



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.28, 14.02.2022

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	10
3.2.3.1	Desinfektionsmittel	10
3.2.3.2	Umgebungsdesinfektion.....	10
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 Bewohnerinnen und Bewohner/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 Bewohnerinnen und Bewohner ohne bekannte SARS-CoV-2-Infektion	14
3.8	Besuchsregelungen.....	14
3.8.1	Allgemeine Besuchsregelungen.....	15
3.8.2	Anpassungen der Besuchsregelungen unter Berücksichtigung des Impf- und Genesenenstatus .	16
3.9	Soziale Kontakte innerhalb der Einrichtung	16
4	Identifizierung und Management von Kontaktpersonen	17
4.1	Kontaktpersonenmanagement bei asymptomatischen Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten und Beschäftigten	18
4.2	Anpassungen des Kontaktpersonenmanagements bei geimpften bzw. genesenen, asymptomatischen Bewohnerinnen/Bewohnern/Betreuten und Beschäftigten	19
5	Aktive Surveillance von mit COVID-19-vereinbaren Symptomen	20
5.1	Vorbemerkung.....	20

5.2	Durchführung des klinischen Monitorings auf COVID-19 bei Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten	21
5.2.1	Organisation	21
5.2.2	Erhebung der Symptome.....	21
5.2.3	Medizinische Versorgung	23
5.2.4	Diagnostische Testung auf SARS CoV-2	23
5.2.5	Vorgehen bei symptomatischen Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten	24
5.2.5.1	Szenario 1: Testergebnis steht noch aus und keine bekannten COVID-19-Fälle in der Einrichtung	24
5.2.5.2	Szenario 2: Bestätigung einer SARS-CoV-2-Infektion oder bereits bekannte SARS-CoV-2 Infektion bei anderen Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten oder Beschäftigten.....	24
5.3	Durchführung klinisches Monitoring des Personals auf COVID-19	25
5.3.1	Organisation	26
5.3.2	Erhebung von Symptomen und Abwesenheiten.....	26
5.3.3	Testung des Personals auf SARS-CoV-2	27
5.3.4	Vorgehen bei symptomatischem Personal.....	27
6	Ausbruchsmanagement.....	28
7	Hinweise zur SARS-CoV-2-Testung	28
8	Umgang mit Verstorbenen	33
9	Impfungen	33
10	Anpassung der Empfehlungen zum Infektionsschutz unter Berücksichtigung des Impf- und Genesenenstatus	35
10.1	Hintergrund	35
10.2	Zielvorgaben	37
10.3	Anpassungen der Empfehlungen zum Infektionsschutz bei hoher Durchimpfung	38
11	Referenzen und Links	39

1 Vorbemerkung

Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeeinrichtungen, und Bewohnerinnen und Bewohner sowie Betreute von Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen gehören aufgrund ihres Alters und/oder des Vorliegens von Vorerkrankungen (z.B. Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen) zu dem Personenkreis mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Darüber hinaus besteht bei Auftreten einer COVID-19-Erkrankung in der Einrichtung aufgrund der gemeinsamen räumlichen Unterbringung, der Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten und z.T. nahem physischen Kontakt bei pflegerischen Tätigkeiten ein erhöhtes Risiko für den Erwerb einer Infektion. Diese Situation erfordert 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

Augenmaß den gegebenen Umständen und Bedingungen vor Ort anpassen. Dies erfordert stets eine sensible Abwägung des Nutzens der Maßnahmen zum Schutz der in der Obhut der Einrichtungen befindlichen Menschen vor Erkrankung und ggf. Hospitalisierung und Tod gegenüber möglichen psychosozialen 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 Heimbewohnerinnen und -bewohner, der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, des Personals und der Angehörigen zu COVID-19 und zu den erforderlichen Maßnahmen zu deren Schutz.
- 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 Bewohnerinnen und Bewohnern (z.B. hinsichtlich der Einhaltung der Abstandsregelung auch unter dem Personal, Händehygiene, Tragen von MNS im Bereich der Heimbewohnerinnen und -bewohner (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 organisatorische 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 Besucherinnen und Besucher, externe Dienstleistende (z.B. Beschäftigte in der Fußpflege, Physiotherapie) und anderen Personen wie z.B. ehrenamtliche Beschäftigte und Seelsorgerinnen und Seelsorger. Der Zugang zu Einrichtungen sollte unter Einhaltung bestimmter Bedingungen erfolgen ([siehe unten 3.8 Besuchsregelungen](#))
- 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 Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten gebildet werden, die alle kollektiven Tätigkeiten gemeinsam verrichten, damit bei Nachweis von SARS-CoV-2 nur eine kleine Gruppe von Personen als Kontakte entsteht.
- Das Personal sollte, wenn möglich, in festen voneinander unabhängigen Teams arbeiten.

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

Die Implementierung und Einhaltung von Hygiene- und Infektionskontrollmaßnahmen sind essentieller Bestandteil der Bemühungen zur Prävention einer Verbreitung von COVID-19-Erkrankungen in der Einrichtung und sind detailliert in den Dokumenten [KRINKO-Empfehlungen zur Infektionsprävention in Heimen](#) und [Hygienemaßnahmen in der Pflege von COVID-19 Patienten](#) und [Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten](#) beschrieben. Siehe auch [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) oder FFP-2-Masken durch sämtliches Personal aus Gründen des Risikopersonenschutzes während der Pandemie empfohlen. Durch das korrekte Tragen von MNS oder FFP2-Masken innerhalb der Einrichtungen kann das Übertragungsrisiko auf Bewohnerinnen und Bewohner und andere Beschäftigte 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 Beschäftigten 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 Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten bei Kontakt mit anderen Personen getragen werden.
- Allgemeine Hygienemaßnahmen für Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute, Personal (auch Reinigungskräfte), Besucherinnen und 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 situations-bedingt ggf. eine hygienische Händedesinfektion erforderlich.
 - Kontaktreduzierung (Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, Besucherinnen und Besucher)
- Einmaltaschentücher sollten in allen Bereichen, auch den Wohnbereichen der Bewohnerinnen und Bewohner, sowie beim Betreten der Einrichtung bereitgestellt werden.
- Mülleimer mit Müllbeutel zur Entsorgung von Einmalartikeln (z.B. Taschentücher, Masken) sollten im Innenbereich der Zimmer vor der Tür aufgestellt werden.
- Zur Desinfektion sind Mittel mit nachgewiesener Wirksamkeit, mit dem Wirkungsbereich "begrenzt viruzid" (wirksam gegen behüllte Viren) anzuwenden.
- Tägliche Wischdesinfektion von häufig berührten (Handkontakt-) Flächen (z.B. Türklinken) bzw. sensiblen Räumlichkeiten (z.B. Nassbereich)
- Alle Medizinprodukte mit direktem Kontakt zu Heimbewohnerinnen und -bewohnern 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 Heimbewohnerinnen und -bewohnern, von Kontaktpersonen sowie symptomatischen Heimbewohnerinnen und -bewohnern noch vor dem Vorliegen eines Testergebnisses in einem Einzelzimmer möglichst mit eigener Nasszelle. Die Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten mit SARS-CoV-2-negativen Bewohnerinnen und Bewohnern ist nicht möglich.
- Kohortierung
Bei Auftreten von mehreren SARS-CoV-2-positiven Fällen in der Einrichtung sollten 3 Bereiche räumlich und personell voneinander abgegrenzt werden:
 1. für Nicht-Fälle (Bewohnerinnen und Bewohner ohne Symptome bzw. Kontakt; mit großer Wahrscheinlichkeit negativ)
 2. für Verdachtsfälle (z. B. Kontakte oder symptomatische Bewohnerinnen und Bewohner und Bewohnerinnen und Bewohner, für die noch kein Testergebnis vorliegt)
 3. für COVID-19-Fälle (SARS-CoV-2 positiv getestet)

