



Startseite Infektionskrankheiten A-Z Coronavirus SARS-CoV-2  
Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen

## Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen

Stand: 7.4.2021

Änderung gegenüber der Version vom 17.4.2020: Isolation, VOC und Bereichsquarantäne

### Hintergrund

Nosokomiale Infektionen und Infektionen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen (international gebräuchlich: health care worker; HCW) stellen eine außerordentliche Herausforderung in großen Ausbrüchen wie bei SARS-CoV-2 dar. Insbesondere Risikogruppen wie Patientinnen und Patienten mit einem höheren Alter und Grunderkrankungen müssen besonders vor Infektionen geschützt werden.

### Vorgehen

Wird in einem Bereich, der nicht für COVID-19 Patientinnen und Patienten vorgesehen ist, SARS-CoV-2 bei Patientinnen und Patienten oder Personal nachgewiesen, muss umgehend gehandelt werden (Ein Nachweis genügt!). Fälle, Kontakte und Verdachtsfälle sowie Nicht-Fälle sollten in drei räumlich und personell voneinander getrennten Bereichen versorgt werden: **COVID-19-Bereich, Verdachtsfall-Bereich, NICHT-COVID-19-Bereich** (siehe „Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie“). Um dieses Ziel der Trennung zeitnah realisieren zu können, sollten in allen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen entsprechende Pläne und Voraussetzungen geschaffen worden sein. Voraussetzung für den Erfolg dieser Maßnahmen ist die **Identifizierung aller SARS-CoV-2 positiven Fälle durch Screening** (siehe Punkt 6, Fallsuche).

Bei Verdacht auf/Nachweis von besorgniserregenden SARS-CoV-2 Varianten (variants of concern, VOC) sollten wenn möglich VOC-Fälle (insbesondere B.1.351 und P1) von Fällen anderer Virusvarianten getrennt isoliert oder kohortiert werden.

Im Folgenden ist ein Vorgehen nach SARS-CoV-2-Nachweis in 10 Schritten dargestellt. Diese laufen in der Praxis nicht nacheinander, sondern z.T. gleichzeitig ab. Ebenso kann die Reihenfolge im Einzelfall unterschiedlich sein. Wichtig ist eine enge Abstimmung mit dem lokalen Gesundheitsamt.

#### 1. Verlegung in COVID-19-Bereich

Spätestens wenn ein Fall im NICHT-COVID-Bereich identifiziert wird, müssen die drei getrennten Bereiche COVID-19-Bereich, Verdachtsfall-Bereich, NICHT-COVID-19-Bereich geschaffen werden (oder direkte Verlegung in ein COVID-19-Krankenhaus). Bei akuten Ausbruchsgeschehen insbesondere bei Verdacht auf seltene VOC, kann auch die Quarantäne von ganzen Stationen, Gebäudeteilen oder Krankenhäusern sinnvoll sein. Alle Personen werden dann als Kontaktpersonen gewertet und bleiben im entsprechend quarantänisierten Bereich. Insbesondere bei Ausbrüchen mit seltenen VOC kann es sinnvoll sein, wenn das Personal der betroffenen Einrichtung in Wechselquarantäne kommt. Bei Wechselquarantäne darf nur zwischen Arbeitsplatz und Wohnung, gependelt werden, möglichst nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Auto, Fahrrad, zu organisierender Transport), ansonsten gelten die Quarantänebestimmungen. Patientinnen und Patienten können entlassen werden, müssen aber in die häusliche Quarantäne, Beginn ist der Entlassungstag.

#### 2. Mund-Nasen-Schutz

Personal grundsätzlich und Patientinnen und Patienten soweit tolerierbar tragen einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz (Personal FFP2).

#### 3. Etablierung eines Ausbruchsteams

Zum weiteren strukturiertem Vorgehen im Ausbruchsgeschehen sollte verantwortliches Personal vor Ort bestimmt werden. Es sollten Personen mit Hygienekompetenz und bei Beteiligung von Personal die Betriebsmedizin im Ausbruchteam integriert werden, sowie die verantwortliche Leitung der Einrichtung.

#### 4. Ermittlung von Kontakten

Für die Kontaktsuche unter Patientinnen und Patienten und Personal sollten die Kontakte anamnestisch bzw. über Patientenbelegungs- und Personalpläne ermittelt werden. Die Einteilung sollte entsprechend den Empfehlungen erfolgen „Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2“

#### 5. Umgang mit Kontakten

Zunächst müssen die engen Kontaktpersonen identifiziert (unter Patientinnen und Patienten sowie Personal) werden. Patientinnen und Patienten müssen in den Verdachtsfall-Bereich verlegt und Personalpläne entsprechend angepasst werden. Sollten bereits Kontaktpersonen in andere Einrichtungen verlegt worden sein, müssen diese umgehend informiert werden (da häufig der Primärfall unbekannt ist und Kontaktpersonenermittlung aufwändig sind, können auch alle Einrichtungen, in die in den letzten 2 Wochen Patientinnen und Patienten verlegt wurden, informiert werden). Für Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal und Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen gibt es folgende Dokumente: „Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen“.

#### 6. Fallsuche

Es müssen alle SARS-CoV-2 positiven Personen in der Einrichtung identifiziert werden.

