



S1 Leitlinie

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

Langfassung
Stand: 22.02.2021

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 21 / Evangelische Hochschule Dresden

Steuerungsgruppe (mit Koordinator*innen)

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

Prof. Dr. Kirsten Kopke; Hochschule 21 / Evangelische Hochschule Dresden

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

ab hier alphabetisch

Prof. Dr. Christa Büker

Dr. Katharina Graffmann-Weschke

Prof. Dr. Annett Horn

Prof. Dr. Ulrike Junius-Walker

Prof. Dr. Susanne Kümpers

Prof. Dr. Günter Meyer

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)

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)

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

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

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

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

Diese Leitlinie wurde am 15.4.2021 durch die AWMF angenommen und ist bis zur nächsten Überarbeitung,

spätestens bis 14.4.2022 gültig.

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.) (2021). S1 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, so dass 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.

S1 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 | hs21 / Evangelische Hochschule Dresden

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)

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)

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

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

Unter Mitarbeit von

Lydia Ulrich; Evangelische Hochschule Dresden

Inhalt

1	Hintergrund	10
1.1	Bedeutung des Themas.....	10
1.2	Zentrale Begriffe	11
1.2.1	Lebensqualität	11
1.2.2	Soziale Teilhabe	11
1.3	Adressat*innen der Leitlinie	12
1.4	Geltungsbereich der Leitlinie	12
1.5	Besonderheiten des Settings ambulante Pflege	13
1.5.1	Teilleistungsprinzip und Auftragsverhältnis	13
1.5.2	Gaststatus im Zuhause der Person mit Pflegebedürftigkeit.....	14
1.5.3	Herausforderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit.....	14
1.5.4	Herausragender Beitrag der pflegenden Angehörigen	15
1.6	Zielsetzung der Leitlinie	15
1.7	Schlüsselfragen.....	16
1.8	Empfehlungen der Leitlinie	16
2	Sprache und in dieser Leitlinie verwendete Begriffe	18
2.1	Person mit Pflegebedürftigkeit	18
2.2	Angehörige	18
2.3	Pflegefachperson	18
2.4	Ambulanter Pflegedienst	19
3	Empfehlungen zum Infektionsschutz unter Erhalt von sozialer Teilhabe und Lebensqualität	20
	Vorkehrungen	21
3.1	Der ambulante Pflegedienst soll einen Pandemieplan erstellen, welcher die Wahrung der Würde der Person mit Pflegebedürftigkeit in den Mittelpunkt stellt.....	21
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 Pflege- und Betreuungspersonen beim ambulanten Pflegedienst ausfallen, handlungsfähig zu sein.	21
3.3	Die Mitarbeiter*innen sollen Schulungen zur Umsetzung der Infektionsschutzmaßnahmen erhalten.....	23
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.	24
	Infektionsschutz.....	24
3.5	Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit mit SARS-CoV-2 soll der ambulante Pflegedienst darauf hinwirken, dass sich diese im eigenen Haushalt segregiert.	25

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.	25
3.7	Die Pflegefachperson prüft gemeinsam 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.....	26
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. Die Pflegefachperson wirkt darauf hin, dass auch Besucher*innen von Personen mit Pflegebedürftigkeit sich entsprechend verhalten.	27
3.9	Die Pflegefachperson sollte 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.	28
3.10	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.	29
3.11	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.....	30
3.12	Der ambulante Pflegedienst soll für das regelmäßige Lüften der Innenräume sorgen und die Person mit Pflegebedürftigkeit und die pflegenden Angehörigen dazu anleiten.	32
3.13	Die allgemeinen Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen müssen auch von geimpften Personen weiterhin zwingend eingehalten werden.	33
	Basispflege	33
3.14	Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die körpernahe Basispflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes.....	33
3.15	Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die Mundpflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes.....	34
3.16	Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die Nasenpflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes.....	35
	Soziale Teilhabe und Lebensqualität	36
3.17	Bei Menschen mit visuellen, akustischen und kognitiven Beeinträchtigungen soll die verbale und nonverbale Kommunikation angepasst werden.....	36
3.18	Die Person mit Pflegebedürftigkeit soll dabei unterstützt werden, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten.....	37
3.19	Die Person mit Pflegebedürftigkeit soll individuelle Angebote zur Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit erhalten	38

3.20	Die Pflegefachperson wirkt darauf hin, dass die Person mit Pflegebedürftigkeit individuell abgestimmte Ernährungsangebote erhält.	39
	Abklärung eines Infektionsverdachts	40
3.21	Beim begründeten Verdacht auf eine COVID-19-Erkrankung soll die Pflegefachperson dies gemäß Infektionsschutzgesetz an das zuständige Gesundheitsamt melden.....	40
3.22	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.	40
4	Empfehlungen zur Unterstützung von Angehörigen	44
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.....	44
4.2	Die Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit sollen regelmäßig Angebote zur Schulung über Basishygienemaßnahmen erhalten oder über vorhandene Angebote informiert werden.....	46
4.3	Die Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit sollten über Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung sowie Dienstleistungen und Hilfestrukturen im Wohnumfeld zur Entlastung und gleichzeitigen Sicherstellung der Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit informiert werden.....	47
4.4	Die Angehörigen sollen durch die ambulanten Pflegedienste psychosoziale Unterstützung erhalten oder auf Angebote der psychosozialen Unterstützung aufmerksam gemacht werden.	48
4.5	Die ambulanten Pflegedienste sollen die bisher vereinbarte Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten, soweit dies von ihr und den Angehörigen gewünscht wird.....	49
4.6	Die ambulanten Pflegedienste sollen zusammen mit den Angehörigen und der Person mit Pflegebedürftigkeit einen individuellen Notfallplan zur Sicherstellung der Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit bei Erkrankung des Angehörigen entwickeln.	49
4.7	Der ambulante Pflegedienst sollte die Person mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige bei der Organisation und Wahrnehmung von Impfterminen unterstützen, sofern von der Person mit Pflegebedürftigkeit gewünscht.....	50
5	Empfehlungen zur interprofessionellen Zusammenarbeit	52
5.1	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.....	52
5.2	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.	53