Im Falle des zusätzlichen Vorliegens von besorgniserregenden SARS-CoV-2-Varianten (VOC, Variants of Concern außer Alpha – B.1.1.7, Delta – B.1.617.2 oder Omikron – B.1.1.529 sowie Sublinien siehe [Übersicht zu den Virusvarianten](#)) oder Varianten von besonderem Interesse (VOI, Variant of Interest) oder einer anderen Infektionskrankheit wie z. B. Influenza sollte, sofern möglich, ein weiterer separater Bereich eingerichtet werden.

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

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

- 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 Heimbewohnerinnen und -bewohnern 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 Patientinnen und 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 Heimbewohnerinnen und -bewohnern 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 der Heimbewohnerin/des Heimbewohners anlegt, und vor Verlassen der Schleuse/des Zimmers dort belassen werden.
- Schutzausrüstung und Hinweise zu deren Benutzung sollten unmittelbar vor den Wohnbereichen platziert werden und Mülleimer zur Entsorgung von Einmalartikeln sollten im Innenbereich vor der Tür aufgestellt werden.
- [Händehygiene](#): Die bekannten Indikationen für die Händehygiene (Händedesinfektion bzw. 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 Heimbewohnerinnen und -bewohner (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 Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten aus dem häuslichen Umfeld sowie bei Verlegungen bzw. Rückverlegungen aus dem Krankenhaus festgelegt werden. Dies sollte in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt erfolgen.

- **Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute ohne engen Kontakt zu SARS-CoV-2 positiven Personen und ohne Symptome vereinbar mit COVID-19**
 - Die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. betreuten Personen sollten möglichst für 10 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 Antigen-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 (möglichst 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 Bewohnerinnen und Bewohner **VOR** der Aufnahme in die Einrichtung geimpft werden (zumindest die Verabreichung der Erstimpfung). Für Personen, deren Grundimmunisierung länger als 3 Monate zurückliegt, wird eine Auffrischimpfung empfohlen ([siehe STIKO-Empfehlung](#)). Genesene Personen ohne Impfung sollten in dem gebotenen Abstand eine Impfung erhalten ([siehe STIKO-Empfehlung](#)).
- **Geimpfte bzw. genesene Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute ohne engen Kontakt zu SARS-CoV-2 positiven Personen und ohne Symptome vereinbar mit COVID-19**
 - Die Quarantäne kann unter bestimmten Voraussetzungen den Impf- bzw. Genesenenstatus betreffend ausgesetzt werden. Informationen zu den Voraussetzungen unter denen bei Geimpften und Genesenen die Quarantäne ausgesetzt werden kann finden sich im Abschnitt 4 [Identifizierung und Management von Kontaktpersonen](#) und in dem Dokument [„Quarantäne- und Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen“](#), Abschnitt Ausnahmen von der Quarantäne.
 - Weiterhin Testung gemäß nationaler Teststrategie bzw. Länderverordnung.
- **Bewohnerinnen und Bewohner/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.
- **Bewohnerinnen und Bewohner/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.

3.4 Dauer der besonderen Maßnahmen für SARS-CoV-2-positive Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute und Beschäftigte

- **Kriterien für die Aufhebung der Isolierung bei Bewohnerinnen und Bewohnern**
 - Symptomfreiheit für mindestens 48 Stunden,
 - Frühestens 14 Tage nach Symptombeginn bzw. Erstnachweis des Erregers bei asymptomatischen Personen,
 - Negative PCR-Untersuchung auf SARS-CoV-2. Bei Mangel an Kapazitäten für eine PCR-Untersuchung kann bei leichtem oder asymptomatischem Verlauf auch ein [zertifizierter Antigentest*](#) eingesetzt werden.

Eine detaillierte Beschreibung der Vorgaben, insbesondere auch hinsichtlich der Modalitäten der PCR-Untersuchung findet sich in dem Dokument [„COVID-19: Entisolierung von Patient/-innen im stationären Bereich sowie Bewohner/-innen in Alten- und Pflegeheimen“](#)

- **Kriterien für die Aufhebung der Isolierung bei den Beschäftigten**
 - Symptomfreiheit für mindestens 48 Stunden
 - Isolierungsdauer von 10 Tagen nach Symptombeginn bzw. bei asymptomatischen Personen nach Erstdiagnose des Erregers. Vor Arbeitsbeginn wird eine Antigentestung im Rahmen der regelmäßigen Reihentestung empfohlen.
 - Verkürzung der Isolierungsdauer auf mindestens 7 Tage nach Symptombeginn bzw. bei asymptomatischen Personen nach Erstdiagnose des Erregers kann erfolgen bei negativem Ergebnis** eines frühestens am Tag 7 entnommenen PCR-Tests (oder Point-of-Care-NAT-Tests, LAMP, andere Nukleinsäurenachweise) oder alternativ eines [zertifizierten Antigentests*](#).
 - konsequente Umsetzung des Monitorings von Symptomen (siehe [Abschnitt 5](#))

Siehe auch Dokument [„Quarantäne- und Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen“](#) (entsprechend Beschluss der Ministerpräsidentenkonferenz vom 07. und 24.01.2022)

*Entsprechend überprüfte Antigentests sind [hier](#) veröffentlicht, siehe „Tabelle 1: Ergebnisse der SARS-CoV-2 Antigenschnelltests, die das Sensitivitätskriterium erfüllen“.

