publiziert bei: AWMF online
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
PFLEGEWISSENSCHAFT e.V.

S2k Leitlinie

Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie

Langfassung
Stand: 16.12.2022

AWMF-Registernr.: 184 002

Impressum

Herausgeberin

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)

Autor*innen

Koordination

Prof. Dr. Thomas Fischer, MPH; Evangelische Hochschule Dresden

Prof. Dr. Kirsten Kopke; Hochschule Hannover

Steuerungsgruppe (mit Koordinator*innen)

Prof. Dr. Thomas Fischer, MPH; Evangelische Hochschule Dresden

Prof. Dr. Kirsten Kopke; Hochschule Hannover

Prof. Dr. Erika Sirsch, für die Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft

ab hier alphabetisch

Prof. Dr. Christa Büker

Prof. Dr. Annett Horn

Prof. Dr. Ulrike Junius-Walker

Prof. Dr. Günter Meyer

Frau Svenja Tweer

Mitautor*innen

Alle nachfolgend aufgeführten Delegierten und Expert*innen sind Mitautor*innen (in alphabetischer Reihenfolge):

Delegierte der beteiligten Fachgesellschaften und Interessengruppen

Prof. Dr. Christa Büker, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)

Herr Martin Dichter, PhD, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)

PD Dr. Sabine Gleich, Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (nur Aktualisierung)

Dr. Katharina Graffmann-Weschke, AOK Pflege Akademie (nur erste Auflage)

Frau Bettina Grundmann-Horst, "Anbieter Verband qualitätsorientierter Gesundheitseinrichtungen e.V. (AVG) (nur Aktualisierung)

Frau Katja Goudinoudis, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (nur Aktualisierung)

Prof. Dr. Annett Horn, Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH)

Prof. Dr. Ulrike Junius-Walker, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)

Prof. Dr. Susanne Kümpers, Dr. Anna Sarah Richter (nur Aktualisierung), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) (nur erste Auflage)

Prof. Dr. Thomas Lichte, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)

Dr. Vanda Marujo, Robert Koch-Institut (nur Aktualisierung)

Prof. Dr. Günter Meyer, Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (bapp)

Dr. Anna Sarah Richter, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) (nur Aktualisierung)

Frau Gabriele Tammen-Parr, Pflege in Not, Diakonisches Werk Berlin-Stadtmitte e. V.

Frau Svenja Tweer, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (nur Aktualisierung)

Unter Mitarbeit von

Lydia Ulrich; Evangelische Hochschule Dresden

Redaktion, Pflege und Korrespondenz

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)
Leitlinienkommission
Bürgerstr. 47, 47057 Duisburg
E-Mail: leitlinien@dg-pflegewissenschaft.de
Internet: https://dg-pflegewissenschaft.de/leitlinien-2/

Kommentare und Änderungsvorschläge bitte nur an diese Adresse!

Gültigkeitsdauer und Fortschreibung

Stand der Leitlinie (letzte inhaltliche Überarbeitung): 7.10.2022

Diese Leitlinie wurde am 12.1.2023 durch die AWMF angenommen und ist bis zur nächsten Überarbeitung,

spätestens bis 6.10.2027 gültig.

Verantwortlich für die Aktualisierung: Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (leitlinien@dg-pflegewissenschaft.de).

Fassungen der Leitlinie

Die Leitlinie wird mit folgenden Komponenten publiziert:

I. Langfassung: Empfehlungen und Kommentierung
II. Leitlinienreport

Bitte wie folgt zitieren: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.) (2022). S2k Leitlinie - Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. 1. Aktualisierung-Langfassung - AWMF Registernummer 184 – 002, Verfügbar unter: https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelleleitlinien.html

Internet: www.awmf-leitlinien.de

Besondere Hinweise

Bei Leitlinien handelt es sich explizit nicht um eine Richtlinie im Sinne einer Regelung des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert oder veröffentlicht wurde, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich ist und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. Eine Leitlinie wird erst dann wirksam, wenn ihre Empfehlungen bei der individuellen Bewohner*innen- / Patient*innenversorgung Berücksichtigung finden. Sie muss vor ihrer Verwendung bei einem individuellen Fall hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf regionaler oder lokaler Ebene überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Die Entscheidung darüber, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, muss von den beteiligten Akteur*innen unter Berücksichtigung bei der einzelnen Person mit Pflegebedürftigkeit sowie bei dem/der einzelnen Mitarbeiter*in vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen getroffen werden.

Die Pflege, Therapie und Behandlung unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können.

In dieser Leitlinie sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmung des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, Intranets und dem Internet.

S2k Leitlinie

Langfassung

„Häusliche Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit im Kontext ambulanter Pflege unter den Bedingungen der COVID19-Pandemie “

Autor*innen

Koordination

Thomas Fischer | MPH; Evangelische Hochschule Dresden

Kirsten Kopke | Hochschule Hannover

Mitautor*innen

Alle nachfolgend aufgeführten Delegierten und Expert*innen sind Mitautor*innen (in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Christa Büker, Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)

Martin Dichter, PhD, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)

PD Dr. Sabine Gleich, Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V.

Frau Bettina Grundmann-Horst, "Anbieter Verband qualitätsorientierter Gesundheitseinrichtungen e.V. (AVG)

Frau Katja Goudinoudis, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (nur Aktualisierung)

Dr. Katharina Graffmann-Weschke, AOK Pflege Akademie

Prof. Dr. Annett Horn, Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. (DGPH)

Prof. Dr. Ulrike Junius-Walker, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)

Prof. Dr. Susanne Kümpers, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)

Dr. Thomas Lichte; Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)

Dr. Vanda Marujo, Robert Koch-Institut

Prof. Dr. Günter Meyer, Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (bapp)

Dr. Anna Sarah Richter, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)
Gabriele Tammen-Parr, Pflege in Not, Diakonisches Werk Berlin-Stadtmitte e. V.
Frau Svenja Tweer, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.

Unter Mitarbeit von

Lydia Ulrich; Evangelische Hochschule Dresden

Neu in dieser Fassung

Wesentliche Veränderungen im Vergleich zur vorherigen Fassung dieser Leitlinie vom 17.4.2021:

Allgemeine Änderungen

- Methodisches Upgrade von S1 auf S2k
- Erweiterung der Leitliniengruppe um verschiedene Fachgesellschaften und Interessengruppen sowie das Robert Koch-Institut

Wesentliche Veränderungen von Empfehlungen

- Neufassung der Empfehlung 3.5: Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit mit SARS-CoV-2 soll der ambulante Pflegedienst dazu beraten, ob und wie eine Segregation im eigenen Haushalt bestmöglich umgesetzt werden kann.
- Empfehlung 3.8: Entfallen ist der Satz „Die Pflegefachperson wirkt darauf hin, dass auch Besucher*innen von Personen mit Pflegebedürftigkeit sich entsprechend verhalten."
- Streichung der Empfehlung 3.9.: „Die Pflegefachperson soll darauf hinwirken, dass auch Personen mit Pflegebedürftigkeit eine FFP-2-Maske tragen, wenn ein Abstand von 1,5 Metern nicht eingehalten werden kann und sie die Maske tolerieren."
- Neue Empfehlung 3.16.: „Bei einer an COVID-19 erkrankten Person soll die Pflegefachperson die Krankheitssymptome beobachten, um eine interventionsbedürftige Verschlechterung frühzeitig zu erkennen."
- Neue Empfehlung 3.17.: Die Überwachung der Sauerstoffsättigung mittel Pulsoximeter kann genutzt werden, um bei einer an CO-VID-19 erkrankten Person eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die Notwendigkeit einer Intervention frühzeitig zu erkennen.
- Empfehlung 4.3.: Empfehlungsstärke geändert zu „starke Empfehlung"
- Empfehlung 4.4.: Empfehlungsstärke geändert zu „starke Empfehlung"
- Empfehlung 4.8.: Empfehlungsstärke geändert zu „starke Empfehlung"
- Neue Fassung der Empfehlung 5.5.: „Bei einer schweren COVID-Erkrankung von Personen mit Pflegebedürftigkeit soll die Entscheidungsfindung über das Behandlungsziel (kurativ oder palliativ) und Versorgungsform (Krankenhaus, Betreuung zuhause oder andere Versorgungsform) durch den ambulanten Pflegedienst unterstützt werden."
- Empfehlung 5.6.: „SAPV-Team" eingefügt

Inhalt

1 Hintergrund 13
1.1 Bedeutung des Themas 13
1.2 Zentrale Begriffe 14
1.2.1 Lebensqualität 15
1.2.2 Soziale Teilhabe 15
1.3 Adressat*innen der Leitlinie 15
1.4 Geltungsbereich der Leitlinie 15
1.5 Besonderheiten des Settings ambulante Pflege 16
1.5.1 Teilleistungsprinzip und Auftragsverhältnis 17
1.5.2 Gaststatus im Zuhause der Person mit Pflegebedürftigkeit 17
1.5.3 Herausforderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit 18
1.5.4 Herausragender Beitrag der pflegenden Angehörigen 18
1.6 Zielsetzung der Leitlinie 19
1.7 Schlüsselfragen 19
1.8 Empfehlungen der Leitlinie 20
2 Sprache und in dieser Leitlinie verwendete Begriffe 21
2.1 Person mit Pflegebedürftigkeit 21
2.2 Angehörige 21
2.3 Pflegefachperson 21
2.4 Ambulanter Pflegedienst 22
3 Empfehlungen zum Infektionsschutz unter Erhalt von sozialer Teilhabe und Lebensqualität 23
Vorkehrungen 24
3.1 Der ambulante Pflegedienst soll einen Pandemieplan erstellen, welcher die Wahrung der Würde der Person mit Pflegebedürftigkeit in den Mittelpunkt stellt. 24
3.2 Um die Kontinuität der ambulanten pflegerischen Versorgung aufrecht zu erhalten, soll der ambulante Pflegedienst einen Notfallplan (Kontinuitätsplan) vorhalten, um in Situationen, in denen Personal beim ambulanten Pflegedienst ausfällt, handlungsfähig zu sein 25
3.3 Die Mitarbeiter*innen sollen Schulungen zur Umsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen erhalten. 26
3.4 Die Personen mit Pflegebedürftigkeit sollen frühzeitig die Gelegenheit bekommen, ihren pflegerischen und medizinischen Behandlungspräferenzen im Falle einer SARS-CoV-2-Infektion bzw. COVID-19-Erkrankung qualifiziert Ausdruck zu verleihen. 27
Infektionsschutz 28
3.5 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit mit SARS-CoV-2 soll der ambulante Pflegedienst dazu beraten, ob und wie eine Segregation im eigenen Haushalt bestmöglich umgesetzt werden kann. 28

3.6 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll der ambulante Pflegedienst beratend darauf hinwirken, dass so wenige Menschen wie möglich den Haushalt betreten. 29
3.7 Die Pflegefachperson prüft gemeinsamen mit der Person mit Pflegebedürftigkeit, ob ein/e pflegende*r Angehörige*r vorübergehend in den Haushalt der Person mit Pflegebedürftigkeit einziehen kann, um soziale Kontakte und Versorgung bei gleichzeitiger Minimierung des Infektionsrisikos zu wahren. 30
3.8 Die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes sollen im Haushalt der Person mit Pflegebedürftigkeit eine FFP-2-Maske tragen, auch wenn bei dieser kein Verdacht auf SARS-CoV-2 / COVID 19 vorliegt. Beim Betreten des Haushalts sollen die Hände gewaschen werden. 32
3.9 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit sollen die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes, die Angehörigen sowie die Besucher*innen persönliche Schutzausrüstung (PSA) zum Selbstschutz tragen. 33
3.10 Die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes sollen neben den üblichen Maßnahmen des Infektionsschutzes in ambulanten Diensten spezielle, auf die Vermeidung von SARS-CoV-2-Infektionen abzielende Maßnahmen umsetzen. 34
3.11 Der ambulante Pflegedienst soll für das regelmäßige Lüften der Innenräume sorgen und die Person mit Pflegebedürftigkeit und die pflegenden Angehörigen dazu anleiten. 36
3.12 Die allgemeinen Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen sollen auch von geimpften Personen weiterhin eingehalten werden. 37
Pflege im Verdachts- und Erkrankungsfall 38
3.13 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die körpernahe Basispflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes. 38
3.14 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die Mundpflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes. 39
3.15 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die Nasenpflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes. 40
3.16 Bei einer an COVID-19 erkrankten Person soll die Pflegefachperson die Krankheitssymptome beobachten, um eine interventionsbedürftige Verschlechterung frühzeitig zu erkennen. 42
3.17 Die Überwachung der Sauerstoffsättigung mittel Pulsoximeter kann erwogen werden, um bei einer an COVID-19 erkrankten Person eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die Notwendigkeit einer Intervention frühzeitig zu erkennen. 43
3.18 Die Pflegefachperson wirkt darauf hin, dass die Person mit Pflegebedürftigkeit individuell abgestimmte Ernährungsangebote erhält. 44
Soziale Teilhabe und Lebensqualität 45

3.19 Bei Menschen mit visuellen, akustischen und kognitiven Beeinträchtigungen soll die verbale und nonverbale Kommunikation angepasst werden. ... 45
3.20 Die Person mit Pflegebedürftigkeit soll dabei unterstützt werden, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. ... 46
3.21 Die Person mit Pflegebedürftigkeit soll individuelle Angebote zur Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit erhalten ... 47
Abklärung eines Infektionsverdachts ... 50
3.22 Beim begründeten Verdacht auf eine COVID-19-Erkrankung soll die Pflegefachperson dies gemäß Infektionsschutzgesetz an das zuständige Gesundheitsamt melden. ... 50
3.23 Beobachtet die Pflegefachperson Symptome, die auf eine SARS-CoV-2-Infektionen hindeuten können, wirkt sie darauf hin, dass Personen mit Pflegebedürftigkeit bzw. deren Angehörige sich an die hausärztliche Praxis wenden, um eine diagnostische Abklärung durchzuführen. ... 50
4 Empfehlungen zur Unterstützung von Angehörigen ... 53
4.1 Die Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit sollen regelmäßig Informationen über die Entwicklung der Pandemie, zu relevanten Schutzmaßnahmen in der häuslichen Versorgung und behördlichen Anordnungen erhalten. ... 54
4.2 Die Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit sollen regelmäßig Angebote zur Schulung über Basishygienemaßnahmen erhalten oder über vorhandene Angebote informiert werden. ... 55
4.3 Die Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit sollen über Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung sowie Dienstleistungen und Hilfestrukturen im Wohnumfeld zur Entlastung und gleichzeitigen Sicherstellung der Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit informiert werden. ... 56
4.4 Der ambulante Pflegedienst soll gemeinsam mit den Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit über Möglichkeiten einer (weitergehenden) Unterstützung durch das informelle Hilfenetz beraten. ... 57
4.5 Die Angehörigen sollen durch die ambulanten Pflegedienste psychosoziale Unterstützung erhalten oder auf Angebote der psychosozialen Unterstützung aufmerksam gemacht werden. ... 58
4.6 Die ambulanten Pflegedienste sollen die bisher vereinbarte Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten, soweit dies von ihr und den Angehörigen gewünscht wird. ... 59
4.7 Die ambulanten Pflegedienste sollen zusammen mit der Person mit Pflegebedürftigkeit und den Angehörigen einen individuellen Notfallplan zur Sicherstellung der Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit bei Erkrankung des Angehörigen entwickeln. ... 60
4.8 Der ambulante Pflegedienst soll die Person mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige bei der Organisation und Wahrnehmung von Impfterminen unterstützen, sofern von der Person mit Pflegebedürftigkeit gewünscht. ... 62
5 Empfehlungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit ... 63
5.1 Der Ambulante Pflegedienst soll sich im Rahmen der Leistungserbringung ein Bild von der unter Pandemiebedingungen bestehenden Pflege- und Unterstützungssituation

machen und bei Unterbrechungen, Versorgungslücken oder bei hohen Belastungssituationen Pflegeberatung initiieren. 64
5.2 Der Ambulante Pflegedienst soll die Person mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige darauf aufmerksam machen, dass auch in Zeiten einer Corona-Pandemie eine kontinuierliche medizinische und insbesondere hausärztliche Versorgung von hoher Relevanz ist und durch Hausbesuche oder ggf. Telefon- bzw. Videosprechstunden aufrechterhalten werden kann. 65
5.3 Pflegefachpersonen des ambulanten Pflegedienstes sollen Personen mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige hinsichtlich ihrer Entscheidungen zur Wahrnehmung von Tagespflege und Ersatzformen beraten. 66
5.4 Der Ambulante Pflegedienst sollte Personen mit Pflegebedürftigkeit und Angehörige darüber informieren, dass bei einer leichten COVID-Erkrankung eine Versorgung zu Hause prinzipiell möglich ist, wenn nach ärztlicher Abwägung Risikofaktoren und Gesundheitszustand es zulassen und die Versorgungserfordernisse gedeckt sind. 67
5.5 Bei einer schweren COVID-Erkrankung von Personen mit Pflegebedürftigkeit soll die Entscheidungsfindung über das Behandlungsziel (kurativ oder palliative) und Versorgungsform (Krankenhaus, Betreuung zuhause oder andere Versorgungsform) durch den ambulanten Pflegedienst unterstützt werden. 68
5.6 Bei einer bestehenden COVID-Erkrankung in häuslicher Versorgung soll ein regelmäßiger Austausch zwischen der/dem betreuenden Hausärzt*in, ggf. dem SAPV-Team und dem ambulanten Pflegedienst erfolgen. 70
5.7 Die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes sollen Situationen und Anzeichen von Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung erkennen und Pflegefachpersonen sollen ggf. Schritte zur Abklärung und / oder zum Schutz der Person mit Pflegebedürftigkeit einleiten. 70
6 Literaturverzeichnis 72

1 Hintergrund

1.1 Bedeutung des Themas

Unter den Bedingungen der SARS-CoV-2 / COVID-19-Pandemie besteht für die Gruppe der Menschen mit Pflegebedürftigkeit wegen des stark erhöhten Risikos eines schweren oder tödlichen Verlaufs nach wie vor ein besonderer Bedarf beim Infektionsschutz. Maßnahmen des Infektionsschutzes führen jedoch zu Einschränkungen der sozialen Teilhabe, der Lebensqualität und der pflegerischen Versorgung, die alle an der multiprofessionellen Versorgung beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen, aber auch Personen mit Pflegebedürftigkeit und pflegende Angehörige selbst vor enorme und völlig neuartige Herausforderungen stellen.

Die hier vorliegenden Handlungsempfehlungen sollen daher dazu beitragen, allen professionellen Akteur*innen Handlungssicherheit in der ambulanten Pflege unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie zu geben, sowie die Versorgung unter bestmöglichem Infektionsschutz sicherzustellen und zugleich zur Aufrechterhaltung von sozialer Teilhabe und Lebensqualität beizutragen. Dabei trägt die nun überarbeitete Leitlinie den Erfahrungen und Entwicklungen der inzwischen mehr als zwei Jahre andauernden Pandemie Rechnung. Es handelt sich dabei um die Aktualisierung und methodische Weiterentwicklung der erstmals im Jahr 2020 veröffentlichten Leitlinie. Auch wenn sich die Pandemie insbesondere dank der zur Verfügung stehenden Schutzimpfungen sowie derzeit weniger stark krankmachender Virusvarianten in einer veränderten Phase befindet, bleibt es notwendig, Vorkehrungen in der ambulanten Pflege zu treffen. Diese dienen dem andauernden Schutz der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen und sie sollen insbesondere auch Vorsorge für eine sich möglicherweise wieder verstärkende Pandemiesituation bieten (etwa saisonal, wegen des Nachlassens der Wirksamkeit der Schutzimpfung oder des Auftretens neuer Erregervarianten).

Diese Leitlinie ergänzt die S1 Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“ (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2020), indem sie auf den Bereich der ambulanten Pflege fokussiert. Bewohner*innen in stationären Pflegeeinrichtungen waren in der ersten Welle massiven Kontaktbeschränkungen durch die Maßnahmen des Infektionsschutzes ausgesetzt, welche sowohl Besuche als auch das Verlassen der Einrichtung für soziale Kontaktpflege völlig einschränkten. Auch wenn diese Maßnahmen in Zukunft vermieden werden sollen, stellt sich die Herausforderung für zu Hause wohnende Menschen mit Pflegebedürftigkeit anders dar. Auch hier wurde und wird die Einschränkung sozialer Kontakte zum Schutz vor Infektionen empfohlen. Dies ist aufgrund der oftmals unverzichtbaren Versorgungsleistungen durch Angehörige und andere Akteure jedoch nur unter Abwägung der individuellen Versorgungssituation umsetzbar. Die Reduktion sozialer Kontakte muss hier regelmäßig im Kontext der Versorgung unter Einbezug unterschiedlichster Beteiligter beurteilt und unter Berücksichtigung der Folgen von sozialer Isolation abgewogen werden.

Zu einer Destabilisierung des ambulanten Pflegearrangements kann es kommen, wenn bestimmte bisher in Anspruch genommene Leistungen nicht mehr zur Verfügung stehen, z. B. wenn Leistungen der Tagespflege beschränkt oder komplett eingestellt werden, so dass die Versorgung der Personen mit Pflegebedürftigkeit während des Tages neu organisiert werden muss. Dies stellt eine Belastung für die Person und ihre Angehörigen dar. Ambulante Pflegedienste und weitere

Beteiligte sind gefordert, das Fehlen von Versorgungsangeboten zu kompensieren, was aber aus organisatorischen, finanziellen und personellen Gründen nicht immer möglich ist. Eine kontinuierliche Bedarfseinschätzung der Pflege- und Unterstützungssituation ist unter den sich ändernden Pandemieverhältnissen und rechtlichen Bestimmungen wichtiger denn je und sollte vom Pflegedienst initiativ in Präsenz, telefonisch bzw. digital erfolgen. Zur Umsetzung bedarf es allerdings einer entsprechenden Darstellung als Regelleistung im SGB XI.

Auch bei den zusätzlichen Betreuungsleistungen kam es und kommt es zu Einschränkungen. Besuche von ehrenamtlichen Helfer*innen wurden und werden ebenfalls zum Teil eingeschränkt. Auch diese Einschränkungen können zu einer verminderten sozialen Teilhabe und Lebensqualität sowie zu verminderten sozialen Kontakten beitragen.

Zum Teil haben Personen mit Pflegebedürftigkeit und ihre Angehörigen in der Pandemie auch Aufträge an ambulante Pflegedienste reduziert oder vollständig ausgesetzt, da sie in Sorge waren, dass die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes Infektionen in den Haushalt tragen könnten (Rothgang 2020). Für Personen mit Pflegebedürftigkeit, bei denen Arrangements mit Betreuungskräften aus dem Ausland erfolgen, mussten Lösungen mit Vermittlungsagenturen gefunden werden (Habel und Tschenker 2020), wenn die eingesetzten Personen entweder nicht verfügbar waren oder – aufgrund von Quarantänevorschriften in ihren Herkunftsländern – länger als eigentlich geplant vor Ort blieben. Diese Problematik stellt sich derzeit nicht, ist aber bei einer Verschlechterung der Pandemiesituation für die Zukunft nicht völlig auszuschließen.

Unabhängig von der Pandemiesituation ist das ambulante Setting von besonderen Leistungserbringungskonstellationen und Herausforderungen geprägt, welche die Grundlage für Möglichkeiten und Grenzen der Tätigkeit ambulanter Pflegedienste bilden. Diese werden in Kapitel 1.5 kurz und keineswegs abschließend thematisiert.

Diese Leitlinie bezieht sich ausschließlich auf Pflegearrangements, an denen ein ambulanter Pflegedienst beteiligt ist. Auf die Begleitung und Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, die sich zu Hause in einer Sterbesituation befinden, sowie auf die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV), wird in dieser Leitlinie nicht eingegangen. Bezüglich Aspekte und Fragen der Palliativversorgung wird auf die ‘Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung‘ des Leitlinienprogramms Onkologie verwiesen (AWMF-Registernummer: 128/001OL) https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/.

Empfehlungen zu Test- und Impfstrategien wurden in grundsätzlicher Art und Weise berücksichtigt. Allerdings kommt es hier zu raschen Weiterentwicklungen und zum Teil unterschiedlichen Vorgehensweisen zwischen den Bundesländern. Diese müssen jeweils aktuell und vor Ort geprüft werden.

Die Leitliniengruppe und die beteiligten Fachgesellschaften verweisen auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut zur Impfung gegen COVID-19 und fordern dazu auf, diesen zu folgen.

1.2 Zentrale Begriffe

Diese Leitlinie ergänzt die S1 Leitlinie „Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie“ (Deutsche Gesellschaft für

Pflegewissenschaft 2020). Bedeutsame zentrale Begriffe werden daher aus dieser Leitlinie übernommen:

1.2.1 Lebensqualität

„In dieser Leitlinie wird die Lebensqualität der […] [Menschen mit Pflegebedürftigkeit] als das Ergebnis einer gelungenen Adaption/Anpassung an wahrgenommene Folgen von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit verstanden (Ettema et al. 2005). Die Lebensqualität ist multidimensional und individuell. Diese Definition basiert auf dem Adaption-Coping-Modell (Dröes 1991), welches die Bedeutung der Anpassungsprozesse und der psychosozialen Dimensionen unterstreicht, insbesondere die der Beziehung“ (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2020, S. 4).

1.2.2 Soziale Teilhabe

Soziale Teilhabe bezieht sich im sozialrechtlichen Sinne auf die „möglichst selbstbestimmte […] und eigenverantwortliche […] Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie [im] Sozialraum (SGB IX § 113 Abs. 1). Sie ist ein wichtiges Ziel der person-zentrierten Pflege und kann definiert werden als

„Engagement in gesellschaftlichen Rollen […] (Piškur et al. 2014) und [als] dynamischer und relationaler Prozess (Pinkert et al. 2019), welcher durch die Betonung gemeindebasierter Aktivitäten (zum Beispiel religiöse, kulturelle, sportliche und freizeitliche Aktivitäten), zwischenmenschlicher Interaktionen, der gemeinsamen Nutzung von Ressourcen, der aktiven Partizipation und der individuellen Zufriedenheit gekennzeichnet ist (Dehi Aroogh und Mohammadi Shahboulaghi 2020; Pinkert et al. 2019; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2019). Die Umgebung spielt dabei eine wichtige Rolle (Jahiel 2015). Individuelle, interpersonale, organisationale und gesellschaftliche Aspekte haben Einfluss auf den Grad der sozialen Teilhabe (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2019; Pinkert et al. 2019)“ (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft 2020, S. 5).