5.3	Bei einer schweren COVID-Erkrankung von Personen mit Pflegebedürftigkeit soll die Entscheidung über eine Krankenhauseinweisung oder (möglicherweise palliative) Betreuung zuhause durch den ambulanten Pflegedienst angemessen unterstützt werden.	54
5.4	Bei einer bestehenden COVID-Erkrankung in häuslicher Versorgung soll ein regelmäßiger Austausch zwischen der/dem betreuenden Hausärzt*in und dem ambulanten Pflegedienst erfolgen.....	55
5.5	Pflegefachpersonen des ambulanten Pflegedienstes sollen Personen mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige hinsichtlich ihrer Entscheidungen zur Wahrnehmung von Tagespflege und Ersatzformen beraten.	56
5.6	Der ambulante Pflegedienst soll prüfen, ob er bei einem Wegfall der üblicherweise genutzten Tagespflege zusätzliche Angebote für Personen mit Pflegebedürftigkeit bereitstellen kann (z.B. stundenweise Betreuung).....	56
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.....	57
6	Literaturverzeichnis	59

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 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 Pflegebedürftige 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.

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 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. werden Leistungen der Tagespflege beschränkt oder komplett eingestellt, 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 Tagespflege zu kompensieren, was aber aus organisatorischen, finanziellen und personellen Gründen nicht immer möglich ist.

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 pflegebedürftige Personen 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 pflegebedürftige Personen, bei denen Arrangements mit Betreuungskräften aus dem Ausland erfolgen, müssen ggf. Lösungen mit Vermittlungsagenturen gefunden werden (Habel und Tschenker 2020), wenn die eingesetzten Personen entweder nicht verfügbar sind oder – aufgrund von Quarantänevorschriften in ihren Herkunftsländern – länger als eigentlich geplant vor Ort bleiben.

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.

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.

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 freizeitleiche 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.

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 dieser Version der

Leitlinie aus pragmatischen Gründen nicht separat adressiert und sollen bei der nächsten Aktualisierung genauer berücksichtigt werden. 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. Allerdings 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 Vorkehrungen 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 Hausarzt*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 leistungsmäßig 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, Hausarzt*innen, Facharzt*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 S1-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“ (Wingefeld 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 trifft die gesamte Gesundheitsversorgung in einem bisher ungekannten Ausmaß. Auch ambulante Pflegedienste sind 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 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 (Pflegerische Angehörige, ambulante Pflegedienste, teilstationäre und ergänzende Leistungen) versorgt werden, bedeutet vor allem das Wegbrechen regelmäßiger Angebote von Tagesstrukturierung, wie z.B. der Tagespflege oder der Inanspruchnahme von ehrenamtlichen Besuchsdiensten, erhebliche Versorgungsbrüche. 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 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 <ul style="list-style-type: none">• Amirov et al. 2007• Robert Koch-Institut (RKI) 2020d	


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) 2020d). Die kommunalen Gesundheitsämter sind gefordert, die ambulanten Pflegedienste durch entsprechende Muster-Pandemiepläne und kompetente Ansprechpartner*innen zu unterstützen.

Der Pandemieplan sollte regelmäßig in Hinblick auf neue Erkenntnisse des Infektionsschutzes (Übertragungswege / Teststrategien / Impfeempfehlungen) 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 Zuständigkeiten, der Regelungen zur person-zentrierten Kommunikation und der Maßnahmen zur Bewältigung der Situation (Münch et al. 2020). Daneben sind in dem Konzept besondere Kommunikationsanforderungen 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 Pflege- und	Empfehlungsstärke: 
---	---

Betreuungspersonen beim ambulanten Pflegedienst ausfallen, handlungsfähig zu sein.	
Primärliteratur	
<ul style="list-style-type: none">• (AGE Platform Europe 2020; Dawson et al. 2020)• (United Nations 2020)	

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 Pflegebedürftigkeit 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 sollten, 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 <ul style="list-style-type: none">• (Jan 2007)• (Martin 2006)	


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 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.