**Zur Beendigung der Isolierung sind ein negatives PCR-Resultat oder ein positives Testresultat mit einem CT Wert >30 zulässig. Dies bedeutet: Es liegt ein negatives PCR-Ergebnis oder ein PCR-Ergebnis vor, das gemäß Laborbericht für eine Viruslast unterhalb eines definierten Schwellenwertes spricht, der eine Aussage über die Anzuchtwahrscheinlichkeit erlaubt (etwa unter Bezug auf eine quantitative Bezugsprobe; Ziel: < 1.000.000 (10⁶) Kopien/ml). Dieser Wert geht oft aber nicht immer mit einem CT-Wert von > 30 einher. Details siehe unter ["Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2"](#)

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 Bewohnerinnen und Bewohnern oder Besucherinnen und 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 der Bewohnerin/des Bewohners und über die Verdachtsdiagnose/Erkrankung zu informieren.

- Falls es der Gesundheitszustand der Patientin/des Patienten zulässt, sollte sie/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 Bewohnerinnen und Bewohner ohne bekannte SARS-CoV-2-Infektion

- Bei Verlegung von Bewohnerinnen und Bewohnern 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 Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten/Beschäftigte SARS-CoV-2-positive Fälle innerhalb der letzten 14 Tage aufgetreten sind.

Dies ist unabhängig davon, ob für die zu verlegenden Bewohnerinnen und Bewohner 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/der zu verlegende Bewohnerin/Bewohner geimpft oder genesen 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 Dienstleistenden sollten vorab/zeitnah über das Auftreten von SARS-CoV-2-positiven Fällen (s.o.) in der Einrichtung informiert werden.

3.8 Besuchsregelungen

In den Besuchsregelungen wird unter Berücksichtigung der Vorgaben der jeweiligen Landesregierung festgelegt ob und unter welchen Bedingungen Besuche in den Einrichtungen stattfinden können. Dazu sollte von der Einrichtung in Kooperation mit dem Gesundheitsamt ein einrichtungsspezifisches Besuchskonzept erstellt werden. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass Besuchsregelungen (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.)
- die räumlichen Gegebenheiten

- Möglichkeiten der SARS-CoV-2-Testung von Besucherinnen und Besuchern siehe [Abschnitt 7 Hinweise zur SARS-CoV-2-Testung](#)
- Individueller Impfstatus der Bewohnerinnen und Bewohner/Besucherinnen und Besucher und Durchimpfungsrate von Bewohnerinnen und Bewohnern und Personal
- Möglichkeiten zur Nutzung digitaler Kommunikationstechniken
- Vorgehen in besonderen Situationen die individuellen Bewohnerinnen und Bewohner betreffend
- Soweit möglich Berücksichtigung der Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten im Sinne einer bewohnerzentrierten Vorgehensweise

Neben der Abschätzung der Risiken sollten auch die möglichen Auswirkungen auf das Wohlergehen der Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten, der Angehörigen sowie des Personals der Einrichtung in die Überlegungen miteinbezogen werden. Letztendlich muss eine Abwägung erfolgen zwischen dem Nutzen der Maßnahmen zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten/Beschäftigten 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 Besuchsregelungen

- Besucherinnen und Besucher mit Erkältungssymptomen sowie Kontaktpersonen von COVID-19-Infizierten sollen ungeachtet des Impf- bzw. Genesenenstatus der Einrichtung fernbleiben.
- Jeder Besuch muss registriert (Name der Besucherin/des Besuchers, Datum des Besuchs, besuchte Heimbewohnerin/besuchter Heimbewohner) und auf Symptome vereinbar mit COVID-19 gescreent werden.
- In der aktuellen Situation wird eine Testung aller Besucherinnen und Besucher ungeachtet des Impf- und Genesenenstatus mittels eines [zertifizierten Antigentests](#) empfohlen. Siehe auch Abschnitt 7 [Hinweise zur SARS-CoV-2-Testung](#).
- Die Besucherinnen und Besucher müssen in den erforderlichen Schutzmaßnahmen unterwiesen werden.

Diese beinhalten:

- das Einhalten von mindestens 1,5 - 2 m Abstand zu den Bewohnerinnen und Bewohnern, anderen Besucherinnen und Besuchern 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 Besucherinnen und Besuchern, Doppelzimmer), in den Besuchsräumen und in anderen Räumlichkeiten der Einrichtung gewährleistet werden können. Dadurch kann es erforderlich werden, dass die Anzahl und Dauer der Besuche begrenzt und Besuche ggf. terminiert werden müssen. Diese Maßgaben sind unabhängig vom Impf- bzw. Genesenenstatus der Bewohnerinnen und Bewohner und Besucherinnen und Besucher.
- Die Einrichtung sollte Sonderregelungen für besondere individuelle Situationen (z.B. palliative Situation) festlegen.

