übertragen werden kann.

- Ein MNS sollte, soweit dies toleriert wird, auch von den Bewohnern/Betreuten bei Kontakt mit anderen Personen getragen werden.
- Allgemeine Hygienemaßnahmen für Risikopersonen, Personal (auch Reinigungskräfte), Besucher:
  - Einhaltung von Husten- und Nieß-Regeln: Husten und Nießen in die Ellenbeuge oder in ein Einmaltaschentuch, nicht in die Hand; Entsorgung der Einmaltaschentücher in geschlossenem Abfalleimer mit Müllbeutel
  - Vermeidung der Berührung des Gesichts, insbesondere von Mund und Nase
  - Händehygiene: Händewaschen vor und nach der Zubereitung von Speisen, vor dem Essen, nach dem Toilettengang, nach einem Aufenthalt im Freien, nach Berührung von gemeinsam genutzten Gegenständen (Türgriffe) usw.
  - Beachtung der Abstandsregelung (1,5 - 2 m)
  - Kontaktreduzierung (Mitbewohner, Besucher)
- Einmaltaschentücher sollten in allen Bereichen, auch den Wohnbereichen der Bewohner, sowie beim Betreten der Einrichtung bereitgestellt werden.
- Mülleimer mit Müllbeutel zur Entsorgung von Einmalartikeln (z.B. Taschentücher, Masken) sollten im Innenbereich der Zimmer vor der Tür aufgestellt werden.
- Zur Desinfektion sind Mittel mit nachgewiesener Wirksamkeit, mit dem Wirkungsbereich "begrenzt viruzid" (wirksam gegen behüllte Viren) anzuwenden.
- Tägliche Wischdesinfektion von häufig berührten (Handkontakt-) Flächen (z.B. Türklinken) bzw. sensiblen Räumlichkeiten (z.B. Nassbereich)
- Alle Medizinprodukte mit direktem Kontakt zu Heimbewohnern bzw. Menschen, die in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigung betreut werden (z.B. Fieberthermometer, Stethoskope, Blutdruckmanschetten, Pulsoxymeter etc.) sind personenbezogen zu verwenden und müssen nach Gebrauch desinfiziert werden. Anmerkungen zur Aufbereitung siehe Abschnitt 3.4.3.  
In Innenräumen ist generell ein ausreichender Luftaustausch unter Zufuhr von Frischluft (z.B. durch regelmäßiges Lüften) bzw. von gefilterter Luft (RLT-Anlagen) zu gewährleisten. Umfangreiche [Informationen und Hinweise](#) zur Lüftung und zu der möglichen Rolle von zentralen Lüftungs- und Klimaanlage bei der Übertragung und zur Reduktion von Aerosolen in Innenräumen gibt die mit dem RKI abgestimmte Stellungnahme der Innenraumlufthygiene-Kommission des Umweltbundesamtes .

### **3.2 Erweiterte Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen**

Erweiterte Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen finden Anwendung bei Risikopersonen mit bestätigter Covid-19-Erkrankung, bei Kontaktpersonen sowie bei symptomatischen Risikopersonen, für die noch kein Testergebnis vorliegt.

#### **3.2.1 Räumliche und personelle Maßnahmen**

- Unterbringung und Versorgung von SARS-CoV-2-positiven Heimbewohnern, von Kontaktpersonen sowie symptomatischen Heimbewohnern noch vor dem Vorliegen eines Testergebnisses in einem Einzelzimmer möglichst mit eigener Nasszelle. Die Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten mit SARS-CoV-2-negativen Bewohnern ist nicht möglich.

- Kohortierung  
Bei SARS-CoV-2-Nachweisen in der Einrichtung sollten 3 Bereiche räumlich und personell voneinander abgegrenzt werden:
  1. für Nicht-Fälle (Bewohner ohne Symptome bzw. Kontakt; mit großer Wahrscheinlichkeit negativ)
  2. für Verdachtsfälle (z. B: Kontakte oder symptomatische Bewohnerinnen und Bewohnern, für die noch kein Testergebnis vorliegt)
  3. für COVID-19-Fälle (SARS-CoV-2 positiv getestet)

Im Falle des Vorhandenseins einer anderen Infektionskrankheit wie z. B. Influenza müsste ggf. ein weiterer separater Bereich eingerichtet werden.

Die drei Bereiche sollten fest zugeordnetes Personal haben, das im Falle einer Kohortierung auch nur in diesem Bereich eingesetzt wird.

### [Optionen zur getrennten Versorgung von COVID-19-Fällen, Verdachtsfällen und anderen Patienten im stationären Bereich](#)

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

- Risiken durch raumlufttechnische Anlagen, durch die eine Verbreitung des Erregers in Aerosolen auf andere Räume möglich ist, sind vor Ort zu bewerten und zu minimieren. [Informationen und Hinweise](#) zur möglichen Rolle von zentralen Lüftungs- und Klimaanlage bei der Übertragung und zur Reduktion von Aerosolen in Innenräumen gibt die mit dem RKI abgestimmte Stellungnahme der Innenraumlufthygiene-Kommission des Umweltbundesamtes .