Inhalte solcher Schulungen sollen sein:

- Infektionsschutzmaßnahmen (Huckery 2007; Jan 2007; Hogg et al. 2006; Bobolia 2006)
- Handhygiene (Jenkinson et al. 2006; Martin 2006; McGoldrick 2017; Cole 2007)
- Mund-Nasen-Maske (Dawson et al. 2020)
- Husten- und Niesetikette (Martin 2006)
- Verwendung der persönlichen Schutzausrüstung (Leiss 2014)
- Desinfektion von Oberflächen
- Umgang mit Materialien, die in den Haushalt mitgebracht werden und dort nicht verbleiben können (McGoldrick 2017)
- Dekontaminationsstrategie (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 <ul style="list-style-type: none"> • World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020 • Wu et al. 2020 	

Trotz der Einschränkungen aufgrund der Pandemie ist eine systematische Erfassung der pflegerischen und medizinischen Behandlungspräferenzen im Erkrankungsfall anzustreben. Durch die lebensbedrohlichen Krankheitsverläufe der COVID-19-Erkrankung mit Krankenhauseinweisung und ggf. intensivmedizinischer Behandlung ist die Bedeutung von Vorausplanung und Entscheidungsfindung für Behandlungssituationen bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen hoch. Eine Einweisung ins Krankenhaus oder gar eine intensivmedizinische Behandlung bei COVID-19-Infektion ist möglicherweise von der Person mit Pflegebedürftigkeit nicht gewünscht. Von besonderer Bedeutung ist deshalb in diesen Zeiten 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 Hausarzt 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 Hausarzt*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 Paragraph 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 darauf hinwirken, dass sich diese im eigenen Haushalt segregiert.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur <ul style="list-style-type: none"> • Jan 2007 	

Im Verdachts- und Erkrankungsfall mit SARS-CoV-2 sollte 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 sollte sich dazu auch mit dem/der Hausarzt*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). 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). Sollte 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, sollten 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. Andere Maßnahmen des Infektionsschutzes, wie in dieser Leitlinie beschrieben, sind bei dieser Personengruppe möglicherweise besser umzusetzen als eine Segregation.


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 <ul style="list-style-type: none"> • (Marathe et al. 2011) 	

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 pflegebedürftigen Person betreten, die nicht schon Teil dieses Haushalts ist. Dabei soll sie Maßnahmen zum Selbstschutz (persönliche Schutzausrüstung) ergreifen (siehe Abschnitt 3.8) sowie der aktuellen Strategie zu COVID-Tests folgen. 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 sollte 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, sollte auch nahestehenden Personen über die primäre Kontaktperson hinaus ermöglicht werden, unter Einhaltung der Maßnahmen zum Selbstschutz (Persönliche Schutzausrüstung) Kontakt zu der pflegebedürftigen Person zu haben.

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


<p>3.7 Die Pflegefachperson prüft gemeinsam 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.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur ---</p>	

Sowohl 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 3.5). 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 pflegebedürftigen Person und

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

- Präferenzen und Wünsche der pflegebedürftigen Person.
- Präferenzen und Wünsche der pflegenden Angehörigen; insbesondere Vermeidung einer Überforderung oder Isolation.
- Räumliche Situation: Ist ein dauerhafter Aufenthalt der pflegenden Angehörigen im Haushalt der pflegebedürftigen Person 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.
- Schnellstmögliche COVID-19-Impfung der Angehörigen.


<p>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. Die Pflegefachperson wirkt darauf hin, dass auch Besucher*innen von Personen mit Pflegebedürftigkeit sich entsprechend verhalten.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2021 • Jan 2007 	

Eine Mund-Nase-Bedeckung 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 (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2021). 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 pflegebedürftige Person 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, die Hände zu waschen oder ist dies nicht unter hygienischen Bedingungen möglich, kann alternativ eine hygienische Händedesinfektion mittels eines hierfür geeigneten Mittels durchgeführt werden.

<p>3.9 Die Pflegefachperson sollte 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.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020b • Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2021 	


Entsprechend der berufsgenossenschaftlichen Regeln für die ambulante Pflege (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020b, 2021) sollten auch Personen mit Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit Mund und Nase mit einer FFP-2-Maske bedecken, wenn Besucher*innen oder Personal des Pflegedienstes zugegen sind. In der eigenen Häuslichkeit kann in aller Regel dauerhaft ein Mindestabstand von 1,5 Metern NICHT eingehalten werden.

Der Mund-Nase-Schutz kann abgelegt werden, wenn dies aufgrund von Aktivitäten wie Essen, Trinken, Körperpflege, Mundpflege etc. erforderlich ist. Dabei ist es zwingend, dass das Personal des Pflegedienstes und möglichst auch Angehörige und andere Besucher*innen weiterhin eine FFP-2-Maske tragen.

Wenn der Mund-Nase-Schutz die Kommunikation deutlich erschwert oder sogar unmöglich macht, kann es erforderlich sein, ihn vorübergehend abzulegen und verstärkt auf andere Maßnahmen des Infektionsschutzes zu setzen (Eigenschutz der Besucher*innen und des Personals, Abstand, Lüften).

Bei der Abwägung, ob die Person mit Pflegebedürftigkeit einen Mund-Nase-Schutz in der eigenen Häuslichkeit trägt, sind auch soziale und psychologische Aspekte einzubeziehen.

Der Pflegedienst unterstützt die Person mit Pflegebedürftigkeit und ihre Angehörigen dabei, einen geeigneten Mund-Nase-Schutz zu finden und leitet zur korrekten Verwendung und ggf. Pflege (regelmäßige Reinigung oder Entsorgung) an.


3.10 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 <ul style="list-style-type: none"> • Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020b • (Robert Koch-Institut (RKI) 2020a) 	

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
- Schutzbrille oder Gesichtsschild.

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 sind. 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 (Garderobenstände, 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. Die PSA ist den Mitarbeiter*innen des Pflegedienstes durch den Arbeitgeber zur Verfügung zu stellen.

3.11 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 <ul style="list-style-type: none"> • Siegel et al. 2019 	

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.