1.3 Adressat*innen der Leitlinie

Adressat*innen dieser Leitlinie sind die Beschäftigten von ambulanten Pflegediensten, insbesondere die für die Pflege von Menschen mit Pflegebedürftigkeit verantwortlichen Pflegefachpersonen.

Angesprochen ist darüber hinaus insbesondere auch die verantwortliche Pflegefachkraft (gem. SGB XI § 71), die fachliche und organisatorische Verantwortung für die pflegerische Leistungserbringung trägt.

1.4 Geltungsbereich der Leitlinie

Diese Leitlinie bezieht sich auf die pflegerische Versorgung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit in ihrem eigenen Zuhause, sofern ambulante Pflegedienste bzw. Pflegefachpersonen an diesen Versorgungsarrangements beteiligt sind. Dabei sind sowohl der Leistungsbereich der Häuslichen Krankenpflege nach Krankenversicherungsrecht (SGB V) als auch der Leistungsbereich der Langzeitpflege nach Pflegeversicherungsrecht (SGB XI) eingeschlossen. Angesprochen ist vor allem die

Pflege von Erwachsenen und älteren Menschen mit Pflegebedürftigkeit. Die Pflege von Kindern mit Pflegebedürftigkeit ist nicht explizit ausgeschlossen, wird aber innerhalb der Leitlinien nicht extra ausgewiesen, obwohl es hier besondere Bedarfslagen geben kann. Reine hauswirtschaftliche Dienstleistungen sind nicht Gegenstand dieser Leitlinie.

Pflegende Angehörige sind unverzichtbarer Teil der meisten Pflegearrangements im ambulanten Bereich. Sie werden daher in dieser Leitlinie ebenso berücksichtigt wie Menschen mit Pflegebedürftigkeit selbst.

Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Zusammenarbeit von ambulanten Pflegediensten mit pflegenden Angehörigen sowie mit Ärzt*innen und Therapeut*innen im Rahmen der Primärversorgung gelegt.

Die Empfehlungen der Leitlinie berücksichtigen den existierenden gesetzlichen Kontext sowohl hinsichtlich des Leistungsrechtes als auch hinsichtlich der aktuellen Erfahrungen des Infektionsschutzes. Daher wurden insbesondere das Infektionsschutzgesetz, die Erlasse des Bundes und der Länder sowie andere rechtliche Regelungen im Kontext der Pandemie berücksichtigt. Da sich diese rechtlichen Gegebenheiten jedoch kurzfristig ändern können, sind die Nutzer*innen der Leitlinie dazu angehalten, sich jederzeit über die aktuell geltende Rechtslage zu informieren und diese zu berücksichtigen.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind spezielle pflegerische Settings, die rechtlich als ambulantes Pflegearrangement anzusehen sind, sich aber doch erheblich von der Pflege im eigenen Zuhause der Person mit Pflegebedürftigkeit unterscheiden. Sie werden in der Leitlinie aus pragmatischen Gründen nicht separat adressiert. Wegen der besonderen (arbeits-) rechtlichen Situation gilt das Gleiche für Pflegearrangements unter Beteiligung von 24-Stunden-Betreuungskräften.

Verpflichtende Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI stellen eine besondere Leistung der ambulanten Pflegedienste für Personen mit Pflegebedürftigkeit dar, die ansonsten keine Leistungen eines Pflegedienstes nutzen. Auch diese Beratungsbesuche sind nicht Gegenstand der Leitlinie. Allerding können die Empfehlungen der Leitlinie, die sich auf die Beratung der Person mit Pflegebedürftigkeit und der Angehörigen beziehen, zur Gestaltung der Beratungsbesuche während der Pandemie genutzt werden. Die Beratung darf während der Pandemie ausnahmsweise auch auf elektronischem Weg erfolgen.

1.5 Besonderheiten des Settings ambulante Pflege

Das Setting der ambulanten Pflege ist durch einige Besonderheiten geprägt, die sich auch auf diese Leitlinie auswirken. Besonders relevant sind folgende Aspekte:

- Teilleistungsprinzip und Auftragsverhältnis
- Gaststatus im Zuhause der Person mit Pflegebedürftigkeit
- Herausforderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit
- Herausragender Beitrag der pflegenden Angehörigen.

1.5.1 Teilleistungsprinzip und Auftragsverhältnis

Die ambulante Pflege steht in einem besonderen Spannungsverhältnis zwischen Leistungen, die aus professioneller Sicht sinnvoll oder sogar notwendig sind, den Wünschen der Personen mit Pflegebedürftigkeit und ihren Angehörigen sowie den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und Vergütungsmöglichkeiten. Er unterscheidet sich darin deutlich vom Bereich der stationären Langzeitpflege, etwa in Pflegeheimen, wo eine umfassende Versorgung zu gewährleisten ist.

Der Auftrag des ambulanten Pflegedienstes in der ambulanten Pflege richtet sich entweder nach dem Umfang einer ärztlichen Verordnung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V oder den vertraglich vereinbarten Leistungen zwischen Personen mit Pflegebedürftigkeit und dem ambulanten Pflegedienst. Während die Leistungen nach SGB V zulasten der Krankenversicherung abgerechnet werden, können letztgenannte Leistungen entweder durch die Pflegeversicherung vergütet oder durch Eigenanteile der Personen mit Pflegebedürftigkeit beglichen werden. Auch eine Vergütung von Leistungen über die Sachleistungssätze der gesetzlichen Pflegeversicherung hinaus im Rahmen des SGB XII ist möglich.

Werden Leistungen über das vertraglich vereinbarte Maß oder außerhalb der abrechnungsfähigen Leistungen erbracht, so hat der ambulante Pflegedienst keinen Vergütungsanspruch. Dies betrifft regelmäßig zum Beispiel den Bereich der Kommunikation und Koordination zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern, aber auch edukative und andere Maßnahmen. Gerade solche Leistungen sind im Zuge der Bewältigung der COVID-19-Pandemie wichtig, ebenso wie Maßnahmen des Infektionsschutzes. Maßnahmen zur Erhaltung der sozialen Teilhabe sind ebenfalls regelmäßig nicht Bestandteil der verordneten und / oder der vergüteten Leistungen. Hier stößt das verengte Leistungsspektrum der ambulanten Pflege nach SGB V und SGB XI klar an seine Grenzen, weil fachlich erforderliche und sinnvolle Leistungen nicht vorgesehen und damit nicht abrechenbar sind.

Einzelne Aufgaben können ggf. im Rahmen der „zusätzlichen Betreuungsleistungen“ erbracht werden. Die leistungsrechtlichen Vorgaben sind dabei genau zu prüfen und einzuhalten. Von einem ambulanten Dienst kann nicht erwartet werden, Leistungen zu erbringen, die nicht vergütet werden.

Gleichermaßen obliegt es der Person mit Pflegebedürftigkeit, zu entscheiden, welche Leistungen er / sie beim ambulanten Pflegedienst in Auftrag gibt. Es steht der Person mit Pflegebedürftigkeit selbstverständlich auch frei, Leistungen, die im Rahmen dieser Leitlinie empfohlen werden, abzulehnen.

1.5.2 Gaststatus im Zuhause der Person mit Pflegebedürftigkeit

Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes sind Gäste im Zuhause der Person mit Pflegebedürftigkeit. Alle Veränderungen und Maßnahmen dort können nur nach konkreter Zustimmung der Personen mit Pflegebedürftigkeit bzw. ihrer Angehörigen erfolgen. Dies betrifft insbesondere auch Maßnahmen des Infektionsschutzes (zum Beispiel die Segregation einer infizierten Person innerhalb der Wohnung/des Hauses, regelmäßiges Lüften, COVID-Tests). Pflegefachpersonen können hier anleiten, beraten und informieren, die Umsetzung obliegt aber in der Regel der Person mit Pflegebedürftigkeit bzw. deren Angehörigen oder Betreuungskräften. Gleichzeitig sind durch die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes jedoch jederzeit auch Vorkeh-

rungen zum Eigenschutz zu treffen, die unter Umständen Wünschen der Person mit Pflegebedürftigkeit zuwiderlaufen können. Hier ist insbesondere auf Verständigung und Vermittlung zu setzen, bei der der Vermittlung durch die Leitungspersonen des ambulanten Pflegedienstes eine besondere Rolle zukommt. Sollte dies nicht möglich sein und sollte der Schutz der Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes nicht gewahrt werden können, muss im schlimmsten Falle die Versorgung beendet werden. Es ist aus leistungsrechtlichen und ethischen Gründen jedoch dringend geboten, im Einvernehmen angemessene Lösungen und Maßnahmen zu vereinbaren, um einen solchen Versorgungsabbruch zu vermeiden.

Die Umsetzung der Empfehlungen dieser Leitlinie steht daher unter dem Vorbehalt, dass die Person mit Pflegebedürftigkeit und gegebenenfalls ihre Angehörigen dies wünschen und dem zustimmen.

1.5.3 Herausforderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit

Pflegefachpersonen haben zumeist den engsten und kontinuierlichsten Kontakt aller Heilberufe mit den zu Hause lebenden Personen mit Pflegebedürftigkeit. In dieser Position erkennen sie häufig zuerst Veränderungen des Gesundheitszustandes und gesundheitlichen Versorgungsbedarf. Auf verschiedene Bedarfe können sie jedoch oft nicht alleine reagieren, sondern sind auf die Zusammenarbeit zum Beispiel mit Hausärzt*innen, Therapeut*innen und anderen Akteur*innen angewiesen. Insgesamt gelingt die gesundheitliche Versorgung im Primärbereich nur bei einer gelingenden multiprofessionellen Zusammenarbeit und der Zusammenarbeit mit der Person mit Pflegebedürftigkeit und ihren Angehörigen.

Diese Zusammenarbeit wird durch leistungsrechtliche und organisatorische Gegebenheiten erschwert. In der Regel arbeiten die unterschiedlichen Leistungserbringer organisatorisch getrennt, sodass sich Herausforderungen bei der Kommunikation und Koordination sowie im Bereich der Datenweitergabe und des Datenschutzes ergeben. Eigentlich sinnvolle Fallkonferenzen oder sonstige Absprachen im interprofessionellen Team sind strukturell im deutschen Gesundheitswesen im Bereich der Primärversorgung nicht verankert. Gerade bei sich schnell wandelnden oder hochkomplexen Versorgungssituationen, wie dies im Falle einer COVID-19-Erkrankung eintreten kann, sind insbesondere ambulante Pflegedienste und Hausärzt*innen gefordert, erhebliche koordinative Leistungen zu erbringen, ohne dass es dafür immer Regelwege gibt. Dies wird in dieser Leitlinie berücksichtigt, indem die interprofessionelle Zusammenarbeit in verschiedenen Empfehlungen gesondert behandelt wird. Internationale Empfehlungen, die sich auf anders organisierte Gesundheitssysteme beziehen, wurden nicht oder nur zum Teil übernommen.

1.5.4 Herausragender Beitrag der pflegenden Angehörigen

Während sich diese Leitlinie an Pflegefachpersonen und ambulante Pflegedienste richtet, ist zu konstatieren, dass Pflege- und Versorgungsarrangements im ambulanten Bereich in vielen Fällen ganz zentral durch die Leistungen von pflegenden Angehörigen getragen werden. Ohne pflegende Angehörige könnte häufig eine Versorgung der Personen mit Pflegebedürftigkeit im eigenen Zuhause nicht gewährleistet werden.

Pflegende Angehörige werden daher in dieser Leitlinie an verschiedenen Stellen besonders berücksichtigt. Insbesondere edukative Maßnahmen der Pflegefachperson können und sollen sich auch an pflegende Angehörige richten.

Allerdings schränkt das Leistungsrecht hier das Maß dessen ein, was durch ambulante Pflegedienste erbracht werden kann. Die Empfehlungen dieser Leitlinie berücksichtigen das leistungsrechtlich Mögliche und bleiben daher in einzelnen Fällen hinter dem fachlich Wünschenswerten zurück.

Die Empfehlungen dieser Leitlinie richten sich nicht direkt an pflegende Angehörige, sondern an Pflegefachpersonen und andere Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes. Es ist aber möglich, dass pflegende Angehörige Aussagen dieser Leitlinie für ihr eigenes Handeln heranziehen.

1.6 Zielsetzung der Leitlinie

Mit dieser Leitlinie werden fachlich begründete, möglichst wissenschaftlich abgesicherte Wissensbestände beschrieben, die die Handlungssicherheit für Pflegefachpersonen und ambulante Pflegedienste im Kontext des interprofessionellen Handelns bei der Versorgung von Menschen mit Pflegebedürftigkeit im eigenen Zuhause erhöhen sollen. Zielsetzung dabei ist es, die Bedürfnisse von Menschen mit Pflegebedürftigkeit, die aus der Pandemie erwachsenden Notwendigkeiten (insbesondere des Infektionsschutzes) sowie die für ambulante Pflegedienste geltenden Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Dabei gilt es, den Infektionsschutz für Menschen mit Pflegebedürftigkeit, ihre Angehörigen sowie die Beschäftigten des ambulanten Dienstes mit der gleichzeitigen Wahrung und Förderung von Lebensqualität und sozialer Teilhabe der Personen mit Pflegebedürftigkeit zu vereinen.

Die Leitlinie soll dabei helfen, in der individuellen Situation person-zentriert geeignete Vorgehensweisen auszuhandeln und umzusetzen.

1.7 Schlüsselfragen

Die Erarbeitung der Leitlinie orientierte sich an folgenden Schlüsselfragen:

1. Wie lassen sich die pflegerische Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit bei bestmöglichem Infektionsschutz sichern?
2. Wie lassen sich die pflegerische Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit beim Verdacht oder Vorliegen einer Infektion mit SARS-Cov2 sichern?
3. Wie lassen sich die pflegerische Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit bei einer COVID-19-Erkrankung sichern?
4. Wie können pflegende Angehörige / Zugehörige von Menschen mit Pflegebedürftigkeit in den besonderen Herausforderungen durch Sars-Cov2 unterstützt werden?
5. Wie lässt sich die Zusammenarbeit im Kontext der ambulanten Pflege zwischen den professionellen Akteur*innen (Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen) und Einrichtungen des Gesundheitswesens gestalten?

Berücksichtigt wurden alle Leistungen, die durch ambulante Pflegedienste und die bei ihnen beschäftigten Personen erbracht werden. Dies schließt auch pflegerische Hilfskräfte, Hauswirtschaftskräfte, etc. ein.

1.8 Empfehlungen der Leitlinie

Die Empfehlungen der Leitlinie werden in den Unterkapiteln 1. Vorkehrungen, 2. Infektionsschutz, 3. Basispflege, 4. Soziale Teilhabe und Lebensqualität 5. Abklärung eines Infektionsverdachts gegliedert dargestellt.

Die einzelnen Empfehlungen werden in dieser Leitlinie wie in Tabelle 1 dargestellt (Sirsch et al. 2012):

Tabelle 1: Empfehlungsstärken (nach Sirsch et al. 2012)

Empfehlungsstärke	Symbol zur Empfehlungsstärke	Formulierung im Text
Starke Empfehlung für eine Maßnahme		…soll…
Empfehlung für eine Maßnahme		…sollte…
Offene Empfehlung		…kann…
Empfehlung gegen eine Maßnahme		…sollte nicht…
Starke Empfehlung gegen eine Maßnahme		…soll nicht…

Grade der Evidenz werden in dieser S2k-Leitlinie nicht ausgewiesen.

2 Sprache und in dieser Leitlinie verwendete Begriffe

Die Autor*innen dieser Leitlinie streben an, Sprache möglichst gendergerecht zu verwenden, damit Menschen jedes Geschlechts repräsentiert sind. Wo immer dies möglich ist, werden daher genderneutrale Ausdrucksweisen gewählt. In Fällen, in denen dies nicht möglich ist, markiert ein ‚*', dass Menschen aller geschlechtlichen Ausprägungen gemeint sind.

Die Autor*innen dieser Leitlinie haben sich nach sorgfältiger Überlegung für die Verwendung folgender Begriffe im Rahmen dieser Leitlinie entschieden.

2.1 Person mit Pflegebedürftigkeit

Eine Person ist aus pflegewissenschaftlicher Perspektive als pflegebedürftig zu bezeichnen, wenn sie:

- „infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigung, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden können,
- dauerhaft oder vorübergehend
- zu selbstständigen Aktivitäten im Lebensalter, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbstständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe
- nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist" (Wingenfeld et al. 2011, S. 140).

Aus sozialrechtlicher Sicht sind Personen pflegebedürftig, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen (§ 14 SGB XI). Der Begriff wird in dieser Leitlinie im weitesten Sinne verwendet und umfasst sowohl Personen, die Leistungen ambulanter Pflegedienste oder andere pflegerische Leistungen nutzen, als auch Personen, deren Pflegebedürftigkeit durch Angehörige (siehe dort) kompensiert wird.

2.2 Angehörige

Unter dem Begriff „Angehörige (Zugehörige)" werden in dieser Leitlinie Familienangehörige oder verwandte Personen, aber ebenso Freund*innen, Bekannte und Nachbar*innen verstanden, d.h. alle Menschen, zu denen sich ein pflegebedürftiger Mensch auf Basis einer verwandtschaftlichen und/oder emotionalen Beziehung eng verbunden fühlt (Bauernschmidt und Dorschner 2018).

2.3 Pflegefachperson

Als Pflegefachperson werden in dieser Leitlinie alle diejenigen bezeichnet, die eine Ausbildung oder ein Studium in der Pflege absolviert haben, welche/s sie zum Tragen der rechtlich geschützten Berufsbezeichnung nach dem Pflegeberufegesetz berechtigt. Somit sind auch ältere Berufsbezeichnungen wie (Kinder-) Krankenschwester, (Kinder-) Krankenpfleger, Altenpfleger*in, Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger*in eingeschlossen. Nicht gemeint sind Angehörige anderer Berufsgruppen, pflegerische Hilfspersonen, Alltagsbegleiter*innen etc., es sei denn, sie

werden explizit erwähnt. Ebenso nicht gemeint sind hier Medizinische Fachangestellte und anderes Personal der Hausarztpraxen. Fragen der Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen werden in Abschnitt 5 thematisiert.

2.4 Ambulanter Pflegedienst

In dieser Leitlinie werden ambulante Pflegeeinrichtungen nach SGB XI § 71 bzw. Leistungserbringer pflegerischer Leistungen nach SGB V als ambulante Pflegedienste bezeichnet.

3 Empfehlungen zum Infektionsschutz unter Erhalt von sozialer Teilhabe und Lebensqualität

In den Empfehlungen dieses Abschnitts werden die folgenden Schlüsselfragen adressiert:

Wie lassen sich die pflegerische Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit bei bestmöglichem Infektionsschutz sichern?

Wie lassen sich die pflegerische Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit beim Verdacht oder Vorliegen einer Infektion mit SARS-Cov2 sichern?

Wie lassen sich die pflegerische Versorgung, soziale Teilhabe und Lebensqualität von Menschen mit Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit bei einer COVID-19-Erkrankung sichern?

Die COVID-19-Pandemie traf die gesamte Gesundheitsversorgung in einem bisher ungekannten Ausmaß. Auch ambulante Pflegedienste sind weiterhin vor große Herausforderungen gestellt, um die Versorgung der Personen mit Pflegebedürftigkeit aufrecht zu erhalten und die dabei sich beständig ändernden Anforderungen und Vorschriften umzusetzen.

Um handlungsfähig zu bleiben, ist es in ersten Schritten notwendig, die eigenen Mitarbeiter*innen und die Personen mit Pflegebedürftigkeit mit ihren pflegenden Angehörigen auf mögliche Krisensituationen wie z.B. Erkrankungsverdacht, bestätigte Erkrankungen und damit möglicherweise notwendige Krankenhauseinweisungen aber auch umfangreichen Personalausfall vorzubereiten. Hierbei haben die Wünsche der Person mit Pflegebedürftigkeit handlungsleitende Bedeutung.

Aus Sorge vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 haben Personen mit Pflegebedürftigkeit sowie deren Angehörige ihre Kontakte in Zeiten der Pandemie häufig bis auf ein Minimum eingeschränkt. Zum Teil führte dies sogar zur Kündigung von bestehenden Versorgungsverträgen mit ambulanten Pflegediensten. Um soziale Isolation und eine übermäßige Belastung der pflegenden Angehörigen zu vermeiden, kann die Anwendung geeigneter Infektionsschutzmaßnahmen durch Pflegefachpersonen dazu beitragen, ausreichend subjektive und objektive Sicherheit zu schaffen.

Ambulante Pflegedienste bewegen sich hinsichtlich der Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen kontinuierlich im Spannungsfeld zwischen dem Hausrecht der Person mit Pflegebedürftigkeit und dem Arbeitsschutz der eigenen Mitarbeiter*innen.

Da viele Menschen mit Pflegebedürftigkeit in gemischten Pflegearrangements (Pflegende Angehörige, ambulanter Pflegedienste, teilstationäre und ergänzende Leistungen) versorgt werden, bedeutet vor allem das Wegbrechen regelmäßiger Angebote von Tagestrukturierung, wie z.B. der Tagespflege oder der Inanspruchnahme von ehrenamtlichen Besuchsdiensten, erhebliche Versorgungsbrüche, die oftmals durch Angehörige kompensiert werden (müssen). Durch hohe Erkrankungsraten beim Personal in Zeiten einer hohen Inzidenz in der Allgemeinbevölkerung kann es auch zu kurzfristigen Versorgungsbrüchen kommen. Durch die veränderte Verwendung finanzieller Ressourcen und durch gelingende Kooperationen mit weiteren Versorgungseinrichtungen sollten kreative Wege zur Gewährleistung einer kontinuierlichen pflegerischen Versorgung beschritten werden.

Vor diesem Hintergrund werden in den folgenden Ausführungen Empfehlungen hinsichtlich notwendiger Vorkehrungen im Rahmen einer Pandemie, des Infektionsschutzes, der Aufrechterhaltung der Basispflege, der Förderung von Sozialer Teilhabe und Lebensqualität sowie der Abklärung eines Infektionsverdachts und der Pflege Erkrankter formuliert.

Vorkehrungen

3.1 Der ambulante Pflegedienst soll einen Pandemieplan erstellen, welcher die Wahrung der Würde der Person mit Pflegebedürftigkeit in den Mittelpunkt stellt.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Amirov et al. 2007 • Robert Koch-Institut (RKI) 2020b • Yi et al. 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Der Leitgedanke des Pandemieplans besteht in der bestmöglichen Verknüpfung der Erfordernisse des Infektionsschutzes mit der Wahrung der Würde der Person mit Pflegebedürftigkeit und dem Schutz der Menschenrechte (World Health Organization (WHO), Human Reproduction Programm (HRP) 2020). Der rote Faden im Pandemieplan des ambulanten Pflegedienstes verknüpft bestmöglich die Einhaltung aller erforderlichen, nach aktuellem Stand bekannten Vorgaben der Hygiene und des Infektionsschutzes mit den Aspekten einer person-zentrierten Herangehensweise mit dem Ziel, die Würde der Personen mit Pflegebedürftigkeit zu wahren und ein höchstmögliches Maß an sozialer Teilhabe und Wohlbefinden zu ermöglichen.

Der Pandemieplan berücksichtigt unterschiedliche Gruppen von Klient*innen, zum Beispiel Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Menschen in der palliativen Versorgung, insbesondere in der Sterbephase. Er soll ein Versorgungskonzept für den Fall eines Infektionsausbruchs beinhalten und ist in enger Zusammenarbeit mit lokalen Behörden (Gesundheitsamt) zu entwickeln (Robert Koch-Institut (RKI) 2020b). Die kommunalen Gesundheitsämter sind gefordert, die ambulanten Pflegedienste durch entsprechende Muster-Pandemiepläne und kompetente Ansprechpartner*innen zu unterstützen.

Der Pandemieplan soll regelmäßig in Hinblick auf neue Erkenntnisse des Infektionsschutzes (Übertragungswege / Teststrategien / Impfempfehlungen) überprüft werden.

Dabei sind die Arbeits- und Verantwortungsbereiche sowie die Versorgungsprozesse für die Umsetzung des Pandemieplans den Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes bekannt.

Das bedeutet, dass der Pandemieplan ein Kommunikationskonzept beinhaltet, welches an die jeweilige Pandemiesituation angepasst ist. Das Konzept umfasst eine Darstellung der Kommunikationsstrukturen innerhalb des ambulanten Pflegedienstes sowie der Abläufe und Zuständigkei-

ten, der Regelungen zur person-zentrierten Kommunikation und der Maßnahmen zur Bewältigung der Situation (Münch et al. 2020). Daneben sind in dem Konzept besondere Kommunikationserfordernisse im Hinblick auf eventuell unterschiedliche kulturelle Hintergründe der Klient*innen, Mitarbeiter*innen sowie der Angehörigen zu berücksichtigen.

3.2 Um die Kontinuität der ambulanten pflegerischen Versorgung aufrecht zu erhalten, soll der ambulante Pflegedienst einen Notfallplan (Kontinuitätsplan) vorhalten, um in Situationen, in denen Personal beim ambulanten Pflegedienst ausfällt, handlungsfähig zu sein.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • AGE Platform Europe 2020 • Dawson et al. 2020 • United Nations 2020 • Yi et al. 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Die Pandemie stellt die ambulanten Pflegedienste auf vielfältige Weisen vor personelle Herausforderungen. Unter anderem kann die Infektion von Mitarbeiter*innen bzw. die Quarantäne von Mitarbeiter*innen als Kontaktpersonen zu einer umfassenden Einschränkung der personellen Ressourcen und damit zu einer drastischen Limitierung der Versorgungskapazität führen. Auch der Schutz vulnerabler Mitarbeiter*innen der Dienste (ältere Beschäftigte, Beschäftigte mit Vorerkrankungen) kann die personellen Ressourcen begrenzen. Um für diese Fälle vorbereitet zu sein, soll der ambulante Dienst einen Notfall- bzw. Kontinuitätsplan aufstellen. Darin sollen Vorgehensweisen für den Fall einer deutlich verminderten Personalkapazität geregelt sein.

Onlinebasierte Teamsitzungen und regelmäßige Tests sind Instrumente, die genutzt werden können, um eine personelle Kontinuität aufrecht erhalten zu können. Um für die größtmögliche Gesunderhaltung der eigenen Mitarbeiter*innen zu sorgen, soll der ambulante Pflegedienst eine Aufteilung der beschäftigten Mitarbeiter*innen in feste Kernteams und entsprechend separierte Tourenplanungen vornehmen. Diese sollen untereinander keinen bis kaum Kontakt haben. So ist auch in einem Verdachts- bzw. Erkrankungsfall innerhalb eines Teams und der sich daraus ableitenden notwendigen Quarantäne, eine Aufrechterhaltung der Versorgung der Personen mit Pflegbedürftigkeit möglich.

