

Hilfe zur Ermittlung/Bewertung des SARS-CoV-2-Infektionsrisikos bei der Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich Atemschutz bei Pflege- und Betreuungstätigkeiten in der ambulanten Pflege

Derzeit ist keine pharmakologische Interventionsstrategie zur Bekämpfung der Pandemie verfügbar. Daher sind Infektionsschutzmaßnahmen einzuhalten, um die Infektionsausbreitung zu verhindern:

- a) Für die Allgemeinbevölkerung sowie generelle Basismaßnahmen:
Kontaktreduzierung und -vermeidung, Abstandsgebot, Händehygiene, Husten- und Niesetikette sowie, wenn der gebotene Abstand nicht gewährleistet werden kann, Bedeckung von Mund und Nase zum Schutz Dritter vor Infektionen plus Lüften (AHA+L-Regeln).

- b) In der Arbeitswelt nach Gefährdungsbeurteilung und dem „TOP-Prinzip“¹:
Weitere technische Maßnahmen (zum Beispiel Abtrennung, Lüftung), organisatorische Maßnahmen (zum Beispiel Gestaltung von Arbeitsabläufen) und persönliche Maßnahmen wie das Tragen von Mund-Nasen-Schutz (MNS) oder ggf. bei höherem Infektionsrisiko die Nutzung persönlicher Schutzausrüstung in Form von Atemschutzmasken (mindestens FFP2 oder gleichwertige Atemschutzmasken²), Gesichtsschutz (Gesichtsschilde) bzw. Augenschutz (Schutzbrille). Diese Schutzmaßnahmen werden in der [SARS-CoV-2 Arbeitsschutzregel](#)³ konkretisiert.
Werden Tätigkeiten am bzw. im Umfeld von Personen mit COVID-19-Infektionsverdacht oder mit bestätigter Infektion durchgeführt, gelten die Regelungen der Biostoffverordnung (BioStoffV) einschließlich Technischer Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA), Empfehlungen oder Beschlüsse.
Eine FFP2-Maske oder gleichwertige Atemschutzmaske müssen Beschäftigte immer dann tragen, wenn sie pflegende oder betreuende Tätigkeiten bei Personen mit Verdacht auf oder mit bestätigter SARS-CoV-2-Infektion ausüben. Weitere erforderliche Maßnahmen sind in Abstimmung mit den zuständigen Behörden (Gesundheitsamt, staatliche Arbeitsschutzbehörde) festzulegen.

- c) In die Abwägung der Risiken zwischen Hygiene- und Arbeitsschutzexpertise sind miteinzubeziehen:
Besondere Voraussetzungen der zu Pflegenden/zu Betreuenden (zum Beispiel Tracheostoma, chronischer Husten, Mobilität) sowie der Patientenschutz bei besonders vulnerablen Gruppen.

¹ Das „TOP-Prinzip“ bedeutet, dass technische Maßnahmen Vorrang vor organisatorischen Maßnahmen haben und diese wiederum vor personenbezogenen Maßnahmen. Diese Rangfolge der Schutzmaßnahmen ergibt sich auch für Maßnahmen des betrieblichen Infektionsschutzes aus den Grundsätzen des § 4 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG).

² Nach § 9 Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung (MedBVS) sind gleichwertige Standards zu FFP2-Masken: United States NIOSH-42CFR84, KN95 (China GB2626-2006 oder GB 19083-2010), P2 (Australia/New Zealand AS/NZA 1716-2012), Korea 1st class (Korea KMOEL - 2017-64), DS (Japan JMHLW-Notification 214, 2018).

³ [SARS-CoV-2 Arbeitsschutzregel](#) der Arbeitsschutzausschüsse beim BMAS

Hilfe zur Ermittlung/Bewertung des SARS-CoV-2-Infektionsrisikos bei der Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich Atemschutz bei Pflege- und Betreuungstätigkeiten in der ambulanten Pflege

Um festzulegen, ob und welche generellen Maßnahmen am Arbeitsplatz **zum Schutz der Beschäftigten** zusätzlich erforderlich sind, hat die Unternehmerin, der Unternehmer gemäß der Paragraphen 5 und 6 des Arbeitsschutzgesetzes in der besonderen epidemischen Lage die bestehende Gefährdungsbeurteilung und die festgelegten Maßnahmen des Arbeitsschutzes hinsichtlich einer erhöhten Infektionsgefährdung zu überprüfen und ggf. zu aktualisieren. Weitere Aktualisierungen können erforderlich sein, wenn es zum Beispiel neue wissenschaftliche Erkenntnisse gibt oder bei geänderter epidemiologischer Lage. Zur Ermittlung und Bewertung des Infektionsrisikos durch SARS-CoV-2 bei Pflege- und Betreuungstätigkeiten hinsichtlich Atemschutz gibt die BGW folgende Hilfestellung.

