



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.21,19.05.2021

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	8
3.2.2	Personenschutzmaßnahmen / Persönliche Schutzausrüstung	8
3.2.3	Desinfektion und Reinigung	9
3.2.3.1	Desinfektionsmittel	9
3.2.3.2	Umgebungsdesinfektion.....	9
3.2.3.3	Medizinprodukte	10
3.2.3.4	Geschirr.....	10
3.2.3.5	Wäsche, Betten und Matratzen	10
3.2.3.6	Abfallentsorgung	10
3.2.3.7	Schlussdesinfektion	11
3.3	Regelungen Neuaufnahmen und Verlegungen	11
3.4	Dauer der besonderen Maßnahmen für SARS-CoV-2-positive Bewohner*innen/Betreute	12
3.5	Transport eines COVID-19 Erkrankten innerhalb der Einrichtung	13
3.6	Transport eines COVID-19 Erkrankten außerhalb der Einrichtung	13
3.7	Verlegung/externe medizinische Betreuung von Bewohner*innen ohne bekannte SARS-CoV-2-Infektion	13
3.8	Besucherregelungen.....	14
3.8.1	Allgemeine Besucherregelungen.....	15
3.8.2	Anpassungen der Besucherregelungen unter Berücksichtigung des Impf- und Genesenenstatus*	15
4	Identifizierung und Management von Kontaktpersonen	16
5	Aktive Surveillance von mit COVID-19-vereinbaren Symptomen	17
5.1	Vorbemerkung.....	17
5.2	Durchführung des klinischen Monitorings auf COVID-19 bei Bewohner*innen/Betreuten	18
5.2.1	Organisation	18
5.2.2	Erhebung der Symptome.....	18
5.2.3	Medizinische Versorgung	20

5.2.4	Diagnostische Testung auf SARS CoV-2	20
5.2.5	Weiteres Vorgehen bei symptomatischen Bewohner*innen/Betreuten	21
5.2.5.1	Szenario 1: Testergebnis steht noch aus und keine bekannten COVID-19-Fälle in der Einrichtung	21
5.2.5.2	Szenario 2: Bestätigung einer SARS-CoV-2-Infektion oder bereits bekannte SARS-CoV-2 Infektion bei anderen Bewohner*innen/Betreuten	22
5.3	Durchführung klinisches Monitoring des Personals auf COVID-19	23
5.3.1	Organisation	23
5.3.2	Erhebung von Symptomen und Abwesenheiten	23
5.3.3	Testung des Personals auf SARS-CoV-2	24
5.3.4	Vorgehen	24
6	Ausbruchsmanagement.....	25
7	Hinweise zur SARS-CoV-2-Testung	25
8	Umgang mit Verstorbenen	32
9	Impfungen	32
10	Anpassung der Empfehlungen zum Infektionsschutz unter Berücksichtigung des Impf- und Genesenenstatus	34
10.1	Hintergrund	34
10.2	Zielvorgaben	36
10.3	Anpassungen der Empfehlungen zum Infektionsschutz in der Phase der Impfimplementierung	37
11	Referenzen und Links	40

1 Vorbemerkung

Bewohner*innen von Alten- und Pflegeeinrichtungen, und Bewohner*innen 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 breitgefächerter 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

Angemessen 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

Das Management der Einrichtung möglichst in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden ein COVID-19-Plan erarbeiten. 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 interdisziplinären Teams mit klarer Zuordnung von Verantwortlichkeiten für die verschiedenen Bereiche wie z. B. Hygiene/ Infektionskontrolle, medizinische Versorgung, Kommunikation, Beschaffung von notwendigem Material.
- Information der Heimbewohner*innen, 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 Kontakt zu den Bewohner*innen (z.B. hinsichtlich der Einhaltung der Abstandsregelung auch unter dem Personal, Händehygiene, Tragen von MNS im Bereich der Heimbewohner*innen (insbesondere Reinigungspersonal!)) bei allen Tätigkeiten im Bewohnerbereich.
- In Abhängigkeit von der epidemiologischen Lage, der COVID-19-Situation der Einrichtung und der Durchimpfungsrate in der Einrichtung, die Implementierung organisatorischer Maßnahmen zur Kontaktreduzierung innerhalb der Einrichtung (z.B. zeitlich gestaffelte gemeinsame Mahlzeiten).
- In Abhängigkeit von der epidemiologischen Lage, der COVID-19-Situation und der Durchimpfungsrate in der Einrichtung, die Implementierung und Durchsetzung von Zugangsregelungen für Besucher, externe Dienstleister (z.B. Friseur, Fußpfleger, Physiotherapeuten) und anderen Personen wie z.B. ehrenamtliche Mitarbeiter*innen und Seelsorger*innen. Falls Zugang zur Einrichtung gewährt wird, sollte dies unter Einhaltung bestimmter Bedingungen erfolgen ([siehe unten 3.8 Besucherregelungen](#))
- 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 z.B. die Verhängung eines Aufnahme-/Verlegungsstopps oder die Nutzung von Rehabilitationseinrichtungen für die Behandlung von COVID-19-Patienten erfolgen.
- Es sollten feste Kleingruppen unter den Bewohner*innen / 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 [Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie](#).

Im Folgenden werden für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen 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. Die hier aufgeführten Maßnahmen sind gleichermaßen bei Infektionen durch die ursprünglich zirkulierende Virusvariante („SARS-CoV-2-Wildtyp“) als auch bei Infektionen durch die [besorgniserregenden Virusvarianten \(Variants of Concern, VOC\)](#) von SARS-CoV-2 anzuwenden.

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 aus Gründen des Risikopersonenschutzes während der Pandemie empfohlen. Durch das korrekte Tragen von MNS innerhalb der Einrichtungen kann das Übertragungsrisiko auf Bewohner*innen und andere Mitarbeiter*innen 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 Mitarbeiter*innen gar nicht bemerkt wird. Darüber hinaus wurde nachgewiesen, dass bereits einige Tage vor Auftreten der ersten Krankheitssymptome das Virus ausgeschieden und übertragen werden kann.
- Als Ergebnis der in jeder Einrichtung durchzuführenden Gefährdungsbeurteilung gemäß § 4 der BioStoffV sind ggf. erweiterte Arbeitsschutzmaßnahmen erforderlich. Siehe auch [Empfehlungen der](#)

[BAuA und des ad-Hoc AK „Covid-19“ des ABAS zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2](#) und [Empfehlungen der BGW](#) (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege).

- Ein MNS sollte, soweit dies toleriert wird, auch von den Bewohner*innen/Betreuten bei Kontakt mit anderen Personen getragen werden.
- Allgemeine Hygienemaßnahmen für Bewohner*innen/Betreute, Personal (auch Reinigungskräfte), Besucher:
 - Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes
 - Beachtung der Abstandsregelung (1,5 - 2 m)
 - 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. Bei pflegerisch tätigem Personal ist situationsbedingt ggf. eine hygienische Händedesinfektion erforderlich.
 - Kontaktreduzierung (Mitbewohner, Besucher)
- Einmaltaschentücher sollten in allen Bereichen, auch den Wohnbereichen der Bewohner*innen, 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 Heimbewohner*innen 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. Siehe auch die - Stellungnahme des UBA: [Das Risiko einer Übertragung von SARS-CoV-2 in Innenräumen lässt sich durch geeignete Lüftungsmaßnahmen reduzieren.](#)

3.2 Erweiterte Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen

Erweiterte Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen finden Anwendung bei Personen mit bestätigter Covid-19-Erkrankung, bei Kontaktpersonen sowie bei symptomatischen Personen, für die noch kein Testergebnis vorliegt. Siehe auch [Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2](#)

3.2.1 Räumliche und personelle Maßnahmen

- Unterbringung und Versorgung von SARS-CoV-2-positiven Heimbewohner*innen, von Kontaktpersonen sowie symptomatischen Heimbewohner*innen noch vor dem Vorliegen eines Testergebnisses in einem Einzelzimmer möglichst mit eigener Nasszelle. Die Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten mit SARS-CoV-2-negativen Bewohner*innen 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*innen ohne Symptome bzw. Kontakt; mit großer Wahrscheinlichkeit negativ)
 2. für Verdachtsfälle (z. B: Kontakte oder symptomatische Bewohner*innen und Bewohner*innen, für die noch kein Testergebnis vorliegt)
 3. für COVID-19-Fälle (SARS-CoV-2 positiv getestet)

Im Falle des zusätzlichen Vorliegens einer besorgniserregenden SARS-CoV-2-Virusvariante (VOC, Variant of Concern) oder einer anderen Infektionskrankheit wie z. B. Influenza sollte, sofern möglich, ein weiterer separater Bereich eingerichtet werden. Dies gilt nicht für die zurzeit vorherrschende B.1.1.7-Variante.

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

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

- Risiken durch raumluftechnische Anlagen, durch die eine Verbreitung des Erregers in Aerosolen auf andere Räume möglich ist, sind vor Ort zu bewerten und zu minimieren.

3.2.2 Personenschutzmaßnahmen / Persönliche Schutzausrüstung

siehe auch "[Hygienemaßnahmen in der Pflege von COVID-19 Patienten](#)".

- Für die Versorgung von COVID-19-Erkrankten und krankheitsverdächtigen Heimbewohner*innen 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). 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](#).

- 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 Heimbewohner*innen 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 /Bewohnerin 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. Handschuhwechsel) gemäß den 5 Momenten der Händehygiene müssen umgesetzt 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 sollen vor Verlassen des Zimmers in einem geschlossenen Behältnis entsorgen werden ([siehe Abschnitt 3.2.3.6 Abfallentsorgung](#)).
- Beobachtung des Gesundheitszustandes des eingesetzten Personals ([siehe 5. Aktive Surveillance](#))

In Einrichtungen, in welchen die erweiterten hygienischen Maßnahmen bei der Betreuung von SARS-CoV-2-positiven Personen nicht in ausreichendem Maß umgesetzt werden können bzw. ein Schutz vor der Weiterverbreitung des Virus nach dem Ermessen der Einrichtungsleitung und des Gesundheitsamts aufgrund der gegebenen Umstände nicht gewährleistet werden kann, sollte(n) die betroffene(n) Person(en) vorübergehend in eine für die Betreuung/Behandlung von SARS-CoV-2-positiven Patienten ausgelegte Einrichtung verlegt werden.