Sollte aufgrund von COVID-19 sich die personelle Situation drastisch verschlechtern, kann der Pflegedienst auf verschiedene Maßnahmen zurückgreifen, die er jedoch stets in Absprache mit den Kranken- und Pflegekassen treffen soll. Sollte es aufgrund personeller Engpässe nicht mehr

möglich sein, die Versorgung zu sichern, dann ist unter den Pandemiebedingungen ausnahmsweise nach SGB XI auch eine Kooperation mit einem anderen Pflegedienst möglich, ohne dass dabei der Pflegevertrag verändert werden muss.

Mit der Person mit Pflegebedürftigkeit, den Angehörigen und ggf. den verordnenden Ärzt*innen bei Leistungen des SGB V soll überlegt werden, welche Leistungen priorisiert werden und in jedem Falle aufrechterhalten werden müssen und welche Variationen der Leistungserbringung möglich sind. Bei Maßnahmen nach SGB XI können verschiedene Leistungen, zeitlich begrenzt, verschoben werden. Hier stehen zuerst hauswirtschaftliche Leistungen zur Disposition. Denkbar ist auch, dass z.B. das Baden durch weniger aufwändige Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege ersetzt wird.

Bei SGB V Leistungen gibt es diese Regelungen nicht und die ärztliche Verordnung muss auf den neuen Pflegedienst übertragen werden. Darüber hinaus sollen, wenn möglich, (weitere) Angehörige mit in den pflegerischen Versorgungsprozess, zeitlich begrenzt, einbezogen werden. Sie könnten vorübergehend pflegerische Aufgaben übernehmen, um zeitlich befristet eine Versorgungskontinuität sicherzustellen. Dazu sind sie entsprechend durch den Pflegedienst anzuleiten.

In jedem Bundesland gibt es darüber hinaus landesspezifische Handlungsrichtlinien, die der Pflegedienst über die Internetportale der Gesundheitsministerien in den Bundesländern erfahren kann oder auch über die Verbände der Leistungserbringer sowie Pflegekammern. In einigen Bundesländern bieten auch Krisenstäbe entsprechende Unterstützung an.

3.3 Die Mitarbeiter*innen sollen Schulungen zur Umsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen erhalten.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Primärliteratur • Jan 2007 • Martin 2006; Pogorzelska-Maziarz et al. 2020 • Yi et al. 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Da sich eine etablierte Sicherheitskultur im ambulanten Dienst positiv auf die Nutzung von Schutzausrüstung auswirkt (Leiss 2014), ist es die Aufgabe des leitenden Personals, unabhängig von Krisensituationen für ein entsprechendes Bewusstsein und entsprechende Regeln und deren Umsetzung zu sorgen.

Angemessenes Wissen kann zusammen mit psychosozialer Unterstützung dazu beitragen, dass die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes empfohlene Infektionsschutzmaßnahmen auch im Fall einer Krise, wie einer Pandemie, einhalten. Aktuelle Informationen über die sich entwickelnde Krankheit, psychologische Unterstützung durch Vorgesetzte und andere ausgebildete Fachpersonen, soziale Unterstützung durch Familien und eine angemessene Versorgung mit

erforderlichen Ausrüstungsgegenständen können zur Förderung der Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes beitragen (Jan 2007).

Für die Beschäftigten des ambulanten Pflegedienstes sollen daher gezielte und anlassbezogene Schulungen zum aktuellen Geschehen angeboten werden (Jan 2007), die im Idealfall auf Regelschulungen aufbauen und regelmäßig zu neuen Erkenntnissen aus dem Infektionsschutz wiederholt werden sollen.

Regelschulungen zu Fragen der Infektionsprävention (Huckery 2007; Jan 2007; Hogg et al. 2006; Bobolia 2006) sollen sowohl die Basishygienemaßnahmen sowie die erweiterten Hygienemaßnahmen (spezielle Maßnahmen, die bei Verdacht auf oder Nachweis von übertragbaren Erkrankungen zusätzlich zu den Maßnahmen der Basishygiene gezielt ergriffen werden sollen) berücksichtigen (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut 2015).

Solche Schulungen sollen mindestens folgende Themen beinhalten:

- Händehygiene (Jenkinson et al. 2006; Martin 2006; McGoldrick 2017; Cole 2007)
- Verwendung der persönlichen Schutzausrüstung (Leiss 2014), darunter Mund-Nasen-Schutz (Dawson et al. 2020)
- Husten- und Niesetikette (Martin 2006)
- Desinfektion von Oberflächen
- Abfallentsorgung (z.B. Materialien, die in den Haushalt mitgebracht werden und dort nicht verbleiben können (McGoldrick 2017)
- Aufbereitung von Medizinprodukten (z.B. mehrmalige und einmalige Nutzung von Instrumenten etc.) (Jenkinson et al. 2006).

3.4 Die Personen mit Pflegebedürftigkeit sollen frühzeitig die Gelegenheit bekommen, ihren pflegerischen und medizinischen Behandlungspräferenzen im Falle einer SARS-CoV-2-Infektion bzw. COVID-19-Erkrankung qualifiziert Ausdruck zu verleihen.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Primärliteratur • World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020 • Wu et al. 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Trotz der Einschränkungen aufgrund der Pandemie ist eine systematische Erfassung der pflegerischen und medizinischen Behandlungspräferenzen im Erkrankungsfall anzustreben. Durch mögliche lebensbedrohliche Krankheitsverläufe der COVID-19-Erkrankung mit Krankenhauseinweisung und ggf. intensivmedizinischer Behandlung ist die Bedeutung von Vorausplanung und Ent-

scheidungsfindung für Behandlungssituationen bei ambulant versorgten Personen mit Pflegebedürftigkeit hoch. Eine Einweisung ins Krankenhaus oder gar eine intensivmedizinische Behandlung bei COVID-19-Erkrankung ist möglicherweise von der Person mit Pflegebedürftigkeit nicht gewünscht. Von besonderer Bedeutung ist deshalb eine sorgfältige Indikationsstellung sowie eine Erhebung des Willens der Person mit Pflegebedürftigkeit, denn die Sterblichkeit älterer COVID-19-Erkrankter mit akutem Atemnotsyndrom ist auch bei Hospitalisierung und Intensivbehandlung sehr hoch (Wu et al. 2020; Deutsche interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DiV-BVP) et al. 2020). Dabei ist auch Rücksprache mit dem/der Hausärzt*in zu nehmen, sofern die Person mit Pflegebedürftigkeit damit einverstanden ist.

Um eine informierte und selbstbestimmte Entscheidungsfindung im Erkrankungsfall zu ermöglichen, soll der ambulante Pflegedienst bereits im Rahmen des Aufnahmegesprächs die entsprechenden Präferenzen der Personen mit Pflegebedürftigkeit dokumentieren (World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020). Eine Anpassung von Vorsorgevollmacht und schriftlicher Patientenverfügung soll durch die Pflegefachpersonen gegebenenfalls angeregt werden. Sollte dies bisher nicht passiert sein, ist dies in einem Beratungsgespräch / einer Pflegevisite im Sinne gemeinsamer Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) nachzuholen. Dabei sind die Angehörigen nach Maßgabe der Person mit Pflegebedürftigkeit zu integrieren und ebenso der Kontakt zum/zur Hausärzt*in zu suchen. Auch Hinweise zur Palliativversorgung sowie zur Versorgung am Lebensende sollen gegeben werden.

Darüber hinaus wird angeregt, das Vorgehen des Advanced Care Planning (ACP) zu nutzen, welches in einem Leitfaden aus Anlass der COVID-19-Pandemie (Deutsche interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DiV-BVP) et al. 2020) durch ACP-Gesprächsbegleiter*innen in Kooperation mit hierfür qualifizierten Ärzt*innen genauer dargestellt worden ist. Da es bundesweit keine entsprechenden Vertragsabschlüsse über ACP in der ambulanten Pflege gibt, ist die Nutzung fakultativ. Dabei handelt es sich um ein Äquivalent zu der nach § 132g SGB V Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase für Pflegeeinrichtungen.

Infektionsschutz

3.5 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit mit SARS-CoV-2 soll der ambulante Pflegedienst dazu beraten, ob und wie eine Segregation im eigenen Haushalt bestmöglich umgesetzt werden kann.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Jan 2007	
Konsensstärke: starker Konsens Modifiziert 2022	

Im Verdachts- und Erkrankungsfall mit SARS-CoV-2 soll durch den ambulanten Pflegedienst darauf hingewirkt werden, dass die betroffene Person mit Pflegebedürftigkeit im eigenen Haushalt

segregiert wird. Der ambulante Pflegedienst unterstützt die Person mit Pflegebedürftigkeit und die Angehörigen bei der Umsetzung der Segregation und beachtet die räumliche Trennung in seiner weiteren Arbeit. Er soll sich dazu auch mit dem/der Hausärzt*in abstimmen, sofern die Person mit Pflegebedürftigkeit dem zustimmt.

Die Segregation ist von besonderer Bedeutung, wenn sich die Person mit Pflegebedürftigkeit mit weiteren Personen den Haushalt teilt, um diese gesundheitlich bestmöglich zu schützen (Jan 2007). Dies gilt insbesondere dann, wenn die Person ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf hat. In der Umsetzung bedeutet dies, dass die betroffene Person während dieser Zeit ihren Aufenthalt tagsüber wie auch nachts auf nur einen Raum beschränkt und wenn möglich über ein eigenes Badezimmer verfügt (Martin 2006; Finkelstein et al. 2011). Soll nur ein Badezimmer zur Verfügung stehen, soll dieses möglichst gut belüftet werden, etwa durch regelmäßiges Öffnen eines Fensters. Der ambulante Pflegedienst trägt durch geeignete Information, Anleitung und Beratung dafür Sorge, dass diese Segregation in angemessener und auf den Haushalt angepasste Art und Weise umgesetzt wird, sollen sich die Klient*innen und deren Angehörigen damit einverstanden erklären.

Bei Personen mit Pflegebedürftigkeit, welche die Situation nicht verstehen oder die sich an die Regeln zur Segregation nicht erinnern können, sind die notwendigen Informationen entsprechend der vorhandenen Kompetenzen zur Verfügung zu stellen. Häufige mündliche Informationen oder individuelle, im Haushalt platzierte schriftliche Hinweise können dabei hilfreich sein.

3.6 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll der ambulante Pflegedienst beratend darauf hinwirken, dass so wenige Menschen wie möglich den Haushalt betreten.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Marathe et al. 2011 • Yi et al. 2020	
Konsensstärke: Konsens Geprüft 2022	

Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall soll die Zahl der Kontaktpersonen so weit wie möglich begrenzt werden. Dies betrifft sowohl den ambulanten Pflegedienst und andere professionelle Helfer*innen als auch die Familie und pflegende Angehörige.

Seitens der pflegenden Angehörigen soll möglichst nur eine weitere Person weiterhin den Haushalt der Person mit Pflegebedürftigkeit betreten, die nicht schon Teil dieses Haushalts ist. Diese Person soll über den empfohlenen Impfschutz gegen COVID-19 verfügen. Dabei soll sie außerdem Maßnahmen zum Selbstschutz (persönliche Schutzausrüstung) ergreifen (siehe Abschnitt 3.9) sowie regelmäßige COVID-19-Antigen-Schnelltests durchführen, da auch ein vollständiger Impfschutz nicht zuverlässig vor einer Infektion mit den derzeit zirkulierenden Virusvarianten schützt. Der ambulante Pflegedienst berät dazu, wo die erforderlichen Gegenstände erhältlich sind und

weist auf Finanzierungsmöglichkeiten hin. Da die Übertragung von Viren linear mit der Haushaltsgröße steigt (Marathe et al. 2011), ist eine Begrenzung sinnvoll, um eine Ausbreitung des Infektionsgeschehens zu vermeiden (Jan 2007). Als primäre Kontaktperson kommen vor allem Personen in Frage, welche nach einer Schulung die allgemein geltenden Infektionsschutzmaßnahmen verlässlich umsetzen können. Darüber hinaus soll diese Person selbst keine gesundheitlichen Beschwerden aufweisen (vor allem keine respiratorischen und immunsupprimierenden Erkrankungen), damit die Gefahr einer eigenen Erkrankung auf ein Minimum reduziert werden kann (Martin 2006).

Sollte die Person mit Pflegebedürftigkeit sich ihrem Lebensende nähern, soll auch nahestehenden Personen über die primäre Kontaktperson hinaus ermöglicht werden, unter Einhaltung der Maßnahmen zum Selbstschutz (Persönliche Schutzausrüstung) Kontakt zu der Person mit Pflegebedürftigkeit zu haben, wie dies auch für Einrichtungen des Gesundheitswesens empfohlen wird (Robert Koch-Institut 2022c).

Seitens des ambulanten Pflegedienstes soll so wenig wie möglich unterschiedliches Personal im Haushalt der Person mit Pflegebedürftigkeit mit Infektionsverdacht oder COVID-19 Erkrankung eingesetzt werden. Das eingesetzte Personal soll über einen vollständigen Impfschutz gegen COVID-19 verfügen. Um personelle Kontinuität und die Beziehungsgestaltung zu fördern, sollten dabei die Regeln der Bezugspflege bzw. des Primary Nursing berücksichtigt werden.

3.7 Die Pflegefachperson prüft gemeinsamen mit der Person mit Pflegebedürftigkeit, ob ein/e pflegende*r Angehörige*r vorübergehend in den Haushalt der Person mit Pflegebedürftigkeit einziehen kann, um soziale Kontakte und Versorgung bei gleichzeitiger Minimierung des Infektionsrisikos zu wahren.	Empfehlungsstärke: ⟷
Primärliteratur: keine (Expertenkonsens)	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Sowohl allgemein zum Infektionsschutz, aber insbesondere auch bei Vorliegen eines Infektionsverdachtes oder einer COVID-19-Erkrankung, ist eine Reduktion der Anzahl der Personen, die den Haushalt der Personen mit Pflegebedürftigkeit betreten, sinnvoll (siehe Abschnitt 3.6). Um dennoch die soziale Teilhabe der Personen mit Pflegebedürftigkeit zu wahren und die negativen Folgen einer Isolation zu minimieren, kann es sinnvoll sein, dass eine*r pflegende Angehörige*r mit in den Haushalt einzieht. Dadurch kann auch die Versorgung im Alltag gewährleistet werden. Die Pflegefachperson soll zu dieser Möglichkeit beraten und sie, wenn gewünscht, unterstützen.

Ob eine pflegende Angehörige mit in den Haushalt einzieht, sollte gemäß der folgenden Aspekte im Zuge einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen der Person mit Pflegebedürftigkeit

und der pflegenden Angehörigen unter Beteiligung des versorgenden ambulanten Dienstes entschieden werden:

- Präferenzen und Wünsche der Person mit Pflegebedürftigkeit.
- Präferenzen und Wünsche der pflegenden Angehörigen; insbesondere Vermeidung einer Überforderung oder Isolation.
- Räumliche Situation: Ist ein dauerhafter Aufenthalt der pflegenden Angehörigen im Haushalt der Person mit Pflegebedürftigkeit möglich? Steht ein eigener Schlafplatz zur Verfügung? Gibt es im Idealfall einen eigenen Raum zum Rückzug für die pflegende Angehörige?
- Ist für den Fall eines Infektionsgeschehens eine räumliche Segregation möglich?
- Verfügbarkeit regelmäßiger Antigentests für die Angehörigen, damit sie weiterhin Kontakte außerhalb des Haushalts der Person mit Pflegebedürftigkeit unterhalten können.

Ein*e pflegende*r Angehörige*r, der/die mit in den Haushalt einer erkrankten Person einzieht, soll in jedem Fall über einen vollständigen Impfschutz gegen COVID-19-verfügen.

3.8 Die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes sollen im Haushalt der Person mit Pflegebedürftigkeit eine FFP-2-Maske tragen, auch wenn bei dieser kein Verdacht auf SARS-CoV-2 / COVID 19 vorliegt. Beim Betreten des Haushalts sollen die Hände gewaschen werden.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Jan 2007	
Konsensstärke: starker Konsens Modifiziert 2022	

Eine korrekt über Mund und Nase getragen Mund-Nase-Schutz (sog. medizinische Gesichtsmaske bzw. OP-Maske) ist dazu geeignet, die Übertragung von SARS-CoV-2 von infizierten Personen auf nicht infizierte Personen zu verringern, wobei FFP-2-Masken einen deutlich besseren Schutz bieten als die so genannten „Alltagsmasken“. Daher ist bei Betreten der Häuslichkeit der Person mit Pflegebedürftigkeit durch die Beschäftigten des ambulanten Pflegedienstes eine FFP-2-Maske ohne Ausatemventil oder eine gleichwertige Atemschutzmaske zu tragen, um die Person mit Pflegebedürftigkeit bzw. deren Angehörige vor einer unerkannten Infektion der/des Mitarbeiter*in des ambulanten Pflegedienstes zu schützen. Sollten weiterreichende Regelungen durch den Bund oder die Bundesländer erlassen werden, sind diese umzusetzen. Dies gilt in privaten Haushalten und bei Pflegesituationen, weil kein Mindestabstand von 1,5 m eingehalten werden kann und das Raumluftvolumen gering ist (Aerosolanreicherung).

Daher sollen auch alle privaten Besucher*innen sowie die Beschäftigten von anderen Versorgern jederzeit während des Aufenthaltes im Haushalt der Personen mit Pflegebedürftigkeit eine FFP-2-Maske ohne Ausatemventil tragen. Gesichtsschilde aus Kunststoff sind nicht geeignet, den angestrebten Zweck zu erfüllen, da sie die Aerosolverbreitung nicht minimieren. Der ambulante Pflegedienst informiert hierzu die Person mit Pflegebedürftigkeit und die Angehörigen.

Um die Übertragung von Krankheitserregern, einschließlich SARS-CoV-2 zu minimieren, sollen alle Besucher*innen bei Betreten des Haushaltes ihre Hände waschen und anschließend gut abtrocknen.

Ist es im konkreten Falle nicht möglich oder praktikabel, die Hände zu waschen oder ist dies nicht unter hygienischen Bedingungen möglich, kann alternativ eine hygienische Händedesinfektion mittels eines hierfür geeigneten Mittels durchgeführt werden.

3.9 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit sollen die Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes, die Angehörigen sowie die Besucher*innen persönliche Schutzausrüstung (PSA) zum Selbstschutz tragen.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020b • Robert Koch-Institut 2022e	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Bei Verdachtsfällen oder bestätigten Fällen von SARS-CoV-2 bei Menschen mit Pflegebedürftigkeit oder Personen, die im Haushalt leben, müssen Beschäftigte in den Räumen, in denen sich diese Person aufhält, folgende Schutzausrüstung tragen:

- Einweghandschuhe (tätigkeitsspezifisch DIN EN 455 bzw. DIN EN 374)
- Langärmelige Schutzkittel (alternativ kurzärmelige Schutzkittel und Armstulpen)
- Dicht anliegende Atemschutzmaske (mindestens FFP2-Maske oder gleichwertige Atemschutzmaske) ohne Ausatemventil

Hinweise zum beispielhaften An- und Ablegen von PSA für Fachpersonal gibt das RKI (Robert Koch-Institut 2021b). Bei der PSA handelt es sich um Material zum Einmalgebrauch. Wenn die Person mit Pflegebedürftigkeit und SARS-CoV-2 die gesamte Wohnung nutzt, ist die PSA vor Betreten des Hauses / der Wohnung anzulegen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020b). Wenn die Person mit Pflegebedürftigkeit sich in einem abgetrennten Zimmer oder einem abgetrennten Bereich aufhält, ist die PSA vor Betreten dieses Zimmers / dieses Bereiches anzulegen. Die PSA ist VOR Verlassen des Zimmers bzw. des abgetrennten Bereichs bzw. der Wohnung abzulegen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020b) – wobei die Handschuhe zuletzt abgelegt werden – und dort in einem verschließbaren Behältnis zu entsorgen. Die Vorgaben der Richtlinie für die Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitswesens sind zu beachten (Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) 2021). Falls die räumlichen Gegebenheiten es zulassen, soll dazu ein Bereich eingerichtet und abgetrennt werden, der im Ansatz die Funktion einer Schleuse übernehmen kann. Dabei kann es sich um einen Bereich im Wohnungs- oder Hausflur handeln, der von allen anderen Gegenständen und Nutzungen freigehalten wird. Ggf. können Einrichtungsgenstände (Garderobenständer, Kommoden oder auch Stühle) so platziert werden, dass sie den Bereich abgrenzen und die erforderlichen Gegenstände aufnehmen.

Der Pflegedienst leitet die pflegenden Angehörigen zum korrekten Umgang mit der PSA an. Er weist außerdem darauf hin, dass Personen mit Pflegebedürftigkeit und Leistungsanspruch aus

der Pflegeversicherung (alle Pflegegrade) den gesetzlichen Anspruch auf eine monatliche Pauschale von € 40,- für die Anschaffung von Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch, wie zum Beispiel Schutzmaterialien und Desinfektionsmittel, haben. Die PSA ist den Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes durch den Arbeitgeber zur Verfügung zu stellen.

3.10 Die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes sollen neben den üblichen Maßnahmen des Infektionsschutzes in ambulanten Diensten spezielle, auf die Vermeidung von SARS-CoV-2-Infektionen abzielende Maßnahmen umsetzen.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Siegel et al. 2019; Pogorzelska-Maziarz et al. 2020	
Konsensstärke: Konsens Geprüft 2022	

Um das Risiko einer Ansteckung und Übertragung von SARS-CoV-2 in der Häuslichkeit zu vermeiden, sollen einerseits die grundlegenden und jederzeit gültigen Maßnahmen des Infektionsschutzes im Bereich der ambulanten Pflege und zudem spezifische auf SARS-CoV-2 bezogene Maßnahmen umgesetzt werden. Basis- und erweiterte Hygienemaßnahmen sind in der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ enthalten (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut 2015).

Die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes sollen folgende allgemeine Maßnahmen durchführen:

- Händehygiene: Die Hände sollen nach dem Berühren von kontaminierten Stellen (unabhängig ob mit oder ohne Handschuhe) mit einfacher Seife unter fließendem Wasser gewaschen werden. Hierbei ist zu beachten, dass die Hände nass gemacht werden, dann soviel von dem Produkt wie vom Hersteller empfohlen aufgebracht wird, dieses kontinuierlich 15 – 20 Sekunden an allen Stellen der Hand verrieben und abschließend unter fließendem Wasser abgespült wird. Die Hände sind danach mit einem Handtuch abzutrocknen. Für das Abdrehen des Wasserhahns ist ebenfalls ein Handtuch zu nutzen (Siegel et al. 2019). Generell gilt, möglichst Einmalprodukte zu verwenden. Wenn es keine Gelegenheit zum Händewaschen gibt, dann soll ein alkoholisches Händedesinfektionsmittel zur Anwendung kommen. Für die Durchführung von Tätigkeiten, die mit einem Kontakt zu Körperflüssigkeiten einhergehen, ist das Tragen von Handschuhen erforderlich. Die Handschuhe sollen zwischen unterschiedlichen pflegerischen Maßnahmen gewechselt werden.
  Indikationen für die Händedesinfektion entstehen vor und nach direktem Kontakt mit dem Patienten, vor septischen Tätigkeiten, nach Kontamination (Kontakt mit Blut, Sekreten oder Exkreten), nach Kontakt mit der Patientenumgebung, sowie nach Ablegen von

Einmalhandschuhen. Einzelheiten hierzu sind der KRINKO-Empfehlung zur Händehygiene zu entnehmen (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut 2016).

- Mitgeführte Gegenstände: Grundsätzlich wird empfohlen (Siegel et al. 2019), so wenig wie möglich Gegenstände in die Häuslichkeit der Person mit Pflegebedürftigkeit mitzubringen, die nicht entsorgt werden können. Mehrfach zu verwendende Gegenstände sollen möglichst in der Häuslichkeit einer Person mit Pflegebedürftigkeit verbleiben und nicht mit zu anderen Personen genommen werden. Wenn Gegenstände nicht in der Häuslichkeit der Klient*innen verbleiben können, sollen sie vor dem Weitertransport desinfiziert werden. Ist das nicht möglich, sollen sie in einen Plastikbeutel gepackt und einer anschließenden Reinigung und Desinfektion zugeführt werden.
- Die durch die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes im Dienst getragene Bekleidung soll entsprechend bei der höchstmöglichen Temperatur und mit Waschmittel, welches Bleiche beinhaltet, gewaschen werden (Ward 2017). Hinweise zur Aufbereitung der Bekleidung aus hygienischer Sicht sind zu beachten (DGKH-Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ und DGKH-Vorstand 2009).

Für die Übertragung von SARS-CoV-2 spielen virenhaltige Aerosole, die sich in der Raumluft ansammeln, sowie Tröpfchen eine bedeutsame Rolle. Von besonderer Bedeutung ist es daher, die Verbreitung solcher Aerosole und Tröpfchen zu minimieren durch das Tragen von Mund-Nase-Schutz oder FFP-2-Maske (siehe Abschnitte 3.8 und 3.9) und das regelmäßige Lüften der Räume (siehe Abschnitt 3.11). Bei bestätigter oder vermuteter Infektion kommt das Tragen von Schutzbekleidung hinzu. Bei der Basispflege sind besondere Maßnahmen zu beachten (siehe Abschnitte 3.13, 3.14 und 3.15).

Auf die Reinigung und Desinfektion von Gegenständen und Oberflächen ist ebenfalls verstärkt zu achten. Die Pflegefachperson leitet die Angehörigen entsprechend an oder empfiehlt eine professionelle Reinigung. Patientennahe Oberflächen, die häufigen Kontakt mit den Händen der erkrankten Person hatten (z.B. Nachttisch, Nassbereich, Türgriffe), sollen täglich mit einem Flächendesinfektionsmittel mit nachgewiesener, mindestens begrenzt viruzider Wirksamkeit wischdesinfiziert werden. Eine Sprühdesinfektion, d.h. die Benetzung der Oberfläche ohne mechanische Einwirkung, ist weniger effektiv. Zur Desinfektion sind Mittel mit nachgewiesener Wirksamkeit mit dem Wirkungsbereich "begrenzt viruzid" (wirksam gegen behüllte Viren) anzuwenden. Mittel mit erweitertem Wirkbereich 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). Weitere Hinweise zu Reinigung und Desinfektion von Oberflächen außerhalb von Gesundheitseinrichtungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie hat das RKI zusammengestellt (Robert Koch-Institut 2020b).