3.8.2 Anpassungen der Besuchsregelungen unter Berücksichtigung des Impf- und Genesenenstatus

- Bei Kontakt von geimpften bzw. genesenen Bewohnerinnen und geimpften bzw. genesenen Bewohnern und Besucherinnen und Besuchern untereinander (ohne Anwesenheit von Nicht-Geimpften bzw. Personen ohne gültigen Genesenenstatus) kann unter bestimmten Voraussetzungen auf das Einhalten der Abstandsregelungen sowie das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes verzichtet werden, sofern zusätzlich ein negatives Testergebnis der Besucherinnen und Besucher vorliegt (epidemiologische Lage). Die Voraussetzungen, die für Geimpfte und Genesene gelten um bei einem Besuch auf das Einhalten der Abstandsregelungen und das Tragen eines Mundschutzes verzichten zu können, entsprechen denjenigen, die auch für die Ausnahme von der Quarantäne gelten. Siehe auch Abschnitt 4 [Identifizierung und Management von Kontaktpersonen](#) und das Dokument „[Quarantäne- und Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen](#)“, Abschnitt Ausnahmen von der Quarantäne.
- Die Empfehlung zu Besuchsrestriktionen im Falle eines Ausbruchsgeschehens in der Einrichtung bleibt bestehen unabhängig vom individuellen Impf- oder Genesenen-Status und dem Durchimpfungsgrad der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. des Personals. Das Ausmaß von Besuchsrestriktionen orientiert sich am Umfang des Ausbruchsgeschehens (Zahl der Fälle und betroffenen Bereiche), den räumlichen Gegebenheiten (z.B. Möglichkeit der Kohortierung), der Möglichkeit der Isolierung und des Einsatzes der erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen. So können Besuchsrestriktionen je nach Situation in abgestufter Form umgesetzt werden. Sie können sich beispielsweise auf einzelne infizierte Bewohnerinnen und Bewohner bzw. betroffene Wohnbereiche beschränken (z. B. bei Auftreten von Einzelfällen in einem Wohnbereich) oder müssen ggf. aufgrund der Ausdehnung des Ausbruchsgeschehens auf mehrere Wohnbereiche oder die gesamte Einrichtung erweitert werden.

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.

3.9 Soziale Kontakte innerhalb der Einrichtung

Grundsätzlich sollte bei Kontakten der Bewohnerinnen und Bewohner untereinander bzw. bei gemeinschaftlichen Aktivitäten die Basismaßnahmen (AHA+L) beachtet werden.

Anpassungen können erfolgen in Abhängigkeit vom individuellen Impfstatus der Bewohnerinnen und Bewohner, der Impfquote in der Einrichtung und vor dem Hintergrund, dass regelmäßige Reihentestungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt werden (siehe auch die [Übersichtstabelle zu Testungen](#)):

- Bei Kontakten von geimpften bzw. genesenen Bewohnerinnen und untereinander (ohne Anwesenheit ungeimpfter Personen einschließlich ungeimpfter Mitarbeiter) kann unter bestimmten Voraussetzungen auf das Einhalten des Mindestabstandes und auf das Tragen eines Mundschutzes verzichtet werden. Die Voraussetzungen bezüglich der Impf- und Genesenenstatus entsprechen denjenigen, die auch für die Ausnahmen von der Quarantäne gelten. Siehe auch Abschnitt 4 [Identifizierung und Management von Kontaktpersonen](#) und das Dokument „[Quarantäne- und](#)

[Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen](#)“, Abschnitt Ausnahmen von der Quarantäne.

- Bei hoher [Impfquote](#) (einschließlich Auffrischimpfung) unter den Bewohnerinnen und Bewohnern können wohnbereichsübergreifende Gemeinschaftsaktivitäten auch ohne Einhaltung des Mindestabstandes ermöglicht werden. Idealerweise sollte jedoch ein MNS getragen werden. Nichtgeimpfte sollten den Mindestabstand einhalten und einen MNS tragen, da bei Teilnahme ein erhöhtes Infektionsrisiko für sich selbst als auch für die anderen Bewohner besteht.
- In Ausbruchssituationen können jedoch unabhängig vom Impf- und Genesenenstatus weitreichende Beschränkungen von Gemeinschaftsaktivitäten erforderlich werden.

4 Identifizierung und Management von Kontaktpersonen

Eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung der weiteren Ausbreitung von COVID-19 innerhalb einer Einrichtung sowie nach extern ist die Identifizierung der Personen mit Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall im infektiösen Zeitintervall. Kontaktpersonen können andere Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute, das Personal (Pflegekräfte, Heimärzte, Hausärzte und ggf. deren Angestellte, Service-/Küchenpersonal, Handwerker usw.), Dienstleistende (z.B. Fußpflege, Physiotherapie), Besucherinnen und Besucher sowie andere Personen sein, die zu der Einrichtung Zugang haben wie z.B. ehrenamtliche Beschäftigte.

Die Kontaktpersonennachverfolgung und das Vorgehen bei engen Kontaktpersonen 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. Die folgenden Empfehlungen orientieren sich an den in dem Dokument [„Quarantäne- und Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen“](#) (gemäß dem Beschluss der Ministerpräsidentenkonferenz vom 07. und 24.01.2022) niedergelegten Vorgaben. Das Vorgehen speziell in Gesundheitseinrichtungen ist in dem Dokument [Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie beschrieben](#).

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

Da es sich bei den Bewohnerinnen und Bewohnern um eine hochvulnerable Personengruppe handelt, werden die Quarantänebedingungen bei engen Kontaktpersonen unter der Voraussetzung, dass in der Einrichtung regelmäßige Reihentestungen (serielles Testen) bei Bewohnerinnen und Bewohnern und Personal durchgeführt werden, folgendermaßen angepasst:

4.1 Kontaktpersonenmanagement bei asymptomatischen Bewohnerinnen/Bewohnern/Betreuten und Beschäftigten

- **Asymptomatische Bewohnerinnen und Bewohner**

- **10 Tage Quarantäne**

- Testung: PCR-Test frühzeitig nach Feststellung des Kontaktpersonenstatus. Bei Mangel an Kapazitäten für eine PCR-Untersuchung, kann auch ein [zertifizierter Antigentest](#) eingesetzt werden.

- **Verkürzung der Quarantäne** auf 7 Tage ist möglich bei Durchführung eines PCR-Tests* (oder Point-of-Care-NAT-Tests, LAMP, andere Nukleinsäurenachweise) nicht vor dem 7. Tag und dem Vorliegen eines negativen Testergebnisses. Alternativ kann ein [zertifizierter Antigentest](#) eingesetzt werden.

- Konsequente Umsetzung des Monitorings von Symptomen (siehe [Abschnitt 5](#))

- **Asymptomatische Beschäftigte**

- **10 Tage Quarantäne**

- Testung:

- PCR-Test frühzeitig nach Feststellung des Kontaktpersonenstatus. Alternativ kann auch ein [zertifizierter Antigentest](#) eingesetzt werden.

- Vor **Wiederaufnahme der Tätigkeit** ist die Durchführung mindestens eines zertifizierten Antigentests empfohlen.

- **Verkürzung der Quarantäne** auf 7 Tage ist möglich bei Durchführung eines PCR-Tests* (oder Point-of-Care-NAT-Tests, LAMP, andere Nukleinsäurenachweise) nicht vor dem 7. Tag und dem Vorliegen eines negativen Testergebnisses. Alternativ kann ein [zertifizierter Antigentest](#) eingesetzt werden.