### **3.2.2 Personalschutzmaßnahmen / Persönliche Schutzausrüstung**

- Für die Versorgung von COVID-19-Erkrankten und krankheitsverdächtigen Heimbewohnern soll geschultes Personal eingesetzt werden, welches von der Versorgung anderer Patienten freigestellt wird.
- Verwendung von persönlicher Schutzkleidung (PSA) bestehend aus Schutzkittel, Einweghandschuhen, mindestens dicht anliegendem Mund-Nasen-Schutz (MNS) bzw. Atemschutzmaske und Schutzbrille. Bei der direkten Versorgung von Patienten mit bestätigter oder wahrscheinlicher SARS-CoV-2-Infektion müssen gemäß den Arbeitsschutzvorgaben mindestens FFP2-Masken getragen werden (Biostoffverordnung in Verbindung mit der Technischen Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250). Bei eventuellen Lieferengpässen können die [Maßnahmen zur Wiederverwendung von Schutzmasken, die gemäß Anhang 7 Ziffer 2 der TRBA 250 und dem ABAS Beschluss 609 für den Fall einer Pandemie beschrieben sind](#), hilfreich sein. Besondere Beachtung gilt allen Tätigkeiten, die mit Aerosolbildung einhergehen können (z.B. offenes Absaugen über den Trachealtubus), siehe hierzu auch die [Empfehlungen der BAuA zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2](#). [Hygienemaßnahmen in der Pflege von COVID-19 Patienten](#)
- 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 Heimbewohnern gibt, die zur Weiterverbreitung beitragen können. Daher wird empfohlen, frühzeitig die Hygienemaßnahmen auf die gesamte Station auszuweiten.

- 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.
- Persönliche Schutzausrüstung (s. oben) soll vor Betreten des Zimmers des Heimbewohners anlegt, und vor Verlassen der Schleuse/des Zimmers dort belassen werden.
- Schutzausrüstung und Hinweise zu deren Benutzung sollten unmittelbar vor den Wohnbereichen platziert werden und Mülleimer zur Entsorgung von Einmalartikeln sollten im Innenbereich vor der Tür aufgestellt werden
- [Händehygiene](#): Die bekannten Indikationen für die Händehygiene (Händedesinfektion bzw. in Handschuhwechsel) gemäß den 5 Momenten der Händehygiene müssen beachtet werden.
- Zur Händedesinfektion sollen Desinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirksamkeit nach Ausziehen der Handschuhe und vor Verlassen des Zimmers eingesetzt werden.
- Einweghandschuhe bzw. -kittel vor Verlassen des Zimmers sollen in einem geschlossenen Behältnis entsorgen werden ([siehe Abschnitt 3.5 Abfallentsorgung](#)).
- Beobachtung des Gesundheitszustandes des eingesetzten Personals ([siehe 5. Aktive Surveillance](#))

Informationen zu Mund-Nasen-Schutz-, Atem- und Behelfsmasken sowie Informationen zum ressourcenschonenden Einsatz von Masken finden Sie hier [Hinweise zur Verwendung von Masken \(MNS- FFP- sowie Behelfsmasken\)](#)

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(e)n vorübergehend in eine für die Betreuung/Behandlung von SARS-COV-2-positiven Patienten ausgelegte Einrichtung verlegt werden.

### 3.3 Regelungen Neuaufnahmen und Verlegungen

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

- Empfehlungen für ein Vorgehen bei **asymptomatischen** Personen (keine Symptome, die mit einer COVID-19-Erkrankung vereinbar sind):
  - Bewohner bzw. betreute Personen ohne Symptomatik sollten möglichst für 14 Tage jedoch mindestens für 7 Tage vorsorglich abgesondert (Einzelunterbringung, ggf. Kohortierung) werden und die erweiterten Schutzmaßnahmen sollten angewendet werden ([siehe 3.2 Erweiterte Hygiene und Infektionskontrollmaßnahmen](#)).

- Bei Entwicklung von Symptomen, die mit einer COVID-19-Erkrankung vereinbar sind, sollte weiterhin umgehend eine Testung auf SARS-CoV-2 durchgeführt werden ([siehe 5.2.4 Diagnostische Testung auf SARS-CoV-2](#))
- Auch bei asymptomatischen Personen wird eine Testung bei Aufnahme empfohlen. Hier ist zu beachten, dass ein negatives Testergebnis eine Infektion nicht ausschließt. Die zusätzliche Durchführung eines Tests gegen Ende der Inkubationsphase (z.B. ab Tag 10) kann mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit eine Infektion bei asymptomatischen Patienten ausschließen.

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

- Das Verfahren bei **symptomatischen Patienten** ist in [Abschnitt 5. Durchführung des klinischen Monitorings auf COVID-19 der in der Einrichtung Betreuten](#) beschrieben.