Nach 72 h ist eine Virenlast auf kontaminierten Oberflächen nicht mehr nachweisbar (Little et al. 2020). Der Säuberung des Badezimmers kommt eine besondere Bedeutung zu, vor allem wenn neben der Person mit Pflegebedürftigkeit weitere Personen den Haushalt bewohnen und die gleichen Örtlichkeiten benutzen. Nach jeder Nutzung muss das Badezimmer mit einem Haushaltsreiniger gegen Bakterien und Viren gereinigt werden. Dabei sind Haushaltshandschuhe zu

tragen. Die verwendete Wäsche muss separat gewaschen werden. Die Wäsche soll dabei vorsichtig erledigt werden, damit keine infektiösen Teilchen in die Luft abgegeben werden. Beim Umgang mit der Wäsche sind Handschuhe zu tragen und ggf. auch eine FFP-2-Maske.

Schutzausrüstung ist sachgemäß anzuwenden und zu entsorgen (siehe Abschnitt 3.09).

Bei der Versorgung von Personen mit Pflegebedürftigkeit und COVID-19 in der eigenen Häuslichkeit kommen mitunter telemedizinische Anwendungen zum Einsatz, etwa zur Fernüberwachung von Vitalzeichen. Für die Reinigung und Desinfektion der dafür erforderlichen Geräte sollte eine spezielle schriftliche Regelung des Pflegedienstes bzw. des für die Geräte verantwortlichen Leistungserbringers erstellt werden, die mindestens berücksichtigt (Suter et al. 2009):

- Wenn möglich, Verpackung des Gegenstandes in einen Einmalbeutel vor Entfernung aus dem Haushalt der Person mit Pflegebedürftigkeit
- Abholung des Gegenstandes bzw. des Beutels mit dem Gegenstand beim Haushalt der Person mit Pflegebedürftigkeit
- Transport zum Ort, an dem die Reinigung erfolgt
- Nutzung persönlicher Schutzausrüstung bei der Reinigung
- Nutzung zugelassener Reinigungsmittel bzw. Desinfektionsmitteln
- Lagerung in einem reinen Lagerraum
- Checkliste für Personal, welches mit der Reinigung betraut wird
- Bevorzugt Nutzung von Einmalmaterial.

Die hier und in weiteren Empfehlungen dieser Leitlinie aufgeführten Maßnahmen sollen auch durch pflegende Angehörige sowie ggf. Besucher*innen wie auch durch die Person mit Pflegebedürftigkeit selbst umgesetzt werden. Dazu soll die Pflegefachperson sie beraten und anleiten (vgl. hierzu Abschnitt 4.1).

Die Pflegefachperson kann der Person mit Pflegebedürftigkeit und den Angehörigen über die persönliche Edukation und Beratung hinaus zum Beispiel folgende interaktive Internetseite zum häuslichen Infektionsschutz empfehlen: http://de.germdefence.org/.

3.11 Der ambulante Pflegedienst soll für das regelmäßige Lüften der Innenräume sorgen und die Person mit Pflegebedürftigkeit und die pflegenden Angehörigen dazu anleiten.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Primärliteratur: • Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020a • Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020b	
Konsensstärke: Konsens Geprüft 2022	

Da SARS-CoV-2 insbesondere durch Aerosole übertragen wird, die längere Zeit in der Innenraumluft präsent sein können, sollen Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes für das regelmäßige und häufige Lüften der Innenräume Sorge tragen. Ein Luftaustausch sollte alle 20 Minuten erfolgen (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020b). Die Berufsgenossenschaft empfiehlt dazu (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020b, S. 3):

- „Fenster komplett öffnen und idealerweise für Durchzug in den Räumen sorgen (Querlüften)
- mindestens 3 bis 5 Minuten im Winter lüften
- mindestens 10 bis 15 Minuten im Sommer lüften."

Sofern möglich, soll die Person mit Pflegebedürftigkeit selbst aktiv für die Lüftung der Räume sorgen ebenso wie pflegende Angehörige. Der ambulante Pflegedienst leitet sie dazu an und berät über weitere mögliche Maßnahmen (s.u.). Wenn Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes zugegen sind, sorgen sie aus Gründen des Selbstschutzes für das Lüften der Räume und stimmen sich dazu mit der Person mit Pflegebedürftigkeit und ggf. den Angehörigen ab. Die Person mit Pflegebedürftigkeit oder die Angehörigen sorgen möglichst dafür, dass bereits vor dem Eintreffen des ambulanten Pflegedienstes gelüftet wurde (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020b, S. 3).

Beim Lüften der Wohnräume ist darauf zu achten, dass es Personen mit Pflegebedürftigkeit nicht (zu) kalt wird. Ein Auskühlen oder sogar Unterkühlen ist strikt zu vermeiden. Die persönlichen Wünsche der Person mit Pflegebedürftigkeit sind zu berücksichtigen, auch etwa in Hinblick auf das Sicherheitsgefühl (Sorge vor Eindringen unbefugter Personen durch das geöffnete Fenster), Lärm (belebte Straßen vor dem Haus) oder Haustiere (Entweichen von Hunden, Katzen etc.).

Mobile Luftreinigungsgerät mit HEPA-Filtern können ergänzend zum Lüften zum Einsatz kommen, insbesondere dann, wenn häufiges Lüften nicht möglich oder von der Person mit Pflegebedürftigkeit nicht gewünscht ist. Da sich das Wissen zum Nutzen und den Einsatzbedingungen von mobilen Luftfiltern laufend weiterentwickelt, sind die aktuellen Empfehlungen der Berufsgenossenschaft zu prüfen: www.bgw-online.de/corona-lueftung. Die regelmäßige Reinigung der Filter unter Einhaltung von Maßnahmen zum Infektionsschutz und die Wartung der Geräte ist unbedingt erforderlich. Wenn dies im Haushalt der Person mit Pflegebedürftigkeit nicht sichergestellt ist, sollte vom Einsatz mobiler Filtergeräte abgesehen werden, da insbesondere verschmutzte Filter die Infektionsgefahr eher erhöhen können.

Ventilatoren können am geöffneten Fenster unter Einhaltung wichtiger Hinweise eingesetzt werden, um den Luftaustausch zu erhöhen. Der Einsatz kann vor allem im Frühjahr und Sommer sinnvoll sein, weniger im Herbst und Winter. Der falsche Einsatz von Ventilatoren kann zu einer erhöhten Infektionsgefährdung führen.

3.12 Die allgemeinen Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen sollen auch von geimpften Personen weiterhin eingehalten werden.	Empfehlungsstärke 
Primärliteratur:	

• Vygen-Bonnet et al. 2021
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022

Die bisher vorliegenden Daten zur Impfung erlauben Aussagen zu bestimmten Varianten von SARS-CoV-2. Während die Wahrscheinlichkeit einer Infektion mit der Delta-Variante und einer folgenden Übertragung des Risikos deutlich vermindert ist, kommt es bei der Omikron-Variante durchaus zu Durchbruchinfektionen und Weitergabe des Erregers (https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Wirksamkeit.html). Die Wirksamkeit der Impfungen gegen die Übertragung möglicher zukünftiger Varianten kann nicht mit Sicherheit prognostiziert werden.

Um die Weitergabe des Erregers zu reduzieren, müssen deshalb auch nach einer Impfung die allgemein empfohlenen Schutzmaßnahmen (vgl. Empfehlungen 3.8 – 3.11) weiterhin eingehalten werden (Vygen-Bonnet et al. 2021, S. 6).

Pflege im Verdachts- und Erkrankungsfall

3.13 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die körpernahe Basispflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Primärliteratur: keine (Expertenkonsens)	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Unter Basispflege (Fundamental Care) werden „Handlungen [verstanden], bei denen sich die Pflegefachperson auf die grundlegenden Bedarfe und Bedürfnisse einer Person konzentriert, um deren körperliches und psychosoziales Wohlergehen zu gewährleisten. Diesen Bedürfnissen und Bedarfen wird auf der Basis einer positiven und vertrauensvollen Beziehung mit der Person mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörigen nachgegangen“ (Feo et al. 2018).

Die körpernahe Basispflege ist für die Person mit Pflegebedürftigkeit von fundamentaler Bedeutung, weil sie nicht nur für Wohlbefinden sorgt, sondern auch Folgeerkrankungen und andere negative Ereignisse verhindert (Jackson und Kozlowska 2018). Körpernahe Verrichtungen sind dabei untrennbar mit psychologischen und beziehungsbezogenen Aspekten der Basispflege verknüpft. Gerade unter den Bedingungen von Kontaktbeschränkungen aus Infektionsschutzgründen stellt die Basispflege oftmals den einzigen engen Kontakt dar, den Menschen mit Pflegebedürftigkeit haben.

Die Pflegefachperson soll daher auch bei Vorliegen eines Infektionsverdachts oder einer nachgewiesenen Infektion die Basispflege aufrechterhalten. Dabei soll sie insbesondere die Möglichkeit

nutzen, die Beziehung zu der Person mit Pflegebedürftigkeit zu pflegen und Nähe, Vertrauen und Sicherheit zu vermitteln.

Die Pflegefachperson soll dabei auf ihren Eigenschutz achten und persönliche Schutzausrüstung anlegen, wenn der Verdacht auf eine Sars-CoV-2-Infektion der Person mit Pflegebedürftigkeit besteht oder bestätigt wurde. Darüber hinaus soll die Person mit Pflegebedürftigkeit, wenn möglich, während der Ausführung körpernaher pflegerischer Aufgaben eine FFP-2-Maske ohne Auslassventil, eng und dicht über Mund und Nase anliegend, tragen, um die Pflegefachperson zu schützen. Die Maske soll höchstens kurzfristig abgesetzt werden, wenn die Maßnahmen dies erforderlich machen.

3.14 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die Mundpflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Primärliteratur • Robert Koch-Institut 2022b • NHS Education for Scotland 2020 • Public Health England 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Die Mundpflege ist ein unverzichtbarer Teil der Pflege und dient der Gesunderhaltung, aber auch dem Wohlbefinden der Person mit Pflegebedürftigkeit. Da SARS-CoV-2 insbesondere die oberen Atemwege besiedelt (Robert Koch-Institut 2022b), sind bei der Mundpflege entsprechende Schutzmaßnahmen zu ergreifen.

Die Sorge vor einer Übertragung des Erregers bei der Mundpflege von der Person mit Pflegebedürftigkeit auf die Pflegefachperson oder die pflegenden Angehörigen kann zu einer Reduktion der Mundpflege führen. Es ist jedoch unbedingt erforderlich, die Mundpflege nach dem Bedarf der Person mit Pflegebedürftigkeit fortzuführen, um negative Auswirkungen, wie zum Beispiel Pneumonien (Liu et al. 2018), zu vermeiden.

Die Mundpflege an sich führt nicht zur Entstehung von Aerosolen (NHS Education for Scotland 2020; Public Health England 2020), die als wichtiges Medium zur Übertragung von SARS-CoV-2 gelten. Es ist aber davon auszugehen, dass Tröpfchen entstehen können, die ebenfalls Viren enthalten können. Der enge Kontakt zwischen Pflegefachperson und Person mit Pflegebedürftigkeit bei der Mundpflege kann außerdem bei unzureichendem Infektionsschutz eine Übertragung durch die ausgeatmete Luft ermöglichen.

Soweit möglich, soll die Person mit Pflegebedürftigkeit dazu angeleitet werden, ihre Mundpflege selbst weiter auszuführen, sofern sie dies bislang bereits getan hat.

Bei einer Voll- oder Teilübernahme durch eine Pflegefachperson oder einen pflegenden Angehörigen bei einer Person mit Pflegebedürftigkeit mit SARS-CoV-2-Infektion oder Infektionsverdacht ist die folgende Schutzausrüstung zu tragen (Public Health England 2020; NHS Education for Scotland 2020):

- Wasserundurchlässige Schürze zum Einmalgebrauch
- Handschuhe zum Einmalgebrauch
- Eine wasserundurchlässige Gesichtsmaske (FFP-2)
- Schutzbrille
- Gesichtsschild.

Bei der Durchführung der Mundpflege bei nicht-beatmeten Personen soll weiterhin beachtet werden (Public Health England 2020):

- Die Verwendung einer elektrischen Zahnbürste soll vermieden werden, da bei ihrer Benutzung Tröpfchen entstehen und aus dem Mund geschleudert werden können.
- Sofern die Mundpflege nicht an einem Waschbecken vorgenommen werden kann, sollen Wegwerfschalen verwendet werden, um das Wasser vom Ausspülen des Mundes aufzufangen.
- Es muss sichergestellt werden, dass die verwendeten Utensilien zur Mundpflege (wie etwa die Zahnbürste) nicht versehentlich von anderen Mitgliedern des Haushaltes benutzt werden oder mit deren Utensilien in Kontakt kommen.

Die Verwendung einer antiseptischen Mundspülung vor der Durchführung der Mundpflege kann in Erwägung gezogen werden, da vermutet wird, dass dadurch möglicherweise die Virenlast in der Mundhöhle und in möglichen Tröpfchen und Aerosolen abgesenkt werden kann (Herrera et al. 2020; Carrouel et al. 2020).

Die Reinigung und Pflege von Zahnersatz (bewegliche Zahnprothesen) ist im Rahmen der Mundpflege ebenso fortzuführen.

3.15 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die Nasenpflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes.	Empfehlungsstärke: ⇑
Primärliteratur: keine (Expertenkonsens)	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Spezifische Hinweise zur Nasenpflege bei Personen mit Pflegebedürftigkeit und SARS-CoV-2-Infektion in der häuslichen Versorgung konnten nicht identifiziert werden.

Insbesondere wenn Personen im Verdachts- oder Krankheitsfall Sauerstoff über eine Nasensonde erhalten, ist auf die Gesunderhaltung der Nasenschleimhäute jedoch besonderes Augenmerk zu legen.

Aufgrund der physischen Nähe zur Person mit Pflegebedürftigkeit bei der Nasenpflege, der Besiedelung des Nasen-Rachenraumes mit SARS-CoV-2 und der Möglichkeit, dass Maßnahmen der Nasenpflege Niesen auslösen, soll bei Maßnahmen der Nasenpflege Schutzausrüstung getragen werden, die sich an der Schutzausrüstung bei der Mundpflege orientieren kann:

- Wasserundurchlässige Schürze zum Einmalgebrauch
- Handschuhe zum Einmalgebrauch
- Eine wasserundurchlässige Gesichtsmaske (FFP-2)
- Schutzbrille
- Gesichtsschild.

3.16 Bei einer an COVID-19 erkrankten Person soll die Pflegefachperson die Krankheitssymptome beobachten, um eine interventionsbedürftige Verschlechterung frühzeitig zu erkennen.	Empfehlungsstärke: 
Leitlinien • Deutsche Gesellschaft für Allgemein-und Familienmedizin e.V. 2022	
Konsensstärke: starker Konsens Neu 2022	

Ist die Person mit Pflegebedürftigkeit an COVID-19 erkrankt, ist es erforderlich, eine Krankheitsverschlechterung frühzeitig zu erkennen, so dass geeignete Interventionen eingeleitet werden können. Daher ist es Aufgabe der Pflegefachperson, die entsprechenden Krankheitssymptome sowie den Allgemeinzustand der betroffenen Person zu beobachten und zu dokumentieren. Sie trifft dazu Absprachen mit dem Hausarzt / der Hausärztin, um im Einzelfall zu beachtende Besonderheiten, Beobachtungsschwerpunkte und Vorgehensweisen abzustimmen. Der ambulante Pflegedienst erbittet dazu eine Verordnung für Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V durch den Hausarzt / die Hausärztin.

Hinweise auf eine interventionsbedürftige Verschlechterung können sein (vgl. Deutsche Gesellschaft für Allgemein-und Familienmedizin e.V. 2022):

- Atemnot, Abfall der Sauerstoffsättigung (siehe Empfehlung 3.17) oder Atemfrequenz von 30 oder mehr pro Minute
- Akute Verwirrtheit / Delir
- Blutdruckabfall, der anderweitig nicht erklärbar ist.

Andere Krankheitssymptome und eine rasche Verschlechterung des Allgemeinzustandes deuten ebenfalls auf Interventionsbedarf hin. Symptome einer Sepsis zeigen einen Notfall an und müssen zur sofortigen Alarmierung des Rettungsdienstes führen. Hinweise auf eine Sepsis können beispielsweise mittels der Sepsis-Checkliste der Sepsis-Stiftung geprüft werden (https://www.sepsis.science/checklist). Dazu gehören ein nie gekanntes Krankheitsgefühl, extreme Schmerzen, veränderter Puls (< 50 oder >120/min), feucht-kalte oder marmorierte aussehende Haut, Verwirrtheit / Wesensänderung / Apathie, >20 Atemzüge/min und/oder oberer Blutdruckwert <100.

Eine Verschlechterung der Krankheitssituation kann auch nach mehreren Tagen und bisher mildem Verlauf zum Teil plötzlich auftreten (Deutsche Gesellschaft für Allgemein-und Familienmedizin e.V. 2022).

Die Pflegefachperson leitet die Person mit Pflegebedürftigkeit sowie mögliche pflegende Angehörige dazu an, selbst ebenfalls die Symptome der COVID-19-Erkrankung zu beobachten und zu dokumentieren sowie zu erkennen, wann sie Hilfe holen müssen. Zur Dokumentation können dazu elektronische Hilfsmittel, wie die App „Symptom-Tagebuch“ der Data4Life gGmbH (https://www.data4life.care/de/data4life-app/), oder Papierbögen (etwa orientiert an der Vor-

lage des Englischen Gesundheitssystems: https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/06/C1541-Self-monitoring-COVID-19-diary-version-2-January-2022.pdf) verwendet werden.

Stellt die Pflegefachperson Symptome fest, die auf eine interventionsbedürftige Krankheitsverschlechterung hindeuten, nimmt sie sofort Kontakt mit der behandelnden Hausärztin / dem Hausarzt auf, es sei denn, der Zustand der erkrankten Person zeigt einen Notfall an, der die sofortige Alarmierung des Rettungsdienstes erfordert. Ist der Hausarzt / die Hausärztin nicht zu erreichen, entscheidet die Pflegefachperson anhand der Gesamtsituation der erkrankten Person und anhand vorab mit dem Hausarzt / der Hausärztin getroffener Absprachen, ob eine Information des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes ausreichend ist oder ob der Rettungsdienst alarmiert werden muss. Die Empfehlung zur Entscheidung über eine Krankenhauseinweisung (siehe Abschnitt 0) dieser Leitlinie ist zu beachten.

3.17 Die Überwachung der Sauerstoffsättigung mittel Pulsoximeter kann erwogen werden, um bei einer an COVID-19 erkrankten Person eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die Notwendigkeit einer Intervention frühzeitig zu erkennen.	Empfehlungsstärke: ⟷
Leitlinien • Deutsche Gesellschaft für Allgemein-und Familienmedizin e.V. 2022 Primärliteratur • Greenhalgh et al. 2021 • Beaney et al. 2022 • Lee et al. 2022	
Konsensstärke: starker Konsens Neu 2022	

Atemnot ist eines der Leitsymptome einer COVID-19-Erkrankung und ein wesentlicher Indikator für schwere Verläufe und die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes. Sie weist auf einen behandlungsbedürftigen Rückgang der Sauerstoffsättigung im Blut hin. Allerdings kann es auch zu einem „stillen“ Abfall der Sauerstoffsättigung kommen, der sich nicht durch Atemnot äußert, aber ebenso einen Anlass für weitere Interventionen darstellt (Greenhalgh et al. 2021).

Die Sauerstoffsättigung im Blut kann mittels eines Pulsoximeters einfach, schnell und zuverlässig am Finger der erkrankten Person ermittelt werden. Pulsoximeter sind frei und kostengünstig erwerbbar, können jedoch auch ärztlich als Hilfsmittel verordnet werden. Die Pflegefachperson soll die erkrankte Person mit Pflegebedürftigkeit darauf hinweisen, dass die Nutzung eines Pulsoximeters sinnvoll sein kann und Rücksprache dazu mit dem behandelnden Hausarzt / der behandelnden Hausärztin halten. Während es Studien gibt, die auf den Nutzen der Pulsoximetrie im häuslichen Umfeld hinweisen, haben andere Studien keine oder nur geringe Effekte gefunden (Greenhalgh et al. 2021; Lee et al. 2022; Beaney et al. 2022).

Ein Blutsauerstoffgehalt von 92 % oder weniger ist in der Regel (Ausnahmen z. B. bei Personen mit chronischer respiratorischer Insuffizienz wie bei chronisch obstruktiver Lungenkrankheit) ein Indikator für einen schweren Verlauf von COVID-19, der zu einer unmittelbaren Krankenhausaufnahme führen sollte (Greenhalgh et al. 2021). Ein Blutsauerstoffgehalt zwischen 93 % und 94 % ist ein Hinweis auf einen moderaten Verlauf und soll zu einer umgehenden ärztlichen Abklärung führen (Greenhalgh et al. 2021). Ein absteigender Trend der Blutsauerstoffsättigung ist ebenfalls ärztlich abzuklären (Greenhalgh et al. 2021).

Die Pflegefachperson leitet die Personen mit Pflegebedürftigkeit bzw. deren Angehörige zur Durchführung der Pulsoximetrie und zur Dokumentation der Werte an. Sie schult sie hingehend der Bedeutung der unterschiedlichen ermittelten Werte und der sich daraus ableitenden Maßnahmen. Die Pflegefachperson führt selbst regelmäßige Messungen der Sauerstoffsättigung durch, bewertet deren Ergebnis und trifft erforderlichenfalls Maßnahmen. Bei Absinken der Sauerstoffsättigung oder bei Unterschreiten der Schwelle von 94 % informiert sie umgehend den Hausarzt / die Hausärztin und berät mit ihm / ihr das weitere Vorgehen. Sollte der Hausarzt / die Hausärztin nicht erreichbar sein, entscheidet die Pflegefachperson anhand der Gesamtsituation des Erkrankten und anhand vorab mit dem Hausarzt / der Hausärztin getroffener Absprachen, ob eine Information des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes ausreichend ist oder ob der Rettungsdienst alarmiert werden muss. Eine Sauerstoffsättigung von 92 % oder weniger und Unerreichbarkeit des Hausarztes soll dabei in aller Regel zu einer Alarmierung des Rettungsdienstes führen.

3.18 Die Pflegefachperson wirkt darauf hin, dass die Person mit Pflegebedürftigkeit individuell abgestimmte Ernährungsangebote erhält.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Mortenson et al. 2020; Ryoo et al. 2020 • World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Wenn Personen mit Pflegebedürftigkeit mit SARS-CoV-2 infiziert oder an COVID-19 erkrankt sind, kann durch einen Verlust an Geschmack und Geruch auch die Lust am Essen und Trinken reduziert sein (Mortenson et al. 2020). Möglicherweise trifft dies Personen mit Pflegebedürftigkeit, die sich bereits in einem reduzierten Allgemeinzustand befinden, besonders stark. Eine neu auftretende Anorexie (Appetitlosigkeit) gehört zu einem der häufigsten untypischen Symptome einer COVID-19-Erkrankung. Hier kann Nahrung zur Unterstützung der allgemeinen Körper- und Abwehrkraft gezielt angeboten werden, zum Beispiel durch Malzbier, Smoothies, Energiedrinks, Obstcocktails und Multivitamindrinks (Mortenson et al. 2020).

Die Pflegefachperson wirkt darauf hin, dass dies bei Einkäufen oder der Essensbestellungen, die für die Person mit Pflegebedürftigkeit vorgenommen werden, berücksichtigt wird.

Insgesamt soll für eine ausreichende Menge an Vorräten im Haushalt gesorgt werden. Diese sollen neben den oben genannten Anforderungen auch den individuellen Vorlieben entsprechen und physischen Beeinträchtigungen wie z. B. Schluckstörungen, gerecht werden. Als Grundlage für eine mögliche Risikoeinschätzung oder weitere Maßnahmen kann der „Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ dienen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2017).

Soziale Teilhabe und Lebensqualität

3.19 Bei Menschen mit visuellen, akustischen und kognitiven Beeinträchtigungen soll die verbale und nonverbale Kommunikation angepasst werden.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Duckett 2020 • World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Besonders ältere Menschen, isolierte Personen, Menschen mit Seh- und Hörbeeinträchtigungen, Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und einer Demenz sind häufiger von Angst, Wut und Stress betroffen. So ist es bei diesen Personengruppen notwendig, einen besonderen Fokus auf die Beziehungsgestaltung zu legen. Diese kann durch eine angemessene Kommunikation erreicht werden. Dies bedeutet, dass die zu vermittelnden Informationen zugänglich und verständlich sein müssen. Dabei sind praktische Ratschläge auf klare, präzise, respektvolle und ruhige Weise zu geben und so oft wie nötig auch zu wiederholen (World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020; Duckett 2020). Der MNS, der zur Infektionsprävention beiträgt, stellt dabei jedoch auch eine Barriere in der Kommunikation dar. Da sich das Tragen von durchsichtigen Masken oder Masken mit Visier nicht als hilfreich erwiesen hat, müssen die Pflegenden diese Einschränkungen berücksichtigen und ihre Kommunikation anpassen, indem sie z. B. deutlicher, langsamer und/oder lauter sprechen, gestische Kommunikation verstärkt anwenden oder mit Symbolkarten (Duckett 2020) arbeiten. Auch schriftliche Kommunikation in klaren, gut lesbaren Worten und Sätzen kann angemessen sein.

Ein kurzfristiges Abnehmen des MNS unter Wahrung eines größtmöglichen Abstandes (mindestens 1,5 m) und guter Belüftung kann eine angemessene Lösung darstellen, um zum Beispiel das Gesicht zur Begrüßung zu zeigen, einer Emotion Ausdruck zu verleihen oder wichtige Informationen deutlicher zu kommunizieren. Besteht eine Infektion oder ein Infektionsverdacht darf die Schutzausrüstung samt FFP2-Maske durch die Pflegefachperson jedoch nicht abgelegt werden, damit der unbedingt erforderliche Eigenschutz gewahrt bleibt.