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.
- **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 bei der höchstmöglichen Temperatur und mit Waschmittel, welches Bleiche beinhaltet, gewaschen werden (Ward 2017).

Für die Übertragung von SARS-CoV-2 spielen in erster Linie Tröpfcheninfektionen, aber auch virenhaltige Aerosole, die sich in der Raumluft ansammeln, eine bedeutsame Rolle. Auch eine Übertragung über kontaminierte Oberflächen wird als Möglichkeit diskutiert. Von besonderer Bedeutung ist es daher, die Verbreitung von Tröpfchen zu minimieren durch das Tragen von

Mund-Nase-Bedeckungen (siehe Abschnitte 3.8 und 3.9) und das regelmäßige Lüften der Räume (siehe Abschnitt 3.12) zur allgemeinen Infektionsprävention. Bei bestätigter oder vermuteter Infektion kommt das Tragen von Schutzbekleidung hinzu. Bei der Basispflege sind besondere Maßnahmen zu beachten (siehe Abschnitte 3.14, 3.15 und 3.16).

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. Oberflächen, welche von der infizierten Person berührt worden sind, sollen desinfiziert werden. 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 3.10).

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 des Pflegebedürftigen
- 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/>.

Sie soll außerdem darauf hinweisen, dass Personen mit Pflegebedürftigkeit und Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung (alle Pflegegrade) seit dem 30.09.2020 rückwirkend bis

01.04.2020 und solange die Pandemie dauern wird, den gesetzlichen Anspruch auf eine monatliche Pauschale von 60,00 € für die Anschaffung von Schutzmaterialien und Desinfektionsmittel (Lorenz Dant 2020a).

3.12 Der ambulante Pflegedienst soll für das regelmäßige Lüften der Innenräume sorgen und die Person mit Pflegebedürftigkeit und die pflegenden Angehörigen dazu anleiten.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur: <ul style="list-style-type: none">• Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020a• Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2020b	

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.).

Es kann ein CO₂-Messgerät zum Einsatz kommen, um die Qualität der Innenraumluft zu messen und dem entsprechend bedarfsangepasst zu lüften. Gemäß der Technischen Regel für Arbeitsstätten ASR A3.6 ist eine CO₂-Konzentration bis zu 1.000 ppm noch akzeptabel. Bei einer höheren CO₂-Konzentration muss gelüftet werden. In der Zeit der Epidemie ist dieser Wert soweit möglich zu unterschreiten. Allerdings bezieht sich die ASR A3.6 auf Arbeitsstätten, nicht auf Privaträume. Der Wert kann also lediglich als Anhaltspunkt dienen.


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 pflegebedürftigen Person 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.

3.13 Die allgemeinen Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen müssen auch von geimpften Personen weiterhin zwingend eingehalten werden.	Empfehlungsstärke 
Primärliteratur: <ul style="list-style-type: none"> • Vygen-Bonnet et al. 2021 	

Die bisher vorliegenden Daten zur Impfung erlauben es nicht, die Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe hinsichtlich einer Verhinderung oder Reduktion der Transmission abschließend zu bewerten. Bis zum Vorliegen von Daten zum Schutz der Impfung vor Transmission 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).

Basispflege


3.14 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die körpernahe Basispflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur ---	

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 Kozłowska 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 sollte die Person mit Pflegebedürftigkeit, wenn möglich, während der Ausführung körpernaher pflegerischer Aufgaben eine FFP-2-Maske ohne Auslassventil tragen, um die Pflegefachperson zu schützen. Die Maske sollte höchstens kurzfristig abgesetzt werden, wenn die Maßnahmen dies erforderlich machen.

<p>3.15 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die Mundpflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Robert Koch-Institut (RKI) 2020a • NHS Education for Scotland 2020 • Public Health England 2020 	

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 (RKI) 2020a), 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)
- Augen- / 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.

3.16 Bei einem Verdachts- oder Erkrankungsfall der Person mit Pflegebedürftigkeit soll die Nasenpflege fortgeführt werden unter angepassten Maßnahmen des Infektionsschutzes.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur ---	


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)
- Augen- / Gesichtsschild.


Soziale Teilhabe und Lebensqualität

<p>3.17 Bei Menschen mit visuellen, akustischen und kognitiven Beeinträchtigungen soll die verbale und nonverbale Kommunikation angepasst werden.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020 	

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 sooft wie nötig auch zu wiederholen (World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 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 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.

3.18 Die Person mit Pflegebedürftigkeit soll dabei unterstützt werden, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur <ul style="list-style-type: none">• Huxhold et al. 2020	

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 die erforderliche Reduzierung von Besuchen nicht mehr persönlich gepflegt werden können, sollen dennoch in der etablierten Art und Weise fortgeführt werden, etwa per Telefon oder Videokommunikation. 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 Kontakthanbahnung zu geeigneten Unterstützungsdiensten tätig werden. Pflegenden Angehörige können 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) vorzuziehen. Hierfür bedarf es der Ausstattung mit mobilen Endgeräten und der Fähigkeit diese zu bedienen.

<p>3.19 Die Person mit Pflegebedürftigkeit soll individuelle Angebote zur Erhaltung und Förderung der Bewegungsfähigkeit erhalten</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Huxhold et al. 2020 	


Im Kontext der Pflegebedürftigkeit kommt der Mobilität ein ganz 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).