3.2.3 Desinfektion und Reinigung

3.2.3.1 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.

3.2.3.2 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.

3.2.3.3 Medizinprodukte

Alle Medizinprodukte mit direktem Kontakt zu den Heimbewohner*innen (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](#)

3.2.3.4 Geschirr

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

3.2.3.5 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.

3.2.3.6 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.
- Abfälle aus **labordiagnostischen Untersuchungen** von COVID-19 sind, wenn sie nicht nur als einzelne Tests vorliegen, genau wie alle anderen Abfälle aus der mikrobiologischen und virologischen Diagnostik vor Ort mit einem anerkannten Verfahren zu desinfizieren oder der Abfallschlüsselnummer ASN 18 01 03* zuzuordnen. Die Entsorgung von Abfällen von Antigen-Schnelltests, die z.B. im Rahmen von Point of Care Tests (POCT) anfallen, kann nach Abfallschlüssel ASN 18 01 04 gemäß Richtlinie der LAGA Nr. 18 in einem reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und dichten Behältnis (z. B. dickwandiger Müllsack), bevorzugt mit Doppelsack- Methode, und

gemeinsam mit Abfällen aus den Haushalten erfolgen, wenn sichergestellt ist, dass diese Abfälle direkt einer Siedlungsabfallverbrennungsanlage zugeführt werden.

- Zu weiteren Regelungen zur Entsorgung von COVID-19-Schnelltests und Impfabfällen siehe "[Bund-/Länderempfehlung zu aktuellen Fragen der Abfallentsorgung - Hinweise zur Entsorgung von Abfällen aus Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19](#)".
- Abfälle aus Haushalten sind Restabfall ([ASN 20 03 01](#)).

3.2.3.7 Schlussdesinfektion

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

3.3 Regelungen Neuaufnahmen und Verlegungen

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

- **Bewohner*innen/Betreute ohne engen Kontakt zu SARS-CoV-2 positiven Personen und ohne Symptome vereinbar mit COVID-19, die NICHT vollständig geimpft* oder von einer SARS-COV-2-Infektion genesen* sind:**
 - Die Bewohner*innen bzw. betreuten Personen 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 Verkürzung der Quarantänezeit auf 7 Tage sollte vor deren Beendigung ein AG-Schnelltest durchgeführt werden.
 - Bei Entwicklung von Symptomen, die mit einer COVID-19-Erkrankung vereinbar sind, sollte umgehend eine Testung auf SARS-CoV-2 durchgeführt werden ([siehe 5.2.4 Diagnostische Testung auf SARS-CoV-2](#))
 - Gemäß Nationaler Teststrategie wird auch bei asymptomatischen Personen eine Testung bei bzw. vorzugsweise vor Aufnahme empfohlen (PCR-Test). Hier ist zu beachten, dass ein negatives Testergebnis eine Infektion nicht ausschließt. Siehe auch [Abschnitt 7 Hinweise zur SARS-CoV-2-Testung](#).
 - Nichtgeimpften Personen sollte zeitnah eine Impfung angeboten werden. Bei Vorliegen einer Erstimpfung sollte dafür Sorge getragen werden, dass die ggf. erforderliche Zweitimpfung in dem gebotenen Zeitabstand erfolgen kann. Es sollte angestrebt werden, dass die Bewohner*innen **VOR** der Aufnahme in die Einrichtung geimpft werden (zumindest die Verabreichung der Erstimpfung).

- **Bewohner*innen/Betreute ohne engen Kontakt zu SARS-CoV-2 positiven Personen und ohne Symptome vereinbar mit COVID-19, die einen vollständigem Impfschutz* bzw. gültigem Genesenenstatus* aufweisen:**
 - Die Quarantäne kann ausgesetzt werden.
 - Weiterhin Testung gemäß nationaler Teststrategie bzw. Länderverordnung.
- **Bewohner*innen/Betreute mit Symptomen vereinbar mit COVID-19**
Das Verfahren ist unabhängig vom Impf- bzw. Genesenenstatus und in [Abschnitt 5.2.5 Weiteres Vorgehen bei symptomatischen Bewohnerinnen/Betreuten](#) beschrieben.
- **Bewohner*innen/Betreute mit engem Kontakt zu SARS-CoV-2-positiven Personen und ohne Symptome vereinbar mit COVID-19**
Verfahren siehe [Abschnitt 4 Identifizierung und Management von Kontaktpersonen](#)

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

*siehe Begriffsbestimmung [„Vollständiger Impfschutz“](#) und [„Gültiger Genesenenstatus“](#)

3.4 Dauer der besonderen Maßnahmen für SARS-CoV-2-positive Bewohner*innen/Betreute

Auf Grundlage von Daten über die Dauer der Erregerausscheidung bei nicht mehr symptomatischen Personen hat das RKI in Abstimmung mit der Arbeitsgruppe Infektionsschutz der AOLG [Entlassungskriterien aus der Isolierung](#) erarbeitet, die Empfehlungen für das Vorgehen bei Bewohner*innen von Alten- und Pflegeheimen enthalten, die auch auf Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen Anwendung finden können.

- **Kriterien für die Aufhebung der Isolierung bei nicht vollständig geimpften Bewohner*innen**
 - Symptomfreiheit für mindestens 48 Stunden,
 - Frühestens 14 Tage nach Symptombeginn bzw. Erstnachweis des Erregers bei asymptomatischen Personen,
 - Negative PCR-Untersuchung auf SARS-CoV-2
- **Kriterien für die Aufhebung der Isolierung bei asymptomatischen Personen mit direktem Sars-CoV-2-Nachweis nach vollständiger Impfung**
 - Isolierung für 5 Tage (unabhängig von der initial festgestellten Viruslast) und Durchführung einer abschließenden PCR-Verlaufsuntersuchung
 - Bleibt die Person durchgehend asymptomatisch UND ist das Ergebnis der PCR-Verlaufsuntersuchung nach korrekter Probennahme negativ bzw. unterhalb des definierten Schwellenwertes, so kann nach 5 Tagen eine Entisolierung erfolgen.

- Entwickelt die Person Symptome oder weist das Ergebnis der PCR-Verlaufsuntersuchung eine Viruslast oberhalb des Schwellenwertes aus, so greifen unabhängig vom Impfstatus die generellen Entisolierungskriterien.

Eine detaillierte Beschreibung der Vorgaben, insbesondere auch hinsichtlich der Modalitäten der PCR-Untersuchung und der Besonderheiten des Vorgehens bei medizinischem Personal findet sich in dem Dokument [COVID-19: Entlassungskriterien aus der Isolierung](#).

3.5 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 Bewohner*innen 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](#)).

3.6 Transport eines COVID-19 Erkrankten außerhalb der Einrichtung

- Vor Beginn des Transportes ist die/das aufnehmende Einrichtung/Krankenhaus über die Einweisung des Bewohners/Bewohnerin 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.

3.7 Verlegung/externe medizinische Betreuung von Bewohner*innen ohne bekannte SARS-CoV-2-Infektion

- Bei Verlegung von Bewohner*innen in eine andere Gesundheitseinrichtung z.B. wenn eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus erforderlich wird, sollte diese vorab darüber informiert werden, ob in der verlegenden Einrichtung unter den Bewohner*innen/Betreuten/Mitarbeiter*innen SARS-CoV-2-positive Fälle innerhalb der letzten 14 Tage aufgetreten sind.
Dies ist unabhängig davon, ob für die zu verlegenden Bewohner*innen ein aktuelles, negatives Testergebnis für SARS-CoV-2 vorliegt oder ob zum Zeitpunkt der Verlegung kein aktuelles SARS-CoV-2-Testergebnis zur Verfügung steht oder ob die zu verlegende Bewohner*in geimpft ist.

- Dies gilt in gleiche Weise für die medizinische Versorgung von extern wie z.B. die Behandlung durch den Hausarzt oder die Versorgung durch einen externen Pflegedienst. Die betreffenden medizinischen Dienstleister sollten vorab/zeitnah über das Auftreten von SARS-CoV-2-positiven Fällen (s.o.) in der Einrichtung informiert werden.

3.8 Besucherregelungen

In den Besucherregelungen wird unter Berücksichtigung der Vorgaben der jeweiligen Landesregierung festgelegt ob und unter welchen Bedingungen Besuche in den Einrichtungen stattfinden können. Dazu sollte von der Einrichtung in Kooperation mit dem Gesundheitsamt ein einrichtungsspezifisches Besuchskonzept erstellt werden. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass Besucherregelungen (z.B. die Verfügung von Besuchsrestriktionen sowie deren Lockerung) nicht isoliert betrachtet werden dürfen, sondern, dass sie Teil des gesamten Spektrums der in der Einrichtung implementierten Infektionsschutzmaßnahmen sind und mit diesen verzahnt werden müssen.

