

Stand 10.05.2020

Optionen zur getrennten Versorgung von COVID-19-Fällen, Verdachtsfällen und anderen Patienten im stationären Bereich

Hintergrund

Nosokomiale Infektionen und Infektionen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen (international gebräuchlich: health care worker; HCW) stellen eine besondere Herausforderung im Rahmen der SARS-CoV-2 Pandemie dar. Quarantäne und Erkrankung von HCW können zu Personalengpässen führen. Auch asymptomatisch infizierte HCW können SARS-CoV-2 auf nicht infizierte Patientinnen und Patienten übertragen. Bei Patienten mit höherem Alter und Grunderkrankungen ist mit schweren Krankheitsverläufen zu rechnen, weshalb diese besonders vor Infektionen geschützt werden müssen (siehe „Informationen und Hilfestellungen für Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf“ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html).

Vorbemerkungen:

Grundsätzlich sollten die Empfehlungen des Robert Koch-Institutes für die Diagnostik sowie die Hygienemaßnahmen und Infektionskontrolle bei Patienten mit bestätigter Infektion durch SARS-CoV-2 berücksichtigt werden:

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html).

Das Risiko von SARS-CoV-2 Eintragungen in Krankenhäuser und Gemeinschaftseinrichtungen wird voraussichtlich über Monate bestehen. Voraussetzung für einen schrittweisen Übergang in den Normalbetrieb von Krankenhäusern, einschließlich Durchführung elektiver Maßnahmen ist die Prävention von SARS-CoV-2 Übertragungen. Durch Umsetzung der Vorschläge zur getrennten Versorgung kann das Risiko von nosokomialen Übertragungen und Ausbrüchen reduziert werden.

Testung: Durch systematische SARS-CoV-2 Tests (z.B. bei der Aufnahme von Patienten, oder nach einem bestimmten Schema bei HCW), kann das Risiko von nosokomialen Infektionen weiter reduziert werden. Vorschläge hierzu werden vom RKI aktuell gemeinsam mit medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet und gesondert publiziert.

Die folgenden Hinweise sind jeweils an die lokale Situation und den Verlauf der Pandemie anzupassen.

Getrennte Patientenversorgung im stationären Bereich

Ziel: Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf **sollen durch die Infektionsschutzmaßnahmen möglichst keinen Kontakt zu SARS-CoV-2-Infizierten haben.**

Grundprinzipien

Strikte räumliche Trennung Die strikte räumliche Trennung von SARS-CoV-2-Infizierten und anderen Patienten sollte im stationären Sektor durchgeführt werden. In 3 nach Möglichkeit räumlich und personell voneinander getrennte Bereiche:

(1) COVID-Bereich, oder COVID-Krankenhaus (alle Patienten SARS-CoV-2 positiv)

(2) Verdachtsfall-Bereich

(3) Nicht-COVID-Bereich (alle Patienten SARS-CoV-2 negativ und asymptomatisch)

Mit Ausnahme des COVID-Bereichs sollte eine Versorgung aller Patienten in Mehrbettzimmern soweit möglich vermieden werden. Je nach regionaler epidemiologischer Situation und klinischer Symptomatik entspricht das Erkrankungsrisiko für COVID-19 von neu aufgenommenen Patienten eher dem im Verdachtsfall-Bereich, oder dem im Nicht-COVID-Bereich. Die Zuordnung neuer Patienten sollte entsprechend der Inzidenzen und anhand der individuellen Risikoanalyse erfolgen.

Risikominimierung: Personal und Patient*innen tragen grundsätzlich bzw. soweit tolerierbar einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz bei entsprechenden Gelegenheiten (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/erweiterte_Hygiene.html).

Personalzuteilung: Das medizinische Personal sollte soweit möglich diesen Bereichen entsprechend zugewiesen werden. Wenigstens innerhalb einer Schicht sollte ärztliches und pflegerisches Personal nicht zwischen den Bereichen wechseln.

Es sollte möglichst immer in festen Teams gearbeitet werden, damit im Falle einer neu aufgetretenen Infektion beim Personal möglichst wenige Kontaktpersonen unter dem Personal vorhanden sind.

Durch kontinuierliches Arbeiten mit MNS kann die Zahl der Kontakte der Kategorie 1 unter Personal auf ein Minimum reduziert werden:

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html?nn=13490888;](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html?nn=13490888)

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/erweiterte_Hygiene.html

COVID-Krankenhäuser: Wo möglich sollte eine klare Zuordnung von COVID-19-Krankenhäusern und Nicht-COVID-19-Krankenhäusern erfolgen. Die Umsetzung der getrennten Versorgung sollte unter Berücksichtigung der lokalen Strukturen und Gegebenheiten erfolgen. Die notwendige Bettenkapazität für COVID-19-Patienten sollte regional anhand der Fallzahlentwicklung geschätzt werden und danach entschieden werden, wieviel COVID-19-Krankenhäuser und NICHT-COVID-19-Krankenhäuser benötigt werden. COVID-19-Krankenhäuser sollten möglichst Häuser der Maximalversorgung sein und über eine ausreichende Zahl von Beatmungsplätzen verfügen.

Der Vorteil der Benennung einzelner COVID-19 Krankenhäuser ist, dass der überwiegende Anteil der Kliniken auf einen COVID-19 Bereich verzichten kann. Das COVID-Krankenhaus kann in Regionen mit

hoher Fallzahl auch ausschließlich COVID-19-Patienten versorgen. Eine räumlich und personell getrennte Versorgung ist so am einfachsten umsetzbar. Zeitnahe Verlegung von neu identifizierten COVID-Patienten und eine kontinuierlich Anpassung der Ressourcen an den Versorgungsbedarf bleiben jedoch eine Herausforderung.