### 3.4 Desinfektion und Reinigung

#### 3.4.1 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.

#### 3.4.2 Umgebungsdesinfektion

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

#### 3.4.3 Medizinprodukte

Alle Medizinprodukte mit direktem Kontakt zu dem Heimbewohner (z.B. Fieberthermometer, Stethoskope, Blutdruckmanschetten, Pulsoxymeter etc.) sind bewohnerbezogen 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](#)

#### 3.4.4 Geschirr

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

### **3.4.5 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.

### **3.5 Abfallentsorgung**

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

- Nicht flüssige Abfälle aus der Behandlung von COVID-19-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.

### **3.6 Dauer der besonderen Maßnahmen für SARS-COV-2-positive Bewohner/Betreute**

Zurzeit gibt es noch keine sicheren Kenntnisse über die Dauer der Virusausscheidung. Das RKI hat in Abstimmung mit der Arbeitsgruppe Infektionsschutz der AOLG mögliche Kriterien zur Aufhebung der Isolierung bzw. Entlassung erarbeitet, die Empfehlungen für das Vorgehen bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen enthalten, die auch auf Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen Anwendung finden können.

#### **Kriterien für die Aufhebung der Isolierung**

- Symptomfreiheit für mindestens 48 Stunden
- Mindestens 10 Tage nach Symptombeginn bzw. Erstnachweis des Erregers bei asymptomatischen Personen
- Negative PCR-Untersuchung auf SARS-COV-2

Eine detaillierte Beschreibung findet sich in dem Dokument

[Kriterien zur Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. der häuslichen Isolierung](#)

### **3.7 Schlussdesinfektion**

Die Schlussdesinfektion erfolgt mit mindestens begrenzt viruziden Mitteln gemäß der Empfehlung [Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen](#).

### **3.8 Transport eines COVID-19 Erkrankten innerhalb der Einrichtung**

- Ist ein Transport innerhalb der Einrichtung unvermeidbar, soll der Zielbereich vorab informiert werden.
- Der Transport soll als Einzeltransport erfolgen, dabei trägt der Patient einen Mund-Nasen-Schutz sofern es der Gesundheitszustand des Patienten zulässt.
- Zur persönlichen Schutzausrüstung des Personals [siehe Abschnitt 3.2.2 Personalschutzmaßnahmen / Persönliche Schutzausrüstung](#)
- Der Kontakt zu anderen Bewohnern oder Besuchern ist zu vermeiden.
- Unmittelbar nach den Maßnahmen in der Zieleinrichtung sind die Kontaktflächen und das Transportmittel vor erneuter Nutzung wie oben beschrieben zu desinfizieren ([siehe Abschnitt 3.4 Desinfektion und Reinigung](#)).

### 3.9 Transport eines COVID-19 Erkrankten außerhalb der Einrichtung

- Vor Beginn des Transportes ist die/das aufnehmende Einrichtung/Krankenhaus über die Einweisung des Bewohners und über seine Verdachtsdiagnose / Erkrankung zu informieren.
- Falls es der Gesundheitszustand des Patienten zulässt, sollte er mit einem **Mund-Nasen-Schutz** versorgt werden.
- Zur persönlichen Schutzausrüstung des Personals ([siehe Abschnitt 3.2.2 Personalschutzmaßnahmen/Persönliche Schutzausrüstung](#))
- Unmittelbar nach Transport ist eine Wischdesinfektion sämtlicher zugänglicher Flächen und Gegenstände mit einem Flächendesinfektionsmittel ([siehe Abschnitt 3.4 Desinfektion und Reinigung](#)) durchzuführen.

### 3.10 Besucherregelungen

Die Entscheidung, ob und unter welchen Bedingungen (z.B. Sterbesituation) Besuchern der Zutritt gestattet wird, hängt von der lokalen Situation ab und sollte in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt getroffen werden.

- Generell sollten soziale Kontakte möglichst über Telekommunikation anstatt über persönliche Besuche erfolgen.
- Besucher mit Erkältungssymptomen sowie Kontaktpersonen von COVID-19-Infizierten sollen der Einrichtung fern bleiben.
- Für den Fall, dass Besuche zugelassen werden
  - jeder Besuch muss registriert werden (Name des Besuchers, Datum des Besuchs, besuchter Heimbewohner)
  - die Besuche sollen auf ein Minimum beschränkt und zeitlich begrenzt werden
  - die Besucher müssen in den erforderlichen Schutzmaßnahmen unterwiesen werden.
 

Diese beinhalten:

    - das Einhalten von mindestens 1,5 - 2 m Abstand zum Bewohner
    - das Tragen von Schutzkittel und Mund-Nasen-Schutz
    - die Händedesinfektion vor dem Betreten und beim Verlassen des Bewohnerzimmers.

## 4 Identifizierung und Management von Kontaktpersonen

Eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung von COVID-19 innerhalb einer Einrichtung sowie nach extern ist die Identifizierung der Personen mit Kontakt zu einem COVID-19-Erkrankten. Kontaktpersonen sind Personen mit einem definierten Kontakt zu einem bestätigten Fall von COVID-19 ab dem 2. Tag vor Auftreten der ersten Symptome des Falles. Das Ende der infektiösen Periode (Dauer der Virusausscheidung) ist momentan nicht sicher anzugeben.