Bei der Erstellung und Ausgestaltung des Besuchskonzeptes sollten auch im Sinne einer Risikoabschätzung folgende **Eckpunkte** berücksichtigt werden:

- das Infektionsgeschehen in der Einrichtung (COVID-19-Fälle ja/nein)
- die epidemiologische Lage im Einzugsgebiet
- die Implementierung von Maßnahmen, die im Falle eines Eintrags in die Einrichtung eine Weiterverbreitung verhindern können (z.B. Vorhandensein von geschultem Personal, Teststrategie in der Einrichtung usw.)
- räumliche Gegebenheiten
- Möglichkeiten der SARS-CoV-2-Testung von Besuchern siehe [Abschnitt 7 Hinweise zur SARS-CoV-2-Testung](#)
- Individueller Impfstatus der Bewohner*innen/Besucher*innen und Durchimpfungsrate von Bewohner*innen und Personal
- Möglichkeiten zur Nutzung digitaler Kommunikationstechniken
- Vorgehen in besonderen Situationen die individuellen Bewohner*innen betreffend
- Soweit möglich Berücksichtigung der Wünsche der Bewohner*innen/Betreuten im Sinne einer bewohnerzentrierten Vorgehensweise

Neben der Abschätzung der Risiken sollten auch die möglichen Auswirkungen auf das Wohlergehen der Bewohner*innen/Betreuten, der Angehörigen sowie des Personals der Einrichtung in die Überlegungen miteinbezogen werden. Letztendlich muss eine Abwägung erfolgen zwischen dem Nutzen der Maßnahmen zum Schutz der Bewohner*innen/Betreuten/ Mitarbeiter*innen vor einer Infektion und deren potentiellen Folgen und den möglichen negativen psychosozialen Auswirkungen sowie anderen Kollateralschäden. Dies ist, gerade auch unter dem Aspekt einer sich ständig wandelnden Situation, eine schwierige Gratwanderung.

3.8.1 Allgemeine Besucherregelungen

- Besucher mit Erkältungssymptomen sowie Kontaktpersonen von COVID-19-Infizierten sollen ungeachtet des Impf- bzw. Genesenenstatus der Einrichtung fernbleiben.
- Jeder Besuch muss registriert (Name des Besuchers, Datum des Besuchs, besuchter HeimbewohnerIn) und auf Symptome vereinbar mit COVID-19 gescreent werden.
- Ein Antigen-Schnelltest sollte bei Personen ohne vollständige Impfung und Personen, die keinen gültigen Genesenenstatus* haben durchgeführt werden.
- Die Besucher müssen in den erforderlichen Schutzmaßnahmen unterwiesen werden. Diese beinhalten:
 - das Einhalten von mindestens 1,5 - 2 m Abstand zu den Bewohner*innen, anderen Besucher*innen und dem Personal
 - das Tragen eines mehrlagigen Mund-Nasen-Schutzes oder einer FFP2-Maske
 - die Händedesinfektion vor dem Betreten und beim Verlassen des Bewohnerzimmers
- Die Besuche sollten so organisiert werden, dass die Einhaltung der AHA+L-Regeln im Patientenzimmer (z.B. bei mehreren Besuchern, Doppelzimmer), in den Besuchsräumen und in anderen Räumlichkeiten der Einrichtung gewährleistet werden können. Dadurch kann es erforderlich werden, dass die Anzahl und Dauer der Besuche begrenzt und Besuche ggf. terminiert werden müssen. Diese Maßgaben sind unabhängig vom Impf- bzw. Genesenenstatus von Bewohner*innen und Besucher*innen.
- Die Einrichtung sollte Sonderregelungen für besondere individuelle Situationen (z.B. palliative Situation) festlegen.

3.8.2 Anpassungen der Besucherregelungen unter Berücksichtigung des Impf- und Genesenenstatus*

- Bei Kontakt von Bewohner*innen und Besucher*innen mit vollständigem Impfschutz bzw. gültigem Genesenenstatus untereinander (ohne Anwesenheit von Nicht-Geimpften bzw. Personen ohne gültigen Genesenenstatus) kann auf das Einhalten der Abstandsregelungen sowie das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes verzichtet werden.
- Bei Bewohner*innen mit vollständigem Impfschutz bzw. gültigem Genesenenstatus können auch nähere physische Kontakte mit Besucher*innen ohne vollständigen Impfschutz bzw. gültigen Genesenenstatus, die selbst kein Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben, ermöglicht werden, sofern die Bewohner*innen und Besucher*innen einen MNS tragen. Die Besucher*innen sind darüber aufzuklären, dass sie einem gewissen Infektionsrisiko ausgesetzt sind.
- Auf eine Testung mittels Antigen-Schnelltest bei vollständig geimpften bzw. genesenen Besucher*innen kann verzichtet werden.
- Die Empfehlung zu Besucherrestriktionen im Falle eines Ausbruchsgeschehens in der Einrichtung bleibt bestehen unabhängig vom individuellen Impf- oder Genesenen-Status und dem Durchimpfungsgrad der Bewohner*innen bzw. des Personals. Das Ausmaß von Besucherrestriktionen orientiert sich am Umfang des Ausbruchsgeschehens (Zahl der Fälle und betroffenen Bereiche), den räumlichen Gegebenheiten (z.B. Möglichkeit der Kohortierung), der Möglichkeit der Isolierung und des Einsatzes der erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen. So

können Besucherrestriktionen je nach Situation in abgestufter Form umgesetzt werden. Sie können sich beispielsweise auf einzelne infizierte Bewohner*innen bzw. betroffene Wohnbereiche beschränken (z. B. bei Auftreten von Einzelfällen in einem Wohnbereich) oder müssen ggf. aufgrund der Ausdehnung des Ausbruchsgeschehens auf mehrere Wohnbereiche oder die gesamte Einrichtung erweitert werden.

*siehe Begriffsbestimmung [„Vollständiger Impfschutz“](#) und [„Gültiger Genesenenstatus“](#)

Zur Unterstützung der Einrichtungen in der Erstellung des einrichtungsspezifischen Besuchskonzeptes hat das Bundesministerium für Gesundheit die Broschüre [Besuche sicher ermöglichen. Besuchskonzepte in stationären Einrichtungen der Langzeitpflege während der Corona-Pandemie](#) herausgegeben.

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 bestätigten COVID-19-Fall im infektiösen Zeitintervall. Kontaktpersonen können andere Bewohner*innen/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*innen. 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.

- **Grundlagen der Vorgehensweise**

Als allgemeine Grundlage dient das Dokument [Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen](#), das detaillierte Informationen zur Definition eines engen Kontaktes und zum Infektionsmanagement enthält.

- **Anpassungen des Kontaktpersonenmanagements bei asymptomatischen Bewohner*innen/Betreuten mit vollständigem Impfschutz bzw. gültigem Genesenenstatus***

- Bei engem Kontakt zu SARS-CoV-2-infizierten Personen zunächst keine Änderung der bestehenden [Empfehlungen zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung](#) (14 Tage Quarantäne, Symptomkontrolle, Testung), da es sich um eine besonders vulnerable Gruppe handelt und die Weitergabe einer möglicherweise erworbenen Infektion auf Ungeimpfte vermieden werden soll.
- Unter Berücksichtigung der Durchimpfungsrate bei Bewohner*innen und Beschäftigten, der örtlichen Gegebenheiten und bei Einhalten der AHA+L-Regeln kann in einer Einrichtung in Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt von Quarantäne-Maßnahmen abgesehen werden. Dies sollte ggf. begleitet werden von engmaschigen Symptomkontrollen und Testungen (zeitnaher PCR-Test gefolgt von wöchentlich 2-maligem und abschließendem AG-Schnelltest) für

die Dauer von 14 Tagen.

- **Anpassungen des Kontaktpersonenmanagements bei asymptomatischem Personal mit vollständigem Impfschutz bzw. gültigem Genesenenstatus***
 - Die 14-tägige Quarantäne kann ausgesetzt werden jedoch unter Beibehaltung der Symptomkontrolle und der Durchführung engmaschiger Testungen (zeitnaher PCR-Test und in der Folge wöchentlich 2-maligem und abschließenden AG-Schnelltest) für die Dauer von 14 Tagen.
 - Personal, das entweder beruflich oder privat einen engen Kontakt zu ungeimpften Risikogruppen hat, sollte jedoch **wenn möglich** die berufliche Tätigkeit bzw. ihren privaten Umgang mit Risikogruppen für 14 Tage nach dem letzten Kontakt zu dem Fall einstellen.
Detaillierte Beschreibung siehe [Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie](#) (Unterpunkt: 4. Kontaktpersonenmanagement in der medizinischen Versorgung)
- **Besorgniserregende SARS-CoV-2-Varianten, VOC (nicht B.1.1.7)**
Bei Nachweis einer besorgniserregenden SARS-CoV-2-Variante (VOC) (nicht B.1.1.7) bei der Kontaktperson bzw. Verdacht auf das Vorliegen einer entsprechenden VOC (z.B. bei einem Ausbruchsgeschehen mit VOC oder vermehrtem regionalen Auftreten einer VOC) ist unabhängig vom Impf- bzw. Genesenenstatus der Bewohner*innen/Betreuten bzw. des Personals eine 14-tägige Quarantäne grundsätzlich immer empfohlen.

Mit der Möglichkeit einer Impfung entfallen die bisherigen Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme von Kontaktpersonen unter medizinischem und/oder pflegendem Personal bei relevantem Personalmangel. Das Vorgehen in besonderen Fällen sollte zwischen Einrichtung und Gesundheitsamt abgestimmt werden.

*siehe Begriffsbestimmung [„Vollständiger Impfschutz“](#) und [„Gültiger Genesenenstatus“](#)

5 Aktive Surveillance von mit COVID-19-vereinbaren Symptomen

5.1 Vorbemerkung

Durch ein aktives Monitoring des Auftretens von respiratorischen und anderen mit einer COVID-19-Erkrankung assoziierten Symptomen bei Bewohner*innen 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 (Neuauftreten oder akute Verschlechterung bei bestehender Vorerkrankung der Atemwege).

Ziele der aktiven Surveillance

- Frühzeitige Detektion des Auftretens von Symptomen und Durchführung diagnostischer Tests
- Zeitgerechte Einleitung der notwendigen medizinischen Maßnahmen
- Unverzögliche 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 Heimbewohner*innen, Betreuten und Personal (z.B. Symptome, Testung auf SARS-CoV-2, betroffene Organisationseinheit), die einen Überblick gibt über die Entwicklung der Situation in der Einrichtung und als Grundlage zur weiteren Planung (z.B. Kohortierung) dienen soll.

5.2 Durchführung des klinischen Monitorings auf COVID-19 bei Bewohner*innen/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/eine Hygiene-beauftragter Mitarbeiter*in sein.