Beschäftigte im Gesundheitsdienst müssen MNS während einer besonderen epidemiologischen Lage durch einen nicht ausreichend impfpräventablen Erreger von Atemwegserkrankungen immer dann tragen, wenn:

- der Abstand von mindestens 1,5 Metern zu anderen Personen (Beschäftigten, zu pflegenden/zu betreuenden Personen und Dritten, zum Beispiel pflegenden Angehörigen) nicht eingehalten werden kann
- und keine technischen und/oder organisatorischen Maßnahmen zur Verringerung des Infektionsrisikos umsetzbar sind.

Gleichzeitig sollten auch die zu pflegenden/zu betreuenden Personen nach Empfehlung des Robert Koch-Instituts (RKI) im Kontakt zu Beschäftigten einen MNS tragen, sofern sie es tolerieren.⁴

Kann jedoch eine symptomlose zu pflegende/zu betreuende Person⁵ in einer unmittelbaren Interaktion mit Beschäftigten keinen MNS tragen, sind im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung risikobeeinflussende Bedingungen (Risikofaktoren) wie personenspezifische und umfeldbezogene Faktoren zu ermitteln und abschließend in ihrer Gesamtheit zu

⁴ RKI-Empfehlung [„Hinweise für ambulante Pflegedienste im Rahmen der COVID-19-Pandemie“](#)

⁵ Personen mit COVID-19-Erkrankung können bereits 1 bis 2 Tage vor Symptombeginn infektiös, d. h. ansteckend sein. Darüber hinaus gibt es Personen mit bestätigter SARS-CoV-2-Infektion, die nie Krankheitssymptome entwickeln. Somit kann grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden, dass Personen, die keine oder keine eindeutigen Symptome einer SARS-CoV-2-Infektion zeigen, dennoch mit SARS-CoV-2 infiziert sind und über ihre Ausatemluft an Tröpfchen anhaftende Erreger (Bioaerosole) freisetzen, die direkt über die Atemluft oder seltener indirekt über Oberflächen von Dritten aufgenommen werden können.

Hilfe zur Ermittlung/Bewertung des SARS-CoV-2-Infektionsrisikos bei der Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich Atemschutz bei Pflege- und Betreuungstätigkeiten in der ambulanten Pflege

bewerten. In diese Bewertung sind die bereits getroffenen Infektionsschutzmaßnahmen einzubeziehen. Anschließend sind gleichwertige alternative Maßnahmen abzuleiten und umzusetzen⁶ – siehe „Bewertung des zu erwartenden Risikos“, Seite 6.

Die Tabelle gibt einen Überblick über zu ermittelnde und zu bewertende Risikofaktoren. Sie werden durch Beispiele verdeutlicht, jedoch nicht abschließend. In der Gefährdungsbeurteilung sind ggf. weitere spezifische Risikofaktoren zu ergänzen (zum Beispiel patientenbezogene Risikofaktoren wie Aerosolproduktion bei Tracheostomapflege, Vulnerabilität).

Kategorie der Risikofaktoren		Risikofaktor	Erläuterungen zum Risikofaktor	Beispiel für erwartetes Risiko	
				Eher gering	Eher hoch
1. Risikofaktoren auf lokaler/regionaler Ebene	1.1	Lokale Inzidenz	<p>Die Bewertung des Risikos auf lokaler/regionaler Ebene sollte anlassbezogen oder mindestens wöchentlich auf Grundlage der Daten und Einschätzungen der zuständigen Gesundheitsämter vorgenommen werden, vor allem die Bewertung der Inzidenz von SARS-CoV-2-Infektionen im regionalen Einzugsbereich der Wohnung der zu pflegenden/zu betreuenden Person.</p> <p>Das RKI veröffentlicht täglich aktualisierte Zahlen zur Inzidenz von Neuinfektionen: Dashboard mit täglich aktualisierten Fallzahlen nach Bundesland und Landkreis</p>	<p>Lokales Infektionsrisiko ist gering: Die regionale Inzidenz ist auf einem niedrigen Niveau, z. B. sind in den letzten 7 Tagen kaum Neuinfektionen bekannt.</p>	<p>Regionale Warnzeichen weisen auf erhöhte oder hohe regionale Infektionsaktivität hin und erfordern weitere Maßnahmen: Die regionale Aktivität ist auf einem hohen Niveau bzw. Beschäftigte</p>