3.20 Die Person mit Pflegebedürftigkeit soll dabei unterstützt werden, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Capasso 2020 • Cohen und Tavares 2020 • Cox 2020 • Huxhold et al. 2020 • Ryoo et al. 2020 • Tam et al. 2021	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Mit zunehmendem Alter wird das soziale Netzwerk der meisten Menschen kleiner. Ihre Beziehungen zu anderen Familienmitgliedern sind laut dem Deutschen Alterssurvey nahezu ausschließlich haushaltsübergreifende Beziehungen. Möglichkeiten zum physischen Kontakt mit den Angehörigen ergeben sich dadurch nur durch wechselseitiges Besuchen oder Treffen außerhalb des Haushalts. In Zeiten von Kontaktsperren können einmal mehr Isolation und Einsamkeit die Folge sein (Böger und Huxhold 2018). Gesundheitliche Probleme, Einschränkungen der Mobilität und oftmals auch Armut und Migrationshintergrund verstärken das Risiko der sozialen Isolation. Besonders in der Corona-Pandemie sind die negativen Auswirkungen mangelnder sozialer Kontakte deutlich geworden. Aus diesem Grund besteht die Notwendigkeit, Wege aus der Einsamkeit zur Stärkung der Teilhabe älterer pflegebedürftiger Menschen und der Reduzierung von gesundheitlichen Risiken, welche durch soziale Isolation verstärkt werden, zu finden.

Der ambulante Pflegedienst soll daher im Rahmen der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die Person mit Pflegebedürftigkeit dabei unterstützen, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Da die Einschränkung sozialer Kontakt auf der Furcht vor einer Infektion beruhen kann, soll die Pflegefachperson die Person mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige über Infektionsrisiken und vor allem Infektionsschutzmaßnahmen (siehe Abschnitt 4.1) informieren und beraten. Bestehende Kontakte, die durch möglicherweise erforderliche oder persönlich gewünschte Reduzierung von Besuchen nicht mehr persönlich gepflegt werden können, sollen dennoch in der etablierten Art und Weise fortgeführt werden, etwa per Telefon oder Videokommunikation (Capasso 2020; Cohen und Tavares 2020; Tam et al. 2021). Die Videokommunikation bietet den Vorteil, dass sie auch den mimischen Ausdruck einbezieht. Auch wenn die Studienlage zur Nutzung von Videokonferenzen bisher noch unzureichend ist (Noone et al. 2020), haben sich solche digitalen Möglichkeiten im Einzelfall als geeignet herausgestellt. Häufig fehlt es älteren Menschen jedoch an der Vertrautheit im Umgang damit und nicht alle haben einen entsprechenden technischen Zugang. Im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten sollen ambulante Pflegedienste Menschen mit Pflegebedürftigkeit und ihre Angehörigen zur Nutzung von digitalen Kommunikationswegen ermutigen und ggf. dabei unterstützen (Huxhold et al. 2020).

Bei Infektionsverdacht oder Vorliegen einer Infektion können in der Regel keine Besuche im Zuhause der Person mit Pflegebedürftigkeit mehr stattfinden und Telefon, Video oder auch Post und Paketsendungen an die Person müssen an diese Stelle treten. Solche Kontakte sollen eine feste und herausgehobene Stellung in der Gestaltung des Tagesablaufs haben. Die Pflegefachperson soll die Angehörigen nach Möglichkeit und nach Maßgabe der Wünsche der Person mit Pflegebedürftigkeit in die Arrangements zur Kontaktpflege einbeziehen.

Welche sozialen Kontakte in welcher Art und Weise gestaltet werden, richtet sich immer nach den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen der Person mit Pflegebedürftigkeit. Um die Art und die Intensität der Angebote bedürfnis- und bedarfsgerecht empfehlen und planen zu können, kann es sinnvoll sein, die Gefahr der sozialen Isolation einzuschätzen. Bei der Risikoeinschätzung sollen u.a. folgende Parameter berücksichtigt werden (Cotterell et al. 2018):

- Anzahl der verschiedenen Kontakte und deren Intensität vor und nach Ausbruch der Pandemie
- Eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten
- Grad an körperlicher Beeinträchtigung
- Lebenswille
- Hinweise der Angehörigen.

Dies geschieht auf der Grundlage einer person-zentrierten Haltung. Diese wird in den Ausführungen des Nationalen Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ vertieft behandelt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2019).

Der ambulante Pflegedienst soll vor allem bei Pflegebedürftigen ohne soziales Netzwerk unterstützend in der Kontaktanbahnung zu geeigneten Unterstützungsdiensten tätig werden. Dies können vor allem Angebote sein, bei denen Ehrenamtliche 1-2 wöchentlich Kontakt zu den alleine lebenden Menschen halten (Cox 2020). Insgesamt können pflegende Angehörige auf die unterschiedlichen Angebote ehrenamtlicher Unterstützung für die häusliche Pflegesituation hingewiesen oder an den nächsten Pflegestützpunkt verwiesen werden. Eine Übersicht unterschiedlichster Angebote findet sich beispielsweise unter www.malteser.de/besuchs-begleitungsdienste.html. Dort können konkrete Ansprechpartner*innen für Besuchs- und Begleitdienste mit und ohne Hund, Telefonbesuche sowie mobile Einkaufswagen in unmittelbarer Wohnortnähe ermittelt werden.

Anstelle eines Begleitdienstes zu öffentlichen kulturellen Veranstaltungen ist in Zeiten der Corona-Pandemie die Nutzung von medialen Kulturübertragungen (wie. z.B. digitale Konzerte, Opern und Theatervorstellungen) möglich (Capasso 2020), insbesondere bei hohen Inzidenzen in der Allgemeinbevölkerung. Hierfür bedarf es der Ausstattung mit mobilen Endgeräten und der Fähigkeit, diese zu bedienen.

3.21 Die Person mit Pflegebedürftigkeit soll individuelle Angebote zur Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit erhalten	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Huxhold et al. 2020	

• Ryoo et al. 2020
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022

Im Kontext der Pflegebedürftigkeit kommt der Mobilität ein besonderer Stellenwert zu. Mobilitätsbeeinträchtigungen sind zusammen mit kognitiven Einbußen die wichtigsten Gründe für das Eintreten von Pflegebedürftigkeit. Regelmäßige körperliche Aktivität kann zu einer Senkung einer Vielzahl an Krankheitsrisiken führen (Physical Activity Guidelines Advisory Committee 2018) und darüber hinaus Stress- und Angstsymptome (Awick et al. 2017), welche besonders in der Corona-Pandemie zugenommen haben (Vinkers et al. 2020), verringern. Dies ist von besonderer Bedeutung, da Stress als Mediator zwischen körperlicher Aktivität und der Ausprägung von Lebensqualität eine bedeutende Rolle spielt (Awick et al. 2017). Die pandemiebedingten Einschränkungen des Bewegungsraumes haben dabei negative Auswirkungen auf die Lebensqualität älterer bzw. gebrechlicher Personen (Saraiva et al. 2021).

Damit der Mobilitätsstatus eines Menschen mit Pflegebedürftigkeit trotz der pandemiebedingten Einschränkungen erhalten bleibt, sollen unterschiedliche Formen der Bewegungsförderung zur Anwendung kommen (siehe hierzu (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014). Dabei geht es vor allem um die Förderung der Fähigkeit, sich über kurze Strecken – auch mit Hilfsmitteln – selbständig fortzubewegen und selbständig Lageveränderungen des Körpers vorzunehmen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014). Im häuslichen Bereich kommt auch der Vermeidung oder Verzögerung von Bettlägerigkeit eine große Bedeutung zu – auch und gerade, wenn Anreize für die Mobilität aufgrund von Kontaktbeschränkungen entfallen.

Die Pflegefachperson soll die pflegerischen Maßnahmen mobilitätsfördernd gestalten. Die Anleitung bei alltäglichen Bewegungen, wie z.B. beim Transfer vom Sitz in den Stand oder vom Bett zu einem Stuhl, kann bei stark mobilitätseingeschränkten Personen mit Pflegebedürftigkeit eine Möglichkeit sein, Mobilitätsförderung in den Alltag zu integrieren (Taylor et al. 2011). Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf das Einüben von Transfers und alltagsorientierenden Gehübungen gelegt werden, da in diesen Bereichen Effekte der Mobilitätsförderung nachgewiesen wurden (Clegg et al. 2012; Crocker et al. 2013). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die erreichten Verbesserungen nur nachhaltig sein können, wenn die Übungen kontinuierlich durchgeführt werden und integraler Bestandteil des Pflegeplans sind. Aufgrund der Vielfalt und Komplexität der individuellen Problemlagen der zu Pflegenden im Bereich der Mobilität erscheint es empfehlenswert, das Pflegeteam durch physio- oder ergotherapeutische Kompetenz zu ergänzen und ggf. eine entsprechende Verordnung anzuregen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014).

Die Pflegefachperson soll außerdem zur Nutzung vorhandener Mobilitätshilfen im Haushalte beraten und anregen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2014), damit die Person mit Pflegebedürftigkeit sich so viel wie möglich bewegt. Auch Angehörige sind Adressat*innen dieser Beratung.

Darüber hinaus soll es Personen mit Pflegebedürftigkeit ermöglicht werden, außerhäusliche Alltagserledigungen zu bestreiten und sich zeitweise im Freien zu betätigen und zu erholen, so ihr Gesundheitszustand es zulässt (Huxhold et al. 2020). Der ambulante Pflegedienst soll ggf. für die Vermittlung entsprechender Begleitdienste sorgen und Angehörige entsprechend ermutigen,

diese in Anspruch zu nehmen. Die Pflegefachperson berät insbesondere zur Vermeidung von Infektionsrisiken beim Verlassen des eigenen Zuhauses. Sorge vor Infektion kann dazu beitragen, dass Personen mit Pflegebedürftigkeit das Haus weniger verlassen, als sie es eigentlich wünschen. Es kann zum Sicherheitsgefühl der Person mit Pflegebedürftigkeit beitragen, wenn sie beim Verlassen des Zuhauses eine FFP-2-Schutzmaske trägt, eine alkoholische Händedesinfektion mitnimmt und diese anlassbezogen nutzt sowie den Mindestabstand einhält.

Abklärung eines Infektionsverdachts

3.22 Beim begründeten Verdacht auf eine COVID-19-Erkrankung soll die Pflegefachperson dies gemäß Infektionsschutzgesetz an das zuständige Gesundheitsamt melden. **3.23 Beobachtet die Pflegefachperson Symptome, die auf eine SARS-CoV-2-Infektionen hindeuten können, wirkt sie darauf hin, dass Personen mit Pflegebedürftigkeit bzw. deren Angehörige sich an die hausärztliche Praxis wenden, um eine diagnostische Abklärung durchzuführen.**	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Blankenfeld et al. 2020 • Robert Koch-Institut (RKI) 2020b	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Pflegefachpersonen stehen in der Regel im kontinuierlichen, meist täglichen Kontakt mit den Personen mit Pflegebedürftigkeit. Aus diesem Grunde gehören sie zu den ersten Ansprechpartner*innen, wenn es um die Beobachtung des Gesundheitszustandes, die Erkennung von COVID-Symptomen und die Veranlassung diagnostischer Maßnahmen geht. Beobachten sie Symptome, die auf eine SARS-CoV-2-Infektion hindeuten, sollen sie daher darauf hinwirken, dass eine diagnostische Abklärung erfolgt. Zuständig hierfür ist die Hausärztin / der Hausarzt. Außerhalb der Praxisöffnungszeiten ist der ärztliche Bereitschaftsdienst (Tel. 116 117) zuständig. In Notfällen soll der Rettungsdienst gerufen werden (Tel. 112).

In dem Fall, dass eine Person mit Pflegebedürftigkeit zu einer COVID-Diagnostik nicht bereit sein sollte, befindet sich der ambulante Pflegedienst in einem ethischen Dilemma zwischen dem Persönlichkeitsrecht der Person mit Pflegebedürftigkeit und dem Schutz der eigenen Mitarbeiter*innen, der Angehörigen und sonstigen Kontaktpersonen. Der ambulante Pflegedienst soll in diesem Fall Kontakt mit dem Hausarzt / der Hausärztin aufnehmen und den Verdacht und die beobachtete Symptomatik schildern. Die Hausärztin / der Hausarzt besitzt gegebenenfalls einen Vertrauensvorsprung auf Patient*innenseite und kennt die allgemeine Gesundheitslage und häusliche Situation der Personen mit Pflegebedürftigkeit und kann in dieser Krisensituation unter Einbezug der individuellen Umstände gemeinsam mit dem ambulanten Pflegedienst eine angemessene Strategie entwickeln.

Unabhängig davon ist jedoch bereits der begründete Verdacht einer COVID-19-Erkrankung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Infektionsschutzgesetz meldepflichtig. Auch Pflegefachpersonen sind nach § 8 Abs. 1 Satz 5 Infektionsschutzgesetz zur Meldung verpflichtet ebenso wie die Leiter*innen von

stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen (§ 36 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz). Ein Verdacht gilt als begründet bei akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere, bei neu aufgetretenem Geruchs- oder Geschmacksverlust oder bei Kontakt zu einer infizierten Person (Robert Koch-Institut 2020a). Dabei ist zu beachten, dass bei älteren Menschen häufiger die klassischen Symptome fehlen oder wenig ausgeprägt sein können, und atypische Symptome wie funktionelle und kognitive Verschlechterungen - Delir (Verwirrtheit), Apathie oder Anorexie (Appetitlosigkeit) - auftreten können. Das zunehmende Alter, weibliches Geschlecht, höhere Komorbiditäten und das Vorliegen von Diabetes oder Demenz steigern die Wahrscheinlichkeit für eine atypische Symptomatik (Marziliano et al. 2022).

Die Meldung hat unverzüglich an das lokal zuständige Gesundheitsamt zu erfolgen, spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden. Erfolgt die Meldung eines Infektionsverdachtes an das Gesundheitsamt, informieren die Pflegefachperson bzw. der ambulante Pflegedienst gleichzeitig den/die behandelnden Hausarzt/-ärztin.

Folgende Beschwerden begründen einen COVID-Verdacht:

- Neue aufgetretene oder verschlechterte respiratorische Symptome jeder Schwere
- Verlust des Geruchs-/ oder Geschmackssinns
- Fieber oder erhöhte Temperatur.

Die Beschwerden können einzeln oder in Kombination auftreten und das Auftreten anderer Symptome schließt eine SARS-CoV-2-Infektion nicht aus (Blankenfeld et al. 2020; Robert Koch-Institut (RKI) 2020c; Robert Koch-Institut 2022a).

Darüber hinaus treten jedoch auch weitere Symptome auf, die von dem SARS-CoV-2-Virus hervorgerufen werden können (Zerah et al. 2020; Zhu et al. 2020).

- Abgeschlagenheit, Müdigkeit
- Kopfschmerz
- Schnupfen
- Halsschmerzen
- Glieder- und/ oder Muskelschmerzen
- Durchfall
- abdominelle Beschwerden
- Delir.

Eine klinische Unterscheidung zwischen einer SARS-CoV-2-Infektion und einer Erkältung bzw. einer anderen Infektionskrankheit ist schwierig bis unmöglich (Blankenfeld et al. 2020). Ein Cochrane Review hat Studien zu Beschwerden von Patient*innen mit COVID-Verdacht untersucht, die sich in Krankenhausambulanzen vorstellten. Husten, Fieber, Müdigkeit bzw. Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, Halsschmerz und Myalgie machten als einzelne Symptome eine COVID-19-Erkrankung wahrscheinlich. Allerdings sind die Kombinationen von Beschwerden nicht erfasst (Struyf et al. 2020).

Laut Robert Koch-Institut (Stand 25.03.2022) (Robert Koch-Institut 2022a) soll unabhängig vom Impf- oder Genesenenstatus ein Test durchgeführt werden, wenn eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- „Schwere respiratorische Symptome (bspw. durch akute Bronchitis oder Pneumonie, Atemnot oder Fieber)
- Akute Hypo- oder Anosmie bzw. Hypo- oder Ageusie (Störung des Geruchs- bzw. Geschmackssinns)
- Ungeklärte Erkrankungssymptome und Kontakt (KP1) mit einem bestätigten COVID-19-Fall
- Akute respiratorische Symptome jeder Schwere

  Insbesondere bei

  - Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe

  ODER

  - Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis, Krankenhaus

  ODER

  - möglicher Exposition, bspw. Veranstaltungen mit unzureichender Einhaltung der AHA+L-Regeln

  ODER

  - Kontakt im Haushalt oder zu einem Cluster von Personen mit akuter ARE ungeklärter Ursache UND eine erhöhte COVID-19-7-Tage-Inzidenz (>35/100.000 Einwohner) im Land-/Stadtkreis

  ODER

  - während des Zeitraums der Symptomatik bestand die Möglichkeit (Expositionssetting) einer Weiterverbreitung an viele Personen

  ODER

  - weiterhin enger Kontakt zu vielen Menschen (als LehrerInnen, ChorleiterInnen, TrainerInnen, SexarbeiterInnen, etc.) oder zu RisikopatientInnen (in Familie, Haushalt, Tätigkeit)
- Klinische Verschlechterung bei bestehender Symptomatik.“

Der alleinige Kontakt zu einer SARS-CoV-2-positiven Person, wie sie auch rot in der Corona-Warn-App aufgezeigt wird, soll nicht automatisch zu einer PCR-Testung führen, wenn keine Symptome vorhanden sind (Stand 15.12.2021, https://www.coronawarn.app/de/blog/2021-12-15-cwa-red-tile-guidance/). Jedoch wird eine Selbsttestung angeraten, die an einer öffentlichen Teststation oder selbst zuhause durchgeführt werden kann. Es wird geraten, persönliche Kontakte zu reduzieren und sich bei Symptomen mit der hausärztlichen Praxis, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst 116117 oder dem Gesundheitsamt in Verbindung zu setzen (s.o.). Es ist weiterhin wichtig, die pflegebedürftigen Personen und ihre Angehörigen darauf hinzuweisen, dass ein stattgefundener naher Kontakt zu einer COVID-positiven Person dem ambulanten Pflegedienst mitgeteilt wird.

4 Empfehlungen zur Unterstützung von Angehörigen

In den Empfehlungen dieses Abschnitts wird die folgende Schlüsselfrage adressiert:

Wie können pflegende Angehörige von Menschen mit Pflegebedürftigkeit in den besonderen Herausforderungen durch Sars-CoV-2 unterstützt werden?

Auch vor der COVID-19-Pandemie zeigen Untersuchungen, dass die häusliche Versorgung einer Person mit Pflegebedürftigkeit für die betroffenen Familien und Angehörigen oftmals mit vielfältigen Belastungen einhergeht (Rothgang und Müller; Gräßel et al. 2016; Wetzstein et al. 2015). Insbesondere die Pflege von Menschen mit Demenz stellt eine große Herausforderung dar.

Seit der COVID-19-Pandemie sehen sich die Angehörigen mit zusätzlichen Herausforderungen konfrontiert und Untersuchungen, die bereits zu Beginn der Pandemie durchgeführt wurden, weisen auf eine Zunahme der Belastungen von pflegenden Angehörigen hin. Wie eine Erhebung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) und der Charité – Universitätsmedizin Berlin zeigt (Eggert et al. 2020), verstärkten sich Beanspruchungen und Belastungen von Angehörigen durch die Pandemie. Dabei wurden drei zentrale Herausforderungsfelder identifiziert: ein Anstieg psychosozialer Belastungen, der Rückgang von Unterstützungsressourcen in der häuslichen Pflegesituation sowie die Problematik der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Auch Suarez-Gonzalez et al. (2020) beschreiben negative Auswirkungen auf die Lebensqualität von Angehörigen durch Kontaktbeschränkungen und das damit verbundene Erleben von Isolation sowie fehlende Ruhephasen. In einer qualitativen Studie des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zum Belastungserleben pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz (Geyer et al. 2020b) geben die Befragten eine starke Veränderung ihrer individuellen Situation ein. Im Vordergrund stehen die Verringerung der sozialen Kontakte mit den Folgen sozialer Isolation und Einsamkeitsgefühlen, ein erhöhter Betreuungs- und Pflegeaufwand, z.B. durch den Wegfall der Tagespflege, sowie eine starke psychische Belastung, u.a. durch die Sorge vor einer Infektion mit dem Virus und die Unsicherheit bzgl. der weiteren Entwicklung der Coronapandemie. Zahlreiche weitere im Verlauf der Pandemie durchgeführten Erhebungen bestätigen die genannten Auswirkungen auf pflegende Angehörige und lassen im Vergleich zu früheren Zeiten einen Anstieg der Belastung erkennen (Consonni et al. 2021; Hwang et al. 2021; Park 2021; Rainero et al. 2020; van Maurik et al. 2020; Cankurtaran et al. 2021).

Die ambulanten Pflegedienste sollen sich ihrer besonderen Bedeutung im Verhältnis zu den pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen bewusst sein. In der Krisenzeit und der damit verbundenen Kontakteinschränkungen und -verbote sind sie unter Umständen die einzigen und wichtigsten Ansprechpartner*innen für die Personen mit Pflegebedürftigkeit. Damit sind eine besondere Achtsamkeit, Aufmerksamkeit und Verantwortung für die ambulanten Pflegedienste verbunden.

Die nachfolgenden Empfehlungen für ambulante Dienste wollen einen Beitrag leisten, um häusliche Pflegearrangements aufrecht zu erhalten und zu stabilisieren sowie Angehörige in der Sorge um eine pflegebedürftige Person zu unterstützen und zu entlasten.

4.1 Die Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit sollen regelmäßig Informationen über die Entwicklung der Pandemie, zu relevanten Schutzmaßnahmen in der häuslichen Versorgung und behördlichen Anordnungen erhalten.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Aboumatar 2020 • Eggert et al. 2020 • (Horter et al. 2014); (Kirkland-Kyhn et al. 2018; Lorenz-Dant 2020) • World Health Organization (WHO). Western Pacific Region 2020 • World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Angehörige und die von ihnen zu versorgenden Personen mit Pflegebedürftigkeit gehören der Gruppe von Risikopatient*innen an. Es ist daher wichtig, dass sie jederzeit Informationen erhalten, die die Pandemie allgemein betreffen, deren Verlauf / Entwicklung, aktuelle Herausforderungen etc. Darüber hinaus ist es wichtig, dass sie regelmäßig darüber informiert werden, welche Schlussfolgerungen aus der aktuellen Entwicklung der Pandemie für ihr Lebensumfeld zu ziehen sind. Das bedeutet, dass sie nicht nur Zugang zu den für sie relevanten Informationen haben sollen, sondern auch sichergestellt werden soll, dass sie die Informationen verstehen, einschätzen und in ihrem Lebensumfeld anwenden können.

Die ambulanten Pflegedienste sollen über folgende Informationen verfügen und sie Angehörigen zur Verfügung stellen:

- Besuchsregelungen (wer darf zu Besuch kommen und unter welchen Bedingungen?)
- Angebote zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit und zur Förderung ihres körperlichen und seelischen Wohlbefindens (welche Angebote werden aufrechterhalten und zu welchen Bedingungen?)
- Testmöglichkeiten (wo kann getestet werden, wie oft notwendig?)
- Schutzausrüstung/Hygiene etc. (welche Maßnahmen sind notwendig, wie können und wann müssen sie umgesetzt werden, woher können sie bezogen werden?) (Eggert et al. 2020; Lorenz-Dant 2020; World Health Organization (WHO). Western Pacific Region 2020)
- Kontaktdaten zum lokalen Gesundheitsamt und regionalen Beratungsstellen (z.B. Pflegestützpunkte oder relevante Telefonnummern, wie die des zuständigen Gesundheitsamtes) sowie bundesweiten Informationsangeboten (z.B. Internetseiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA und des Robert Koch Instituts RKI)
- Neue finanzielle / sozialrechtliche Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen der Pandemiebewältigung (etwa zum Erwerb von Schutzausrüstung).

Die ambulanten Pflegedienste stellen sicher, dass Angehörige und Personen mit Pflegebedürftigkeit die Informationen so erhalten, dass sie diese verstehen und umsetzen können. Hierzu werden die individuellen Fähigkeiten/Kompetenzen der Adressat*innen berücksichtigt (Aboumatar 2020). Die Informationsvermittlung soll zielgruppengerecht zugeschnitten sein (World Health Organization (WHO). Western Pacific Region 2020) und kann durch Informationsmaterial in einfacher und verständlicher Sprache oder in Muttersprache (zum Beispiel https://corona-ethnomed.sprachwahl.info-data.info/) unterstützt werden. Zusätzlich können Video-unterstützte / digitalisierte Informationen vermittelt werden (Kirkland-Kyhn et al. 2018; Schaeffer et al. 2020).

Bei Ausfall des Angehörigen muss sichergestellt werden, dass eine „Ersatzperson“ und die Person mit Pflegebedürftigkeit weiterhin informiert werden (World Health Organization (WHO). Western Pacific Region 2020).

Die ambulanten Pflegedienste stellen sicher, dass den Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit bei Problemen in der Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen eine kompetente Begleitung zur Seite gestellt wird. Dies kann über die Vermittlung von diversen Beratungsangeboten (unmittelbar persönlich, telefonisch oder digital unterstützt) erfolgen.

Die ambulanten Pflegedienste machen die Angehörigen darauf aufmerksam, dass bei Ausbruch einer Pandemie zum Schutze der Person mit Pflegebedürftigkeit und zur Sicherstellung der Ernährung für ausreichend Nahrungsmittel im Haushalt gesorgt werden muss und informieren ggf. über Einkaufshilfen.

4.2 Die Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit sollen regelmäßig Angebote zur Schulung über Basishygienemaßnahmen erhalten oder über vorhandene Angebote informiert werden.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Primärliteratur • Felembam et al. 2012 • Kirkland-Kyhn et al. 2018 • Lorenz-Dant 2020 • Martin 2006 • Márquez-Serrano et al. 2012 • Irani et al. 2021	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Basishygienemaßnahmen sind für Angehörige und die von ihnen zu versorgenden Personen mit Pflegebedürftigkeit in der häuslichen Pflege essenziell. In der Corona-Pandemie sind, bezogen auf die aktuell bekannten Übertragungswege, weitere spezifische Informationen notwendig, denn die Hygieneaspekte zu Hause erweitern sich durch COVID 19 um den Schutz des Pflegeortes und auch von Menschen, die diesen Ort betreten. Durch die Bereitstellung und Wiederholung von Informationen und Übungen über unterschiedlichste Zugangswege (Erklärungen, praktische

Anleitungen, Filme) kann ermöglicht werden, dass Angehörige und Personen mit Pflegebedürftigkeit diese verstehen und in der Praxis umsetzen können (Kirkland-Kyhn et al. 2018; Martin 2006; Irani et al. 2021). Voraussetzung ist eine vorherige Identifikation des Bedarfs an Anleitung, Beratung oder Schulung von Patient*innen und Angehörigen, z.B. im Rahmen der Informationssammlung (Felembam et al. 2012). Schulungen haben einen längerfristigen Einfluss auf das Wissen von Teilnehmenden und deren Selbstpflege-Aktivitäten (Márquez-Serrano et al. 2012). Die hier zitierte Untersuchung weist ferner darauf hin, dass Wissen innerhalb der sozialen Gruppen nicht unbedingt von einer Person auf alle anderen übertragen wird. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass in den Familien, in denen mehr als ein Angehöriger in die Versorgung eingebunden ist, alle anderen Personen ebenfalls an einer Schulung teilnehmen sollen (ebd.). Zu vermuten ist auf Grundlage dieser Ergebnisse, dass das Wissen zum Umgang mit Hygienemaßnahmen bei den Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit verbessert werden kann, wenn sie auch praktische Anleitungen erhalten, wie z. B. in (digitalen) Pflegekursangeboten, die über die Pflegestützpunkte oder Kranken-/Pflegekassen erfragt werden können.

