



Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)

Prävention von Atemwegsinfektionen nach der SARS-CoV-2-Pandemie in Einrichtungen der Pflege

Ursel Heudorf, Peter Walger, Martin Exner, Sabine Gleich

Während der SARS-CoV-2-Pandemie hatten insbesondere ältere und vorerkrankte, somit vulnerable Menschen ein höheres Risiko, an SARS-CoV-2 schwer zu erkranken und auch daran zu versterben. Viele dieser älteren und vorerkrankten Menschen werden von Pflegediensten betreut oder leben angesichts eines hohen Betreuungsaufwands in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Insbesondere in stationären Altenpflegeeinrichtungen war die Mortalität am höchsten [1, 2]. In der Pandemie wurden deswegen zahlreiche einschränkende Maßnahmen zum Schutz der Bewohner der Altenpflegeeinrichtungen empfohlen und durch ministerielle Allgemeinverfügungen verbindlich vorgegeben. Diese griffen nicht nur stark in das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen ein, sondern verschlechterten nachweislich auch die psychische Gesundheit und Lebensqualität der Bewohner [3–7].

Mit dem Auftreten weiterer Varianten von SARS-CoV-2 wurde das Virus leichter übertragbar, aber die Krankheitsschwere nahm ab. Dies betraf nicht nur die Allgemeinbevölkerung, sondern auch die Gruppe der Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen. Zu Beginn der Pandemie waren noch fast 20% der mit SARS-CoV-2 infizierten Altenpflegeheimbewohner an dieser Infektionskrankheit verstorben. Im Jahr 2022 – unter der vorherrschenden Omikron-Variante – waren es noch 1,5–2,7%, die innerhalb von 28 Tagen nach einer SARS-CoV-2-Infektion bzw. positiven-Testung an oder mit SARS-CoV-2 verstarben. Dies zeigen Daten aus Altenpflegeeinrichtungen

in Frankfurt am Main und München [8–10]. Vergleichbare Beobachtungen wurden auch aus England und Wales sowie aus Norwegen berichtet [11, 12]. Inzwischen ist SARS-CoV-2 endemisch geworden und es ist zu erwarten, dass sich auch in kommenden Wintersaisons viele Menschen damit infizieren werden.

Eine Fokussierung auf SARS-CoV-2 ist nicht sachgerecht, sondern sogar kontraproduktiv, wenn damit andere Erreger von Atemwegsinfektionen zu wenig berücksichtigt und somit unterschätzt werden. Eine Empfehlung zur Prävention und zum Umgang mit Atemwegsinfektionen bei Pflegebedürftigen (stationär, teilstationär oder auch ambulant) muss deswegen auch andere respiratorische, somit leicht übertragbare und teils impfpräventable Infektionserreger berücksichtigen (u.a. Influenza, Pneumokokken, Respiratory Syncytial Virus, humanes Metapneumovirus).

■ Ziele dieser DGKH-Empfehlung

Ziele der nachfolgenden Empfehlungen sind :

- die Prävention leicht übertragbarer Atemwegsinfektionen einschließlich COVID-19 und Influenza bei den Pflegebedürftigen und die Verhütung der Weiterverbreitung dieser Erkrankungen in den Pflegeeinrichtungen.
- Dabei wird eine angemessene Balance zwischen erforderlichem Infektionsschutz und dem Selbstbestimmungsrecht der Gepflegten/Betreuten, ihrer Würde und Lebensqualität angestrebt.

**Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene/
German Society of
Hospital Hygiene**

Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin, Germany
Tel: +49 30 88727 3730
Fax: +49 30 88727 3737
E-Mail:
info@krankenhaushygiene.de
Internet:
www.krankenhaushygiene.de

■ Allgemeine Präventionsmaßnahmen

Prävention durch Impfungen

Impfungen zählen zu den wichtigsten Maßnahmen der Prävention respiratorischer Erkrankungen. Auf einen möglichst vollständigen Impfschutz bei Bewohnern und Personal soll geachtet und die von der STIKO empfohlenen Impfungen sollen aktiv angeboten werden, insbesondere im Hinblick auf den Impfschutz gegen Influenza, SARS-CoV-2 und Pneumokokken [13, 14]. Hilfreich kann hier die Unterstützung durch einen „koordinierenden Arzt“ und engagierte Einrichtungen sein.

Prävention durch Hygiene

Zur Prävention von Atemwegsinfektionen und Übertragungen respiratorischer Erreger sind folgende Hygienemaßnahmen zu beachten:

- **Basishygienemaßnahmen**, insbesondere **Händehygiene**,
- bei Symptomen einer akuten Atemwegsinfektion sollen die Regeln der persönlichen Hygiene (**Husten- und Nießetikette**) eingehalten und Kontakte zu Dritten möglichst reduziert werden
- regelmäßiges Lüften aller Räume, vorzugsweise durch **Stoß- oder Querlüften**
- bei Vorhandensein von Raumlufttechnischen Anlagen, ist zu überprüfen und sicherzustellen, dass die Vorgaben der VDI 6022 eingehalten sind.