⁶ [SARS-CoV-2 Arbeitsschutzregel](#) der Arbeitsschutzausschüsse beim BMAS

Hilfe zur Ermittlung/Bewertung des SARS-CoV-2-Infektionsrisikos bei der Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich Atemschutz bei Pflege- und Betreuungstätigkeiten in der ambulanten Pflege

Kategorie der Risikofaktoren		Risikofaktor	Erläuterungen zum Risikofaktor	Beispiel für erwartetes Risiko	
				Eher gering	Eher hoch
					kommen aus einem Gebiet mit hoher Aktivität.
2. Risikofaktoren beeinflusst durch Wohnverhältnisse der zu pflegenden/ zu betreuenden Personen	2.1	Virusanreicherung in der Raumluft (Bioaerosole) ⁷	<ul style="list-style-type: none"> Luftwechsel durch Lüften: regelmäßiges gezieltes Lüften, z. B. über die Fenster und ggf. Außentüren 	Ausreichender Luftaustausch unter Zufuhr von Frischluft, z. B. durch regelmäßiges Lüften	Ausreichende Frischluftzufuhr kann nicht gewährleistet werden.
3. Risikofaktoren in der Interaktion mit der zu pflegenden/zu betreuenden Person	3.1	Infektionsstatus der zu pflegenden/zu betreuenden Person	<ul style="list-style-type: none"> Kenntnis über den Infektionsstatus, z. B. aufgrund eines aktuellen Testergebnisses, etwa nach (Erst-)Übernahme der ambulanten Versorgung oder Entlassung aus dem Krankenhaus Symptome wie z. B. Fieber, Erkältungssymptome usw. deuten auf eine COVID-19-Erkrankung hin. 	Aktuelles Testergebnis ist negativ, COVID-19-typische Symptome liegen nicht vor. (Hinweis: Das Testergebnis ist immer eine Momentaufnahme.)	Infektionsstatus unbekannt bzw. COVID-19-typische Symptome liegen vor, so dass eine Infektion nicht auszuschließen ist.

⁷ Weiterführende Informationen rund um Raumluft und Lüften: www.bgw-online.de/corona-lueftung

Hilfe zur Ermittlung/Bewertung des SARS-CoV-2-Infektionsrisikos bei der Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich Atemschutz bei Pflege- und Betreuungstätigkeiten in der ambulanten Pflege

Kategorie der Risikofaktoren		Risikofaktor	Erläuterungen zum Risikofaktor	Beispiel für erwartetes Risiko	
				Eher gering	Eher hoch
	3.2.	Direkte Kontakte der zu pflegenden/zu betreuenden Person	<ul style="list-style-type: none"> • Art und Ausmaß der Kontakte zu Angehörigen und anderen Personen, wie z. B. Nachbarschaft, Freundeskreis, seelsorgerisches, therapeutisches, medizinisches Personal oder beim Aufenthalt außerhalb der Wohnung, etwa zum Spaziergang, Einkauf, Arztbesuch usw. 	Sehr wenige Kontakte, die sicher die AHA+L-Regeln einhalten	Häufigere und vielfältige Kontakte; dabei keine Information darüber, ob die Kontaktpersonen die AHA+L-Regeln eingehalten haben
	3.3	Abstand des/der Beschäftigten zur zu pflegenden/zu betreuenden Person	<ul style="list-style-type: none"> • Abstand von 1,5 Metern ist unterschritten • Körpernaher Kontakt • Tätigkeit im Ausatembereich 	Abstand beträgt über 1,5 Meter.	Tätigkeit erfolgt im direkten Ausatembereich.
	3.4	Verhalten der zu pflegenden/ zu betreuenden Person, das zur Erhöhung der Tröpfchen- und	<ul style="list-style-type: none"> • Schreien oder lautes Rufen, z. B. von demenzerkrankten Personen während der pflegerischen Versorgung • Lautes Singen • Tätigkeiten mit möglicher spontaner Hustenprovokation bei zu Pflegenden, etwa Veränderung der Körperposition (z. B. Aufrichten vor dem Waschen), Absaugen von Sekreten im Mund-Nasen-Raum, 	Aufgeführtes Verhalten kommt selten vor oder kann durch pflegerische Intervention reduziert werden.	Aufgeführtes Verhalten kommt häufig und intensiv vor und kann durch pfle-