Aufnahme

Der Rettungsstelle und der Patientenaufnahme kommt eine zentrale Bedeutung zu. Anamnese und Untersuchungsbefund entscheiden über die richtige Zuweisung in einen der drei Bereiche.

- Bereits im Aufnahmebereich sollten COVID-Fälle, Verdachtsfälle und Patienten mit respiratorischen Symptomen räumlich getrennt von den restlichen Patienten versorgt werden.
- Positiv auf SARS-CoV-2 getestete Patienten werden in den COVID-19-Bereich oder eine COVID-19-Klinik verlegt.
- Bei Aufnahme müssen Patienten mit begründetem Verdacht in den Verdachtsfall-Bereich verlegt werden. Die Testung auf eine SARS-CoV-2-Infektion von Patienten auch ohne respiratorische Symptome, sollte bei hoher Inzidenz in der Region oder in der zuweisenden Einrichtung in Erwägung gezogen werden. Eine schnelle Diagnostik sollte das Ziel sein.

COVID-Bereich, oder COVID-Krankenhaus

- Wenn möglich sollte die Behandlung von COVID-19-Patienten und anderen Patientengruppen im selben Gebäude vermieden werden, damit sich Patienten- und Personalwege nicht überschneiden/kreuzen. Wenn dies nicht möglich ist, sollte eine baulich-funktional abgetrennte Station für die Versorgung von COVID-19- Patienten hergerichtet werden. Aus Erfahrung wirkt sich die räumlich getrennte Versorgung unterstützend bei Einhaltung getrennter Wege und Personaltrennung aus.

Verdachtsfall-Bereich

- Der Verdachtsfall-Bereich ist ein Bereich für Patienten mit Symptomen, die mit einer SARS-CoV-2 Infektion vereinbar sind und bei denen das Testergebnis auf SARS-CoV-2 noch nicht vorliegt. Weiterhin sollten hier Kontaktpersonen von Fällen und/oder Patienten aus Einrichtungen oder Regionen mit hoher SARS-CoV-2 Inzidenz behandelt werden.
- Patienten sollten 14 Tage nach Kontakt zu einem Fall oder nach Aufnahme bzw. bis zur Abklärung eines klinischen Verdachtes in diesem Bereich verweilen. Sie sollten möglichst wiederholt getestet werden. Wenn positiv, Verlegung in ein COVID-19-Krankenhaus oder COVID-19-Bereich.

Nicht-COVID-19-Bereich

- Trotz der räumlichen Trennung sind auch im Nicht-COVID-19-Bereich Neuinfektionen möglich. Eine Surveillance auf Symptome, die mit einer SARS-CoV-2-Infektion vereinbar sind und systematische Testungen bei Verdachtsfällen unter Personal und/oder Patienten sollte

durchgeführt werden, um die Gefahr von nosokomialen Übertragungen zu reduzieren (Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Management_Ausbruch_Gesundheitswesen.html)

Eingriffe und Funktionsdiagnostik

- Grundsätzlich sollte eine größtmögliche organisatorische Trennung in drei Bereiche auch für jegliche Diagnostik gelten. Wo dies nicht räumlich umsetzbar ist muss eine zeitliche Trennung der verschiedenen Patientengruppen angestrebt werden (beispielhaft für den OP oder radiologische Diagnostik: vormittags Versorgung von Nicht-COVID-Patienten, nachmittags Patienten aus Verdachtsfall-Bereich und erst danach Versorgung von COVID-Fällen).

Verlegung in weiterbehandelnde Einrichtungen

- Bei der Verlegung von Patienten aus dem COVID-Bereich und dem Verdachtsfallbereich sollten die weiterbehandelnden Einrichtungen vorab informiert werden. Weiterbehandelnde Einrichtungen wie Rehakliniken oder Pflegeheime sollten Bereiche zur Kohortierung von Infizierten (**COVID-19-Bereiche**) etablieren (Papier des ECDC: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/checklist-hospitals-preparing-reception-and-care-coronavirus-2019-covid-19>).

Medizinisches Personal (HCW)

- Die Gesundheit des medizinischen Personals ist wichtig und zudem entscheidend für ausreichende Behandlungskapazität und Patientensicherheit.
- Eine strikte Zuweisung des Personals zu den einzelnen beschriebenen Bereichen ist entscheidend.
- Wenigstens jedoch sollte eine Trennung des Personals zur Behandlung von entweder NICHT COVID-19-Patienten oder COVID-19 Patienten ermöglicht werden. Die Einteilung in eine dritte Gruppe für Verdachtsfälle und Kontakte ist empfehlenswert.
- Regelmäßige Beobachtung und Dokumentation von Symptomen sollten dem medizinischen Personal ermöglicht werden.
- Arbeitsschutzmaßnahmen sind entsprechend der Empfehlungen zu befolgen.

Informationen zum Management von Kontakten und Fällen unter medizinischem Personal finden sich hier: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/HCW.html

Ergänzende Hinweise finden sich auch im Dokument des ECDC zur stationären Versorgung (Checklist for hospitals preparing for the reception and care of coronavirus 2019 (COVID-19) patients <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/checklist-hospitals-preparing-reception-and-care-coronavirus-2019-covid-19>).