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 sollte ggf. für die Vermittlung entsprechender Begleitsdienste 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.


<p>3.20 Die Pflegefachperson wirkt darauf hin, dass die Person mit Pflegebedürftigkeit individuell abgestimmte Ernährungsangebote erhält.</p>	<p>Empfehlungsstärke: </p>
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020 	

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. 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 Multivitamin-drinks.

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 (World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020). 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).

Abklärung eines Infektionsverdachts

<p>3.21 Beim begründeten Verdacht auf eine COVID-19-Erkrankung soll die Pflegefachperson dies gemäß Infektionsschutzgesetz an das zuständige Gesundheitsamt melden.</p> <p>3.22 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.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blankenfeld et al. 2020 • Robert Koch-Institut (RKI) 2020d 	

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. Ebenfalls ist ein telefonischer Kontakt zu einer zentralen Teststation oder an das örtliche Gesundheitsamt möglich. 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 Patientenseite 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 dann als begründet, wenn „jegliche [...] mit COVID-19 zu vereinbarende Symptome [...] UND Kontakt mit einem bestätigten Fall von COVID-19“ vorliegen (Robert Koch-Institut (RKI) 2020b). 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) 2020e)

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). Die Evidenzlage zur Symptomatik von COVID-Erkrankten, die in der häuslichen Situation verbleiben und von Erkrankten höheren Alters, ist gegenwärtig noch unzureichend. 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 11.11.2020) soll 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

UND

- Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe

ODER

- Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis, Krankenhaus

ODER

- Erhöhter Expositionswahrscheinlichkeit, bspw. im Rahmen eines möglichen Ausbruchs, bei Veranstaltungen mit >10 Personen in geschlossenen und unzureichend durchlüfteten Räumen und unzureichender Anwendung 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 (Expositionsetting) 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.“

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Testkriterien_Herbst_Winter.html, Stand 11.11.2020)

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 Testung führen, wenn keine Symptome vorhanden sind (Stand November 2020, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/WarnApp/Warn_App.html). 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 stattgefunderer 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; Gräbel 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.

Wie eine Erhebung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) und der Charité – Universitätsmedizin Berlin zeigt (Eggert et al. 2020), verstärken sich Beanspruchungen und Belastungen von Angehörigen durch die Pandemie. Dabei werden 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 der Kontaktbeschränkungen auf die Lebensqualität von betroffenen Angehörigen durch das 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. 2020) 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 Corona-Pandemie.

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 Betroffenen. Damit sind eine besondere Achtsamkeit, Aufmerksamkeit und Verantwortung 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

- Eggert et al. 2020
- (Horter et al. 2014); (Kirkland-Kyhn et al. 2018; Lorenz-Dant 2020b)
- (World Health Organization (WHO). Western Pacific Region 2020)
- World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020

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 des Pflegebedürftigen und zur Förderung seines 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 2020b; 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. Die Informationsvermittlung sollte 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 (International Federation of Red Cross and Crescent Societies (IFRC), Unicef, World Health Organization (WHO) 2020; Jan 2007; Jenkinson et al. 2006) und informieren ggf. über Einkaufshilfen.

<p>4.2 Die Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit sollen regelmäßig Angebote zur Schulung über Basishygienemaßnahmen erhalten oder über vorhandene Angebote informiert werden.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Felembam et al. 2012 • Kirkland-Kyhn et al. 2018 • Lorenz-Dant 2020b • Martin 2006 • Márquez-Serrano et al. 2012 	

Basishygienemaßnahmen sind für Angehörige und die von ihnen zu versorgenden Personen mit Pflegebedürftigkeit in der häuslichen Pflege essentiell. 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). **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 Corona-Pandemie vor allem ohne Kontakte zu weiteren Menschen bereitgestellt werden, wie z.B. Onlinenpflegekurse, Informationsmaterial der BZgA (auch in anderen Sprachen) oder der Pflegestützpunkte und Filme, wo Basishygienemaßnahmen und Corona-spezifische 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.


<p>4.3 Die Angehörigen und Personen mit Pflegebedürftigkeit sollten über Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung sowie Dienstleistungen und Hilfestrukturen im Wohnumfeld zur Entlastung und gleichzeitigen Sicherstellung der Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit informiert werden.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eggert et al. 2020 • (Lorenz-Dant 2020b) 	

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 2020b). Ambulante Pflegedienste sollten 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, Betreuungsgruppen),
- Finanzierungsmodalitäten 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 Die Angehörigen sollen durch die ambulanten Pflegedienste psychosoziale Unterstützung erhalten oder auf Angebote der psychosozialen Unterstützung aufmerksam gemacht werden.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur <ul style="list-style-type: none"> • Eggert et al. 2020 • Lorenz-Dant 2020b • Suarez-Gonzalez et al. 2020 	


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 2020b). 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, Wut und Verzweiflung, professionell anzusprechen.

Um potentielle 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.

Auch Hausärzt*innen können entsprechende Informationen zu lokalen Ansprechpartner*innen vermitteln.

4.5 Die ambulanten Pflegedienste sollen die bisher vereinbarte Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten, soweit dies von ihr und den Angehörigen gewünscht wird.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur <ul style="list-style-type: none"> • Eggert et al. 2020 • Dawson et al. 2020 • Rothgang 2020 	

Ambulante Pflegedienste übernehmen auch unter den Kontaktbeschränkungen die häusliche Versorgung. Viele weitere Dienstleistungen (z.B. Tagespflege) und Hilfsstrukturen 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). 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.
- 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.