Aufgaben

- Mindestens 1 x tägliche Erfassung und Dokumentation der entsprechenden klinischen Symptome bei Heimbewohner*innen, Betreuten und Personal.
- Zusammenführen bzw. Dokumentation der klinischen Symptomatik und anderer relevanter Informationen zu den Bewohner*innen/Betreuten und dem Personal in jeweils einer Gesamtübersicht in Form einer Excel-Tabelle.

5.2.2 Erhebung der Symptome

Bei allen Bewohner*innen/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 Neuauftritts 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 Bewohner*innen/Betreuten 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 Bewohnern*innen/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 sensibler wahrgenommen und erkannt werden.

Neu aufgenommene Bewohner*innen/Betreute in den Einrichtungen sollen umgehend hinsichtlich Symptomen, die mit COVID-19 vereinbar sind befragt/untersucht werden. Falls solche Symptome angegeben werden, sollte unverzüglich 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*innen vorliegen.

- **Selbstbeobachtung**

Bewohner*innen/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 Bewohner*innen/Betreuten \(PDF\)](#)

[Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen bei Bewohner*innen/Betreuten \(Word\)](#)

Um einen Überblick über die Gesamtsituation in der Einrichtung zu gewinnen können die Ergebnisse der Symptomerhebung bei Bewohner*innen/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*innen/Betreute \(Kurzfassung, PDF\)](#)

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

[Musterbeispiel Gesamtübersicht Bewohner*innen/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*in veranlasst zur weiteren Abklärung und zum Festlegen des weiteren Vorgehens (Verbleib in der Einrichtung oder Hospitalisierung) eine ärztliche Konsultation (betreuender Heimarzt*in oder Hausarzt*in) 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/Mitarbeiterin vor Ort oder die betreuenden Hausarzt*in bzw. Heimarzt*in 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. Bei symptomatischen Personen wird der Einsatz eines PCR-Tests empfohlen, siehe [Abschnitt 7 Hinweise zur SARS-CoV-2-Testung](#).

Orientierungshilfe: [COVID-19-Verdacht: Maßnahmen und Testkriterien - Orientierungshilfe für Ärzte](#)
Gegebenenfalls sollten differentialdiagnostisch auch andere Erreger respiratorischer Infekte in Betracht gezogen werden. So sollte in der Influenza-Saison 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 Vorgehen bei symptomatischen Bewohner*innen/Betreuten

Das weitere Vorgehen bei symptomatischen Bewohner*innen/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 Bewohner*innen/Betreuten, 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](#)).
- 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 3.5 u. 3.6](#)).

- **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 Bewohner*innen/Betreuten oder Mitarbeitern*innen

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](#)) 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*innen/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. Bewohner*innen/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.

Siehe auch [Abschnitt 7 Hinweise zur SARS-CoV-2-Testung](#)

- **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, Einschränkungen von Gemeinschaftsaktivitäten); 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 Bewohner*innen oder Betreuten aufgrund ihrer Aufgaben, die insbesondere bei den Pflegekräften einen nahen physischen Kontakt mit den Bewohner*innen/Betreuten erfordern, besonders gefährdet für die Akquirierung und Weiterverbreitung einer COVID-19-Erkrankung. Eine Übertragung kann ebenso zwischen den Mitarbeiter*innen erfolgen, wenn eine unerkannte COVID-19-Erkrankung bei einem der Mitarbeiter*innen 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*innen/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) Selbstisolierung 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

- **Diagnostische Testung**

Die diagnostische Testung auf SARS-CoV-2 bei symptomatischem 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 symptomatischen Personen wird der Einsatz eines PCR-Tests empfohlen.

- **Routine-Testung**

Die Mitarbeiter*innen sollten gemäß Länderverordnung in Absprache mit dem Gesundheitsamt und entsprechend dem einrichtungsspezifischen Testkonzept auch unabhängig von dem Auftreten von Symptomen regelmäßig getestet werden (z. B. wöchentlich). Dies sollte zunächst auch bei vollständig geimpftem und genesenem Personal fortgeführt werden. Bei geimpften und genesenen Personen kann jedoch die Testhäufigkeit reduziert werden.

Eine Zusammenstellung der verschiedenen Testindikationen und jeweils empfohlenen Testverfahren findet sich in [Abschnitt 7 Hinweise zur SARS-CoV-2-Testung](#).

5.3.4 Vorgehen

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

Allgemeine präventive Maßnahmen

- Mitarbeiter*innen mit akuten respiratorischen Symptomen/Fieber sollen zu Hause bleiben
- Mitarbeiter*innen, 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.

6 Ausbruchmanagement

Wenn in der Einrichtung bei den Heimbewohner*innen, den Betreuten oder dem Personal COVID-19-Erkrankungen nachgewiesen werden, müssen zur Vermeidung einer weiteren Ausbreitung in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt umgehend Maßnahmen ergriffen werden. Da SARS-CoV-2 leicht übertragen werden kann und in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen auf eine Population mit einem hohen Risiko für einen schweren Verlauf trifft, ist ein zeitnahes, koordiniertes und effektives Vorgehen unabdingbar, um schwerwiegende Folgen für die in der Einrichtung lebenden Menschen abzuwenden. Für das Management des Ausbruchs sollte ein Ausbruchsteam etabliert werden in dem möglichst alle relevanten Bereiche vertreten sind wie z.B. Pflegedienstleitung, Hygiene-Beauftragte(r), Heimleitung, Personalleitung, kaufmännische Leitung, betriebsärztlicher Dienst, Heimärzt*in 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 Hinweise zur SARS-CoV-2-Testung

Der Umfang sowie der zielgerichtete und zeitgerechte Einsatz der Testung auf SARS-CoV-2 spielen eine wichtige Rolle um Infektionen frühzeitig zu erkennen, ggf. eine medizinische Versorgung einzuleiten und Infektketten effizient durchbrechen zu können. Darüber hinaus bilden die Zusammenführung und Analyse der Daten die Grundlage für die Einschätzung der epidemiologischen Lage. Die SARS-CoV-2 Testung ist jedoch nur Teil eines Bündels von Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19 Pandemie wie z.B. Infektionsschutzmaßnahmen, Kontaktnachverfolgung usw., die koordiniert ineinandergreifen müssen um ihr volles Wirksamkeitspotential entfalten zu können.

In der [Nationalen Teststrategie](#) wird eine der aktuellen Situation und den Testmöglichkeiten angepasste Vorgehensweise für verschiedene Settings festgelegt. Darüber hinaus sind Hinweise zur Kostenerstattung enthalten sowie Vorschläge für eine Priorisierung im Falle begrenzter Testkapazitäten. Sie wird fortlaufend den sich ändernden Umständen z.B. hinsichtlich der Verfügbarkeit von Testverfahren angepasst. So steht für den direkten Nachweis von SARS-CoV-2 in Ergänzung zur PCR auch der Antigen-Test zur Verfügung (2). Beide Testverfahren können im Rahmen der Routinediagnostik mit hohem Probendurchsatz im Labor durchgeführt werden. Der sogenannte Antigen-Schnelltest kann jedoch auch als Einzeltest vor Ort (Antigen-Point-of-Care (PoC)-Test), d.h. in der Einrichtung eingesetzt werden. Aufgrund verschiedener Charakteristika und Leistungsparameter haben die beiden Testmethoden jedoch unterschiedliche Anwendungsprofile. Während die PCR als Referenzmethode für alle Indikationen eingesetzt werden kann, ist zurzeit aufgrund der geringeren Sensitivität und Spezifität der sachgerechte Einsatz der Antigen-Teste an bestimmte Indikationen und Bedingungen geknüpft. Detaillierte Informationen finden sich in dem Dokument [Hinweise zur Testung von Patienten auf SARS-CoV-2](#).

Zur Orientierung einige ausgewählte Charakteristika der beiden Testverfahren zum Vergleich

	PCR-Test	Antigen-Schnelltest (POCT)
Verlässlichkeit	Hoch (hohe Sensitivität und Spezifität)	Geringer als die PCR
Durchführung	Anspruchsvoll in Bezug auf eine fachgerechte Durchführung hinsichtlich Expertise und Equipment; wird von geschultem, medizinischen Personal im Labor durchgeführt	Weniger anspruchsvoll in Bezug auf eine fachgerechte Durchführung hinsichtlich Expertise und Equipment; kann von geschultem, medizinischen Personal vor Ort durchgeführt werden
Dauer bis zum Erhalt des Testergebnisses	>= 1 Tag	→30 min
Aufwand für die Einrichtung	Gering: Abstrich-Entnahme	Höher: Abstrich-Entnahme und Testdurchführung
Kosten	teurer	kostengünstiger
Indikationen	Aufgrund der Leistungsparameter für alle Indikationen geeignet	Aufgrund der Leistungsparameter (z.B. geringere Sensitivität als PCR) für ausgewählte Indikationen empfohlen

- **SARS-CoV-2-Testung in den Einrichtungen**

Die PCR bleibt weiterhin das Hauptstandbein der SARS-CoV-2-Diagnostik. Die Verfügbarkeit von Antigen-Schnelltesten (Antigen-PoC-Test) und deren Einbindung in die [Verordnung zum Anspruch auf Testung](#), in der auch die Vergütung geregelt ist, ermöglichen es, dass in Ergänzung zur PCR diese Testverfahren für bestimmte Indikationen auch in und von den Einrichtungen selbst angewendet werden können. Aufgrund der leichten Handhabung, dem schnellen Vorliegen der Testergebnisse und der flexiblen Einsetzbarkeit können sie das Infektionsmanagement der Einrichtung unterstützen insbesondere in Situationen, die ein schnelles Handeln erfordern wie z.B. die Kohortierung von Bewohner*innen/

Betreuten in einer Ausbruchssituation .