Tragen eines MNS oder einer FFP2-Maske durch Pflegepersonal

Für das Pflegepersonal sollte bei aerosolgenerierenden Maßnahmen (z.B. Absaugen) nach Risikoanalyse ein MNS, bei Nachweis von Krankheitserregern eine FFP2-Maske angelegt werden [15].

Für die Behandlung und Pflege von Patienten mit Infektionskrankheiten hat die KRINKO bereits 2015 eine ausführliche Empfehlung publiziert [15]. Auch wenn diese primär für das Krankenhaus gilt, kann sie auch im pflegerischen Bereich außerhalb des Krankenhauses hilfreich sein. Die KRINKO hat im Oktober 2023 diese Empfehlung um SARS-CoV-2 im endemischen Setting aktualisiert und diese in die allgemeinen Empfehlungen integriert [16]. Analog dieser Empfehlung kann das

Tragen einer Maske (MNS oder FFP-2) **in Abhängigkeit von der epidemiologischen Situation** in bestimmten Situationen sinnvoll sein, z.B.

- bei längerem oder engem Kontakt mit infizierten Patienten/Bewohnern (z.B. SARS-CoV-2, Influenza), insbesondere bei verstärkter Atemwegsaktivität des Infizierten (z.B. Husten) bei Kontakt mit Atemwegssekreten.

Es wird empfohlen, dass Personal mit milden Symptomen einer Atemwegsinfektion bei der körperlichen Pflege von Bewohnern/Betreuten mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf einen MNS trägt. Auch bei stattgehabtem engem Kontakt mit einem an COVID-19 oder an Influenza Erkrankten kann deshalb das Tragen eines MNS erwogen werden

Der MNS muss dabei über Mund und Nase getragen werden. Falls FFP2-Masken getragen werden sollen, sollen individuell passende Größen zum Einsatz kommen – nach entsprechender Schulung und einem FIT-Test, der den Dichtsitz prüft. So kann eine unerwünschte Leckage-Atmung vermieden werden.

■ Empfehlungen zum Testen und zum Umgang mit Tests

Anlasslose oder regelmäßige Tests asymptomatischer Bewohner/Gepflegter oder von Pflegekräften werden nicht empfohlen.

Tests auf Erreger von Atemwegsinfektionen bedürfen einer ärztlichen Indikationsstellung und -bewertung. Indikationen können beispielsweise sein

- die Frage eines spezifischen Erregernachweises zur Einleitung einer spezifischen Therapie
- die Ermittlung in einem Ausbruchsgeschehen – in Abhängigkeit einer gemeinsam mit dem Gesundheitsamt durchgeführten Risikoanalyse.

Im individuellen Fall wird der betreuende Arzt nach Risikoanalyse die weiteren Maßnahmen festlegen (z.B. medikamentöse Therapie, Krankschreibung).

Wurde im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts ein Patient/Bewohner positiv auf z.B. SARS-CoV-2 oder Influenza getestet, ist dies alleine keine Kontraindikation gegen eine Entlassung des Patienten/Bewohners in die

häusliche Pflege oder in eine Pflegeeinrichtung. Es sollte aber Sorge getragen werden, den Pflegedienst bzw. die Einrichtung rechtzeitig über den Befund zu informieren, damit dort ggf. entsprechende Maßnahmen nach Risikoanalyse eingeleitet werden können.

■ Empfehlungen für Bewohner mit Atemwegssymptomen

Während der akuten Erkrankungsphase sollen Bewohner, die Hygienemaßnahmen verstehen und einhalten können, wenn möglich das Zimmer nicht verlassen. Bewohner, welche dies und die Maßnahmen zur Übertragungseindämmung bspw. aufgrund von kognitiven Einschränkungen nicht einhalten können, sollten zumindest während der akuten Erkrankungsphase keine Gemeinschaftsaktivitäten wahrnehmen (bspw. Besuch der Cafeteria, gemeinsamer Speiseraum, Gruppenangebote usw.).

Auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Pneumonie- und Thromboseprophylaxe durch Mobilisation (beispielsweise durch Aufenthalt und Bewegung möglichst an frischer Luft) ist zu achten. Dies verringert das Risiko schwerer Verläufe und dient dem Wohlbefinden und der Genesung der Bewohner.

Erkrankte Bewohner können weiterhin Besuch erhalten. Besucher sollen über die Erkrankung und geeignete Schutzmaßnahmen (allgemeine Hygiene, Händehygiene, ggf. Abstand oder auch MNS) informiert werden.