4.6 Die ambulanten Pflegedienste sollen zusammen mit den Angehörigen und der Person mit Pflegebedürftigkeit einen individuellen Notfallplan zur Sicherstellung der Versorgung der Person mit Pflegebedürftigkeit bei Erkrankung des Angehörigen entwickeln.	Empfehlungsstärke: 
Primärliteratur <ul style="list-style-type: none"> • Lorenz-Dant 2020b • World Health Organization (WHO). Western Pacific Region 2020 • World Health Organization (WHO) und United Nations Children's Fund (UNICEF) 2020 	

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 2020b). 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 sollte 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. Der Hausarzt soll informiert werden, wenn der Notfallplan in Kraft gesetzt werden, sofern die Person mit Pflegebedürftigkeit zustimmt.

<p>4.7 Der ambulante Pflegedienst sollte die Person mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige bei der Organisation und Wahrnehmung von Impfterminen unterstützen, sofern von der Person mit Pflegebedürftigkeit gewünscht.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vygen-Bonnet et al. 2021 	

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 empfohlen (Vygen-Bonnet et

al. 2021, S. 8). Neben den Personen mit Pflegebedürftigkeit und den Mitarbeiter*innen der ambulanten Pflegedienste können in Einzelfällen auch enge Kontaktpersonen, wie pflegende Angehörige, dafür in den Blick genommen werden (CoronaImpfV 08.02.2021).

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

Zur Vergabe von Impfterminen liegen bundeslandspezifische Regelungen vor, die sich hinsichtlich der notwendigen Eigeninitiative und der technischen Voraussetzungen (Vereinbarung per Telefon oder Internetportal) deutlich voneinander unterscheiden. Der Pflegedienst sollte die jeweiligen Anforderungen zur Terminvergabe in seinem Bundesland bzw. Landkreis kennen und sollte die Person mit Pflegebedürftigkeit sowie deren pflegende Angehörige diesbezüglich unterstützend beraten, sofern die Person mit Pflegebedürftigkeit dies wünscht. Bei fehlendem familiären oder nachbarschaftlichen Netzwerk kann der Pflegedienst in Einzelfällen auch die Vereinbarung eines Termins übernehmen, sofern die Person mit Pflegebedürftigkeit oder ihre Angehörigen dies wünschen.

Da die Impfungen derzeit in extra dafür bereitgestellten Impfzentren vorgenommen werden, ist die Frage der Transportfähigkeit und Erreichbarkeit von besonderer Bedeutung. Der ambulante Pflegedienst berät zusammen mit dem Hausarzt / der Hausärztin die Person mit Pflegebedürftigkeit und die Angehörigen dazu, ob die Person mit Pflegebedürftigkeit sicher in ein Impfzentrum gebracht werden kann. Dabei bezieht er körperliche, psychische und soziale Faktoren ein (z.B. Gehfähigkeit, Möglichkeit zur Bewältigung von Stufen und Treppen, Orientierung und kognitive Leistungsfähigkeit etc.). Die Frage der Begleitung durch einen Angehörigen oder eine andere Person ist ebenfalls zu beachten.

Er berät zur Auswahl einer geeigneten Transportmöglichkeit anhand der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten (z.B. öffentlich organisierte Transportangebote wie Öffentliche Verkehrsmittel, Taxifahrten, Fahrdienste oder Krankentransporte, Fahrten durch pflegende Angehörige und nachbarschaftliche Hilfen im privaten PKW) und hilft im Einzelfall, sofern gewünscht, bei der Organisation.

Impftermine können in aller Regel nicht völlig frei gewählt werden. Daher passt der ambulante Pflegedienst die zu erbringenden Leistungen am Tag der Impfung zeitlich an den Impftermin an. Er stellt sicher, dass alle erforderlichen Leistungen rechtzeitig erbracht werden, um die Wahrnehmung der Impfung zu gewährleisten.


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 Medizinischen 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. Risiken einer unzureichenden interprofessionellen Kooperation sind psychische Belastungen der Personen mit Pflegebedürftigkeit, ihrer Angehörigen und der professionellen Akteur*innen, problematische Entscheidungsprozesse und Entscheidungen sowie eine Eskalation von Erkrankungen bzw. Bedarfssituationen. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit wird entscheidend durch politische, organisationale und professionsbezogene Kontextfaktoren beeinflusst. Akteur*innen brauchen einerseits notwendige Ressourcen für eine Zusammenarbeit und andererseits ein interprofessionell ausgehandeltes und gemeinsam akzeptiertes Rollenverständnis, das die Schnittstellen von Versorgungspfaden und -prozessen einbezieht. Erfahrungen aus früheren Pandemien bestätigen den positiven Effekt einer abgestimmten Kooperation auf Patientenversorgung und -outcomes. Teamverständnis, interprofessionelle Kommunikation und vorausschauendes Planen sind dabei maßgebliche Ressourcen, die Akteur*innen aktiv in die Versorgung einbringen können.

So werden im Folgenden Empfehlungen hinsichtlich der Sicherstellung einer interprofessionellen Versorgung formuliert.