Um einen zielgerichteten und koordinierten Einsatz der SARS-CoV-2 Testungen in den Einrichtungen zu gewährleisten soll die Einrichtung, möglichst in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, ein einrichtungsspezifisches Testkonzept erstellen, das die Empfehlungen/Vorgaben der nationalen Teststrategie und die länderspezifischen Verordnungen berücksichtigt und der aktuellen Situation und den spezifischen Bedingungen der Einrichtung selbst sowie der epidemiologischen Lage angepasst ist. Ein solches Testkonzept ist aufgrund der sich ändernden Umstände naturgemäß dynamisch und erfordert eine regelmäßige bzw. anlassbezogene Anpassung. Die folgende Tabelle enthält zur Orientierung eine Zusammenstellung der für Heime relevanten Testindikationen und jeweils zugeordneten Testverfahren in Anlehnung an die Empfehlungen der Nationalen Teststrategie. Die Empfehlungen gelten ungeachtet des Impf- bzw. Genesenenstatus der Bewohner*innen und des Personals. Abweichungen für vollständig Geimpfte und Genesene sind in der Tabelle farblich abgesetzt.

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

<p>• Symptomatische Bewohner*innen/Betreute/Mitarbeiter*innen</p>
<p>Symptomatische Bewohner*innen/Betreute /Mitarbeiter*innen, inklusive jeder ärztlich begründete Verdachtsfall, sollen zeitnah getestet werden. Differentialdiagnostische Aspekte sollten berücksichtigt werden (z.B. Influenza).</p>
<p>Empfohlenes Testverfahren: PCR</p> <p>Nur im Ausnahmefall sollten Antigen-Tests angewendet werden, z.B. bei begrenzter PCR-Kapazität oder wenn ein Testergebnis schnell vorliegen muss.</p>
<p>• Kontaktpersonen</p>
<p>Personen mit engem Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall sollen getestet werden. Empfohlen wird eine Testung möglichst frühzeitig nach Identifikation. Im weiteren Verlauf und zum Abschluss der 14-tägigen Quarantäne sollen weitere Testungen durchgeführt werden, siehe auch Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen.</p>
<p>Empfohlenes Testverfahren für die initiale Testung: PCR</p> <p>Der Antigen-Test soll nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden z. B. bei begrenzter PCR-Kapazität oder in dringenden Fällen (gleichzeitige Entnahme einer PCR)</p> <p>Empfohlenes Testverfahren für Folgetestungen: Antigen-Schnelltest</p>
<p>• Vorliegen eines COVID-19-Falles bzw. Ausbruchsgeschehens in der Einrichtung</p>
<p>Die Bewohner*innen/Betreuten und das Personal (ggf. Besucher) der Einrichtung sollen in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt zeitnah getestet werden. Wiederholte bzw. regelmäßige Testungen können in Abhängigkeit von der Entwicklung der Situation erforderlich sein siehe auch Abschnitt 5.2.5.2.</p>
<p>Empfohlenes Testverfahren: PCR</p> <p>Bei PCR-Kapazitätsmangel oder zur sofortigen Entscheidung hinsichtlich der Einleitung einer Kohorten-Isolierung können Antigen-Schnelltests durchgeführt werden. Bei Verfügbarkeit können auch laborbasierte Antigen-Tests zum Einsatz kommen.</p>
<p>• Einrichtung ohne COVID-19-Fall</p>
<p>▶ Bewohner*innen/Betreute - (Wieder-) Aufnahme in die Einrichtung</p>
<p>Die Bewohner*innen/Betreuten sollen vor (Wieder-) Aufnahme in die Einrichtung getestet werden. Weiteres Vorgehen siehe Abschnitt 3.3 Regelungen Neuaufnahmen und Verlegungen</p>
<p>Empfohlenes Testverfahren: PCR</p> <p>Der Antigen-Test soll nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden z. B. bei begrenzter PCR-Kapazität oder in dringenden Fällen.</p>
<p>▶ Bewohner*innen/Betreute - Aufenthalt in der Einrichtung</p>
<p>Insbesondere bei Vorliegen erhöhter regionaler Inzidenzen (z.B. 7-Tages-Inzidenz >50/100.000) wird empfohlen die Bewohner*innen/Betreuten in Abhängigkeit von dem einrichtungsspezifischen Testkonzept regelmäßig zu testen. Die Häufigkeit der regelmäßigen Testungen (z.B. 1 x wöchentlich oder alle 14 Tage) kann unter Berücksichtigung der Höhe der Impfquote und der regionalen Inzidenzen flexibel festgelegt werden (siehe auch Abschnitt 10.3). Dies sollte in enger Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erfolgen.</p>
<p>Empfohlenes Testverfahren: Antigen-Schnelltest</p> <p>Es besteht auch die Möglichkeit der Durchführung einer PCR (jedoch keine Kostendeckung gemäß VO*)</p>

<p>► Personal</p> <p>Die in der Betreuung der Bewohner*innen tätigen Mitarbeiter*innen sollten in Abhängigkeit von dem einrichtungsspezifischen Testkonzept und in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt regelmäßig (z.B. wöchentlich) sowie bei Neuaufnahme der Tätigkeit getestet werden. Die Häufigkeit der regelmäßigen Testungen kann bei geimpftem bzw. genesenem Personal reduziert werden (siehe auch Abschnitt 10.3). Regelmäßige, vorsorgliche Reihen-Testungen von Personal im Rahmen z.B. von betriebsärztlichen Untersuchungen sind möglich.</p> <p>Empfohlenes Testverfahren: Antigen-Test Es besteht auch die Möglichkeit der Durchführung einer PCR (Veranlassung durch öffentlichen Gesundheitsdienst erforderlich) Anmerkung: Voraussetzung für den Einsatz von Antigen-Tests ist jedoch, dass die verwendeten Tests hinsichtlich der Leistungsparameter eine hohe Spezifität aufweisen.</p> <p>• Besucher der Einrichtung</p> <p>In Abstimmung mit der lokalen Gesundheitsbehörde wird die Durchführung eines Antigen-Schnelltests unmittelbar vor Besuch der Einrichtung empfohlen. Ein negatives Testergebnis gilt nur für den Besuchstag. (Bei Durchführung eines PCR-Testes besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß VO*). Auf eine Testung von vollständig geimpften bzw. genesenen Besucher*innen kann verzichtet werden. (siehe Abschnitt 3.8 Besucherregelungen).</p>
--

*VO; [Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2](#)

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

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

Folgende Anforderungen/Bedingungen sind zu beachten:

- Die Antigen-Tests sollen auf der Basis eines einrichtungsspezifischen Testkonzepts in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt eingesetzt werden. Zur Unterstützung der Einrichtungen hat das Bundesministerium für Gesundheit eine [Hilfestellung zur Erstellung eines Testkonzeptes](#) herausgegeben. Von vielen Landeregierungen sowie auch von einigen Verbänden werden Mustertestkonzepte zur Verfügung gestellt.
- Es müssen Tests verwendet werden, die auf der [Liste der Antigen-Tests zum direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2](#) des BfARM stehen[#].
- Der sachgerechte Einsatz ist gebunden an die korrekte Indikationsstellung (siehe [Nationale Teststrategie](#)).
- Antigen-Schnellteste dürfen nur von eigens in die Durchführung des jeweiligen Antigen-Schnelltests eingewiesenem Personal unter Anwendung der erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen (PSA) durchgeführt werden. Siehe [Arbeitsschutzmaßnahmen bei der Durchführung der Point-of-care-SARS-CoV-2-Diagnostik](#). Die Einrichtung prüft welche Mitarbeiter*innen hinsichtlich ihrer Ausbildung oder Erfahrungen und Kenntnisse für die Durchführung des Antigen-Schnelltests geeignet sind. Die Einweisung der Mitarbeiter*innen sollte dokumentiert werden. Entsprechendes gilt für weitere in die Testungen eingebundene Organisationen bzw. Institutionen.
- Positive Testergebnisse müssen immer durch einen PCR-Test bestätigt werden. Die Kosten für die Nachtestung mittels PCR sind im Rahmen der Krankenbehandlung gedeckt.

- Positive Testergebnisse müssen umgehend dem Gesundheitsamt gemeldet werden. Das Ergebnis des PCR-Bestätigungstests soll nicht abgewartet werden.
- Die Testungen sollen auch bei Genesenen und Personen mit vollständigem Impfschutz weitergeführt werden, siehe auch [Abschnitt 10](#)

Liste Antigen-Schnelltests: enthält eine große Anzahl von Antigen-Schnelltests mit Leistungsparametern unterschiedlicher Güte. Ein Teil der Tests wurde vom BfARM hinsichtlich der Testsensitivität bereits evaluiert: [Vergleichende Evaluierung der Sensitivität von SARS-CoV-2 Antigen Schnelltests](#)

- **Durchführung des Antigen-Schnelltests**

Die Durchführung vor Ort durch Mitarbeiter*innen der Einrichtung erfordert eine umsichtige Planung und Organisation sowie den Einsatz zusätzlicher personeller Ressourcen.

Punkte zur Beachtung bei Planung und Organisation:

- Beschaffung eines Kontingentes an Test-Kits auf der Basis des einrichtungsspezifischen Testkonzepts.
- Information des Personals und der Bewohner*innen/Betreuten und Angehörigen/Besucher.
- Auswahl des geeigneten Personals für die Durchführung der Antigen-Schnelltests und Organisation der erforderlichen Schulung.
- Durchführung der Tests unter Einhaltung der Hygieneregeln und der Bestimmungen zu den [Arbeitsschutzmaßnahmen bei der Durchführung der Point-of-care-SARS-CoV-2-Diagnostik](#)
Zur Entsorgung der anfallenden Abfälle [siehe Abschnitt 3.2.3.6 Abfallentsorgung](#).