- Konsequente Umsetzung des Monitorings von Symptomen (siehe [Abschnitt 5](#))

Siehe auch das Dokument [„Quarantäne- und Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen“](#)

*Zur vorzeitigen Beendigung der Quarantäne muss das PCR-Resultat negativ sein.

Bei Auftreten eines COVID-19 Falles im Haushalt, sollte die Heimleitung unterrichtet und entsprechende Quarantänemaßnahmen eingeleitet werden.

4.2 Anpassungen des Kontaktpersonenmanagements bei geimpften bzw. genesenen, asymptomatischen Bewohnerinnen/Bewohnern/Betreuten und Beschäftigten

• Geimpfte bzw. genesene, asymptomatische Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute

- Bei engem Kontakt zu SARS-CoV-2-infizierten Personen zunächst **keine Änderung** der oben beschriebenen Quarantäneempfehlungen (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 Bewohnerinnen und Bewohnern und Beschäftigten, der örtlichen Gegebenheiten, der Dynamik eines ggf. vorliegenden Ausbruchsgeschehens und bei Einhalten der AHA+L-Regeln kann in einer Einrichtung in Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt von Quarantäne-Maßnahmen abgesehen werden. Dies gilt für die Personen, die die Voraussetzungen bezüglich des Impf- und Genesenenstatus zur Ausnahme von der Quarantäne erfüllen, Kriterien siehe unter dem Punkt „**Ausnahmen von der Quarantäne**“.

Dies sollte begleitet werden durch:

- Testung: PCR-Test frühzeitig nach Feststellung des Kontaktpersonenstatus und am 5.-7. Tag nach potentieller Exposition. Alternativ kann auch ein [zertifizierter Antigentest](#) eingesetzt werden.
- konsequente Umsetzung des Monitorings von Symptomen (siehe [Abschnitt 5](#))

• Geimpfte bzw. genesene, asymptomatische Beschäftigte

- Die Quarantäne kann ausgesetzt werden (immungesunde Personen), sofern bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich des Geimpften- bzw. Genesenenstatus der Beschäftigten erfüllt sind, siehe unten Punkt „**Ausnahme von der Quarantäne**“.

Dies sollte begleitet werden durch:

- PCR-Test frühzeitig nach Feststellung des Kontaktstatus und am 5.-7. Tag nach potentieller Exposition. Alternativ kann auch ein [zertifizierter Antigentest](#) eingesetzt werden.
- konsequente Umsetzung des Monitorings von Symptomen (siehe [Abschnitt 5](#))

Ausnahmen von der Quarantäne

1. Personen mit einer Auffrischimpfung (Boosterimpfung), insgesamt drei Impfungen erforderlich (auch bei jeglicher Kombination mit COVID-19 Vaccine Janssen (Johnson & Johnson))

2. Geimpfte Genesene (Geimpfte mit einer nachfolgenden Infektion oder Genesene, die eine Impfung im Anschluss an eine SARS-CoV-2-Infektion erhalten haben)

3. Personen mit einer zweimaligen Impfung, ab dem 15. Tag nach der zweiten Impfung bis zum 90. Tag nach der Impfung, gilt auch für COVID-19 Vaccine Janssen (Johnson & Johnson)

4. Genesene ab dem 29. Tag bis zum 90. Tag ab dem Datum der Abnahme des positiven Tests

Eine einmalige Impfung mit der COVID-19 Vaccine Janssen (Johnson & Johnson) begründet keine Ausnahme von der Quarantäne. Siehe Dokument „[Quarantäne- und Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen](#)“ in dem Abschnitt: Ausnahme von der Quarantäne.

Besorgniserregende SARS-CoV-2-Varianten sowie Varianten von besonderem Interesse (VOC: Variants of Concern; VOI: Variants of Interest)

Bei bekannter Exposition gegenüber Virusvarianten bei denen es sich um eine VOC oder VOI (außer Alpha - B.1.1.7, Delta - B.1.617.2 oder Omikron - B.1.1.529 sowie Sublinien, siehe [Übersicht zu den Virusvarianten](#)) handelt, wird unabhängig vom Impf- und Genesenenstatus der Kontaktpersonen eine 14-tägige Quarantäne und eine frühzeitige PCR-Testung (möglichst an Tag 1 der Ermittlung der engen Kontaktperson) immer empfohlen.

Vorgehen beim Auftreten von Symptomen

Zeitnahe Testung vorzugsweise mit PCR. Bei Durchführung eines Antigen-Schnelltests zur schnellen Orientierung, sollte immer zeitgleich eine Probe für die PCR entnommen werden. Das weitere Vorgehen ist unabhängig vom Impf- bzw. Genesenenstatus und in [Abschnitt 5.2.5 Vorgehen bei symptomatischen Bewohnerinnen/Betreuten](#) und Abschnitt 5.3.4 [Vorgehen bei symptomatischem Personal](#) beschrieben.

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 Bewohnerinnen und Bewohnern von Alten- und Pflegeeinrichtungen und Betreuten in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und beim Personal dieser Einrichtungen sollen mögliche COVID-19-Erkrankungen frühzeitig detektiert werden, um unverzüglich die erforderlichen Maßnahmen zur Verhinderung einer Weiterverbreitung innerhalb der Einrichtung einleiten zu können. Dies erfordert eine permanente Wachsamkeit des Personals 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 Heimbewohnerinnen und -bewohnern, Betreuten und Personal (z.B. Symptome, Testung auf SARS-CoV-2, betroffene Organisationseinheit), die einen Überblick gibt über die Entwicklung der Situation in der Einrichtung und als Grundlage zur weiteren Planung (z.B. Kohortierung) dienen soll.

5.2 Durchführung des klinischen Monitorings auf COVID-19 bei Bewohnerinnen und Bewohnern/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. eine Hygiene-beauftragte Person sein.

Aufgaben

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

5.2.2 Erhebung der Symptome

Bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten in den Einrichtungen soll **ungeachtet des Impf- und Genesenstatus 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 Bewohnerinnen und Bewohner/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 Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten der Einrichtung gibt, könnten alternativ die entsprechenden Informationen von der jeweiligen betreuenden Person erhoben und dokumentiert werden. Dies hätte den Vorteil, dass Verschlechterungen des Gesundheitszustandes sensitiver wahrgenommen und erkannt werden.