■ Referenzen - zu SARS-CoV-2

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings - sixth update. Stockholm: ECDC; 9 Feb 2021. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings> (letzter Zugriff 17.01.2024)
2. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, Schmidt AE, Arling G, Kruse F, Fernández J-L. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. International Long term Care Policy Network, update 1st February, 2021. <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/> (letzter Zugriff 17.01.2024)

3. Simard J, Volicer L. Loneliness and Isolation in Long-term Care and the COVID-19 Pandemic. *JAMDA* 2020; 21: 966–967.
4. Inzitari M, Risco E, Cesari M, Buurman BM, Kuluski K, Davey V, Bennett L, Varela J, Prvu Bettger J. Editorial: Nursing Homes and Long Term Care after COVID-19: A New Era? *J Nutr Health Aging*. 2020;24(10):1042–1046. doi: 10.1007/s12603-020-1447-8.
5. Liddell K, Ruck Keene A, Holland A, Huppert J, Underwood BR, Clark O, Barclay SIG. Isolating residents including wandering residents in care and group homes: Medical ethics and English law in the context of Covid-19. *Int J Law Psychiatry*. 2021 Jan–Feb;74:101649. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101649. Epub 2020 Dec 1.
6. Kaelen S, van den Boogaard W, Pellicchia U, Spiers S, De Cramer C, Demaegd G, Fouqueray E, Van den Bergh R, Goublomme S, Decroo T, Quinet M, Van Hoof E, Draguez B. How to bring residents' psychosocial well-being to the heart of the fight against Covid-19 in Belgian nursing homes-A qualitative study. *PLoS One*. 2021 Mar 26;16(3):e0249098. doi: 10.1371/journal.pone.0249098. eCollection 2021.
7. Hua CL, Thomas KS. Coronavirus Disease 19 (COVID-19) Restrictions and Loneliness Among Residents in Long-Term Care Communities: Data From the National Health and Aging Trends Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2021 Sep;22(9):1860–1861. doi: 10.1016/j.jamda.2021.06.029. Epub 2021 Jul 2. PMID: 34293325; PMCID: PMC8249689.
8. Gleich S, Böhm D, Wohlrab D, Schmidt S. COVID-19 in vollstationären Pflegeeinrichtungen – A never ending story? *HygMed* 2022; 47(10): D77–D78.
9. Heudorf U, Förner M, Kunz S, Trost B. SARS-CoV-2 in Altenpflegeheimen: deutlich leichtere Krankheitsverläufe im Jahr 2022 als zu Beginn der Pandemie. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0386 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/228819/SARS-CoV-2-in-Altenpflegeheimen-deutlich-leichtere-Krankheitsverlaeufe-im-Jahr-2022-als-zu-Beginn-der-Pandemie>; Englisch: SARS-CoV-2 in Care Homes: Much Milder in 2022 Than at the Beginning of the Pandemic. *Dtsch Arztebl Int*. 2023 Mar 13;120(9):142–143. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0386. PMID: 37185090.
10. Heudorf U, Domann E, Förner M, Kunz S, Latasch L, Trost B, Steul K. Development of morbidity and mortality of SARS-CoV-2 in nursing homes for the elderly in Frankfurt am Main, Germany, 2020–2022: What protective measures are still required? *GMS Hyg Infect Control*. 2023 Feb 14;18:Doc05. doi: 10.3205/dgkh000431. PMID: 36875328; PMCID: PMC9978453.
11. Emani VR, Reddy R, Emani SR, Goswami KK, Maddula KR, Reddy NK, Nakka AS, Reddy NK, Nandanoor D, Goswami S. Changing Dynamics of COVID-19 Deaths During the SARS-CoV-2 B.1.617.2 (Delta Variant) Outbreak in England and Wales: Reduced COVID-19 Deaths Among the Care Home Residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2022 Jun;23(6):950–953. doi: 10.1016/j.jamda.2022.04.002. Epub 2022 Apr 13. PMID: 35504325; PMCID: PMC9005382.
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence-based advice processes for long-term care facilities in the COVID-19 pandemic. Report from the after-action review (AAR) in Norway during the emergence of the Omicron variant of concern of SARS-CoV-2. Stockholm: ECDC; October 2023. ISBN 978-92-9498-662-7 doi: 10.2900/611448 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/aar-georgia-norway-covid-19-omicron>
13. Ständige Impfkommision: Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) beim Robert Koch-Institut 2023 *Epid Bull* 2023;4:3–68. | DOI 10.25646/108294
14. Piechotta V, Koch J, Berner R, Bogdan C, Burchard G, Heining U, Hummers E, von Kries R, Ledig T, Littmann M, Meerpohl J, Mertens T, Röbl-Mathieu M, van der Sande M, Sander L E, Terhardt M, Überla K, Vygen-Bonnet S, Wichmann O, Wicker S, Wiedermann-Schmidt U, Widders G, Zepp F. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung in den allgemeinen Empfehlungen der STIKO 2024 und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung *Epid Bull* 2024;2:3–19. | DOI 10.25646/11894
15. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut. Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten. *Bundesgesundheitsbl* 2015 · 58:1151–1170 DOI 10.1007/s00103-015-2234-2 Online publiziert: 28. September 2015
16. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut. Integration von SARS-CoV-2 als Erreger von Infektionen in der endemischen Situation in die Empfehlungen der KRINKO „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ *Bundesgesundheitsbl* 2023;66:1279–1301. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03776-3> Online publiziert: 20. Oktober 2023