- Falldefinition: Die Falldefinition ist zu finden unter [www.rki.de/covid-19-falldefinition](http://www.rki.de/covid-19-falldefinition).
- Identifizierung aller Fälle: Alle Personen auf der Station sollten systematisch und regelmäßig auf das Vorliegen einer Infektion mit SARS-CoV-2 getestet werden (z.B. PCR Test auf SARS-COV-2), mindestens 1x pro Woche solange Neuinfektionen identifiziert werden (Abstimmung mit dem versorgenden Labor). Dies schließt neben Patientinnen und Patienten und HCW auch andere Personalgruppen ein (Reinigungspersonal, etc.), die als Kontakt identifiziert wurden. Sofern Fälle unter Patientinnen und Patienten oder Personal mit Kontakt zu anderen Stationen gefunden werden, muss die Fallsuche großzügig auf weitere Bereiche ausgedehnt werden.

#### 7. Ordnen der Daten nach Zeit, Ort, Person

Zur Dokumentation von Fällen unter Personal und Patientinnen und Patienten sollte eine strukturierte Liste angelegt werden. Diese Linelist muss mit räumlichen, zeitlichen, sowie personenbezogenen Informationen geführt werden.

- Nachvollziehbarkeit der Infektionskette: Übertragungen sollten aufgrund der vorhandenen Informationen in der Linelist nachvollzogen werden können, d.h. gemeinsame Expositionen zwischen Fällen.
- Unterbrechung der Infektionskette: der Fokus sollte nicht auf der Suche nach dem ersten Fall (Primärfall in Einrichtung) liegen, sondern auf einer Unterbrechung der Übertragungskette und somit auf der Verhinderung neuer Fälle.
- Feststellung nosokomialer Exposition: es sollte für jeden Fall dokumentiert werden, ob ein Kontakt zu einer SARS-CoV-2 positiven Person in der Gesundheitseinrichtung vorlag vor dem ersten positiven Befund, einschließlich Angaben zu Zeit, Ort und Person.

#### 8. Kommunikation

Alle Ergebnisse und Entwicklungen des Ausbruchsgeschehens sollten kontinuierlich dem Personal sowie den verantwortlichen Gesundheitsämtern mitgeteilt werden. Bei Entlassungen und Verlegungen von Patientinnen und Patienten müssen die aufnehmenden Einrichtungen, sowie Hausärzte über aufgetretene Infektionen in der Einrichtung informiert werden. Zuweisende Einrichtungen müssen informiert werden, wenn SARS-CoV-2 bei dem/der aufgenommenen Patienten/Patientin nachgewiesen wurde

#### 9. Etablierung von weiteren Kontrollmaßnahmen

Weitere Maßnahmen zur Unterbrechung der Infektionsketten sollten entsprechend der identifizierten Expositionen festgelegt und eingeleitet werden. Dazu gehören insbesondere COVID-19-Impfungen, Anpassung der Personalpläne, ggf. Aufnahmestopp bzw. Verlegungsstopp, generelles Tragen von MNS, etc.

#### 10. Surveillance zur Evaluation der Maßnahmen

Die Effektivität aller Maßnahmen sollte laufend überprüft werden, hierzu sind auch fortlaufende Untersuchungen (SARS-CoV-2 Nachweistest) im NICHT-COVID-19-Bereich und unter dem Personal notwendig. Gleichzeitig sollte eine tägliche Symptomkontrolle aller negativen Personen erfolgen.

Wenn im Verlauf des Ausbruchsmanagements Zweifel an einer klassischen Personen-zu-Personen Übertragung aufkommen, sollte eine Ausweitung der Ausbruchsuntersuchung erwogen werden (siehe auch: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Ausbrueche/nosokomial/nosokomiale\\_Ausbrueche\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Ausbrueche/nosokomial/nosokomiale_Ausbrueche_node.html)).

## Identifizierung von Personen mit einer Infektion mit SARS-CoV-2

Kontaktpersonen und Verdachtsfälle sollten zeitnah auf SARS-CoV-2 untersucht werden. Die Testungen sollten, falls eine Priorisierung notwendig ist, folgendermaßen priorisiert werden:

- Symptomatische Risikopatientinnen und -patienten
- Symptomatische Patientinnen und Patienten

3. Symptomatisches Personal
4. asymptomatische Risikopatientinnen und -patienten
5. Asymptomatisches Personal
6. Asymptomatische Patientinnen und Patienten

Bei Verdacht auf oder Nachweis einer Infektion mit einer besorgniserregenden SARS-CoV-2 Variante (*variants of concern, VOC*) insbesondere NICHT-B.1.1.7 priorisierte Testung der Kontaktpersonen. Eine aktive Surveillance von Erkältungssymptomen kann die Fallfindung unterstützen.

Die negative SARS-CoV-2 PCR zeigt nur eine Momentaufnahme. Bereits infizierte Personen können ein negatives Testergebnis haben. Das bedeutet, dass die Untersuchungen regelmäßig durchgeführt werden müssen. Untersuchungen von mehr als 1x/Woche sind während des Ausbruchs anzustreben.

Eine aktive Surveillance von Erkältungssymptomen kann die Fallfindung unterstützen.

Stand: 07.04.2021