Neu aufgenommene Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute in den Einrichtungen sollen umgehend hinsichtlich der Symptome, die mit COVID-19 vereinbar sind befragt/untersucht werden. Falls solche Symptome angegeben 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 Heimbewohnerinnen und -bewohner vorliegen.

- **Selbstbeobachtung**

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

- **Dokumentation der Symptomkontrolle**

Die Ergebnisse sollen in einem Formblatt dokumentiert werden.

[Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen bei Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten \(PDF\)](#)

[Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen bei Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten \(Word\)](#)

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

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

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

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

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

5.2.3 Medizinische Versorgung

Die für den Bereich/Station verantwortliche Pflegekraft/Betreuende veranlasst zur weiteren Abklärung und zum Festlegen des weiteren Vorgehens (Verbleib in der Einrichtung oder Hospitalisierung) eine ärztliche Konsultation (betreuende/r Heimärztin/-arzt oder Hausärztin/-arzt) 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 ärztliches Personal vor Ort oder die/den betreuende/n Hausärztin oder Hausarzt erfolgen. Falls dies nicht zeitnah möglich ist, sollte die verantwortliche Pflegekraft (z.B. Stations-/Bereichsleitung, Pflegedienstleitung)/Betreuende 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](#). Im Labor sollten Proben aus Pflegeheimen bevorzugt bearbeitet werden; ggf. telefonische Vorabinformation des Labors.

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 Proben-transport 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 Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten

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

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

- **Implementierung von Hygienemaßnahmen**

- Es sollten umgehend, noch vor Vorliegen der Testergebnisse, die erforderlichen Hygienemaßnahmen (PSA bzw. organisatorische Maßnahmen) implementiert und die Bewohnerinnen und Bewohner/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. Hinweise zur Meldepflicht finden Sie [hier](#).

5.2.5.2 Szenario 2: Bestätigung einer SARS-CoV-2-Infektion oder bereits bekannte SARS-CoV-2 Infektion bei anderen Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten oder Beschäftigten

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 (Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute und Personal). Dies sollte idealerweise in regelmäßigen Zeitintervallen (z.B. 2 x wöchentlich) durchgeführt werden, da ein einzelner Test nur den Momentzustand widerspiegelt (z.B. Bewohnerinnen und Bewohner/Pflegepersonal noch in der Inkubationsphase). Dieses Vorgehen kann je nach vorliegender Situation auf einzelne Stationen oder Bereiche beschränkt oder ggf. die gesamte Einrichtung ausgedehnt werden. In einer Ausbruchssituation wird dadurch die Zusammenstellung von Kohorten (Fälle/Nicht-Fälle) erleichtert. Als Testmethode sollte bevorzugt die PCR eingesetzt werden. Antigen-Schnellteste können (bei gleichzeitiger Probenentnahme für die PCR) verwendet werden um ggf. eine frühzeitige Kohortierung zu ermöglichen. 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 Bewohnerinnen und Bewohnern oder Betreuten aufgrund ihrer Aufgaben, die insbesondere bei den Pflegekräften einen nahen physischen Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern/Betreuten erfordern, besonders gefährdet für die Akquirierung und Weiterverbreitung einer COVID-19-Erkrankung. Eine Übertragung kann ebenso zwischen den Beschäftigten erfolgen, wenn eine unerkannte COVID-19-Erkrankung bei einem der Beschäftigten vorliegt. Andererseits kann das Personal auch unwissentlich eine extern erworbene COVID-19-Erkrankung in die Einrichtung hineintragen. 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 Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten auf COVID-19 [Abschnitt 5.2.1](#)

5.3.2 Erhebung von Symptomen und Abwesenheiten

- **Aktive Erfassung**

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

- **Selbstbeobachtung des Personals**

Das Personal sollte auch während der Dienstzeit aufmerksam sein in Bezug auf das Auftreten von respiratorischen Symptomen/Fieber oder 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 Beschäftigten \(PDF\)](#)

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

[Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen bei Besuchenden und Dienstleistenden \(PDF\)](#)

[Musterformblatt Erhebung von Erkältungssymptomen bei Besuchenden und Dienstleistenden \(Word\)](#)

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 Beschäftigte \(PDF\)](#)

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

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

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 Beschäftigten sollten gemäß Länderverordnung in Absprache mit dem Gesundheitsamt und entsprechend dem einrichtungsspezifischen Testkonzept auch unabhängig von dem Auftreten von Symptomen regelmäßig getestet werden. Dies gilt auch für vollständig geimpftes bzw. genesenes Personal. Die Testhäufigkeit sollte an der epidemiologischen Lage orientiert werden. In der aktuellen Situation wird empfohlen alle Beschäftigten täglich zu testen. Bei Geimpften bzw. Genesenen kann unter bestimmten Voraussetzungen davon abgewichen werden, wobei auch diese Gruppe möglichst täglich, jedoch mindestens zweimal wöchentlich getestet werden sollte. Die erforderlichen Voraussetzungen bezüglich des Impf- und Genesenenstatus entsprechen denjenigen, die auch für die Ausnahmen von der Quarantäne gelten. Siehe auch Abschnitt 4 [Identifizierung und Management von Kontaktpersonen](#) und das Dokument [„Quarantäne- und Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen“](#), Abschnitt Ausnahmen von der Quarantäne.

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

5.3.4 Vorgehen bei symptomatischem Personal

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

Allgemeine präventive Maßnahmen

- Beschäftigte mit akuten respiratorischen Symptomen/Fieber sollen zu Hause bleiben
- Beschäftigte, 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 Heimbewohnerinnen und -bewohnern, den Betreuten oder dem Personal COVID-19-Erkrankungen nachgewiesen werden, müssen zur Vermeidung einer weiteren Ausbreitung in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt umgehend Maßnahmen ergriffen werden. Da SARS-CoV-2 leicht übertragen werden kann und in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen auf eine Population mit einem hohen Risiko für einen schweren Verlauf trifft, ist ein zeitnahes, koordiniertes und effektives Vorgehen unabdingbar, um schwerwiegende Folgen für die in der Einrichtung lebenden Menschen abzuwenden. Für das Management des Ausbruchs sollte ein Ausbruchsteam etabliert werden in dem möglichst alle relevanten Bereiche vertreten sind wie z.B. Pflegedienstleitung, Hygiene-Beauftragte/r, Heimleitung, Personalleitung, kaufmännische Leitung, betriebsärztlicher Dienst, Heimärztinnen und Heimärzte etc.