Kontaktpersonen können andere Heimbewohner, Betreute, das Personal (Pflegekräfte, Heimärzte, Hausärzte und ggf. deren Angestellte, Service-/Küchenpersonal, Handwerker usw.), Dienstleister (z.B. Fußpfleger, Physiotherapeuten), Besucher sowie andere Personen sein, die zu der Einrichtung Zugang haben wie z.B. ehrenamtliche Mitarbeiter.

Die Kontaktpersonennachverfolgung sollte in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erfolgen.

### Ziele der Kontaktnachverfolgung

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

### Kontaktkategorien

Aufgrund der Art, Nähe, Dauer des Kontaktes sowie der Nutzung von adäquater Schutzkleidung werden Kontakte in 3 verschiedene Risikokategorien eingeteilt:

- **Kategorie I** – enger Kontakt und höheres Infektionsrisiko
- **Kategorie II** – geringeres Infektionsrisiko
- **Kategorie III**

Aufgrund des unterschiedlichen Infektionsrisikos werden für das Management der Kontaktpersonen verschiedene Vorgehensweisen empfohlen.

Eine detaillierte Beschreibung der Kontaktkategorien sowie der empfohlenen Vorgehensweisen findet sich in dem Dokument [Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2](#)

Eine anschauliche Darstellung zeigt die Infographik [Kontaktpersonennachverfolgung](#)

Das **Management des Pflegepersonals** mit Kontakt zu SARS-CoV-2-infizierten Personen kann unter bestimmten Bedingungen der gegebenen Personalsituation in der jeweiligen Einrichtung angepasst werden. Informationen zum Management des Pflegepersonals wird in dem Dokument [Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter Personal von Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Personalmangel](#) beschrieben.

Eine anschauliche Darstellung zeigt die Infographik [Kontaktpersonennachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen bei Personal von Alten- und Pflegeheimen](#)

## **5 Aktive Surveillance von respiratorischen Symptomen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen**

### **5.1 Vorbemerkung**

Durch ein aktives Monitoring des Auftretens von respiratorischen Symptomen bei 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 sowie ein systematisches Vorgehen hinsichtlich der Erfassung von Symptomen, die auf eine Covid-19-Erkrankung hinweisen können (Neuaufreten oder akute Verschlechterung bei bestehender Vorerkrankung der Atemwege). In den folgenden Ausführungen wird ein Interims-Leitfaden für die Durchführung einer aktiven Surveillance in den Einrichtungen vorgestellt, der kontinuierlich an neu gewonnene Kenntnisse und sich ändernde Bedingungen angepasst werden soll.

#### **Ziele:**

- Frühzeitige Detektion des Auftretens von Symptomen und Durchführung diagnostischer Tests
- Zeitgerechte Einleitung der notwendigen medizinischen Maßnahmen
- Unverzügliche Implementierung der erforderlichen Hygienemaßnahmen und anderer Maßnahmen, um eine weitere Verbreitung innerhalb der Einrichtung und nach Extern zu vermeiden.
- Frühzeitige Information und Kooperation mit den örtlichen Gesundheitsbehörden
- Bereitstellung einer Übersicht (z.B. in Form einer Excel-Tabelle) mit relevanten Informationen zu Heimbewohnern, Betreuten und Personal (z.B. Symptome, diagnostische Testung, 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.

### **5.2 Durchführung des klinischen Monitorings auf COVID-19 der in den Einrichtungen Betreuten**

#### **5.2.1 Organisation**

Die Leitung der Einrichtung/Pflegedienstleitung bestimmt eine Person (und Vertretung), die verantwortlich ist für die Durchführung des klinischen Monitorings. Die betreffende Person sollte geschult sein hinsichtlich der in Zusammenhang mit Covid-19 auftretenden Symptome unter Berücksichtigung eines möglicherweise atypischen klinischen Erscheinungsbildes bei diesen Personengruppen. Dies könnte z.B. ein Hygiene-beauftragter Mitarbeiter sein.

#### **Aufgaben**

- Mindestens 1 x tägliche Erfassung und Dokumentation der entsprechenden klinischen Symptome bei Heimbewohnern, Betreuten und Personal.
- Zusammenführen bzw. Dokumentation der klinischen Symptomatik und anderer relevanter Informationen zu den Bewohnern/Betreuten und dem Personal in jeweils einer Gesamtübersicht in

Form einer Excel-Tabelle.

### 5.2.2 Erhebung der Symptome

Bei allen Betreuten in den Einrichtungen soll **mindestens 1 x täglich** der Status bezüglich des Auftretens von Symptomen, die mit COVID-19 vereinbar sind, erhoben werden. Dies beinhaltet die Abfrage/Feststellung des Neuauftretens von Symptomen einschließlich der Messung der Körpertemperatur (möglichst zu Beginn der Frühschicht).