Ambulante Pflegedienste sollen über die erforderlichen Informationen verfügen und sie Angehörigen zur Verfügung stellen. Dabei sollen sie Folgendes beachten:

- Die ambulanten Pflegedienste sind auf ihre Rolle der Vermittlung von Basishygienemaßnahmen und die in der Pandemie darüber hinaus gehenden Corona-spezifischen Maßnahmen sensibilisiert und erkennen ihre Vorbildfunktion.
- Die ambulanten Pflegedienste kennen und vermitteln Angebote, die während der Coronapandemie vor allem ohne Kontakte zu weiteren Menschen bereitgestellt werden, wie z.B. Onlinepflegekurse, Informationsmaterial der BZgA (z. B. auf "Zusammen gegen Corona", https://www.zusammengegencorona.de/; auch in verschiedenen Sprachen) oder der Pflegestützpunkte und Videofilme oder Podcasts, wo Basishygienemaßnahmen und coronaspezifische Maßnahmen erklärt werden.
- Die ambulanten Pflegedienste erkennen ihre Aufgabe, Angehörige und Personen mit Pflegebedürftigkeit über vorhandene Schulungsangebote zu informieren (siehe Abschnitt 4.1). In Schulungsangebote werden alle Personen einbezogen, die in das häusliche Pflegearrangement eingebunden sind.
- Die ambulanten Pflegedienste erläutern die notwendigen Hygienemaßnahmen (Händehygiene, Umgang mit Schutzkleidung, Anlegen von Masken, Flächenreinigung etc.) sowie die Gründe für Hygienemaßnahmen. Sie geben Tipps zur Aufrechterhaltung der sozialen Beziehungen bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Abstandsregeln.

4.3 Die Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit sollen über Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung sowie Dienstleistungen und Hilfestrukturen im Wohnumfeld zur Entlastung und gleichzeitigen Sicherstellung der Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit informiert werden.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Eggert et al. 2020	

• Lorenz-Dant 2020 • Hwang et al. 2021
Konsensstärke: starker Konsens Modifiziert 2022

Die durch die COVID-19-Pandemie hervorgerufene Destabilisierung der pflegerischen Versorgung (z.B. Schließung von Tagespflegeeinrichtungen) stellen die Familien vor große Herausforderungen. Wegfallende Dienstleistungen und Hilfestrukturen im Wohnumfeld können zu einer Verschlechterung der Pflegesituation und Mehrbelastung von Angehörigen führen (Eggert et al. 2020). Besonders betroffen sind Angehörige von Menschen mit Demenz sowie berufstätige (pflegende) Angehörige (ebd.).

Um potentielle Folgen (z.B. gesundheitliche Beeinträchtigung der Angehörigen, Konflikte, ‚Abusive Behavior', Zusammenbruch des Pflegearrangements) zu vermeiden, benötigen die Familien Informationen über verlässliche und krisensichere Möglichkeiten der Unterstützung sowie deren Finanzierung (Lorenz-Dant 2020; Hwang et al. 2021). Ambulante Pflegedienste sollen über folgende Informationen verfügen und sie Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit zur Verfügung stellen:

- Informationen über das eigene Angebot des ambulanten Pflegedienstes zur Unterstützung und Entlastung von Angehörigen,
- Informationen über vorhandene regionale Dienstleitungen und Versorgungsangebote mit verlässlichem Zugang (z.B. Tagespflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Betreuungsgruppen, Mahlzeitendienste, Transport- und Lieferdienste),
- Finanzierungmodalitäten von Versorgungsangeboten (z.B. durch das SGB XI),
- Möglichkeiten der Unterstützung von berufstätigen Angehörigen (z.B. Pflegeunterstützungsgeld, Pflegezeitgesetz, Familienpflegezeitgesetz),
- Beratungsangebote zur Gewaltprävention im Kontext der häuslichen Pflege.

4.4 Der ambulante Pflegedienst soll gemeinsam mit den Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit über Möglichkeiten einer (weitergehenden) Unterstützung durch das informelle Hilfenetz beraten.	Empfehlungsstärke: ⇑
Primärliteratur • Geyer et al. 2020a • Lightfoot und Moone 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Modifiziert 2022	

Informelle Hilfenetzwerke sind ein förderlicher Faktor für die Stabilität des Pflegearrangements (Geyer et al. 2020a; Lightfoot und Moone 2020). Neben den Unterstützungsmaßnahmen durch das formelle Hilfenetz soll daher frühzeitig der Fokus auf die Möglichkeiten des informellen Hilfenetzes gerichtet werden, welches bedarfsentsprechend auch in Ausnahmesituationen hinzugezogen werden kann:

- Der ambulante Pflegedienst soll bei der Aufnahme eines neuen Klienten/einer neuer Klientin gezielt die Ressourcen des informellen Hilfenetzes erfassen (Familie, Freunde/Freundinnen, Nachbarn/Nachbarinnen, etc.) mit den jeweiligen konkreten Möglichkeiten einer Unterstützung (emotionale Unterstützung, Alltagshilfen, etc.).
- In Absprache mit den Angehörigen und den Personen mit Pflegebedürftigkeit sollen Absprachen mit den informellen Helfern/Helferinnen getroffen werden, inwieweit Unterstützungsleistungen regelmäßig erbracht werden können oder im Bedarfsfall rasch hinzugezogen werden können.

4.5 Die Angehörigen sollen durch die ambulanten Pflegedienste psychosoziale Unterstützung erhalten oder auf Angebote der psychosozialen Unterstützung aufmerksam gemacht werden.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Eggert et al. 2020 • Lightfoot und Moone 2020 • Lorenz-Dant 2020 • Makaroun et al. 2021 • Suarez-Gonzalez et al. 2020 • Lichte et al. 2018	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Durch die COVID-19-Pandemie werden Angehörige zusätzlich psychisch belastet. Dies betrifft einerseits zusätzliche Herausforderungen im Schutz und Sorge um die Person mit Pflegebedürftigkeit. Andererseits betrifft es auch die Sorge für die eigene Person wie auch die evtl. beteiligte eigene Familie mit eigenen Kindern, den Arbeitsplatz, durch Isolation und finanzielle Sorgen (Lorenz-Dant 2020; Makaroun et al. 2021). Besonders betroffen sind Angehörige von Menschen mit Demenz (Suarez-Gonzalez et al. 2020) sowie berufstätige pflegende Angehörige (Eggert et al. 2020).

Die ambulanten Pflegedienste sind in Bezug auf die psychosoziale Doppelbelastung der Angehörigen sensibilisiert und erkennen drohende Überforderungssituationen. Sie sind befähigt, besondere Situationen, wie z. B. psychische Überlastungen, Suchtgefahr, Wut und Verzweiflung, professionell anzusprechen.

Um potenzielle Überforderung und deren Folgen (z.B. gesundheitliche Beeinträchtigung der Angehörigen, Konflikte, übergriffiges Verhalten, Zusammenbruch des Pflegearrangements) zu vermeiden, sollen die ambulanten Pflegedienste über Informationen zu verlässlichen und krisensicheren Möglichkeiten zur psychosozialen Unterstützung und Beratungsangeboten verfügen, die sie an die Angehörigen weitergeben:

- Informationen über regionale Beratungsstellen, z. B. zu Gewalt in der Pflege, Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige oder regional vernetzte Stellen, wie die Pflegestützpunkte und Alzheimer Gesellschaften, die diese vermitteln können.
- Informationen über deutschlandweite Angebote zur psychosozialen Unterstützung von Angehörigen, z. B. Telefonhotlines des Familienministeriums, Interessensvertretungen pflegender Angehöriger, bundesweite Beratungsstellen zu Aggressionen und Konflikten in der Pflege, digitale Angebote von Krankenkassen, „Silbernetz“ gegen Einsamkeit.
- Zur Förderung des Austauschs von pflegenden Angehörigen untereinander kann der ambulante Pflegedienst ggf. selbst ein regelmäßiges Onlineangebot installieren. Auch bereits bestehende Angehörigengesprächskreise können bei fehlender Möglichkeit von Präsenztreffen im Videoformat durchgeführt werden (Lightfoot und Moone 2020).

Auch Hausärzt*innen sollen von den ambulanten Pflegediensten angefragt werden, inwieweit diese Kontakte zu lokalen Ansprechpersonen vermitteln können oder selbst mit ihren Teams (Psychosomatische Grundversorgung bzw. Psychotherapie) bzw. Arzneimittelversorgung bei Verschlechterung der psychischen Verfassung durch Zunahme von Depressionen / Angststörungen entgegenwirken können (Lichte et al. 2018).

4.6 Die ambulanten Pflegedienste sollen die bisher vereinbarte Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten, soweit dies von ihr und den Angehörigen gewünscht wird.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Primärliteratur • Eggert et al. 2020 • Dawson et al. 2020 • Rothgang 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Ambulante Pflegedienste übernehmen auch unter den Kontaktbeschränkungen die häusliche Versorgung. Viele weitere Dienstleistungen (z.B. Tagespflege) und Hilfestrukturen stehen in der Pandemie nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung (Eggert et al. 2020) oder wurden von den Familien zum eigenen Schutz abgelehnt (Rothgang 2020; Giebel et al. 2020). Das Ausmaß der weiteren Umsetzung der Regelversorgung (Dawson et al. 2020), der Ablehnung durch die Person mit Pflegebedürftigkeit bzw. deren Angehörige, ist weitestgehend unbekannt. Deshalb spielt die

Aufrechterhaltung der Routineversorgung durch einen ambulanten Pflegedienst eine besondere Rolle. Die ambulanten Pflegedienste sollen daher Folgendes beachten:

- Die Routineversorgung der pflegebedürftigen Person wird weiterhin ermöglicht. Bei der Einsatzplanung ist darauf zu achten, möglichst dieselben Personen oder Teams für feste Touren einzuteilen, um die Anzahl der Kontakte für die Familien zu reduzieren.
- Durch die Einhaltung von entsprechenden Hygiene- und Testmaßnahmen werden dabei die Mitarbeitenden des Pflegedienstes, die Person mit Pflegebedürftigkeit und ihre Angehörigen vor Infektionen geschützt.
- Die Routineversorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit wird auch bei Verdacht oder Vorliegen einer COVID-19-Infektion bei der Person mit Pflegebedürftigkeit oder der/des Angehörigen aufrechterhalten, insofern dies gewünscht ist.

4.7 Die ambulanten Pflegedienste sollen zusammen mit der Person mit Pflegebedürftigkeit und den Angehörigen einen individuellen Notfallplan zur Sicherstellung der Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit bei Erkrankung des Angehörigen entwickeln.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Lichte et al. 2018 • Lorenz-Dant 2020 • World Health Organization (WHO). Western Pacific Region 2020 • World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Bei einer plötzlichen Erkrankung des/der Angehörigen ist die Sicherstellung der Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit gefährdet. Um auf einen solchen Krisenfall vorbereitet zu sein, erstellt der ambulante Pflegedienst zusammen mit der Person mit Pflegebedürftigkeit und den Angehörigen einen Notfallplan (Lorenz-Dant 2020). Dazu werden die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen im Falle einer Krise erhoben sowie die verschiedenen Möglichkeiten zur Sicherstellung der Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit besprochen:

- Ressourcen im eigenen familialen und sozialen System der Betroffenen: Benennung einer (oder mehrerer) Ersatzpflegeperson(en), Telefonkette
- Ausweitung des Leistungsangebots des ambulanten Pflegedienstes: z.B. Erhöhung der Anzahl der täglichen Pflegeeinsätze, stundenweise Betreuung, hauswirtschaftliche Versorgung
- Inanspruchnahme einer Tagespflegeeinrichtung
- Unterstützung durch ehrenamtliche Betreuung, ggf. telefonisch: Betreuungsgruppen, Besuchsdienste

- Prüfung alternativer Versorgungsmöglichkeiten im regionalen Versorgungssystem, falls eine häusliche Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht mehr möglich ist (International Federation of Red Cross and Crescent Societies (IFRC), Unicef, World Health Organization (WHO) 2020): z.B. Aufnahme in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung, zeitweise Unterbringung in einem Pflegeheim oder einer temporären Notfallpflegeeinrichtung.

Die gemeinsam vereinbarten Maßnahmen im Krisenfall werden schriftlich fixiert. Der Notfallplan soll folgende Informationen enthalten:

- Informationen zur Person mit Pflegebedürftigkeit (Name, Geburtsdatum, Diagnosen, nächste Angehörige etc.)
- Spezifische Bedürfnisse der pflegerischen Versorgung
- Vereinbarte Sicherstellung der Versorgung im Notfall (Hinterlegung der Kontaktdaten von Ersatzpflegepersonen oder Adresse der Kurzzeitpflegeeinrichtung usw.).

Die Hinterlegung des Notfallplans erfolgt sowohl in der Häuslichkeit als auch in den Geschäftsräumen des ambulanten Pflegedienstes sowie den versorgenden Arztpraxen, sofern die Person mit Pflegebedürftigkeit zustimmt. Die betreuende Hausarztpraxis soll nach Möglichkeit in die Gestaltung des Notfallplans eingebunden werden.

4.8 Der ambulante Pflegedienst soll die Person mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige bei der Organisation und Wahrnehmung von Impfterminen unterstützen, sofern von der Person mit Pflegebedürftigkeit gewünscht.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Vygen-Bonnet et al. 2021	
Konsensstärke: starker Konsens Modifiziert 2022	

Um schwere COVID-19-Verläufe mit Krankenhauseinweisungen und Todesfällen zu verhindern sowie einen ausreichenden Schutz von Personen mit besonders hohem arbeitsbedingtem SARS-CoV-2-Expositionsrisiko zu gewährleisten, wird eine Schutzimpfung sowohl für die Personen mit Pflegebedürftigkeit als auch für die Beschäftigten des ambulanten Pflegedienstes empfohlen (Vygen-Bonnet et al. 2021, S. 8). Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut sollen beachtet werden.

Die Prüfung der Impffähigkeit sowie die Impfaufklärung ist eine der Ärztin / dem Arzt vorbehaltene Aufgabe. Pflegefachpersonen sollen Personen mit Pflegebedürftigkeit und Angehörige begleitend bei Bedarf informieren (vgl.Bundesministerium für Gesundheit 22.1.21), sofern sie selbst über einen ausreichenden Kenntnisstand verfügen.

Bei einem fehlenden familiären oder nachbarschaftlichen Netzwerk soll der Pflegedienst auch die Vereinbarung eines Impftermins übernehmen, sofern die Person mit Pflegebedürftigkeit oder ihre Angehörigen dies wünschen. Falls der Person mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörigen ein persönlicher Besuch in der hausärztlichen Praxis zum Impftermin nicht möglich ist, ist ein Hausbesuch durch den niedergelassenen Arzt / die niedergelassene Ärztin anzufragen oder die Möglichkeit der Impfung durch ein mobiles Impfteam zu prüfen. Der ambulante Pflegedienst soll die Person mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige bei Bedarf diesbezüglich beraten.

5 Empfehlungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit

In den Empfehlungen dieses Abschnitts wird die folgende Schlüsselfrage adressiert:

*Wie lässt sich die Zusammenarbeit im Kontext der ambulanten Pflege zwischen den professionellen Akteur*innen (Pflegefachpersonen, Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen) und Einrichtungen des Gesundheitswesens gestalten?*

Personen mit Pflegebedürftigkeit zu versorgen, ist eine interprofessionelle Aufgabe, an der ambulante Pflegefachpersonen, Ärzt*innen unterschiedlicher Fachrichtungen und Medizinische Fachangestellte, Apotheker*innen und Pharmazeutisch-Technische-Assistent*innen, Therapeut*innen und weitere Professionen beteiligt sind. Die Zusammenarbeit ist unerlässlich und stellt bereits unter „Normalbedingungen" eine Herausforderung für die Versorgung dar. Während der Corona-Pandemie wird besonders deutlich, wie bedeutsam die Aufgaben eines jeden Akteurs sind und welche Auswirkungen Patient*innen verspüren, wenn ein Glied der Kette ausfällt bzw. wenn diese Glieder unkoordiniert ineinandergreifen. Pandemiebedingte Stressoren (z.B. Überlastung) und Stressfaktoren im Rahmen kooperativer Netzwerke (z.B. schlecht abgestimmt Arbeitsprozesse, fehlende Ressourcen) führen zu Spaltungen sowie zu einer verengten Ausrichtung auf die eigene Tätigkeit (Tannenbaum et al. 2021).

Die Herausforderungen der Pandemie erhöhen jedoch zugleich Chancen einer politischen, organisationalen und professionsbezogenen Weichenstellung hin zu einer innovativen ganzheitlichen Versorgung (Hahnel et al. 2020). Arbeitsverdichtung zu verringern und Versorgung effizienter zu gestalten – auch mithilfe digitaler und technischer Unterstützung, war zugleich ein Ziel der Konzertierten Aktion Pflege. Allerdings sind derzeit nicht alle zukunftsorientieren Projekte und Best-Practice-Beispiele im bundesdeutschen Alltag praktikabel. Dazu zählt der im Ausland erprobte Versorgungsansatz „Hospital at Home", wonach krankenhauspflichtige Covidpatient*innen mithilfe telemedizinischer Maßnahmen und eines digitalen Monitorings unter koordinierter multiprofessioneller Betreuung zu Hause versorgt werden (Thornton 2020; Fessler et al. 2021).

„Telepflege" ist ein weiterer innovativer Ansatz, der mit Unterstützung häuslicher Assistenzsysteme ein kontinuierliches Monitoring gewährt, durch Videotelefonie Kommunikation über räumliche Distanzen ermöglicht und interprofessionelle Kooperationen mittels einer gemeinsamen Plattform bzw. elektronischen Patientenakte ermöglichen kann (Hahnel et al. 2020). Im Folgenden werden relevante und praxistaugliche Hinweise und Empfehlungen zur Sicherstellung einer interprofessionellen Versorgung im Rahmen der Covid Pandemie gegeben.

5.1 Der Ambulante Pflegedienst soll sich im Rahmen der Leistungserbringung ein Bild von der unter Pandemiebedingungen bestehenden Pflege- und Unterstützungssituation machen und bei Unterbrechungen, Versorgungslücken oder bei hohen Belastungssituationen Pflegeberatung initiieren.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur • Räker et al. 2021 • Eggert et al. 2020	
Konsensstärke: Konsens Geprüft 2022	

Während der pandemischen Phase in 2020 kam es bei etwa einem Viertel der Personen mit Pflegebedürftigkeit zu Einschränkungen oder zum Verzicht bisheriger professioneller Pflegeleistungen. Jeder fünfte Pflegehaushalt nahm vor der Pandemie eine Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege wahr. Diese wurde für die Hälfte der Haushalte eingestellt (Räker et al. 2021). Nach einer Umfrage pflegender Angehöriger verschlechterte sich besonders die Pflegesituation bei Menschen mit Demenz (Eggert et al. 2020). Auch informelle Unterstützungsleistungen, wie Haushaltshilfen und Unterstützung durch Freunde und Bekannte, wurden maßgeblich reduziert.

Eine weitere Umfrage, an der sich 701 ambulante Pflegedienste beteiligten, verdeutlicht, dass etwa die Hälfte der Pflegearrangements durch ausländische Betreuungskräfte pandemiebedingt beendet wurden (Wolf-Ostermann und Rothgang 2020).

Unabhängig davon, ob die Versorgungskontinuität von den Pflegepersonen bzw. ihren pflegenden Angehörigen selbst unterbrochen wurde, führten diese pandemiebedingten Veränderungen zu einer subjektiven Verschlechterung der Pflegesituation und zu einer erhöhten Belastung (Räker et al. 2021).

Eine erhöhte Aufmerksamkeit gegenüber sich ändernden informellen und formellen Beziehungs-, Pflege- und Unterstützungsbedingungen ist unter den sich wandelnden Pandemiebedingungen essenziell. Besonders bei psychiatrischen Erkrankungen, bei denen bereits unter Nicht-Pandemiebedingungen ein hohes Risiko von Beziehungsstörungen mit der Folge einer sozialen Isolation besteht, ist die Versorgungskontinuität auf dem Boden sozialer Kontakte und tragfähiger Beziehungen eine zentrale Aufgabe der ambulanten psychiatrischen Pflege und Soziotherapie. Vor diesem Hintergrund stellen die engmaschige Erhebung und Sicherstellung der Unterstützung von Personen mit Pflegebedürftigkeit und insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen eine besondere Herausforderung dar.

5.2 Der Ambulante Pflegedienst soll die Person mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige darauf aufmerksam machen, dass auch in Zeiten einer Corona-Pandemie eine kontinuierliche medizinische und insbesondere hausärztliche Versorgung von hoher Relevanz ist und durch Hausbesuche oder ggf. Telefon- bzw. Videosprechstunden aufrechterhalten werden kann.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Primärliteratur • Dawson et al. 2020 • Blankenfeld et al. 2020 • Richardson et al. 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Die ärztliche Versorgung ist in Phasen von Kontaktbeschränkungen aufrechtzuerhalten. Die Ergebnisse der bevölkerungsweiten Befragungswelle der „Gesundheit in Deutschland aktuell – Studie“ (GEDA 2019/2020-EHIS) vor und zu Beginn der Pandemie belegen parallel mit den Lockdown-Maßnahmen verminderte Kontakte zu Hausärzten und Spezialisten (Damerow et al. 2020). Das zeigen auch die Leistungsdaten der Krankenkassen, wonach in Abhängigkeit zu den Kontaktbeschränkungen persönliche Arzt-Patientenkontakte über alle Facharztgruppen um bis zu 24 % abnahmen; Haus-/ Mitbesuche um bis zu 20-25 % (Mangiapane et al. 2021). Am meisten wurden Vorsorgeuntersuchungen und geplante Zahnarztbesuche pandemiebedingt reduziert (Heidemann et al. 2020).

Falls eine analoge Versorgung nicht realisierbar ist, sollten die Möglichkeiten einer videogestützten Betreuung zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgungskontinuität genutzt werden. Dazu wurden im Rahmen der Pandemie rechtlich Abrechnungsbeschränkungen aufgehoben bzw. neue Gebührenordnungspositionen geschaffen. Nicht nur aufgrund des Infektionsschutzes in Phasen hoher Pandemietätigkeit, sondern auch aufgrund ärztlicher Mehrbelastungen nahmen telefonische Beratungen um ein Vielfaches zu. Videosprechstunden erfuhren erstmals eine zahlenmäßig relevante Bedeutung, wie Leistungsdaten der Krankenkassen belegen (Mangiapane et al. 2021). Auch sind Heilmitteltherapien – also Physiotherapie, Ergo-, Atemtherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Ernährungstherapie – nach ärztlicher Verordnung per Videokonferenz oder als telefonische Beratung als Kassenleistung ermöglicht worden ebenso wie digitale Psychotherapieangebote.

Videosprechstunden dürfen nur über einen datenschutzgeprüften, von der KBV zertifizierten Videodienstanbieter angeboten werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022). Patientinnen und Patienten müssen vor der ersten Videosprechstunde ihre Einwilligung erklären - entweder über den Videodienstanbieter oder direkt beim Behandler. Es kann notwendig sein, dass Angehörige den Aufbau der digitalen Kommunikation und die Videosprechstunde unterstützen müssen. Eine Begleitung bei Videosprechstunden kann bei personellen Kapazitäten als zusätzliche Betreuungsleistung durch den ambulanten Pflegedienst angeboten werden.

Neben der patientenseitigen Hürde, eine entsprechende technische Ausrüstung und digitale Verbindung vorzuhalten, müssen Gesundheitsanbieter neue Kompetenzen in der digitalen Kommunikation einbringen, diagnostische bzw. therapeutische Grenzen kennen und mit diagnostischen Unsicherheiten umgehen (z.B. eingeschränkte Untersuchungsmöglichkeiten) (Richardson et al. 2020; Greenhalgh et al. 2016). Noch liegt keine ausreichende Bewertungsgrundlage zur Effektivität und Qualität dieser digitalen Projekte im ambulanten Setting vor (Car et al. 2020). Ergebnisse beziehen sich auf spezifische Behandlungen, beispielsweise eine Nicht-Unterlegenheit der Psychotherapie bei Depressionen (Berryhill et al. 2019). Besonders bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen hat sich gezeigt, dass eine kontinuierliche Betreuung mittels Telemedizin einen kognitiven Abbau abbremsen kann (Ryoo et al. 2020; Quail et al. 2021). Auch bei vulnerablen Personen mit hoher Ansteckungsgefahr und Covidletalität tragen telemedizinische Visiten zum Erhalt der medizinischen Versorgung bei (Brunori et al. 2021). Auch pflegende Angehörige können durch dieses Versorgungsangebot in ihrer Verantwortung entlastet werden (Defrancesco et al. 2021). Videosprechstunden mit Unterstützung des Pflegedienstes können darüber hinaus dazu beitragen, Fachärzte besser in eine teambasierte Versorgung älterer Menschen einzubinden (Fessler et al. 2021).

Es ist darauf zu achten, dass bundeseinheitliche COVID-Sonderregelungen auslaufen können. Darüber informiert u.a. der GKV Spitzenverband (https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/fokus_corona.jsp).

Die Organisation und Gewährleistung des Versorgungsarrangements ist eine gemeinsame Pflicht aller beteiligten Akteur*innen.