5.1 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 <ul style="list-style-type: none">• Dawson et al. 2020• Blankenfeld et al. 2020	


Die ärztliche Versorgung ist in Phasen von Kontaktbeschränkungen aufrechtzuerhalten. Dies kann durch Hausbesuche unter den anzuwendenden Schutzmaßnahmen oder Videosprechstunden

vorgenommen werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020). Eine vorläufige Datenanalyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung hat ergeben, dass mit dem Beginn der Corona-Pandemie in Deutschland ein Anstieg der Hausbesuche um 13% im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet wurde. Gleichzeitig kam es zu einem erheblichen Rückgang der Fallzahl in den Notfallambulanzen (Deutsches Ärzteblatt 2020). Es ist allerdings nicht bekannt, ob Hausbesuche die Patient*innenbesuche in der Arztpraxis ersetzt haben. In der „DEGAM S1 Handlungsempfehlung zu SARS-CoV-2 – Informationen für die hausärztliche Praxis“ (Blankenfeld et al. 2020) wird geraten, auch Routinebesuche möglichst aufrechtzuerhalten. Dabei sind die geforderten Schutzmaßnahmen durch Ärzt*innen und Patient*innen einzuhalten (vgl. hierzu Abschnitt 3.5).

Sollten bei der Person mit Pflegebedürftigkeit bisher nur SGB XI-Leistungen vereinbart und die Medikamentenversorgung durch pflegende Angehörige übernommen worden sein, soll der ambulante Pflegedienst darauf hinwirken, dass diese unter geeigneten Infektionsschutzmaßnahmen aufrechterhalten werden kann. Hierfür können z.B. Angebote der elektronischen oder telefonischen Rezeptbestellung genutzt werden. (Wiederholungs-)Rezepte können während der Corona-Pandemie von den Ärzt*innen an die Personen mit Pflegebedürftigkeit per Post ohne Rückforderung des Portos oder direkt an eine Apotheke gesandt werden. Nach Übermittlung des Rezeptes an die Apotheke können die Medikamente dort entweder selbst abgeholt oder eine Auslieferung beantragt werden. Alternativ kann eine Verordnung medizinischer Behandlungspflege zum Medikamentenmanagement von der/dem behandelnden Hausärzt*in ausgestellt werden, so dass der ambulante Pflegedienst diese Aufgabe übernimmt.

Wenn Personen mit Pflegbedürftigkeit bzw. deren Angehörige einwilligen, sind Heilmitteltherapien – also Physiotherapie, Ergo-, Atemtherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Ernährungstherapie – nach ärztlicher Verordnung per Videokonferenz oder als telefonische Beratung als Kassenleistung möglich. Auch Videosprechstunden durch Psychotherapeut*innen können angeboten werden.

Allerdings muss die dafür erforderliche Technik von beiden Seiten vorhanden sein (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2020) und berücksichtigt werden, dass Angehörige zur Verfügung stehen sollten und so ggf. geeignete Unterstützung bei der Nutzung digitaler Kommunikation leisten können (Marineau 2007). Die Begleitung bei Videosprechstunden kann bei personellen Kapazitäten ggf. als zusätzliche Betreuungsleistung durch den ambulanten Pflegedienst angeboten werden. Die Organisation und Gewährleistung des Versorgungsarrangements ist eine gemeinsame Pflicht aller beteiligten Akteur*innen.

<p>5.2 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.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Robert Koch-Institut (RKI) 2020c 	

- Glauser 2020
- World Health Organization (WHO) 2020
- Kunz und Minder 2020
- Borasio et al. 2020

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 3.22).

5.3 Bei einer schweren COVID-Erkrankung von Personen mit Pflegebedürftigkeit soll die Entscheidung über eine Krankenhauseinweisung oder (möglicherweise palliative) Betreuung zuhause durch den ambulanten Pflegedienst angemessen unterstützt werden.

Empfehlungsstärke:



Primärliteratur

- Robert Koch-Institut (RKI) 2020c
- Glauser 2020
- World Health Organization (WHO) 2020
- Borasio et al. 2020
- Kunz und Minder 2020

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 (RKI 2019). Risikofaktoren für einen schweren Verlauf sind: höheres Alter, männliches Geschlecht, Rauchen, chronische Lungenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Niereninsuffizienz, Übergewicht und Zustände mit Immunsuppression (Gandhi et al. 2020).

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 vom ambulanten Pflegedienst initiiert werden.

<p>5.4 Bei einer bestehenden COVID-Erkrankung in häuslicher Versorgung soll ein regelmäßiger Austausch zwischen der/dem betreuenden Hausarzt*in und dem ambulanten Pflegedienst erfolgen.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur ---</p>	

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.


<p>5.5 Pflegefachpersonen des ambulanten Pflegedienstes sollen Personen mit Pflegebedürftigkeit und deren Angehörige hinsichtlich ihrer Entscheidungen zur Wahrnehmung von Tagespflege und Ersatzformen beraten.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • AGE Platform Europe 2020 • Dawson et al. 2020 	

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 teils 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.

Pflegefachpersonen sollen daher Personen mit Pflegebedürftigkeit bei der Gestaltung des Pflegearrangements unter Abwägung von pflegerischer Versorgung, sozialer Teilhabe, Entlastung der Angehörigen und dem Infektionsschutz beraten. Dabei sollen die Wünsche und Interessen der Person mit Pflegebedürftigkeit leitend sein. Gleichzeitig ist die Stabilität und Zweckmäßigkeit des Pflegearrangements zu berücksichtigen. Der ambulante Pflegedienst kann die Person mit Pflegebedürftigkeit und ihre Angehörigen auch auf die Beratungsangebote der Pflegestützpunkte, der Kommunen oder der Pflegekassen aufmerksam machen.