#### Symptome:

- Fieber (>37,8°C, oral)\*#
- Husten\*
- Kurzatmigkeit\*
- Halsschmerzen\*
- Schnupfen\*
- Weitere Symptome: Muskel- und Gelenkschmerzen, verstopfte Nase, Kopfschmerzen, Übelkeit/Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Konjunktivitis, Hautausschlag, Apathie, Somnolenz, Störung des Geruchs- und/oder d. Geschmackssinns
- Sauerstoffsättigung <95% (Pulsoxymeter)
- Erhöhte Atemfrequenz (>25/min)

\*Minimum an subjektiven Symptomen, die abgefragt bzw. erfasst werden sollten

Die häufigsten Symptome sind Fieber und Husten, bei Personen aus Risikogruppen kann es jedoch vorkommen, dass sie kein Fieber entwickeln und eher unspezifische Symptome wie z.B. Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Müdigkeit und zunehmende Verwirrtheit auftreten. Bei Personen mit vorbestehender Lungenerkrankung kann es zu einer akuten Verschlechterung der vorbestehenden Symptomatik kommen. Mit dem Pulsoxymeter kann auf einfache Weise frühzeitig eine Minderung der Sauerstoffsättigung detektiert werden. Ein weiterer einfach zu bestimmender Indikator ist die Bestimmung der Atemfrequenz.

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

#Anmerkung zur Definition von Fieber beim alten Menschen:

Da wie oben erwähnt Fieber kein zuverlässiges Symptom ist, wurde von Stone et al. eine an diese Situation adaptierte Definition von Fieber zur Verwendung in Alten- und Pflegeheimen vorgeschlagen: >37,8°C oral als Einzelwert oder wiederholte orale Temperaturen von 37,2°C oder rektale Temperaturen >37,5°C oder eine Einzelmessung mit 1,1°C über der „Normaltemperatur“ (1).

#### Aktive Erfassung

Die Erfassung der Symptome kann erfolgen durch direktes Ansprechen der Betreuten in den Einrichtungen oder durch Befragung der betreuenden Pflegekraft /betreuendes Personal (insbesondere bei dementen oder anderweitig in ihren verbalen Äußerungen eingeschränkten Personen) durch die für das Monitoring verantwortliche Person.

Falls es eine feste Zuordnung von Pflegekräften / Personal zu einzelnen Betreuten der Einrichtung gibt, könnten alternativ die entsprechenden Informationen von der jeweiligen betreuenden Person erhoben und dokumentiert werden. Dies hätte den Vorteil, dass Verschlechterungen des Gesundheitszustandes sensitiver wahrgenommen und erkannt werden.

Neu aufgenommene Betreute in den Einrichtungen sollen umgehend hinsichtlich Symptomen, die mit COVID-19 vereinbar sind befragt/untersucht werden. Falls solche Symptome angegeben werden, sollte umgehend eine weiterführende Abklärung (ärztliche Konsultation) und Einleitung entsprechender Hygienemaßnahmen erfolgen sowie Kontaktaufnahme mit verlegender Einrichtung ([siehe auch 3.3 Regelungen Neuaufnahmen und Verlegungen](#))

Durch die benannte verantwortliche Person sollte sichergestellt werden, dass die entsprechenden Angaben vollständig sind und für alle Heimbewohner vorliegen.

### **Selbstbeobachtung**

Bewohner/Betreute in Einrichtungen sollten auch dazu aufgefordert werden sich zu melden, wenn respiratorische Symptome auftreten oder sie sich fiebrig fühlen.

### **Dokumentation**

Die Ergebnisse sollen in einem Formblatt dokumentiert werden.

[Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen bei Bewohnern/Betreuten \(PDF\)](#)

[Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen bei Bewohnern/Betreuten \(Word\)](#)

Um einen Überblick über die Gesamtsituation in der Einrichtung zu gewinnen können die Ergebnisse der Symptomerhebung bei Bewohnern/Betreuten sowie Informationen zu den ggf. daraus resultierenden Maßnahmen (z.B. Durchführung einer Testung, Testergebnisse, Isolierung, Kohortierung) in einer Liste zusammengeführt werden.

[Musterformblatt Gesamtübersicht Bewohner/Betreute \(Kurzfassung, PDF\)](#)

[Musterformblatt Gesamtübersicht Bewohner/Betreute \(Kurzfassung, Word\)](#)

[Musterbeispiel Gesamtübersicht Bewohner/Betreute \(Langfassung, Excel-Liste\)](#)

Die bereitgestellten Musterformulare/-listen sollen als Orientierung dienen und können/sollen an die lokale Situation angepasst werden.

### **5.2.3 Medizinische Versorgung**

Die für den Bereich/Station verantwortliche Pflegekraft / Betreuer veranlasst zur weiteren Abklärung und zum Festlegen des weiteren Vorgehens (Verbleib in der Einrichtung oder Hospitalisierung) die Konsultation durch einen Arzt (betreuender Heimarzt oder Hausarzt) und leitet die verordneten medizinischen Maßnahmen und ggf. eine Verlegung in ein Krankenhaus ein.