5.3 Pflegefachpersonen des ambulanten Pflegedienstes sollen Personen mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige hinsichtlich ihrer Entscheidungen zur Wahrnehmung von Tagespflege und Ersatzformen beraten.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Primärliteratur • AGE Platform Europe 2020 • Dawson et al. 2020 • Eggert et al. 2020 Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Ambulante Pflege gestaltet sich in vielfältigen Pflegearrangements, bei denen neben pflegenden Angehörigen und ambulanten Pflegediensten oft auch zusätzliche Betreuungsangebote, Tagespflege und andere Dienste in Anspruch genommen werden. Während der Pandemie stehen diese Angebote in Phasen erhöhter Kontaktbeschränkung nicht oder in veränderter Form zur Verfügung. Menschen mit Pflegebedürftigkeit und ihre Angehörigen treffen außerdem Abwägungen zwischen der Nutzung solcher Angebote und dem Infektionsschutz. Es kann dazu kommen, dass

das Pflegearrangement aufgrund des veränderten Angebots und Abwägungen des Infektionsschutzes verändert werden muss, was zu einer verstärkten Inanspruchnahme des ambulanten Dienstes führen kann.

Die Pflegefachpersonen sollen daher Personen mit Pflegebedürftigkeit bei der Gestaltung des Pflegearrangements unter Abwägung von pflegerischer Versorgung, sozialer Teilhabe, Entlastung der Angehörigen und dem Immun- und Infektionsschutz beraten. Dazu kann die Beratung zur Schutzwirkung von Impfungen gehören sowie Informationen zur Wahrnehmung zusätzlicher pandemiebedingter Angebote, wie etwa zum Entlastungsbetrag oder zur erleichterten Arbeitsfreistellung beschäftigter pflegender Angehöriger. Wünsche und Interessen der Person mit Pflegebedürftigkeit sind ebenso zu berücksichtigen wie die Stabilität und Zweckmäßigkeit des Pflegearrangements zu berücksichtigen. Hier ist die Kenntnis des spezifischen Versorgungsnetzwerks im Wohnumfeld ganz wesentlich (Eggert et al. 2020). Der ambulante Pflegedienst kann die Person mit Pflegebedürftigkeit und ihre Angehörigen zudem auf die Beratungsangebote der Pflegestützpunkte, Kommunen oder Pflegekassen aufmerksam machen.

5.4 Der Ambulante Pflegedienst sollte Personen mit Pflegebedürftigkeit und Angehörige darüber informieren, dass bei einer leichten COVID-Erkrankung eine Versorgung zu Hause prinzipiell möglich ist, wenn nach ärztlicher Abwägung Risikofaktoren und Gesundheitszustand es zulassen und die Versorgungserfordernisse gedeckt sind.	Empfehlungsstärke: ↑
Primärliteratur • Robert Koch-Institut (RKI) 2020a • Glauser 2020 • World Health Organization (WHO) 2020 • Kunz und Minder 2020 • Borasio et al. 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Mit einer *leichten* COVID-Infektion ist eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit möglich, wenn sie sowohl von den Personen mit Pflegebedürftigkeit als auch von Angehörigen gewünscht ist und die Versorgungskapazitäten vorhanden sind. Die medizinische Versorgung kann durch niedergelassene Hausärzt*innen erbracht werden. Die Pflegefachperson sollte dabei den Gesundheitszustand genau beobachten und eine mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustands an die/den Hausärzt*in melden (vgl. hierzu Abschnitt 3.23).

5.5 Bei einer schweren COVID-Erkrankung von Personen mit Pflegebedürftigkeit soll die Entscheidungsfindung über das Behandlungsziel (kurativ oder palliative) und Versorgungsform (Krankenhaus, Betreuung zuhause oder andere Versorgungsform) durch den ambulanten Pflegedienst unterstützt werden.	Empfehlungs-stärke: 
Primärliteratur • Robert Koch-Institut 2022d • Glauser 2020 • World Health Organization (WHO) 2020 • Borasio et al. 2020 • Kunz und Minder 2020	
Konsensstärke: starker Konsens Modifiziert 2022	

An COVID erkrankte Personen mit Pflegebedürftigkeit stellen eine Risikogruppe für einen schlechten Verlauf dar. Das RKI gibt an, dass 15 % aller COVID-19-Infizierten 70 Jahre und älter sind. In dieser Gruppe sind jedoch 85 % aller Todesfälle auszumachen (Robert Koch-Institut 2021a). Gehäuft treten schwere Krankheitsverläufe in folgende Personengruppen auf (Robert Koch-Institut 2021a):

- „ältere Personen (mit stetig steigendem Risiko für einen schweren Verlauf ab etwa 50–60 Jahren)
- männliches Geschlecht
- Raucher (schwache Evidenz)
- adipöse (BMI>30) und stark adipöse (BMI>35) Menschen
- Schwangere
- Menschen mit Down-Syndrom (Trisomie 21)
- Personen mit bestimmten Vorerkrankungen, ohne Rangfolge:
    - des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. koronare Herzerkrankung und Bluthochdruck)
    - chronische Lungenerkrankungen (z. B. COPD)
    - chronische Leber- und Nierenerkrankungen (insbesondere bei Dialysepflichtigkeit)
    - neurologische und psychiatrische Erkrankungen (z. B. Demenz)
    - Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
    - Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung
    - Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z. B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht, wie z.B. bei hämatologischen Neoplasien oder bei schlecht kontrollierter HIV-Erkrankung; oder durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr beeinflussen und herabsetzen können, wie z.B. systemische Kortikosteroide, Methotrexat, Cyclophosphamid,

Azathioprin, Antikörper wie Rituximab sowie Immunsuppressiva bei Z.n. Organ- oder Stammzelltransplantation).“

Krankenhauseinweisungen bei *schweren* COVID-Erkrankungen werden von manchen hochaltrigen bzw. schwer vorerkrankten Menschen zugunsten einer häuslichen Versorgung abgelehnt. Diskutiert wurden in diesem Zusammenhang die Überlebenschancen sowie die psychischen und physischen Leiden bei Intensivbehandlung. Die Personen mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige brauchen soziale *und* psychische Unterstützung in Entscheidungsprozessen. Bei der Versorgung zuhause bei schwerem COVID-Verlauf muss der Zugang zu palliativer Beratung und medizinischer, u.a. palliativer Versorgung gesichert sein (Kunz und Minder 2020).

Bei der Entscheidung für oder gegen eine stationäre Behandlung sind Patientenwille, medizinische Faktoren (z.B. Vorhandensein von Atemnot, Allgemeinzustand) und professionelle sowie nicht-professionelle Ressourcen für die häusliche Versorgung einzubeziehen und miteinander abzuwägen. Palliativdienste und Hausärzt*innen sollten in Entscheidungsprozessen für eine Beratung zur Verfügung stehen und ihre Dienstleistungen untereinander koordinieren. Sie sollten auch für die Beratung und Unterstützung der Pflegedienste zur Verfügung stehen.

Hinsichtlich der häuslichen Ressourcen kann die Beantwortung folgender Fragen hilfreich sein:

- Lebt die Person mit Pflegebedürftigkeit allein zu Hause?
- Wer kann die (täglichen) Kontakte und häusliche Versorgung sicherstellen, auch nachts?
- Sind sich die Angehörigen der Situation bewusst? D.h. verfügen sie über genügend zeitliche, psychische und gesundheitliche Ressourcen für den Umgang mit COVID-Erkrankten?
- Welche Versorgungserfordernisse liegen bei der betroffenen Person vor (palliativ, medizinisch, pflegerisch, den Haushalt betreffend)? Können diese gedeckt werden?
- Können regelmäßige Schnelltests für zusätzliche Sicherheit bei den Angehörigen sorgen?
- Ist eine kurzfristige Immunisierung (Impfung) der wichtigen Kontaktpersonen möglich und umsetzbar?

Bei Wunsch nach einer palliativen Behandlung zu Hause ist es wichtig, dass sich die Personen mit Pflegebedürftigkeit im Voraus im Rahmen einer Patientenverfügung geäußert haben bzw. der mutmaßliche Wille durch Angehörige festgestellt werden kann (Schürmann et al. 2020) (vgl. hierzu Abschnitt 3.4). Der ambulante Pflegedienst soll darauf hinweisen, dass im Notfall nur eine rechtskräftige differenzierte schriftliche Äußerung berücksichtigt werden kann. Um diese zu erstellen, kann bei den Verbraucherzentralen eine entsprechende rechtliche Beratung in Anspruch genommen und Vordrucke von Patientenverfügungen genutzt werden.

Um eine abschließende Klarheit zu erlangen, kann eine ethische Fallbesprechung mit allen an der Versorgung Beteiligten unter Einbezug des behandelnden Arztes durch den ambulanten Pflegedienst initiiert werden.

Bezüglich Aspekte und Fragen der Palliativversorgung wird zusätzlich auf die ‘Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung‘ des Leitlinienprogramms Onkologie verwiesen (AWMF-Registernummer: 128/001OL) https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/.

5.6 Bei einer bestehenden COVID-Erkrankung in häuslicher Versorgung soll ein regelmäßiger Austausch zwischen der/dem betreuenden Hausärzt*in, ggf. dem SAPV-Team und dem ambulanten Pflegedienst erfolgen.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Primärliteratur ---	
Konsensstärke: starker Konsens Modifiziert 2022	

Atypische Krankheitsverläufe sollen bei der regulären Patient*innenbeobachtung durch die Pflegefachpersonen des ambulanten Pflegedienstes besonders berücksichtigt werden, um eine mögliche Symptomverschlechterung schnellstmöglich zu erkennen und entsprechende medizinische Maßnahmen durch die behandelnden Ärzt*innen einleiten zu lassen.

Ältere und insbesondere Personen mit Gebrechlichkeit (Frailty) können eine atypische COVID-Symptomatik aufweisen. Hier sind insbesondere Delir, eine nur subfebrile Temperaturerhöhung und gastrointestinale Symptome zu nennen (Perrotta et al. 2020). Neben einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes, einer aufkommenden Atemnot oder erhöhten Atemfrequenz, können ein neu auftretendes Delir aber auch andere atypische Symptome, wie eine Verschlechterung des funktionellen Status, Stürze oder einen Verschärfung einer chronischen Erkrankung einen schweren Krankheitsverlauf anzeigen (Annweiler et al. 2020).

Liegt eine Verordnung über häusliche Krankenpflege (SGB V) vor, besteht ein Vertragsverhältnis zwischen ambulantem Pflegedienst und verordnender Ärzt*in. Dieses beinhaltet u.a. die Weitergabe von Informationen über die Person mit Pflegebedürftigkeit durch den Pflegedienst. Liegt lediglich ein Leistungsverhältnis aus dem SGB XI vor, ist eine Informationsweitergabe nur nach Zustimmung der Person mit Pflegebedürftigkeit statthaft.

5.7 Die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes sollen Situationen und Anzeichen von Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung erkennen und Pflegefachpersonen sollen ggf. Schritte zur Abklärung und / oder zum Schutz der Person mit Pflegebedürftigkeit einleiten.	Empfehlungsstärke: ⇑⇑
Primärliteratur • AGE Platform Europe 2020b • Schwedler et al. 2017	
Konsensstärke: starker Konsens Geprüft 2022	

Gewalt in der ambulanten Pflege (durch Angehörige, Mitarbeiter*innen von ambulanten Pflegediensten oder auch Pflegebedürftige) ist auch in ‚normalen' Zeiten ein schwierig zugängliches Thema. Idealerweise sind soziale Beziehungen von einem ausgewogenen Verhältnis des Gebens und Nehmens gekennzeichnet; Pflegebedürftigkeit bringt dieses Ideal durcheinander. Zwischen Pflegenden und Menschen mit Pflegebedürftigkeit kann sich ein Machtgefälle entwickeln und im schlimmsten Fall zu Gewaltsituationen psychischer wie physischer Natur führen. Als Risikosituationen für Gewalt gelten Stress- und Überforderungssituationen, sowie fehlende Kontrolle und Isolation. Auch die Beziehungsgeschichte ist ein wesentlicher Einflussfaktor. Personen mit Pflegebedürftigkeit höheren Alters gelten als verletzbarer als gleichaltrige Personen ohne Unterstützungsbedarf. Schätzungen einer britischen Prävalenzstudie zufolge stieg die Zwölfmonats-Prävalenz von Gewalt bei älteren Personen mit zunehmenden Gesundheitseinbußen in Privathaushalten (Biggs et al. 2009). Die Auswirkungen von Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-Pandemie tragen sowohl zur Überforderung in Pflegesituationen wie auch zur weiteren Isolation von Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Angehörigen bei. Es ist anzunehmen, dass Risikosituationen häufiger werden bzw. sich zuspitzen; einzelnen Meldungen zufolge stieg die Prävalenz von ‚elder abuse' um mehr als ein Drittel (AGE Platform Europe 2020).

Zum Abwenden von häuslicher Gewalt ist es erforderlich, Risikosituationen ebenso wie stattgefundene Gewalt zu erkennen und Maßnahmen zum Schutz einzuleiten. Die Broschüre des Zentrums für Qualität in der Pflege „Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen verhindern" schlägt zehn Maßnahmen vor, die in dieser schwierigen Situation angemessen eingesetzt werden sollten. (Zentrum für Qualität in der Pflege o.J.). In diesem Sinne soll der ambulante Pflegedienst die Personen mit Pflegebedürftigkeit beratend unterstützen, an welche Institutionen sie sich ratsuchend wenden können. In einigen Bundesländern haben sich bereits kommunale Netzwerkstrukturen zur Vermeidung häuslicher Gewalt etabliert, welche im Bedarfsfall kontaktiert werden können. Über die ortsansässigen Pflegestützpunkte und kommunale Behörden können spezielle Anlaufstellen / Beratungsstellen in Erfahrung gebracht werden. Sollte akute Gefahr für Leib und Leben bestehen, müssen die Mitarbeiter*innen des ambulanten Pflegedienstes unmittelbar die Polizei und ggf. weiterhin den Sozialpsychiatrischen Dienst verständigen.

6 Literaturverzeichnis

Aboumatar, H. (2020): Three Reasons to Focus on Patient and Family Engagement During the COVID-19 Pandemic. In: *Quality management in health care* 29 (3), S. 176–177. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32590495/.

AGE Platform Europe (2020): COVID-19 and human rights concerns for older persons. AGE Platform Europe. Brüssel. Online verfügbar unter https://www.age-platform.eu/sites/default/files/Human%20rights%20concerns%20on%20implications%20of%20COVID%2019%20to%20older%20persons_Final_18May2020.pdf, zuletzt geprüft am 29.05.2020.

AGE Platform Europe (15.09.2020): Elder abuse has been on the rise during the COVID-19 pandemic - it is high time to take it seriously! Brüssel. Online verfügbar unter https://age-platform.eu/press-releases/elder-abuse-has-been-rise-during-covid-19-pandemic-it-high-time-take-it-seriously, zuletzt geprüft am 15.11.2020.

Amirov, Chingiz; Howard, Pat; Kohm, Catherine Ann (2007): Influenza pandemic planning: one organization's experience. In: *Healthcare management forum* 20 (1), S. 16–19. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17521068.

Annweiler, Cédric; Sacco, Guillaume; Salles, Nathalie; Aquino, Jean-Pierre; Gautier, Jennifer; Berrut, Gilles et al. (2020): National French Survey of Coronavirus Disease (COVID-19) Symptoms in People Aged 70 and Over. In: *Clinical Infectious Diseases*. DOI: 10.1093/cid/ciaa792.

Awick, Elizabeth A.; Ehlers, Diane K.; Aguiñaga, Susan; Daugherty, Ana M.; Kramer, Arthur F.; McAuley, Edward (2017): Effects of a randomized exercise trial on physical activity, psychological distress and quality of life in older adults. In: *General hospital psychiatry* 49, S. 44–50. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2017.06.005.

Bauernschmidt, Dorothee; Dorschner, Stephan (2018): Angehörige oder Zugehörige? – Versuch einer Begriffsanalyse. In: *Pflege* 31 (6), S. 301–309. DOI: 10.1024/1012-5302/a000634.

Beaney, Thomas; Clarke, Jonathan; Alboksmaty, Ahmed; Flott, Kelsey; Fowler, Aidan; Benger, Jonathan et al. (2022): Population-level impact of a pulse oximetry remote monitoring programme on mortality and healthcare utilisation in the people with COVID-19 in England: a national analysis using a stepped wedge design. In: *Emergency Medicine Journal*. DOI: 10.1136/emermed-2022-212378.

Berryhill, Micha Blake; Culmer, Nathan; Williams, Nelle; Halli-Tierney, Anne; Betancourt, Alex; Roberts, Hannah; King, Michael (2019): Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. In: *Telemedicine and e-Health* 25 (6), S. 435–446. DOI: 10.1089/tmj.2018.0058.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2020a): Richtig Lüften in Corona-Zeiten. Online verfügbar unter https://www.bgw-online.de/DE/Home/Branchen/News/Corona-Lueftung_node.html, zuletzt aktualisiert am 02.11.2020, zuletzt geprüft am 15.11.2020.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hg.) (2020b): SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard für die ambulante Pflege. Hamburg. Online verfügbar unter

https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Branchenartikel/SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandard-Pflege-ambulant_Download.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 14.02.2021.

Biggs, Simon; Manthorpe, Jill; Tinker, Anthea; Doyle, Melanie; Erens, Bob (2009): Mistreatment of Older People in the United Kingdom: Findings from the First National Prevalence Study. In: *Journal of Elder Abuse & Neglect* 21 (1), S. 1–14. DOI: 10.1080/08946560802571870.

Blankenfeld, Hannes; Kaduszkiewicz, Hanna; Kochen, Michael; Pömsel, Josef (2020): Neues Coronavirus (SARS-CoV-2) – Informationen für die hausärztliche Praxis. Version 14. DEGAM (AWMF-Register-Nr. 053-054). Online verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-054l_S1_Neues_CORONA_Virus_2020-10.pdf, zuletzt geprüft am 15.11.2020.

Bobolia, Jennifer (2006): Infection control for the family of the home hospice patient. In: *Home healthcare nurse* 24 (10), S. 624–626. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17135837.

Böger, Anne; Huxhold, Oliver (2018): Do the antecedents and consequences of loneliness change from middle adulthood into old age? In: *Developmental psychology* 54 (1), S. 181–197. DOI: 10.1037/dev0000453.

Borasio, Gian Domenico; Gamondi, Claudia; Obrist, Monika; Jox, Ralf; For, The Covid-Task Force Of Palliative Ch (2020): COVID-19: decision making and palliative care. In: *Swiss medical weekly* 150, w20233. DOI: 10.4414/smw.2020.20233.

Brunori, G.; Reboldi, G.; Aucella, F. (2021): Lessons Learnt during the COVID-19 Pandemic: For Patients with End-Stage Renal Disease, We Should Prioritize Home-Based Treatment and Telemedicine. In: *Kidney & blood pressure research* 46 (1), S. 11–16. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33517338/.

Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) (2021): Vollzugshilfe zur Entsorgung von Abfällen aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes. o.O. (Mitteilung der Bund/Länder-Arbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA), 18), zuletzt geprüft am 13.06.2022.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (22.1.21): Leitfaden zur Corona-Schutzimpfung in der Pflege. 1. Aufl. Berlin (BMG-G-11139). Online verfügbar unter https://assets.ctfassets.net/eaae45wp4t29/3CQ0AybI7tjoZCoqkyjcbA/fe829ddd72c14a02a9b2d13cb01e26a3/210122_Leitfaden_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 14.02.2021.

Cankurtaran, D.; Tezel, N.; Yildiz, S. Y.; Celik, G.; Unlu Akyuz, E. (2021): Evaluation of the effects of the COVID-19 pandemic on children with cerebral palsy, caregivers' quality of life, and caregivers' fear of COVID-19 with telemedicine. In: *Irish journal of medical science*, S. 1–8. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33834363/.

Capasso, J. (2020): Continuing Care for Older Adults Through and Beyond a Pandemic. In: *Frontiers of health services management* 37 (1), S. 20–26. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32842085/.

Car, Josip; Koh, Gerald Choon-Huat; Foong, Pin Sym; Wang, C. Jason (2020): Video consultations in primary and specialist care during the covid-19 pandemic and beyond. In: *BMJ* 371. DOI: 10.1136/bmj.m3945.

Carrouel, Florence; Conte, Maria Pia; Fisher, Julian; Gonçalves, Lucio Souza; Dussart, Claude; Llodra, Juan Carlos; Bourgeois, Denis (2020): COVID-19: A Recommendation to Examine the Effect of Mouthrinses with β-Cyclodextrin Combined with Citrox in Preventing Infection and Progression. In: *Journal of Clinical Medicine* 9 (4). DOI: 10.3390/jcm9041126.

Clegg, Andrew P.; Barber, Sally E.; Young, John B.; Forster, Anne; Iliffe, Steve J. (2012): Do home-based exercise interventions improve outcomes for frail older people? Findings from a systematic review. In: *Reviews in clinical gerontology* 22 (1), S. 68–78. DOI: 10.1017/S0959259811000165.

Cohen, M. A.; Tavares, J. (2020): Who are the Most At-Risk Older Adults in the COVID-19 Era? It's Not Just Those in Nursing Homes. In: *Journal of aging & social policy* 32 (4), S. 380–386. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32418475/.

Cole, Mark (2007): Infection control: worlds apart primary and secondary care. In: *British journal of community nursing* 12 (7), 301, 303-6. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17851309.

Consonni, M.; Telesca, A.; Dalla Bella, E.; Bersano, E.; Lauria, G. (2021): Amyotrophic lateral sclerosis patients' and caregivers' distress and loneliness during COVID-19 lockdown. In: *Journal of neurology* 268 (2), S. 420–423. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32696342/.

Cotterell, Natalie; Buffel, Tine; Phillipson, Christopher (2018): Preventing social isolation in older people. In: *Maturitas* 113, S. 80–84. DOI: 10.1016/j.maturitas.2018.04.014.

Cox, C. (2020): Older Adults and Covid 19: Social Justice, Disparities, and Social Work Practice. In: *Journal of gerontological social work* 63 (6), S. 611–624. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32807040/.

Crocker, T.; Forster, A.; Young, J.; Brown, L.; Ozer, S.; Smith, J. et al. (2013): Physical rehabilitation for older people in long-term care. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). DOI: 10.1002/14651858.CD004294.pub3.

Damerow, Stefan; Rommel, Alexander; Prütz, Franziska; Beyer, Ann-Kristin; Hapke, Ulfert; Schienkiewitz, Anja et al. (2020): Gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu Beginn der COVID-19-Pandemie. In: *Journal of Health Monitoring* (4), S. 3–22. DOI: 10.25646/7171.2.

Dawson, Walter D.; Ashcroft, Elizabeth C.; Lorenz-Dant, Klara; Comas-Herrera, Adelina (2020): Mitigating the Impact of the COVID-19 Outbreak: A Review of International Measures to Support Community-Based Care. Hg. v. CPEC-LSE. International Longterm Care Policy Network. Online verfügbar unter https://ltccovid.org/country-reports-on-covid-19-and-long-term-care/.

Defrancesco, M.; Bancher, C.; Dal-Bianco, P.; Hinterhuber, H.; Schmidt, R.; Struhal, W. et al. (2021): [Position paper of the Austrian Alzheimer Association (Österreichische Alzheimer Gesellschaft, ÖAG) : Effects of the COVID-19 pandemic in Austria on people with dementia and their care environment-problem areas, recommendations, and strategies]. In: *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Osterreichischer Nervenarzte und Psychiater* 35 (1), S. 35–47. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33123943/.

Dehi Aroogh, Manijeh; Mohammadi Shahboulaghi, Farahnaz (2020): Social Participation of Older Adults: A Concept Analysis. In: *International journal of community based nursing and midwifery* 8 (1), S. 55–72. DOI: 10.30476/IJCBNM.2019.82222.1055.

Deutsche Gesellschaft für Allgemein-und Familienmedizin e.V. (Hg.) (2022): SARS-CoV-2/Covid-19-Informationen & Praxishilfen für niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte. AWMF-Register-Nr. 053-054.

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (Hg.) (2020): S1 Leitlinie - Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. Langfassung. Unter Mitarbeit von Margareta Halek, Daniela Holle, Katrin Balzer, Anja Bieber, Dichter, Martin et al. Duisburg (AWMF-Registernummer 184 - 001). Online verfügbar unter https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/184-001.html, zuletzt geprüft am 16.11.2020.

Deutsche interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen (DiV-BVP); Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM); Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP); Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP); Deutschen-Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI); Deutsche Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) (Hg.) (2020): Ambulante patientenzentrierte Vorausplanung für den Notfall. Ein Leitfaden aus Anlass der Covid-19-Pandemie. Online verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_fuer_den_Notfall_LEITFADEN_20200409_final.pdf, zuletzt geprüft am 16.11.2020.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2014): Expertenstandard nach § 113a SGB XI. Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege. Abschlussbericht. Osnabrück. Online verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/Pflege_Expertenstandard_Mobilitaet_Abschlussbericht_14-07-14_finaleVersion.pdf, zuletzt geprüft am 01.12.2020.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2017): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. 1. Aktualisierung 2017. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2019): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Mai 2019. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).

DGKH-Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“; DGKH-Vorstand (2009): Kleidung und Schutzausruestung fuer Pflegeberufe aus hygienischer Sicht. In: *Krankenhaus-Hygiene + Infektionsverhütung* 31 (2), S. 61–67. DOI: 10.1016/j.khinf.2009.03.005.

Duckett, Kathy (2020): Behind the Mask: New Challenges to Gaining Patient Trust. In: *Home healthcare now* 38 (6), S. 327–330. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33165103/.

Eggert, Simon; Teubner, Christian; Budnick, Andrea; Gellert, Paul; Kuhlmey, Adelheid (2020): Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege. Berlin. Online verfügbar unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Angeh%C3%B6rigeCOVID19.pdf, zuletzt geprüft am 15.11.2020.

Felembam, Ohood; John, Winsome St; Shaban, Ramon Z. (2012): Hand hygiene practices of home visiting community nurses: perceptions, compliance, techniques, and contextual factors of practice using the World Health Organization's "five moments for hand hygiene". In: *Home healthcare nurse* 30 (3), S. 152–160. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22391658.

Feo, Rebecca; Conroy, Tiffany; Jangland, Eva; Muntlin Athlin, Åsa; Brovall, Maria; Parr, Jenny et al. (2018): Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. In: *Journal of clinical nursing* 27 (11-12), S. 2285–2299. DOI: 10.1111/jocn.14247.