<p>5.6 Der ambulante Pflegedienst soll prüfen, ob er bei einem Wegfall der üblicherweise genutzten Tagespflege zusätzliche Angebote für Personen mit Pflegebedürftigkeit bereitstellen kann (z.B. stundenweise Betreuung).</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • AGE Platform Europe 2020 • Dawson et al. 2020 • United Nations 2020 	

Wenn ein ambulanter Pflegedienst eine gute Zusammenarbeit mit Tagespflegeeinrichtung unterhält, kann während des Zeitraums einer möglichen Schließung der Tagespflege daran gedacht werden, dort beschäftigtes Personal auszuleihen. Hiermit könnten zusätzlich auftretende Versorgungsbedarfe in der Zeit zwischen 9:00 – 16:00 Uhr abgedeckt werden. Gleichfalls gilt es zu überlegen, ob durch die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags eine stundenweise Betreuung von Klient*innen durch den Ambulanten Pflegedienst sichergestellt werden kann.

<p>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.</p>	<p>Empfehlungsstärke:</p> 
<p>Primärliteratur</p> <ul style="list-style-type: none"> • AGE Platform Europe 2020 • AGE Platform Europe 15.09.2020 • Schwedler et al. 2017 	

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. Pflegebedürftige Personen 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 15.09.2020).

Zum Abwenden von häuslicher Gewalt ist es erforderlich, Risikosituationen ebenso wie stattgefundene Gewalt zu erkennen und Maßnahmen zum Schutz einzuleiten. 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 Bedarfs-

fall 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

- 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.
- 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.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hg.) (2021): Atemschutz in Einrichtungen im Gesundheitsdienst. Hamburg. Online verfügbar unter https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Branchenartikel/Atemschutz-im-Gesundheitsdienst_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. DE-GAM (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.
- 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/ea4e45wp4t29/3CQ0Aybl7tjoZCoqkyjcbA/fe829ddd72c14a02a9b2d13cb01e26a3/210122_Leitfaden_Pflege.pdf, zuletzt geprüft am 14.02.2021.
- 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.
- 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>.
- 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.
- 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.
- 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/>.

- 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 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/II/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 Ärzteblatt (2020): Zahl der Hausbesuche in der Coronakrise gestiegen. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114332/Zahl-der-Hausbesuche-in-der-Coronakrise-gestiegen>, zuletzt aktualisiert am 02.07.2020, zuletzt geprüft am 15.11.2020.
- 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).
- Eggert, Simon; Teubner, Christian; Budnick, Andrea; Gellert, Paul; Kuhlmeier, 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.
- 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>.
- Gandhi, Rajesh T.; Lynch, John B.; Del Rio, Carlos (2020): Mild or Moderate Covid-19. In: *New England Journal of Medicine* 383 (18), S. 1757–1766. DOI: 10.1056/NEJMcp2009249.
- Geyer, Jennifer; Böhm, Fabiola; Müller, Julia; Friedrichs, Juliane; Klatt, Thomas; Schiller, Christine et al. (2020): 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.
- 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>.
- Gräbel, E.; Behrndt, E. (2016): Belastungen und Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, 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.
- 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.
- 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.
- 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 (?).
- Jackson, Debra; Kozłowska, 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 (2020): Coronavirus SARS-COV-2: Kurzüberblick Sonderregelungen. Stand: 9.11.2020. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Coronavirus_Sonderregelungen_Uebersicht.pdf, zuletzt geprüft am 15.11.2020.
- 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>.
- 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.
- 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>.
- 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 (2020a): Germany and the COVID-19 long-term care situation. International Long-Term Care Policy Network. London. Online verfügbar unter https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Germany_LTC_COVID-19-26-May-2020.pdf, zuletzt geprüft am 31.05.2020.
- Lorenz-Dant, Klara (2020b): International examples of measures to support unpaid carers during the COVID-19 pandemic. Hg. v. CPEC-LSE. International Long-Term Care Policy Network.
- 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>.
- Marineau, Michelle L. (2007): Special populations: telehealth advance practice nursing: the lived experiences of individuals with acute infections transitioning in the home. In: *Nursing forum* 42 (4), S. 196–208. Online verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17944701>.
- 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>.
- 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>.
- Münch, Urs; Müller, Heidi; Deffner, Teresa; Schmude, Andrea von; Kern, Martina; Kiepe-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 (DGST). 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.

- 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.
- 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.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2020a): Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2. RKI. Berlin. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html, zuletzt aktualisiert am 09.09.2020, zuletzt geprüft am 15.11.2020.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2020b): Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Meldung von Verdachtsfällen von COVID-19. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Empfehlung_Meldung.html;jsessionid=99F18E7CDFE06A411558A442E504C877.internet091, zuletzt aktualisiert am 29.05.2020, zuletzt geprüft am 15.11.2020.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2020c): 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) (2020d): 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) (2020e): 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.
- 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: *Schmerz-med.* 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://ltccovid.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>.
- 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.
- 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.
- 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).
- World Health Organization (WHO), Human Reproduction Programm (HRP) (2020): Addressing 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.

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:	2.0
Erstveröffentlichung:	12/2020
Überarbeitung von:	04/2021
Nächste Überprüfung geplant:	04/2022

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