### **5.2.4 Diagnostische Testung auf SARS CoV-2**

#### **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 einen



ärztlichen Mitarbeiter vor Ort oder den betreuenden Hausarzt erfolgen. Falls dies nicht zeitnah möglich ist, sollte die verantwortliche Pflegekraft (z.B. Stations-/Bereichsleitung, Pflegedienstleitung) / Betreuerin die entsprechenden Schritte unverzüglich in die Wege leiten.

Orientierungshilfe: [COVID-19: Verdachtsabklärung und Maßnahmen - Orientierungshilfe für Ärzte](#)

In der Influenza-Saison sollte zusätzlich eine Testung auf Influenzaviren erfolgen.

### **Probenmaterial**

Geeignet sind Probenmaterialien aus dem oberen Respirationstrakt (oropharyngeale Abstriche oder nasopharyngeale Abstriche oder Spülungen) und ggf. aus dem unteren Respirationstrakt (z.B. Sputum, Trachealsekret). Detaillierte Informationen sind unter dem Link [Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2](#) zu finden.

### **Materialien zur Probenentnahme, Verpackung und Transport**

Um eine zeitnahe diagnostische Testung zu gewährleisten sollten die entsprechenden Probengefäße/Abstrichsets und das erforderliche Verpackungsmaterial vorrätig sein. Die Beschaffung der Materialien sowie der Probentransport sollte mit dem jeweiligen Labor oder ggf. dem örtlichen Gesundheitsamt abgestimmt werden. Detaillierte Informationen zu Verpackung, Lagerung und Versand sind unter dem Link [Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2](#) zu finden.

### **Probenentnahme**

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

## **5.2.5 Weiteres Vorgehen bei symptomatischen Bewohnern/Betreuten**

Das weitere Vorgehen bei symptomatischen Bewohnern/Betreuten ist abhängig von der Situation Vorort.

### **5.2.5.1 Szenario 1: Testergebnis steht noch aus und keine bekannten COVID-19-Fälle in der Einrichtung**

#### **Implementierung von Hygienemaßnahmen**

- Es sollten umgehend, noch vor Vorliegen der Testergebnisse, die erforderlichen Hygienemaßnahmen (PSA bzw. organisatorische Maßnahmen) implementiert und die Heimbewohner, falls diese weiterhin in der Einrichtung betreut werden, in ihrem Zimmer versorgt und die Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten eingeschränkt werden.
- Das Vorgehen entspricht im Wesentlichen den Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen wie bei Vorliegen von SARS-CoV-2-Infektionen ([Abschnitt 3.2-3.4](#)).

- Bei Verlegung in ein Krankenhaus, sollten darüber hinaus der Transportdienst und das Krankenhaus darüber informiert werden, dass es sich um einen Verdachtsfall für eine COVID-19-Erkrankung handelt ([Transport siehe Abschnitte 3.8 u. 3.9](#)).

### **Meldung an das Gesundheitsamt**

Gemäß § 6 IfSG muss der **Verdacht**, die **Erkrankung** sowie der **Tod** in Bezug auf COVID-19 gemeldet werden.

Laut Empfehlungen des RKI gelten als begründete **Verdachtsfälle**:

- Personen mit akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere UND Kontakt mit einem bestätigten Fall von COVID-19
- Auftreten von **zwei oder mehr Lungenentzündungen (Pneumonien)** in einer medizinischen Einrichtung, einem Pflege- oder Altenheim, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, auch ohne Vorliegen eines Erregernachweises.

Detaillierte Hinweise finden Sie unter dem Link [Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Meldung von Verdachtsfällen von COVID-19](#)

Bei begründetem Verdacht auf eine COVID-19-Infektion soll das weitere Vorgehen in Abstimmung mit der örtlichen Gesundheitsbehörde erfolgen.

#### **5.2.5.2 Szenario 2: Bestätigung einer SARS-CoV-2-Infektion oder bereits bekannte SARS-CoV-2 Infektion bei anderen Heimbewohnern/betreuten Personen**

Bei Vorliegen eines bestätigten COVID-19-Falles soll das weitere Vorgehen in Abstimmung mit der örtlichen Gesundheitsbehörde erfolgen.

Gemäß § 6 IfSG muss bei positivem Testergebnis die **Erkrankung** in Bezug auf COVID-19 gemeldet werden.

#### **• Implementierung erweiterter Hygienemaßnahmen sowie der Testung auf SARS-CoV-2**

Die Implementierung der erweiterten Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen ([siehe Abschnitt 3.2-3.4](#)) sowie der Testung auf SARS-CoV-2 soll in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erfolgen.

#### **• Testung auf SARS-CoV-2**

Da SARS-CoV-2-Infektionen auch bei alten Menschen und anderen Risikogruppen asymptomatisch verlaufen können und um Infizierte, die sich noch in der Inkubationsphase befinden, frühzeitig zu detektieren, wird in Absprache mit dem Gesundheitsamt ein umfassendes Screening auf SARS-CoV-2 empfohlen (Bewohner/Betreute und Personal). Dies sollte idealerweise in regelmäßigen Zeitintervallen (z.B. 2 x wöchentlich) durchgeführt werden, da ein einzelner Test nur den Momentzustand widerspiegelt (z.B. Heimbewohner/Pflegepersonal noch in der Inkubationsphase). Dieses Vorgehen kann je nach vorliegender Situation auf einzelne Stationen beschränkt oder ggf. die gesamte Einrichtung ausgedehnt werden. In einer Ausbruchssituation wird dadurch die Zusammenstellung von Kohorten (Fälle/Nicht-Fälle) erleichtert.