Bei Reihentestungen:

- Bereitstellung und zweckmäßige Ausstattung der erforderlichen Räumlichkeiten (z.B. PSA, Testkits und Abstrich-Bestecke, Desinfektionsmittel, PC, Abfallentsorgung),
- Erstellung eines Plans für den zeitlichen Ablauf (Terminplan für die Testung einzelner Personen) und die Ablauforganisation insgesamt (z.B. hinsichtlich der räumlichen Gegebenheiten unter dem Aspekt des Einhaltens der Abstandsregeln),
- Einteilung des Personals (Testdurchführung, Dokumentation, Transport von Bewohner*innen) und ggf. Aufstockung der Personalkapazitäten.
- Organisation einer zeitnahen Durchführung der Bestätigungs-PCR (z.B. Avisierung von potentiell positiven Proben im Labor zur vorgezogenen Bearbeitung) bei positivem Testergebnis.
- Dokumentation der Testergebnisse und der ggf. erforderlichen Nachtestung mittels PCR und der getroffenen Maßnahmen wie z.B. Isolierung, Arbeitsfreistellung, Meldung an das Gesundheitsamt.

Weitere Informationen und Hinweise zur Unterstützung der Einrichtungen in Planung und Durchführung von Antigen-Schnelltests finden sich [hier](#).

- **Testergebnis und weiteres Vorgehen**

Die Einordnung und Bewertung eines positiven oder negativen Testergebnisses sollte immer im Kontext der aktuellen Situation und Umstände (z.B. Ausbruchsgeschehen in der Einrichtung, epidemiologische Lage im Einzugsgebiet, Indikation für die Testung) erfolgen. Dies trifft grundsätzlich auf beide Testmethoden zu, jedoch in besonderem Masse auf den Antigen-Test aufgrund der im Vergleich zur PCR schwächeren Leistungsparameter.

In der folgenden Kurzübersicht findet sich eine Zusammenstellung des Vorgehens bei positivem bzw. negativem Testergebnis.

Positives Testergebnis des Antigen-Schnelltests		
Bewohner*innen	Personal	Besucher
Erweiterte Infektionsschutzmaßnahmen siehe Abschnitt 3.2	Arbeitsfreistellung und häusliche Selbstisolierung	Kein Zutritt zur Einrichtung und häusliche Selbstisolierung
→ mindestens bis zum Vorliegen eines negativen PCR-Ergebnisses		
Ggf. Veranlassung einer ärztl. Konsultation	Ggf. ärztliche Konsultation	
<ul style="list-style-type: none"> • Zeitnahe Bestätigung durch PCR*. Je nach Setting kann dies durch den betriebsärztlichen Dienst vor Ort, die Stations-/Pflegedienstleitung oder die betreuende Haus- bzw. Heimgärtin / Corona Abklärungsstelle veranlasst werden. • Meldung an das Gesundheitsamt 		
Negatives Testergebnis des Antigen-Schnelltests		
<ul style="list-style-type: none"> • Weiterhin konsequente Einhaltung der Hygienemaßnahmen (AHA+L) • Bei weiterbestehendem Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion, Wiederholung des Tests bzw. Durchführung einer PCR 		

*Bei diskrepanten Ergebnissen von PCR- und Antigen-Schnelltest sollte das weitere Vorgehen mit dem Gesundheitsamt abgestimmt werden.

Hinweise zur Einordnung eines negativen Testergebnisses:

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

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

Daher ist es wichtig auch bei Ausweitung der Testungen kein falsches Sicherheitsgefühl aufkommen zu lassen und die Hygieneregeln auch bei negativem Testergebnis konsequent einzuhalten!

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

8 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.

9 Impfungen

Die Verfügbarkeit von COVID-19-Impfstoffen eröffnet die Möglichkeit die Bewohner*innen/Betreuten sowie die Beschäftigten in Alten-/Pflegeheimen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen besser vor einer COVID-19 Erkrankung zu schützen. Da zunächst nur ein begrenztes Kontingent an Impfstoffdosen verfügbar ist, wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) ein stufenweises Ausrollen der Impfungen empfohlen [STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung](#). In der [Coronavirus-Impfverordnung](#) der Bundesregierung wird der Anspruch auf Impfung, die Vergütung und die Rahmenbedingungen der Umsetzung geregelt. In der ersten Phase soll Menschen mit besonders hohem Risiko schwer zu erkranken bzw. an der Erkrankung zu versterben sowie Personengruppen, die beruflich besonders exponiert sind oder engen Kontakt zu vulnerablen Personengruppen haben, eine Impfung angeboten werden.

Die Impfungen werden von zentral organisierten Impfstellen (Impfzentren und angegliederte mobile Impfteams) und von Hausarztpraxen durchgeführt. Für die Umsetzung sind die Bundesländer bzw. die von ihnen beauftragten Stellen verantwortlich. Siehe auch [Informationen der Bundesländer](#).

• Impfungen in Pflegeheimen

Impfungen in Alten- und Pflegeheimen sind nicht beschränkt auf COVID-19-freie Einrichtungen sondern können auch in Einrichtungen durchgeführt werden, in denen COVID-19-Fälle in der kürzlichen Vergangenheit aufgetreten sind bzw. aktuell vorliegen.

Aus der Sicht des RKI können Impfungen auch dann sinnvoll sein, wenn einzelne Fälle aufgetreten sind oder vorliegen, da sich bereits nach 7-10 Tagen nach Verabreichung der ersten Impfstoffdosis ein gewisser Impfschutz (50%-80%) ausgebildet hat und man davon ausgehen kann, dass dadurch insbesondere bei protrahiert verlaufenden COVID-19-Ausbrüchen zumindest bei einem Teil der Geimpften eine Erkrankung verhindert bzw. abgemildert werden kann. Darüber hinaus gibt es keine Hinweise, dass die Impfung bei Personen mit durchgemachter Infektion bzw. bei asymptomatischen bzw. präsymptomatischen Patienten eine nachteilige Wirkung hat. Nähere Informationen finden sich in den [FAQ zu COVID-19 und Impfungen](#)

Ob man in einem Senioren- bzw. Alterspflegeheim im Rahmen eines Ausbruchs mit der COVID-19 Impfung beginnt, kann nur vor Ort entschieden werden. Die Entscheidung hängt mitunter von der Größe des Ausbruchs (Zahl der Betroffenen) und dem Anteil der COVID-19-Fälle an allen Bewohner*innen, sowie von der Dynamik des Ausbruchsgeschehens ab und sollte mit dem zuständigen Gesundheitsamt abgestimmt werden. In der Regel sollte gerade in Heimen geimpft werden, in denen erst einzelne Fälle aufgetreten sind, um eine weitere Ausdehnung des Ausbruchsgeschehens zu verhindern.

Weitergehende Informationen sowie Hinweise zur praktischen Umsetzung der Impfungen finden sich in der [Coronavirus-Impfverordnung](#) sowie der [STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung](#), die in Anpassung an die aktuelle Lage (z.B. Verfügbarkeit von neuen Impfstoffen) sowie dem wissenschaftlichen Kenntnisstand fortlaufend aktualisiert werden.

Ausgewählte Punkte, die insbesondere im Zusammenhang mit Impfungen in Einrichtungen mit COVID-19-Fällen beachtet werden sollten ([FAQ zu COVID-19 und Impfungen](#)):

- Das Personal der Impfteams sollte möglichst selbst gegen COVID-19 geimpft sein (STIKO-Empfehlung) und die infektionshygienische Verhaltensregeln entsprechend dem Personal in den Heimen beachten.
- Personen, die eine labordiagnostisch gesicherte Infektion mit SARS-CoV-2 bereits im Vorfeld durchgemacht haben, müssen zunächst nicht geimpft werden (STIKO-Empfehlung).
- Entsprechend der Fachinformation der Impfstoffe sollte die Impfung bei Personen mit akuter, schwerer, fieberhafter Erkrankung oder akuter Infektion verschoben werden.
- Auch bei sehr alten Menschen oder Menschen mit progredienten Krankheiten, die sich in einem schlechten Allgemeinzustand befinden, muss die Impffähigkeit gegeben sein. Bei diesen Gruppen sollte ärztlich geprüft werden, ob ihnen die Impfung empfohlen werden kann.
- Vor Verabreichung einer COVID-19-Impfung muss das Vorliegen einer akuten asymptomatischen oder unerkannt durchgemachten SARS-CoV-2- Infektion labordiagnostisch **nicht** ausgeschlossen werden (STIKO-Empfehlung).
- Personen, die sich in Quarantäne befinden, da sie als enge Kontaktpersonen zu einem COVID-19-Fall eingestuft wurden, können geimpft werden.
- Entwickelt eine geimpfte Person im Anschluss an die Impfung Symptome, die mit COVID-19 vereinbar sind, sollte eine SARS-CoV-2-Infektion labordiagnostisch ausgeschlossen werden.
- Die Gabe der 2. Impfstoffdosis soll für die mRNA-Impfstoffe (Comirnaty (BioNTech/Pfizer), COVID-19-Vaccine-Moderna) nach 6 Wochen und für Vaxzevria (AstraZeneca) nach 12 Wochen erfolgen, da dadurch sowohl eine sehr gute individuelle Schutzwirkung als auch ein größerer Effekt der Impfung auf Bevölkerungsebene zu erzielen ist.
- Bei der Bewertung von bzw. Kommunikation zu Impfdurchbrüchen (d.h. Erkrankung trotz Impfung) muss das Zeitintervall zwischen der Verabreichung der Impfstoffdosis und dem Auftreten der Erkrankung berücksichtigt werden.

- **Infektionsschutz**

- Impflinge: Die zu impfenden Personen sollten, soweit tolerierbar, einen Mund-Nasen-Schutz tragen.
- Impfende Person: Verwendung von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) bestehend aus Schutzkittel, Einweghandschuhen, Atemschutzmaske (FFP2) und Schutzbrille
- Durch die Impfung des Impfpersonals (s.o.) ist eine weitere Möglichkeit des Infektionsschutzes gegeben.
- Organisation der Abläufe und Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten unter dem Aspekt der Einhaltung der AHA+L-Regeln

Siehe auch [Empfehlungen der BAuA und des ad-Hoc AK „Covid-19“ des ABAS zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2](#)

- **Andere Schutzimpfungen**

Es sollten auch die anderen von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen berücksichtigt werden und ggf. sollte eine Vervollständigung des Impfschutzes angeboten oder in Abstimmung mit den Betroffenen in die Wege geleitet werden (z.B. Influenza, Pneumokokken).