Hilfe zur Ermittlung/Bewertung des SARS-CoV-2-Infektionsrisikos bei der Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich Atemschutz bei Pflege- und Betreuungstätigkeiten in der ambulanten Pflege

Kategorie der Risikofaktoren		Risikofaktor	Erläuterungen zum Risikofaktor	Beispiel für erwartetes Risiko	
				Eher gering	Eher hoch
		Bioaerosole-Konzentration in der Umgebung der Beschäftigten führen kann	Essen anreichen, intraorale und periorale Anwendungen (Mundreinigung und -pflege) <ul style="list-style-type: none"> • Hustenanfälle oder Schluckstörungen⁸ • Forcierte Atmung: Häufig entsteht bei der pflegerischen/betreuenden Versorgung eine Belastung der zu pflegenden/zu betreuenden Personen, die mit einer höheren Atemfrequenz und mit einem tieferen Atem einhergehen. 		gerische Interventionen nicht nachhaltig beruhigt werden.
	3.5	Dauer	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitliche Dauer des Aufenthalts von Beschäftigten in potenziell infektiöser Atemluft • Zeitliche Dauer der unmittelbaren Interaktion von Beschäftigten nahe der zu pflegenden/betreuenden Person 	Kurzzeitig, weniger als 15 Minuten (je Einsatz)	Mehr als 15 Minuten (je Einsatz)

Bewertung des zu erwartenden Risikos:

Häufig wird das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung verschieden hohe Risiken bei den einzelnen Faktoren ergeben. Dass die zu pflegende/zu betreuende Person aktuell über ein negatives Testergebnis verfügt, kann beispielsweise zu der Bewertung führen, dass auch bei schlechter Belüftung in der Pflege-/Betreuungssituation das Tragen eines MNS die Beschäftigten ausreichend schützt. Andererseits kann beim Essenanreichen bei einer zu pflegenden/zu betreuenden Person mit ausgeprägter spontaner Husten-Provokation das Tragen einer FFP2-Maske oder einer gleichwertigen Atemschutzmaske und einer Schutzbrille für Beschäftigte bereits erforderlich sein, wenn der Infektionsstatus der

⁸ Schluckstörungen kommen bei mehr als 50 Prozent aller Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner sowie bei 70 Prozent aller im Krankenhaus behandelten geriatrischen Patientinnen und Patienten vor. [„Schluckstörungen im Alter“](#), P. Muhle et al. (2015), Der Nervenarzt

Hilfe zur Ermittlung/Bewertung des SARS-CoV-2-Infektionsrisikos bei der Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich Atemschutz bei Pflege- und Betreuungstätigkeiten in der ambulanten Pflege

zu pflegenden/zu betreuenden Person unbekannt ist, sie Kontakte zu Angehörigen und anderen Personen hat und dem Gesundheitsamt Anhaltspunkte für eine erhöhte regionale SARS-CoV-2-Aktivität vorliegen.

Wenn für alle ermittelten Faktoren das erwartete Infektionsrisiko als gering eingeschätzt wird, kann davon ausgegangen werden, dass durch das Tragen des MNS durch den Beschäftigten ein ausreichender gegenseitiger Schutz besteht. Liegt nach Maßgabe dieser Gefährdungsbeurteilung jedoch ein erhöhtes Infektionsrisiko vor oder bleiben Zweifel in der Risikobewertung, müssen Beschäftigte eine FFP2-Maske oder eine gleichwertige Atemschutzmaske.⁹

Einschätzung aus arbeitsmedizinischer Sicht:

Beschäftigte mit Vorerkrankung oder einer individuellen Disposition, bei denen ein schwerer Verlauf einer COVID-19-Erkrankung zu befürchten ist, sind bei den oben genannten Bewertungen auf die individuelle Beratung im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge hinzuweisen. Diesem Personenkreis sollten unabhängig von der situationsabhängigen Gefährdungsbeurteilung während der besonderen epidemischen Lage immer mindestens FFP2-Masken oder gleichwertige Atemschutzmasken zur Verfügung gestellt werden.

⁹ Atemschutzmasken siehe [„Empfehlungen der BAuA und des ad-Hoc AK ‚Covid-19‘ des ABAS zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2“](#)