- **Identifizierung und Management der Kontaktpersonen** ([siehe Abschnitt 4 Identifizierung und Management von Kontaktpersonen](#))

- **Organisatorische Maßnahmen**

Auch nicht-medizinische organisatorische Maßnahmen sind von großer Bedeutung zur Prävention einer Verbreitung innerhalb der Einrichtung sowie zur Vermeidung eines Exportes nach außen und sollten sofern nicht schon implementiert ggf. mit dem Gesundheitsamt abgestimmt werden (z.B. Zugangsbeschränkungen) ([siehe auch Abschnitt 2 Vorbereitung und Management](#)).

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

Weiterer hilfreicher Link: [Checkliste von Maßnahmen zum Management von respiratorischen Ausbrüchen in Pflegeheimen](#)

### **5.3 Durchführung klinisches Monitoring des Personals auf COVID-19**

Das Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ist bei Auftreten einer COVID-19-Erkrankung bei einem Bewohner oder Betreutem aufgrund ihrer Aufgaben, die insbesondere bei den Pflegekräften einen nahen physischen Kontakt mit den Heimbewohnern erfordern, besonders gefährdet für die Akquirierung und Weiterverbreitung einer COVID-19-Erkrankung. Eine Übertragung kann ebenso zwischen den Mitarbeitern erfolgen, wenn eine unerkannte COVID-19-Erkrankung bei einem der Mitarbeiter vorliegt. Andererseits kann das Personal auch unwissentlich eine extern erworbene COVID-19-Erkrankung in die Einrichtung hineinbringen. Um frühzeitig eine COVID-19-Erkrankung beim Personal zu erkennen, sollte ein regelmäßiger Check auf das Auftreten von Symptomen, die mit einer COVID-19-Erkrankung vereinbar sind, erfolgen sowie eine Dokumentation von Abwesenheiten aufgrund von respiratorischen Symptomen bzw. einer nachgewiesenen COVID-19-Erkrankung oder aufgrund von Quarantänemaßnahmen.

#### **5.3.1 Organisation**

Siehe oben Durchführung eines klinischen Monitorings der Bewohner / Betreuten auf COVID-19 [Abschnitt 5.2.1](#)

#### **5.3.2 Erhebung von Symptomen und Abwesenheiten**

##### **Aktive Erfassung**

Beim Personal soll **täglich** der Status bezüglich des Auftretens von Symptomen, die mit COVID-19 vereinbar sind, erhoben werden. Dies kann durch die Abfrage/Feststellung des Neuauftretens von respiratorischen Symptomen einschließlich der Messung der Körpertemperatur oder durch den Selbstbericht des Personals bei Dienstantritt erfolgen.

##### **Selbstbeobachtung des Personals**

Das Personal sollte auch während der Dienstzeit aufmerksam sein in Bezug auf das Auftreten von

respiratorischen Symptomen/Fieber o. erhöhter Temperatur und sich ggf. bei der Stations-/Pflegedienstleitung melden.

### **Erfassung von Abwesenheiten**

Abwesenheiten des Personals aufgrund des Auftretens von respiratorischen Symptomen oder einer nachgewiesenen COVID-19-Erkrankung oder aufgrund einer Quarantäne/freiwillige (häusliche) Isolierung nach Kontakt mit einem COVID-19-Fall sollten erfasst werden.

### **Dokumentation**

Die Ergebnisse sollen in einem Formblatt dokumentiert werden.

[Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen und Abwesenheiten bei Mitarbeitern \(PDF\)](#)

[Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen und Abwesenheiten bei Mitarbeitern \(Word\)](#)

[Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen bei Besuchern und Dienstleistern \(PDF\)](#)

[Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen bei Besuchern und Dienstleistern \(Word\)](#)

Um einen Überblick über die Gesamtsituation zu gewinnen können die Ergebnisse der Symptomerhebung beim Personal sowie Informationen zu den ggf. daraus resultierenden Maßnahmen (z.B. Durchführung einer Testung, Testergebnisse, häusliche Absonderung) in einer Liste zusammengeführt werden.

[Musterformblatt Gesamtübersicht Mitarbeiter \(PDF\)](#)

[Musterformblatt Gesamtübersicht Mitarbeiter \(Word\)](#)

[Musterbeispiel Gesamtübersicht Mitarbeiter \(Excel-Liste\)](#)

Die bereitgestellten Musterformulare/-listen sollen als Orientierung dienen und können/sollen an die lokale Situation angepasst werden.