Fessler, E. B.; Soriano, T.; Whitehouse, C. R.; Miller, R. K. (2021): Home-Based Medical Care: High-Value Health Care During Coronavirus Disease 2019 and Beyond. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 69 (2), S. 289–292. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33283263/.

Finkelstein, Stan; Prakash, Shiva; Nigmatulina, Karima; McDevitt, James; Larson, Richard (2011): A home toolkit for primary prevention of influenza by individuals and families. In: *Disaster medicine and public health preparedness* 5 (4), S. 266–271. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22146665.

Geyer, J.; Böhm, F.; Müller, J.; Friedrichs, J.; Klatt, T.; Schiller, C. et al. (2020a): Die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen während der Coronavirus-Pandemie Eine qualitative Studie. In: *Pflege* 33 (4), S. 189–197. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32811323/.

Geyer, Jennifer; Böhm, Fabiola; Müller, Julia; Friedrichs, Juliane; Klatt, Thomas; Schiller, Christine et al. (2020b): Die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und pflegenden Angehörigen während der Coronavirus-Pandemie. In: *Pflege* 33 (4), S. 189–197. DOI: 10.1024/1012-5302/a000750.

Giebel, C.; Hanna, K.; Cannon, J.; Eley, R.; Tetlow, H.; Gaughan, A. et al. (2020): Decision-making for receiving paid home care for dementia in the time of COVID-19: a qualitative study. In: *BMC geriatrics* 20 (1), S. 333. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32900360/.

Glauser, Wendy (2020): Proposed protocol to keep COVID-19 out of hospitals. In: *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 192 (10), E264-E265. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32152059.

Gräßel, E.; Behrndt; E. (2016): Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber und A. Schwinger (Hg.): Pflegereport 2016. Die Pflegenden im Fokus. Stuttgart: Schattauer, S. 169–187, zuletzt geprüft am 15.11.2020.

Greenhalgh, T.; Knight, M.; Inda-Kim, M.; Fulop, N. J.; Leach, J.; Vindrola-Padros, C. (2021): Remote management of covid-19 using home pulse oximetry and virtual ward support. In:

BMJ (Clinical research ed.) 372, n677. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33766809/.

Greenhalgh, Trisha; Vijayaraghavan, Shanti; Wherton, Joe; Shaw, Sara; Byrne, Emma; Campbell-Richards, Desirée et al. (2016): Virtual online consultations: advantages and limitations (VOCAL) study. In: *BMJ open* 6 (1). DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009388.

Habel, Simone; Tschenker, Theresa (2020): Stay At Work. Zur Situation der Live-In-Pflege in der Corona-Krise. In: *Soziale Sicherheit* (6), S. 215–219.

Hahnel, E.; Braesecke; G.; Rieckhoff, S.; Pörschmann,-Schreiber, U.; Engelmann, F. (2020): Studie zu den Potenzialen der Telepflege in der pflegerischen Versorgung. Endbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. IGES Institut. Berlin.

Heidemann, Christian; Paprott, Rebecca; Huebl, Lena; Scheidt-Nave, Christa; Reitzle, Lukas (2020): Selbst eingeschätzte medizinische Versorgung im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland: Ergebnisse der COSMO-Studie (46), S. 3–10. DOI: 10.25646/7208.2.

Herrera, David; Serrano, Jorge; Roldán, Silvia; Sanz, Mariano (2020): Is the oral cavity relevant in SARS-CoV-2 pandemic? In: *Clinical Oral Investigations* 24 (8), S. 2925–2930. DOI: 10.1007/s00784-020-03413-2.

Hogg, William; Huston, Patricia; Martin, Carmel; Saginur, Raphael; Newbury, Adriana; Vilis, Eileen; Soto, Enrique (2006): Promoting best practices for control of respiratory infections: collaboration between primary care and public health services. In: *Canadian family physician Medecin de famille canadien* 52 (9), S. 1110–1111. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17279223.

Horter, Shona; Stringer, Beverley; Reynolds, Lucy; Shoaib, Muhammad; Kasozi, Samuel; Casas, Esther C. et al. (2014): Home is where the patient is": a qualitative analysis of a patient-centred model of care for multi-drug resistant tuberculosis. In: *BMC health services research* 14, S. 81. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24559177.

Huckery, Wendy (2007): What does isolation mean in home healthcare? In: *Home healthcare nurse* 25 (8), 537-42; quiz 543-4. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17828010.

Huxhold, Oliver; Engstler, Heribert; Klaus, Daniela (2020): Risiken der Kontaktsperre für soziale Kontakte, soziale Unterstützung und ehrenamtliches Engagement von und für ältere Menschen. Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (DZA-Factsheet). Online verfügbar unter https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Fac_Sheet_Coronoa3_Kontaktsperre.pdf, zuletzt geprüft am 16.11.2020.

Hwang, Y.; Connell, L. M.; Rajpara, A. R.; Hodgson, N. A. (2021): Impact of COVID-19 on Dementia Caregivers and Factors Associated With their Anxiety Symptoms. In: *American journal of Alzheimer's disease and other dementias* 36, 15333175211008768. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33853394/.

International Federation of Red Cross and Crescent Societies (IFRC), Unicef, World Health Organization (WHO) (2020): RCCE Action Plan Guidance. Covid-19.Preparedness & Response. International Federation of Red Cross and Crescent Societies (IFRC), Unicef, World Health Organization (WHO). Genf, New York City, Kopenhagen (?).

Irani, E.; Niyomyart, A.; Hickman, R. L. (2021): Family Caregivers' Experiences and Changes in Caregiving Tasks During the COVID-19 Pandemic. In: *Clinical nursing research*, 10547738211014211. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33998836/.

Jackson, Debra; Kozlowska, Olga (2018): Fundamental care-the quest for evidence. In: *J Clin Nurs* 27 (11-12), S. 2177–2178. DOI: 10.1111/jocn.14382.

Jahiel, Rene I. (2015): A Structural and Conceptual Modification of the International Classification of Function, Disability and Health (ICF). In: *Rehabilitation Process and Outcome* 4, RPO.S13340. DOI: 10.4137/RPo.s13340.

Jan, Karen (2007): Avian flu: pandemic preparedness. In: *Home healthcare nurse* 25 (10), 637-42; quiz 643-4. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17984642.

Jenkinson, Helen; Wright, Debbie; Jones, Martin; Dias, Esther; Pronyszyn, Anna; Hughes, Kath et al. (2006): Prevention and control of infection in non-acute healthcare settings. In: *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)* 20 (40), 56-63; quiz 66. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16802591.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hg.) (2022): Videosprechstunde: telemedizinisch gestützte Betreuung von Patienten. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php, zuletzt aktualisiert am 31.03.2022, zuletzt geprüft am 24.04.2022.

Kirkland-Kyhn, Holly; Generao, Stephanie Anne; Teleten, Oleg; Young, Heather M. (2018): Teaching Wound Care to Family Caregivers. In: *The American journal of nursing* 118 (3), S. 63–67. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29470220.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (2015): Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58 (10), S. 1151–1170. DOI: 10.1007/s00103-015-2234-2.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut (2016): Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens : Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (9), S. 1189–1220. DOI: 10.1007/s00103-016-2416-6.

Kunz, Roland; Minder, Markus (2020): COVID-19 pandemic: palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. In: *Swiss medical weekly* 150, w20235. DOI: 10.4414/smw.2020.20235.

Lee, Kathleen C.; Morgan, Anna U.; Chaiyachati, Krisda H.; Asch, David A.; Xiong, Ruiying A.; Do, David et al. (2022): Pulse Oximetry for Monitoring Patients with Covid-19 at Home — A Pragmatic, Randomized Trial. In: *New England Journal of Medicine*. DOI: 10.1056/NEJMc2201541.

Leiss, Jack K. (2014): Safety climate and use of personal protective equipment and safety medical devices among home care and hospice nurses. In: *Industrial health* 52 (6), S. 492–497. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25055845.

Lichte, T.; Höppner, C.; Mohwinkel, L.-M.; Jäkel, K.; Wilfling, D.; Holle, D. et al. (2018): Pflegende Angehörige von Erwachsenen. S3-Leitlinie. DEGAM-Leitlinie Nr. 6. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Allgemein-und Familienmedizin e.V. Berlin.

Lightfoot, E.; Moone, R. P. (2020): Caregiving in Times of Uncertainty: Helping Adult Children of Aging Parents Find Support during the COVID-19 Outbreak. In: *Journal of gerontological social work* 63 (6), S. 542–552. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32449648/.

Little, Paul; Read, Robert C.; Amlôt, Richard; Chadborn, Tim; Rice, Cathy; Bostock, Jennifer; Yardley, Lucy (2020): Reducing risks from coronavirus transmission in the home-the role of viral load. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 369, m1728. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32376669.

Liu, C.; Cao, Y.; Lin, J.; Ng, L.; Needleman, I.; Walsh, T.; Li, C. (2018): Oral care measures for preventing nursing home-acquired pneumonia. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9). DOI: 10.1002/14651858.CD012416.pub2.

Lorenz-Dant, Klara (2020): International examples of measures to support unpaid carers during the COVID-19 pandemic. Hg. v. CPEC-LSE. International Long-Term Care Policy Network.

Makaroun, L. K.; Beach, S.; Rosen, T.; Rosland, A. M. (2021): Changes in Elder Abuse Risk Factors Reported by Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 69 (3), S. 602–603. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33349915/.

Mangiapane, S.; Zhu, L., Kretschmann, J.; Czihal, T.; Stillfried, D. von (2021): Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsinanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das Jahr 2020. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung. Berlin, zuletzt geprüft am 24.04.2022.

Marathe, Achla; Lewis, Bryan; Chen, Jiangzhuo; Eubank, Stephen (2011): Sensitivity of household transmission to household contact structure and size. In: *PloS one* 6 (8), e22461. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21829625.

Márquez-Serrano, Margarita; González-Juárez, Xochitl; Castillo-Castillo, Lorena E.; González-González, Leonel; Idrovo, Alvaro J. (2012): Social network analysis to evaluate nursing interventions to improve self-care. In: *Public health nursing (Boston, Mass.)* 29 (4), S. 361–369. DOI: 10.1111/j.1525-1446.2012.01014.x.

Martin, Sharon Dezzani (2006): Infection control matters in home healthcare. In: *Home healthcare nurse* 24 (8), S. 485–486. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17012950.

Marziliano, Allison; Burns, Edith; Chauhan, Lakshpaul; Liu, Yan; Makhnevich, Alex; Zhang, Meng et al. (2022): Patient Factors and Hospital Outcomes Associated With Atypical Presentation in Hospitalized Older Adults With COVID-19 During the First Surge of the Pandemic.

In: *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* 77 (4), e124-e132. DOI: 10.1093/gerona/glab171.

McGoldrick, Mary (2017): Best Practices for Home Care "Bag Technique" and the Use of Surface Barriers. In: *Home healthcare now* 35 (9), S. 478–484. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28953538.

Mortenson, L. Y.; Malani, P. N.; Ernst, R. D. (2020): Caring for Someone With COVID-19. In: *JAMA* 324 (10), S. 1016. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32897347/.

Münch, Urs; Müller, Heidi; Deffner, Teresa; Schmude, Andrea von; Kern, Martina; Kiepke-Ziemes, Susanne; Radbruch, Lukas (2020): Empfehlungen zur Unterstützung von belasteten, schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in der Corona-Pandemie aus palliativmedizinischer Perspektive : Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), des Bundesverbands Trauerbegleitung (BVT), der Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF). In: *Schmerz (Berlin, Germany)* 34 (4), S. 303–313. DOI: 10.1007/s00482-020-00483-9.

NHS Education for Scotland (2020): COVID 19 - Mouth care advice for hospitals during the pandemic. Online verfügbar unter https://learn.nes.nhs.scot/29826/oral-health-improvement-for-priority-groups/covid-19-mouth-care-advice-for-hospitals-during-the-pandemic, zuletzt geprüft am 02.11.2020.

Noone, Chris; McSharry, Jenny; Smalle, Mike; Burns, Annette; Dwan, Kerry; Devane, Declan; Morrissey, Eimear C. (2020): Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 5, CD013632. DOI: 10.1002/14651858.CD013632.

Park, S. S. (2021): Caregivers' Mental Health and Somatic Symptoms During COVID-19. In: *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 76 (4), e235-e240. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32738144/.

Perrotta, Fabio; Corbi, Graziamaria; Mazzeo, Grazia; Boccia, Matilde; Aronne, Luigi; D'Agnano, Vito et al. (2020): COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. In: *Aging Clinical and Experimental Research* 32 (8), S. 1599–1608. DOI: 10.1007/s40520-020-01631-y.

Physical Activity Guidelines Advisory Committee (2018): 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Hg. v. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Washington. Online verfügbar unter https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf, zuletzt geprüft am 16.11.2020.

Pinkert, Christiane; Köhler, Kerstin; Kutzleben, Milena von; Hochgräber, Iris; Cavazzini, Christoph; Völz, Silke et al. (2019): Social inclusion of people with dementia – an integrative review of theoretical frameworks, methods and findings in empirical studies. In: *Ageing and Society*, S. 1–21. DOI: 10.1017/S0144686X19001338.

Piškur, Barbara; Daniëls, Ramon; Jongmans, Marian J.; Ketelaar, Marjolijn; Smeets, Rob J. E. M.; Norton, Meghan; Beurskens, Anna J. H. M. (2014): Participation and social participation: are they distinct concepts? In: *Clinical rehabilitation* 28 (3), S. 211–220. DOI: 10.1177/0269215513499029.

Pogorzelska-Maziarz, M.; Chastain, A. M.; Mangal, S.; Stone, P. W.; Shang, J. (2020): Home Health Staff Perspectives on Infection Prevention and Control: Implications for Coronavirus Disease 2019. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 21 (12), 1782-1790.e4. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33256957/.

Public Health England (2020): Mouth care for hospitalised patients with confirmed or suspected COVID-19. Guidance. Online verfügbar unter https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-mouth-care-for-patients-with-a-confirmed-or-suspected-case/mouth-care-for-hospitalised-patients-with-confirmed-or-suspected-covid-19, zuletzt geprüft am 02.11.2020.

Quail, Z.; Bolton, L.; Massey, K. (2021): Digital delivery of non-pharmacological intervention programmes for people living with dementia during the COVID-19 pandemic. In: *BMJ case reports* 14 (6). Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34140328/.

Rainero, I.; Bruni, A. C.; Marra, C.; Cagnin, A.; Bonanni, L.; Cupidi, C. et al. (2020): The Impact of COVID-19 Quarantine on Patients With Dementia and Family Caregivers: A Nation-Wide Survey. In: *Frontiers in aging neuroscience* 12, S. 625781. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33536898/.

Räker, Miriam; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (2021): Pflegerische Versorgung in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie. In: Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmey, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hg.): Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 33–58.

Richardson, E.; Aissat, D.; Williams, G. et al. (2020): Keeping what works: Remote Consultations during the Covid-19 pandemic. In: *Eurohealth* 26 (2), S. 73–76.

Robert Koch-Institut (2020a): Falldefinition Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) (SARS-CoV-2). Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Falldefinition.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aktualisiert am 23.12.2020, zuletzt geprüft am 14.06.2022.

Robert Koch-Institut (2020b): Hinweise zu Reinigung und Desinfektion von Ober-flächen außerhalb von Gesundheits-einrichtungen im Zusammen-hang mit der COVID-19-Pandemie. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Reinigung_Desinfektion.html, zuletzt aktualisiert am 03.07.2020, zuletzt geprüft am 14.06.2022.

Robert Koch-Institut (2021a): Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html, zuletzt aktualisiert am 26.11.2021, zuletzt geprüft am 14.06.2022.

Robert Koch-Institut (2021b): Hinweise zum beispielhaften An- und Ablegen von PSA für Fachpersonal. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/PSA_Fachpersonal/Dokumente_Tab.html, zuletzt aktualisiert am 3.2.201, zuletzt geprüft am 14.06.2022.

Robert Koch-Institut (2022a): COVID-19-Verdacht: Maßnahmen und Testkriterien - Orientierungshilfe für Ärzte (Stand: 25.03.2022). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Massnahmen_Verdachtsfall_Infografik_Tab.html, zuletzt aktualisiert am 25.03.2022, zuletzt geprüft am 14.06.2022.

Robert Koch-Institut (2022b): Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html, zuletzt aktualisiert am 30.05.2022, zuletzt geprüft am 14.06.2022.

Robert Koch-Institut (2022c): Fachliche Empfehlungen zu erweiterten Infektionsschutzmaßnahmen für die Sterbebegleitung in Einrichtungen der Pflege und der Gesundheitsversorgung und Ausnahmen von der Absonderungspflicht. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Infektionsschutz_Sterbebegleitung.html, zuletzt aktualisiert am 11.03.2022, zuletzt geprüft am 13.06.2022.

Robert Koch-Institut (2022d): Häusliche Isolierung bei bestätigter COVID-19-Erkrankung: Flyer für Patienten und Angehörige. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/haeusl-Isolierung.html, zuletzt aktualisiert am 24.05.2022, zuletzt geprüft am 14.06.2022.

Robert Koch-Institut (2022e): Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html, zuletzt aktualisiert am 13.06.2022, zuletzt geprüft am 13.06.2022.

Robert Koch-Institut (RKI) (2020a): Häusliche Isolierung bei bestätigter COVID-19-Erkrankung: Flyer für Patienten und Angehörige. RKI. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Flyer_Patienten.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 11.07.2020.

Robert Koch-Institut (RKI) (2020b): Hinweise für ambulante Pflegedienste im Rahmen der COVID-19-Pandemie. RKI. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Altenpflegeheime.html, zuletzt aktualisiert am 22.04.2020, zuletzt geprüft am 28.05.2020.

Robert Koch-Institut (RKI) (2020c): COVID-19 Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen. Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte. Robert Koch-Institut (RKI). Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Massnahmen_Verdachtsfall_Infografik_DINA3.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 15.11.2020.

Rothgang, Heinz (2020): Zur Situation der häuslichen Pflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung von informellen Pflegepersonen im

erwerbsfähigen Alter. SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik; Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) Universität Bremen. Bremen.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf: Pflegereport 2018 (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 12), zuletzt geprüft am 15.11.2020.

Ryoo, N.; Pyun, J. M.; Baek, M. J.; Suh, J.; Kang, M. J.; Wang, M. J. et al. (2020): Coping with Dementia in the Middle of the COVID-19 Pandemic. In: *Journal of Korean medical science* 35 (42), e383. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33140593/.

Saraiva, M. D.; Apolinario, D.; Avelino-Silva, T. J.; Assis Moura Tavares, C. de; Gattás-Vernaglia, I. F.; Marques Fernandes, C. et al. (2021): The Impact of Frailty on the Relationship between Life-Space Mobility and Quality of Life in Older Adults during the COVID-19 Pandemic. In: *The journal of nutrition, health & aging* 25 (4), S. 440–447. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33786560/.

Schaeffer, Doris; Ewers; Michael; Horn, Annett; Büker, Christa; Gille, Svea et al. (2020): Gesundheitskompetenz. Kurzinformation für Pflegefachpersonen. Hg. v. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe und Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe; Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Berlin. Online verfügbar unter https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Gesundheitskompetenz-Broschuere.pdf, zuletzt geprüft am 16.11.2020.

Schürmann, Norbert; Horlemann, Johannes; Gerhard, Christoph; Thöns, Matthias; Überall, Michael (2020): S1-Leitlinie der DGS - Palliativmedizin in der Corona-Pandemie. In: *Schmerzmed.* 36 (3), S. 42–43. DOI: 10.1007/s00940-020-1723-z.

Schwedler, Anna; Konopik, Nadine; Heber, Lukas; Wellenhofer, Marina; Oswald, Frank; Zenz, Gisela; Salgo, Ludwig (2017): Gewalt gegen alte Menschen in häuslicher Pflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 50 (4), S. 294–297. DOI: 10.1007/s00391-017-1232-4.

Siegel, Jane; Rhinehart, Emily; Jackson, Margeruite; Chiarello, Linda; the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2019): 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. last updated July 2019. Hg. v. U. S. Department of Health and Human Services / Centers for Disease Control and Prevention. Online verfügbar unter https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html, zuletzt geprüft am 05.08.2020.

Sirsch, E.; Schuler, M.; Fischer, T.; Gnass, I.; Laekeman, M.A; Leonhardt, C. et al. (2012): Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe (4). Online verfügbar unter http://www.springerlink.com/content/435x055684574q53/fulltext.pdf, zuletzt geprüft am 03.09.2012.

Struyf, T.; Deeks, J.; Dinnes, J.; Takwoingi, Y.; Davenport, C.; Leeflang, M. et al. (2020): Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). DOI: 10.1002/14651858.CD013665.

Suarez-Gonzalez, Aida; Livingston, Gill; Comas-Herrera, Adelina (2020): Updated Report: The impact of the COVID-19 pandemic on people living with dementia in UK. Hg. v. CPEC-LSE.

International Long-Term Care Policy Network. Online verfügbar unter https://ltcco-vid.org/2020/06/01/updated-report-the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-people-living-with-dementia-in-uk/, zuletzt geprüft am 22.06.2020.

Suter, Paula; Yueng, Carole; Johnston, Donna; Suter, W. Newton (2009): Telehealth infection control: a movement toward best practice. In: *Home healthcare nurse* 27 (5), S. 319–323. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19448500.

Tam, M. T.; Dosso, J. A.; Robillard, J. M. (2021): The Impact of a Global Pandemic on People Living with Dementia and Their Care Partners: Analysis of 417 Lived Experience Reports. In: *Journal of Alzheimer's disease : JAD* 80 (2), S. 865–875. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33554905/.

Tannenbaum, Scott I.; Traylor, Allison M.; Thomas, Eric J.; Salas, Eduardo (2021): Managing teamwork in the face of pandemic: evidence-based tips. In: *BMJ quality & safety* 30 (1), S. 59–63. DOI: 10.1136/bmjqs-2020-011447.

Taylor, Janice; Sims, Jane; Haines, Terry P. (2011): The impact of manual handling on nursing home resident mobility during transfers on and off furniture: a systematic review. In: *Journal of gerontological nursing* 37 (8), S. 48–56. DOI: 10.3928/00989134-20110329-02.

Thornton, J. (2020): The "virtual wards" supporting patients with covid-19 in the community. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 369, m2119. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32499317/.

United Nations (2020): The Impact of covid-19 on older persons. United Nations. New York. Online verfügbar unter https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_covid-19_and_older_persons_1_may_2020.pdf.

van Maurik, I. S.; Bakker, E. D.; van den Buuse, S.; Gillissen, F.; van de Beek, M.; Lemstra, E. et al. (2020): Psychosocial Effects of Corona Measures on Patients With Dementia, Mild Cognitive Impairment and Subjective Cognitive Decline. In: *Frontiers in psychiatry* 11, S. 585686. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33192733/.

Vinkers, Christiaan; van Amelsvoort, Therese; Bisson, Jonathan; Branchi, Igor; Cryan, John; Domschke, Katharina et al. (2020): Stress resilience during the coronavirus pandemic. In: *European Neuropsychopharmacology* 35, S. 12–16. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2020.05.003.

Vygen-Bonnet, Sabine; Koch, Judith; Bogdan, Christian; Harder, Thomas; Heininger, Ulrich; Kling, Kerstin et al. (2021): Beschluss der STIKO zur 2. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung. In: *Epidemiologisches Bulletin* (5), S. 3–79. DOI: 10.25646/7820.3.

Ward, Deborah (2017): Implementing infection prevention and control precautions in the community. In: *British journal of community nursing* 22 (3), S. 116–118. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28252322.

Wetzstein, Matthias; Rommel, Alexander; Lange, Cornelia (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. In: *GBEkompakt* 6 (3). DOI: 10.17886/RKI-GBE-2016-018.

Wingenfeld, Klaus; Büscher, Andreas; Schaeffer, Doris (2011): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Berlin (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 1).

Wolf-Ostermann, Karin; Rothgang, Heinz (2020): Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik. Bremen. Online verfügbar unter https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fb11/Aktuelles/Corona/Ergebnisbericht_Coronabefragung_Uni-Bremen.pdf, zuletzt geprüft am 19.06.2020.

World Health Organization (WHO), Human Reproduction Programm (HRP) (2020): Adressing Human Rights as key to the Covid-19 Response. Kopenhagen.

World Health Organization (WHO). Western Pacific Region (2020): Guidance on COVID-19 for the care of older people and people living in long-term care facilities, other non-acute care facilities and home care. WHO. Western Pacific Region. Manila (?).

World Health Organization (WHO) (2020): Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts. World Health Organization (WHO). Online verfügbar unter https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1292529/retrieve, zuletzt geprüft am 15.11.2020.

World Health Organization (WHO); United Nations Children's Fund (UNICEF) (2020): Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. Interim Guidance. International Federation of Red Cross and Crescent Societies (IFRC), Unicef, World Health Organization (WHO). Genf, New York City, Kopenhagen (?).

Wu, Chaomin; Chen, Xiaoyan; Cai, Yanping; Xia, Jia'an; Zhou, Xing; Xu, Sha et al. (2020): Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. In: *JAMA internal medicine* 180 (7), S. 934–943. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.0994.

Yi, X.; Jamil, N. B.; Gaik, I.T.C.; Fee, L. S. (2020): Community nursing services during the COVID-19 pandemic: the Singapore experience. In: *British journal of community nursing* 25 (8), S. 390–395. Online verfügbar unter https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32757894/.

Zentrum für Qualität in der Pflege (o.J.): Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen verhindern. Online verfügbar unter https://www.zqp.de/einblick-gewalt-verhindern/, zuletzt geprüft am 24.04.2022.

Zerah, Lorène; Baudouin, Édouard; Pépin, Marion; Mary, Morgane; Krypciak, Sébastien; Bianco, Céline et al. (2020): Clinical Characteristics and Outcomes of 821 Older Patients With SARS-Cov-2 Infection Admitted to Acute Care Geriatric Wards: A Multicenter Retrospective Cohort Study. In: *The Journals of Gerontology: Series A*. DOI: 10.1093/gerona/glaa210.

Zhu, Jieyun; Zhong, Zhimei; Ji, Pan; Li, Hongyuan; Li, Bocheng; Pang, Jielong et al. (2020): Clinicopathological characteristics of 8697 patients with COVID-19 in China: a meta-analysis. In: *Family Medicine and Community Health* 8 (2). DOI: 10.1136/fmch-2020-000406.

Versions-Nummer:	**3.0**
Erstveröffentlichung:	**12/2020**
Überarbeitung von:	**10/2022**
Nächste Überprüfung geplant:	**10/2027**

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online