Hierbei ist zu beachten, dass der empfohlene Impfabstand von 14 Tagen (vor und nach jeder COVID-19-Impfdosis) bei planbaren Impfungen eingehalten wird.

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

[Aktualisierung der Influenza-Impfempfehlung für Personen im Alter von \$\geq 60\$ Jahren](#)

10 Anpassung der Empfehlungen zum Infektionsschutz unter Berücksichtigung des Impf- und Genesenenstatus

10.1 Hintergrund

Seit Beginn des Jahres 2021 sind die Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen stark zurückgegangen, was unter anderem auch auf die konsequente Durchimpfung der Bewohner*innen sowie Impfungen des Personals zurückgeführt werden kann. Bei einem Teil der Bewohner*innen ist auch davon auszugehen, dass sie aufgrund einer bereits durchgemachten SARS-CoV-2-Infektion einen Immunschutz aufgebaut haben. In Anbetracht hoher Durchimpfungsraten bei den Bewohner*innen, müssen Konzepte dafür entwickelt werden wie und in welchen Bereichen die Maßnahmen zur Vermeidung des Eintrags und der Weiterverbreitung von SARS-CoV-2 gelockert werden können, ohne dass die Infektionsrisiken in den Pflegeheimen erneut ansteigen insbesondere solange noch hohe Inzidenzen in der Allgemeinbevölkerung vorliegen.

Dabei müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden, die in den Limitationen der Impfungen sowie des Genesenenstatus selbst begründet sind sowie durch äußere Bedingungen wie z.B.

Durchimpfungsraten unter Bewohnern, Personal oder die Verbreitung von besorgniserregenden SARS-CoV-2-Varianten (VOC, nicht B.1.1.7) vorgegeben werden. Diese Aspekte sind:

- **Durchimpfungsrate**

- Es können nicht immer alle Bewohner*innen geimpft werden, da die Einwilligung dazu fehlt oder medizinische Gründe dem entgegenstehen.
- Aufgrund der natürlichen Fluktuation können Impflücken auftreten.
- Das Personal in Pflegeheimen ist zu einem von Einrichtung zu Einrichtung variierenden Anteil geimpft mit einer im Vergleich zu den Bewohner*innen generell niedrigeren Impftrate. (Impfbereitschaft geringer als bei Bewohner*innen)
- Die Besucher*innen von Pflegeheimen sind zum jetzigen Zeitpunkt überwiegend noch nicht geimpft.

- **Impfstoffe**

- Die bisher zugelassenen Impfstoffe haben eine hohe Effektivität hinsichtlich der Verhinderung von symptomatischen Krankheitsverläufen und Tod.
- Sie sind ebenfalls wirksam hinsichtlich der Verhinderung/Reduzierung des Auftretens asymptomatischer Infektionen sowie von SARS-CoV-2-Transmissionen, die nach dem derzeitigen Kenntnisstand in deutlich geringerem Umfang auftreten als bei Ungeimpften.
- Trotz hoher Effektivität der Impfstoffe besteht keine 100%ige Wirksamkeit, da ein Teil der Geimpften keine ausreichende Immunantwort entwickelt.
- Zur Dauer des Impfschutzes gibt es zurzeit noch keine verlässlichen Daten.

- **Besorgniserregende SARS-CoV-2-Varianten (VOC)**

- Die bisher vorliegenden Studienergebnisse weisen darauf hin, dass mit den derzeit zugelassenen Impfstoffen ein ausreichender Impfschutz gegenüber der B.1.1.7-Variante erzielt werden kann.
- Die Einschätzung der Impfeffektivität gegen die anderen besorgniserregenden Varianten bedarf weiterer Untersuchungen. Bereits vorliegende Studien weisen darauf hin, dass bei der B.1.351-, P.1- und B1.617-Variante der aufgebaute Impfschutz weniger wirksam sein könnte.
- Der potentielle Impfschutz bei den geimpften Bewohner*innen und Beschäftigten muss daher auch unter Berücksichtigung der Verbreitung der verschiedenen Virusvarianten gesondert beurteilt werden.
- Je nach Entwicklung der epidemiologischen Lage kann ggf. eine erneute Impfung mit einem der aktuell zirkulierenden Virusvariante angepassten Impfstoff erforderlich werden.

- **Genesene**

- Auch nach einer bereits durchgemachten SARS-CoV-2-Infektion kann es zu einer Reinfektion kommen. Es gibt Hinweise, dass der ausgebildete Immunschutz in der älteren Bevölkerung (>65 Jahre) geringer sein könnte.
- Der Immunschutz von Genesenen gegenüber einer Infektion mit anderen Virusvarianten bedarf weiterer Abklärung.

- Nach dem derzeitigen Kenntnisstand wird von einer Dauer des Immunschutzes nach durchgemachter SARS-CoV-2 von 6 Monaten ausgegangen.

Fazit

Prinzipiell kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich Geimpfte mit SARS-CoV-2 infizieren (z.B. mit dem Originalvirus oder mit neuen Virusvarianten z.B. VOC) und die Infektion auf andere Personen übertragen, allerdings ist nach dem derzeitigen Kenntnisstand das Risiko bei Geimpften deutlich geringer als bei Nichtgeimpften. Auch bei Genesenen kann es zu einer Reinfektion und damit zu einer weiteren Verbreitung auf andere Personen kommen.

In einer Einrichtung sind in der Regel nicht alle Personen geimpft, wobei der Prozentsatz von Einrichtung zu Einrichtung schwankt. Eine 100%ige Durchimpfung ist aus verschiedenen Gründen kaum erreichbar.

10.2 Zielvorgaben

- **Impfschutz von >90% der Bewohner und des Personals**
Dies ist aus verschiedenen Gründen nicht immer erreichbar, sollte aber angestrebt werden.
- **Aufrechterhaltung eines kontinuierlich hohen Impfschutzes in der Einrichtung**

Durch Einsatz von mobilen Impfteams konnten in den Pflegeheimen hohe Durchimpfungsraten bei den Bewohner*innen erzielt werden. Aufgrund der natürlichen Fluktuation und anderer Faktoren (z.B. begrenzte Impfstoffkontingente bei den Hausärzten) kann es jedoch zu einem sukzessiven Absinken des Anteils der Bewohner*innen mit Impfschutz kommen. Dies erfordert permanente Bemühungen der Einrichtungen Impflücken möglichst zu vermeiden bzw. auf niedrigem Niveau zu halten. Auch bei einer Aufhebung der Impfpriorisierung im Hinblick auf die Zulassung zur Impfung in der Allgemeinbevölkerung bleibt die Aufrechterhaltung hoher Impfquoten in den Einrichtungen höchste Priorität.

Folgende Punkte sollten Beachtung finden:

- Allen Nicht-geimpften Bewohner*innen (z.B. Neuaufnahmen) sollte zeitnah ggf. wiederholt eine Impfung angeboten werden.
- Bei Neuaufnahmen, die bereits die erste Impfung erhalten haben sollte dafür Sorge getragen werden, dass die ggf. erforderliche Zweitimpfung in dem gebotenen Zeitabstand erfolgen kann.
- Es sollte angestrebt werden, dass die Bewohner*innen VOR geplanten Aufnahmen in die Einrichtung geimpft werden (zumindest die Verabreichung der Erstimpfung).
- Genesene Bewohner*innen sollten in dem gebotenen Abstand eine Impfung erhalten (siehe STIKO-Empfehlungen).
- Der Impf- und Genesenenstatus der Bewohner*innen sollte fortlaufend dokumentiert werden.
- Aufgrund verschiedener Umstände kann eine Wiederholung der Impfung erforderlich werden (z.B. bei Vorliegen wissenschaftl. Erkenntnisse zur Dauer des Impfschutzes oder bei der Verbreitung von Immun-Escape-Varianten).

10.3 Anpassungen der Empfehlungen zum Infektionsschutz in der Phase der Impfimplementierung

Grundsätzlich gelten weiterhin die bestehenden Empfehlungen zur Prävention und Infektionskontrolle (Basismaßnahmen (AHA+L), erweiterte Hygienemaßnahmen in der Pandemie, spezifische Hygienemaßnahmen bei der Versorgung von Infizierten, Vorgehen bei Ausbrüchen, Symptomscreening, Nationale Teststrategie) ungeachtet des individuellen Impfstatus bzw. des Anteils der geimpften Bewohner*innen bzw. Personals in der Einrichtung.

Bei Anpassungen der Empfehlungen zum Infektionsschutz muss das verbleibende Restrisiko abgewogen werden gegen die positiven Auswirkungen einer Lockerung von Maßnahmen.

Bei hoher Durchimpfungsrate der Bewohner und möglichst auch des Personals können **stufenweise Anpassungen** der Empfehlungen zum Infektionsschutz erwogen werden unter Berücksichtigung:

- der epidemiologischen Situation,
- der Limitationen der Impfungen,
- der zunehmenden Durchimpfung der Bevölkerung

Begriffsbestimmungen:

- **Vollständiger Impfschutz**

Als vollständig geimpft gelten Personen deren Zweitimpfung 15 Tage zurückliegt. Für den COVID-19-Impfstoff Janssen von Johnson & Johnson ist nach bisherigen Kenntnissen nur eine Impfstoffdosis erforderlich. Ein vergleichbarer Schutz kann angenommen werden bei Genesenen, die einmal geimpft wurden ([STIKO-Empfehlungen](#)).

- **Gültiger Genesenenstatus**

Eine gültiger Genesenenstatus liegt vor, wenn eine SARS-CoV-2-Infektion durch einen PCR-Test diagnostiziert wurde, der mindestens 28 Tage und höchstens 6 Monate zurückliegt.