### **5.3.3 Testung des Personals auf SARS-COV-2**

- Die diagnostische Testung auf SARS-CoV-2 beim Personal von Alten- und Pflegeheimen bzw. Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigung sollte sehr niederschwellig und ohne Zeitverzug erfolgen. Je nach Setting sollte dies durch den betriebsärztlichen Dienst vor Ort, die Stations-/Pflegedienstleitung oder den betreuenden Hausarzt / Corona Abklärungsstellen veranlasst werden.
- Bei Ausbrüchen in der Einrichtung, sollte das gesamte Personal getestet werden.
- Bei ausreichenden Testkapazitäten kann eine regelmäßige Testung der Mitarbeiter (z. B. wöchentlich oder häufiger) auch unabhängig von dem Auftreten von Symptomen in Abhängigkeit von der lokalen Situation und in Absprache mit dem Gesundheitsamt veranlasst werden.
  - Mitarbeiter, die SARS-COV-2-positive Bewohner/Betreute versorgen, sollten regelmässig getestet werden
  - Eine regelmäßige Testung von Personal in Gebieten mit erhöhter Inzidenz kann erwogen werden.
  - Regelmäßige Testungen sind auch möglich z.B. im Rahmen von betriebsärztlichen Untersuchungen

Detaillierte Informationen finden sich in dem Dokument [Nationale Teststrategie](#)

#### 5.3.4 Vorgehen

Die Heimleitung sollte ein Vorgehen festlegen wie zu verfahren ist, wenn Mitarbeiter akute Symptome entwickeln bzw. aufweisen.

- Allgemeine präventive Maßnahmen
  - Mitarbeiter mit akuten respiratorischen Symptomen/Fieber sollen zu Hause bleiben
  - Mitarbeiter, die am Arbeitsplatz Symptome entwickeln müssen sich bei Ihrem Vorgesetzten und dem betriebsärztlichen Dienst melden und den Arbeitsplatz unverzüglich verlassen (mit Mund-Nasen-Schutz).
- Bei begründetem COVID-19-Verdachtsfall sowie bei bestätigter COVID-19-Infektion sollte das Kontaktpersonenmanagement in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erfolgen. In dem Dokument [Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter Personal von Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Personalmangel](#) werden Empfehlungen für das Kontaktpersonenmanagement unter Berücksichtigung der Personalsituation gegeben.

## 6 Ausbruchmanagement

Wenn in der Einrichtung bei den Heimbewohnern, 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 zeitnahe, koordiniertes und effektives Vorgehen unabdingbar, um schwerwiegende Folgen für die in der Einrichtung lebenden Menschen abzuwenden. 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 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 zu erkennen und zu unterbrechen.

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

## 7 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.

## 8 Zur weiteren Beachtung

Die Bewohner/Betreuten sowie das Personal sollten hinsichtlich der von der ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen beraten werden und ggf. sollte eine Vervollständigung des Impfschutzes angeboten oder in Abstimmung mit den Betroffenen in die Wege geleitet werden (z.B. Influenza, Pneumokokken).

[STIKO zur Durchführung von empfohlenen Schutzimpfungen während der COVID-19-Pandemie](#)

## 9 Referenzen und Links

1. Stone ND, Ashraf MS, Calder J, Crnich CJ, Crossley K, Drinka PJ, Gould CV, Juthani-Mehta M, Lautenbach E, Loeb M, Maccannell T, Malani PN, Mody L, Mylotte JM, Nicolle LE, Roghmann MC, Schweon SJ, Simor AE, Smith PW, Stevenson KB, Bradley SF; Society for Healthcare Epidemiology Long-Term Care Special Interest Group. [Surveillance definitions of infections in long-term care facilities: revisiting the McGeer criteria.](#) Infect Control Hosp Epidemiol. 2012 Oct;33(10):965-77. doi: 10.1086/667743.

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;

[https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/184-001l\\_S1\\_Soz\\_Teilhabe\\_Lebensqualitaet\\_stat\\_Altenhilfe\\_Covid-19\\_2020-08.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-001l_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-08.pdf)

„Aktion Saubere Hände in Alten- und Pflegeheimen; die 5 Indikationen zur Händedesinfektion“

<https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/alten-und-pflegeheime/5-indikationen/>

Schutzhandschuhe sicher ausziehen.

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/PSA\\_Fachpersonal/Handschuhe\\_ausziehen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/PSA_Fachpersonal/Handschuhe_ausziehen.pdf?__blob=publicationFile)

Atemschutzmaske und Schutzbrille sicher anlegen.

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/PSA\\_Fachpersonal/PSA\\_anlegen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/PSA_Fachpersonal/PSA_anlegen.pdf?__blob=publicationFile)

Atenschutzmaske und Schutzbrille sicher ablegen.

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/PSA\\_Fachpersonal/PSA\\_ablegen.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/PSA_Fachpersonal/PSA_ablegen.pdf?blob=publicationFile)

Atenschutzmaske: Häufige Anwendungsfehler.

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/PSA\\_Fachpersonal/PSA\\_Anwendungsfehler.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/PSA_Fachpersonal/PSA_Anwendungsfehler.pdf?blob=publicationFile)