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

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 Antigentest 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 Antigenteste 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 Bewohnerinnen und Bewohnern/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.

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

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

*Voraussetzungen Impf- und Genesenenstatus: siehe Abschnitt 4 [Identifizierung und Management von Kontaktpersonen](#) und das Dokument „[Quarantäne- und Isolierungsdauern bei SARS-CoV-2-Expositionen und -Infektionen](#)“.

- **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 Antigentests 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 Landesregierungen sowie auch von einigen Verbänden werden Mustertestkonzepte zur Verfügung gestellt.
- Es sollen **zertifizierte Tests** verwendet werden. Eine Liste mit Tests, die vom Paul Ehrlich Institut auf ihre Sensitivität geprüft wurden und dem aktuellen Stand der Technik entsprechen, findet sich [hier](#).
- Der sachgerechte Einsatz ist gebunden an die korrekte Indikationsstellung (siehe [Nationale Teststrategie](#)).
- Antigen-Schnellteste dürfen nur von eigens in die Durchführung des jeweiligen Antigen-Schnelltests eingewiesenem Personal unter Anwendung der erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen (PSA) durchgeführt werden. Siehe [Arbeitsschutzmaßnahmen bei der Durchführung der Point-of-care-SARS-CoV-2-Diagnostik](#). Die Einrichtung prüft welche Beschäftigte hinsichtlich ihrer Ausbildung oder Erfahrungen und Kenntnisse für die Durchführung des Antigen-Schnelltests geeignet sind. Die Einweisung der Beschäftigte sollte dokumentiert werden. Entsprechendes gilt für weitere in die Testungen eingebundene Organisationen bzw. Institutionen.
- Positive Testergebnisse müssen immer durch einen PCR-Test bestätigt werden. Proben aus Pflegeheimen sollten im Labor bevorzugt bearbeitet werden, ggf. telefonische Vorabinformation des Labors.
- 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](#)

- **Durchführung des Antigen-Schnelltests**

Die Durchführung vor Ort durch Beschäftigte 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 Bewohnerinnen und Bewohner/Betreuten und Angehörigen/Besucherinnen und 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 Bewohnerinnen und Bewohnern) 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 Antigentest 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		
Bewohnerinnen und Bewohner	Personal	Besucherinnen und 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. HeimarztIn / 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 Antigentests liegt.
 - bei Fehlern in der Durchführung des Abstrichs und des Tests
 - Mängeln des Testmaterials (z.B. unsachgemäße Lagerung)

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

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

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

Informationen zur Indikation und Durchführung der COVID-19-Impfungen finden sich in den Empfehlungen der [Ständigen Impfkommission zur COVID-19-Impfung](#), die regelmäßig gemäß neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse aktualisiert werden. In der [Coronavirus-Impfverordnung](#) der Bundesregierung wird der Anspruch auf Impfung, die Vergütung und die Rahmenbedingungen der Umsetzung geregelt. Ausführliche Informationen zum Impfen finden sich [hier](#). Die Impfungen werden von Hausarztpraxen, Heimärztinnen und -ärzte- und Betriebsärztinnen und -ärzte und zentral organisierten Impfstellen (Impfzentren und angegliederte mobile Impfteams) durchgeführt. Für die Umsetzung sind die Bundesländer bzw. die von ihnen beauftragten Stellen verantwortlich. Siehe auch [Informationen der Bundesländer](#).

- **Impfungen in Pflegeheimen**

Allen Bewohnerinnen und Bewohnern und Beschäftigten von Alten- und Pflegeeinrichtungen sollen COVID-19-Impfungen angeboten werden mit dem Ziel einen hohen individuellen Schutz vor einer COVID-19 Erkrankung und schweren Krankheitsverläufen zu erreichen sowie das Auftreten und die Ausbreitung von COVID-19 in den Einrichtungen zu verhindern bzw. zu minimieren. Hohe Durchimpfungsraten bei Bewohnerinnen und Bewohnern und Personal sollen ein möglichst sicheres Umfeld dafür schaffen, dass Beschränkungen des sozialen Miteinanders in Teilen gelockert werden können und stufenweise eine Normalisierung des Alltagslebens erreicht werden kann.

Da es bei Geimpften im Zeitverlauf zu einer Abnahme des Immunschutzes kommt, empfiehlt die STIKO bei länger als 3 Monate zurückliegender Grundimmunisierung eine Auffrischimpfung.

Darüber hinaus sollte bei Personen, die die COVID-19-Vaccine Janssen erhalten haben, die Grundimmunisierung durch eine weitere Impfdosis mit einem mRNA-Impfstoff optimiert werden. Nähere Details siehe die [aktualisierte STIKO-Empfehlung](#).

In der aktuellen epidemiologischen Lage bleiben die grundlegenden Empfehlungen zum infektionshygienischen Management bestehen. Ausnahmen bzw. Abweichungen aufgrund des Impf- und Genesenenstatus sind in den spezifischen Kapiteln beschrieben.

In Ausbruchssituationen sollten ggf. bestehende Impflücken bei Bewohnerinnen und Bewohnern und beim Personal möglichst geschlossen werden (einschließlich Auffrischimpfungen) siehe Dokument [Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen](#). Die Durchführung der Impfungen in Ausbruchssituationen sollte mit dem zuständigen Gesundheitsamt abgestimmt werden.

Ausgewählte Punkte, die insbesondere bei Impfungen im Rahmen von Ausbruchsgeschehen beachtet werden sollten:

- Vor der Verabreichung einer COVID-19-Impfung muss das Vorliegen einer akuten asymptomatischen oder unerkannt durchgemachten SARS-CoV-2- Infektion labordiagnostisch **nicht** ausgeschlossen werden.
- Es gibt keine Hinweise, dass die Impfung bei Personen mit durchgemachter Infektion bzw. bei asymptomatischen bzw. präsymptomatischen Patienten eine nachteilige Wirkung hat.
- Personen, die sich in Quarantäne befinden, da sie als enge Kontaktpersonen zu einem COVID-19-Fall eingestuft wurden, können geimpft werden.
- Laut der Fachinformation der Impfstoffe sollte die Impfung bei Personen mit akuter, schwerer, fieberhafter Erkrankung oder akuter Infektion verschoben werden.

Nähere Informationen finden sich in den [FAQ zu COVID-19 und Impfungen](#) und in den [STIKO-Empfehlungen zur COVID-19-Impfung](#).