- **Hohe Impfquote**

Die Impfquote unter Bewohner*innen sollte möglichst bei $\geq 90\%$ mindestens jedoch bei 80% liegen. Die Impfquote stellt jedoch keinen harten Cut-off dar, sondern sollte unter Berücksichtigung der lokalen Umstände z.B. hinsichtlich des Genesenenanteils, der räumlichen Gegebenheiten und der epidemiologischen Lage gehandhabt werden.

Übersicht der einzelnen Anpassungen* von Infektionsschutzmaßnahmen unter Berücksichtigung des Impf- und Genesenenstatus.

<p>1. Neuaufnahmen und Verlegungen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Aufhebung der Quarantäne für Geimpfte und Genesene • Zeitnahe Impfung von ungeimpften Bewohner*innen bzw. Vervollständigung der Impfung bei Vorliegen einer Erstimpfung <p>Details siehe Abschnitt 3.3 Regelungen zu Neuaufnahmen und Verlegungen</p>
<p>2. Kontaktpersonennachverfolgung bei engem Kontakt zu SARS-CoV-2-positiven Personen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner*innen mit vollständigem Impfschutz bzw. gültigem Genesenenstatus <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei engem Kontakt zu SARS-CoV-2-infizierten Personen zunächst keine Änderung der bestehenden Empfehlungen zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung (14 Tage Quarantäne, Symptomkontrolle, ggf. Testung), da es sich um eine besonders vulnerable Gruppe handelt und die Weitergabe einer möglicherweise erworbenen Infektion auf Ungeimpfte vermieden werden soll ○ Unter Berücksichtigung der Durchimpfungsrate bei Bewohner*innen und Beschäftigten, der örtlichen Gegebenheiten, der epidemiologischen Lage und bei Einhalten der AHA+L-Regeln kann in einer Einrichtung in Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt von Quarantäne-Maßnahmen abgesehen werden. Dies sollte begleitet werden durch eine engmaschige Symptomkontrolle und Testungen (zeitnaher PCR-Test, gefolgt von wöchentlich 2-maligem und abschließendem AG-Schnelltest) • Personal mit vollständigem Impfschutz bzw. gültigem Genesenenstatus <ul style="list-style-type: none"> ○ Die 14-tägige Quarantäne kann ausgesetzt werden jedoch unter Beibehaltung der Symptomkontrolle und der Durchführung engmaschiger Testungen (zeitnaher PCR-Test gefolgt von wöchentlich 2-maligem und abschließendem AG-Schnelltest) für die Dauer von 14 Tagen. ○ Personal, das entweder beruflich oder privat einen engen Kontakt zu ungeimpften Risikogruppen hat, sollte jedoch wenn möglich die berufliche Tätigkeit bzw. ihren privaten Umgang mit Risikogruppen für 14 Tage nach dem letzten Kontakt zu dem Fall einstellen • Besorgniserregende SARS-Cov-2 Varianten VOC (nicht B.1.17) Bei Nachweis einer besorgniserregenden SARS-CoV-2-Variante (VOC) (nicht B.1.1.7) bei der Kontaktperson bzw. Verdacht auf das Vorliegen einer entsprechenden VOC (z.B. bei einem Ausbruchsgeschehen mit VOC oder vermehrtem regionalen Auftreten einer VOC) ist unabhängig vom Impf- bzw. Genesenenstatus eine 14-tägige Quarantäne grundsätzlich immer empfohlen. <p>Siehe auch Abschnitt 4 Management von Kontaktpersonen und Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19- Pandemie.</p>
<p>3. Besucherregelungen bei vollständig geimpften bzw. von COVID-19 genesenen Bewohner*innen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bewohner*innen und Besucher*innen haben einen Immunschutz: Bei Kontakt von Bewohner*innen und Besucher*innen mit vollständigem Impfschutz bzw. gültigem Genesenenstatus untereinander (ohne Anwesenheit von Nicht-Geimpften) kann auf das Einhalten der Abstandsgebots sowie das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes verzichtet werden. • Nur Bewohner*innen haben einen Immunschutz: Bei Bewohner*innen mit vollständigem Impfschutz bzw. gültigem Genesenenstatus können

auch nähere physische Kontakte mit Besucher*innen ohne vollständigen Impfschutz bzw. gültigen Genesenenstatus, die selbst kein Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben, ermöglicht werden, sofern die Bewohner*innen und Besucher*innen einen MNS tragen. Die Besucher*innen sind darüber aufzuklären, dass sie einem gewissen Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

- **Testung vor dem Besuch:**

Eine Testung mittels Antigen-Schnelltest ist bei vollständig geimpften bzw. genesenen Besucher*innen nicht erforderlich. Siehe auch [Abschnitt 3.8 Besucherregelungen](#)

4. Testung auf SARS-Cov-2

- Die Testungen auf SARS-CoV-2 sollen weiterhin gemäß den Empfehlungen der [Nationalen Teststrategie](#) bzw. der Länderverordnung in Abhängigkeit vom einrichtungsspezifischen Testkonzept durchgeführt werden. Siehe [Abschnitt 7 Hinweise zur SARS-Cov-2-Testung](#)

- **Anpassungen für die Testung in COVID-19-freien Einrichtungen:**

Für die routinemäßige Testung von Bewohner*innen/Betreuten und Personal kann in dem einrichtungsspezifischen Testkonzept dem individuellen Impfstatus der Bewohner*innen bzw. des Personals sowie der Durchimpfungsrate der Einrichtung Rechnung getragen werden über eine Anpassung (Reduzierung) der Testfrequenzen. Hierbei sollte neben der 7-Tagesinzidenz auch die Ausbreitung von VOC berücksichtigt werden.

Beispiel: Vorliegen einer 7-Tagesinzidenz von >50/100.000 Einwohner, ohne dass in der Region eine stärkere Verbreitung von VOC wie z.B. B.1.351 zu beobachten ist.

- bei Personal mit vollständigem Impfschutz kann die Testfrequenz reduziert werden z.B. auf 1x wöchentlich
- bei Bewohner*innen mit vollständigem Impfschutz bzw. einer hohen Durchimpfungsrate der Bewohner*innen Durchführung einer Testung z.B. alle 2 Wochen

5. Ergänzende Kriterien zur Entlassung aus der Isolierung

- **Asymptomatische Personen mit direktem Erregernachweis nach vollständiger Impfung**

- Isolierung für 5 Tage (unabhängig von der initial festgestellten Viruslast) und Durchführung einer abschließenden PCR-Verlaufsuntersuchung
- Bleibt die Person durchgehend asymptomatisch UND ist das Ergebnis der PCR-Verlaufsuntersuchung nach korrekter Probennahme negativ bzw. unterhalb des definierten Schwellenwertes, so kann nach 5 Tagen eine Entisolierung erfolgen.
- Entwickelt die Person Symptome oder weist das Ergebnis der PCR-Verlaufsuntersuchung eine Viruslast oberhalb des Schwellenwertes aus, so greifen unabhängig vom Impfstatus die generellen Entisolierungskriterien. Siehe [Entlassungskriterien aus der Isolierung](#)

6. Soziale Kontakte innerhalb der Einrichtung

- Bei Kontakten vollständig geimpfter oder genesener Bewohner*innen untereinander (ohne Anwesenheit ungeimpfter Personen) kann auf das Einhalten des Mindestabstandes und das Tragen eines Mundschutzes verzichtet werden.
- Bei einer hohen Impfquote unter den Bewohner*innen können wohnbereichsübergreifende Gemeinschaftsaktivitäten auch ohne Einhaltung des Abstandsgebots ermöglicht werden. Idealerweise sollte jedoch ein MNS getragen werden. Nichtgeimpfte sollten darüber aufgeklärt werden, dass bei Teilnahme ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht.

*Die oben zusammengestellten einzelnen Anpassungen sollten nicht isoliert sondern immer in Bezug auf den Gesamtkontext der für einen Bereich (z.B. Besucherregelungen, Testung) empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen betrachtet werden. Die oben beschriebenen Einzelmaßnahmen sind mit dem Gesamttext der zugeordneten Kapitel verlinkt.

Die Anpassung der Maßnahmen sollte begleitet werden durch:

- ein Monitoring der Effekte von Lockerungen auf die Infektionszahlen bzw. die Ausbruchsgeschehen in den Einrichtungen.
- einen regelmäßigen Austausch der beteiligten Akteure (Pflegeeinrichtungen, Pflegeverbände, Gesundheitsämter)
- eine regelmäßige Überprüfung der Empfehlungen und Anpassung hinsichtlich wachsender wissenschaftlicher Erkenntnisse, Änderungen der epidemiologischen Lage und Durchimpfungsgrad der Bevölkerung.

11 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.

2. Seifried J, Böttcher S, von Kleist M, Jenny MA, Antão E, Oh DY, Jung-Sendzik T, Broich K, Denkinger C, Bartenschlager T, Schaade L, Hamouda O, Mielke M: Antigentests als ergänzendes Instrument in der Pandemiebekämpfung. Epid Bull 2021;17:3 -14 | DOI 10.25646/8264

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/leitlinien/detail/II/184-001.html>

CDC, Centers for Disease Control and Prevention; Atlanta, US. Interim Public Health Recommendations for Fully Vaccinated People. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/fully-vaccinated-guidance.html>

„Aktion Saubere Hände in Alten- und Pflegeheimen; die 5 Indikationen zur Händedesinfektion“ <https://www.aktion-sauberehaende.de/>

Hinweise zum beispielhaften An- und Ablegen von PSA für Fachpersonal https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/PSA_Fachpersonal/Dokumente_Tab.html

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 von der Innenraumlufthygiene-Kommission des Umweltbundesamtes https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/2546/dokumente/irk_stellungnahme_lueften_sars-cov-2_0.pdf

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG); Kurzinformationen zu Impfstoffen: https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_15872.html

Empfehlungen des paritätischen Gesamtverbandes zu COVID-19. <https://www.der-paritaetische.de/schwerpunkt/corona/>