- **Infektionsschutzmaßnahmen bei der Durchführung der Impfungen**

- 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).

Aufgrund der nun vorliegenden Daten zur Sicherheit und Verträglichkeit der COVID-19-Impfstoffe kann bei Einsatz von Totimpfstoffen auf den Impfabstand von 14 Tagen verzichtet werden. Dies bedeutet, dass beispielsweise gegen COVID-19 und Influenza simultan geimpft werden kann, siehe auch [aktualisierte STIKO-Empfehlung](#) und [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 Bewohnerinnen und Bewohner sowie Impfungen des Personals zurückgeführt werden kann. Aktuell treten jedoch bei steigenden Inzidenzen der Allgemeinbevölkerung und gleichzeitig abnehmendem Impfschutz wieder vermehrt COVID-19-bedingte Ausbrüche in Pflegeheimen auf, wobei auch bereits geimpfte Personen infiziert werden können.

In Anbetracht hoher Durchimpfungsraten bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, 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 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 Bewohnerinnen und 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 Bewohnerinnen und Bewohner geimpft werden, da die Einwilligung dazu fehlt oder in eher seltenen Fällen 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 Bewohnerinnen und Bewohnern generell niedrigeren Impfquote. (Impfbereitschaft geringer als bei Bewohnerinnen und Bewohnern)
- Die Besucherinnen und Besucher von Pflegeheimen sind nicht alle geimpft.
- Da der Immunschutz durch Impfung im Lauf der Zeit abnimmt, wird von der STIKO bei einer länger als 3 Monate zurückliegenden Grundimmunisierung die Durchführung einer Auffrischimpfung empfohlen.

- **Impfstoffe**

- Die bisher zugelassenen Impfstoffe haben eine hohe Effektivität hinsichtlich der Verhinderung von symptomatischen Krankheitsverläufen und Tod und sind ebenfalls wirksam hinsichtlich der Verhinderung/Reduzierung des Auftretens asymptomatischer Infektionen.
- Dennoch können sich auch geimpfte Personen infizieren und das Virus auf andere Personen übertragen.
- 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. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der Immunschutz im Laufe der Zeit abnimmt.

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

- Die bisher vorliegenden Studienergebnisse weisen darauf hin, dass mit den derzeit zugelassenen Impfstoffen ein ausreichender Impfschutz gegenüber der Alpha (B.1.1.7)-Variante und der Delta (B.1.617.2)-Variante und Sublinien (nur nach vollständiger Impfserie) erzielt werden kann.
- Die Einschätzung der Impfeffektivität gegen die anderen besorgniserregenden Varianten bedarf weiterer Untersuchungen. Insbesondere in Bezug auf die Omikron (B.1.1.529)-Variante wird empfohlen einen hohen Impfschutz aufrechtzuerhalten (Auffrischimpfung).
- Der potentielle Impfschutz bei den geimpften Bewohnerinnen und Bewohnern 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. Genesenen Personen ohne Impfung sollten in dem gebotenen Abstand eine Impfung erhalten ([siehe STIKO-Empfehlung](#)).

Fazit

Prinzipiell kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich Geimpfte mit SARS-CoV-2 infizieren 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 Bewohnerinnen und 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 Bewohnerinnen und Bewohner erzielt werden. Aufgrund der natürlichen Fluktuation und anderer Faktoren kann es jedoch zu einem sukzessiven Absinken des Anteils der Bewohnerinnen und Bewohner mit Impfschutz kommen. Es erfordert daher permanente Bemühungen der Einrichtungen Impflücken möglichst zu vermeiden bzw. auf niedrigem Niveau zu halten sowie einen hohen Immunschutz durch die Veranlassung von zeitgerechten Auffrischimpfungen aufrechtzuerhalten.

Folgende Punkte sollten Beachtung finden:

- Allen Nicht-geimpften Bewohnerinnen und Bewohnern (z.B. Neuaufnahmen) sollte zeitnah ggf. wiederholt eine Impfung angeboten werden.
- Bei Neuaufnahmen, die bisher nur 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 Bewohnerinnen und Bewohner bereits VOR geplanten Aufnahmen in die Einrichtung geimpft werden (zumindest die Verabreichung der Erstimpfung).
- Für Personen, deren Grundimmunisierung länger als 3 Monate zurückliegt, wird eine Auffrischimpfung empfohlen ([siehe STIKO-Empfehlung](#)).
- Genesene Bewohnerinnen und Bewohner sollten in dem gebotenen Abstand eine Impfung erhalten (siehe STIKO-Empfehlungen).
- Der Impf- und Genesenenstatus der Bewohnerinnen und Bewohner sollte fortlaufend dokumentiert werden.

10.3 Anpassungen der Empfehlungen zum Infektionsschutz bei hoher Durchimpfung

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 Bewohnerinnen und Bewohner bzw. des Personals in der Einrichtung.

Bei hoher Durchimpfungsrate der Bewohnerinnen und 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 Durchimpfungsrate der Bevölkerung

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

Die in den verschiedenen Bereichen (z.B. Kontaktpersonennachverfolgung, Testungen) erfolgten Anpassungen der Empfehlungen für Bewohnerinnen und Bewohner/Betreute und Personal mit vollständigem Impfschutz bzw. gültigem Genesenenstatus sind in den entsprechenden Kapiteln beschrieben.

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.

Begriffsbestimmungen

- **Hohe Impfquote**

Die Impfquote unter Bewohnerinnen und Bewohnern sollte möglichst bei $\geq 90\%$ 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. Im Hinblick auf den im Zeitverlauf abnehmenden Impfschutz wird bei Personen mit länger als 3 Monate zurückliegender Grundimmunisierung zur Aufrechterhaltung eines hohen Immunschutzes eine Auffrischimpfung empfohlen.

11 Referenzen und Links

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.

Seifried J, Böttcher S, von Kleist M, Jenny MA, Antão E, Oh DY, Jung-Sendzik T, Broich K, Denking 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/ll/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>

ECDC, European Center for Disease Prevention and Control, Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings - sixth update <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>

„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/>

Schweickert B, Klingeberg A, Haller S, Richter D, Schmidt N, Abu Sin M, Eckmanns T: COVID-19-Ausbrüche in deutschen Alten- und Pflegeheimen; Epid Bull 2021;18:3 -29 | DOI 10.25646/8174 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/18_21.pdf?blob=publicationFile