**Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen**

Stand: xx.9.2021

Änderung gegenüber der Version vom 7.4.2021:

**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.

**Wann gelten diese Empfehlungen?**

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. Zur Anwendung der folgenden Empfehlung zum Vorgehen bei Ausbrüchen genügt **ein Nachweis,** bei dem eine Infektion oder Transmission in der Einrichtung nicht ausgeschlossen werden kann! **Vorgehen**

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](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Getrennte_Patientenversorg_stationaer.html;jsessionid=A9673A7F786E54561F768E90918267D7.internet061?nn=13490888)“). 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 Personen durch regelmäßige Testungen auf SARS-CoV-2 möglichst mittels PCR** (siehe Punkt 6, Fallsuche).

Bei Verdacht auf/Nachweis von besorgniserregenden SARS-CoV-2 Varianten (variants of concern, VOC) sollten wenn möglich VOC-Fälle mit Nachweis von B.1.351, P.1 und deren Sublinien 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.

* **Verlegung in COVID-19-Bereich**   
  Es reicht, dass ein Fall im NICHT-COVID-Bereich identifiziert wird, , um die drei getrennten Bereiche COVID-19-Bereich, Verdachtsfall-Bereich, NICHT-COVID-19-Bereich zu aktivieren. Bei akuten Ausbruchgeschehen 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 VOC (B.1.351, P.1 und deren Sublinien) 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, s. [Entlassungskriterien aus der Isolierung](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Entlassmanagement.html).
* **Mund-Nasen-Schutz**   
  Das Personal sollte grundsätzlich bei allen Kontakten zu Patientinnen und Patienten einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz (MNS) oder ggf. FFP2-Masken tragen. Auch die Patientinnen und Patienten sollten einen medizinischen MNS tragen, wenn sie sich in Behandlung begeben.
* **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.
* **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](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html;jsessionid=A9673A7F786E54561F768E90918267D7.internet061?nn=13490888)“
* **Umgang mit Kontakten**  
  Zunächst müssen die engen Kontaktpersonen (unter Patientinnen und Patienten sowie Personal und ggf Besucherinnen und Besuchern) identifiziert 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 Personal in medizinischen Einrichtungen und Alten- und Pflegeeinrichtungen siehe: „[Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html;jsessionid=A9673A7F786E54561F768E90918267D7.internet061?nn=13490888)“ und „[Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Getrennte_Patientenversorg_stationaer.html;jsessionid=426B2FCE7F0E5C695D0606E6AF94CDCF.internet051?nn=13490888)“.
* **Fallsuche**  
  Es müssen alle SARS-CoV-2 positiven Personen in der Einrichtung identifiziert werden.  
  a. Falldefinition: Die Falldefinition ist zu finden unter [www.rki.de/covid-19-falldefinition](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Falldefinition.html;jsessionid=A9673A7F786E54561F768E90918267D7.internet061?nn=13490888).  
  b. Identifizierung aller Fälle: Alle Personen auf der Station sollten systematisch und regelmäßig auf das Vorliegen einer Infektion mit SARS-CoV-2 getestet werden (möglichst mittels PCR), 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.
* **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.   
  a. Nachvollziehbarkeit der Infektionskette: Übertragungen sollten aufgrund der vorhandenen Informationen in der Linelist nachvollzogen werden können, d.h. gemeinsame Expositionen zwischen Fällen.  
  b. 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.  
  c. Feststellung nosokomialer Exposition: es sollte für jeden Fall dokumentiert werden, ob ein Kontakt zu einer SARS-CoV-2 positiven Person in der Gesundheitseinrichtung vor dem ersten positiven Befund vorlag, einschließlich Angaben zu Zeit, Ort und Person.
* **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
* **Etablierung von weiteren Kontrollmaßnahmen**   
  Weitere Maßnahmen zur Unterbrechung der Infektionsketten sollten entsprechend der identifizierten Expositionen festgelegt und eingeleitet werden. Dazu gehören Anpassung der Personalpläne, ggf. Aufnahmestopp bzw. Verlegungsstopp, etc. COVID-19-Impfungen sollten allen ungeimpften Personen angeboten werden, unvollständige Impfungen nachgeholt und bei Ausbrüchen in Alten und Pflegeheimen ggf eine Auffrischimpfung durchgeführt werden.
* **Surveillance zur Evaluation der Maßnahmen**  
  Die Effektivität aller Maßnahmen sollte laufend überprüft werden, hierzu sind auch fortlaufende SARS-CoV-2-Testungen bei Personal und Patientinnen und Patienten(möglichst mittels PCR) im NICHT-COVID-19-Bereich notwendig. Gleichzeitig sollte eine tägliche Symptomkontrolle aller negativen Personen erfolgen.

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

Kontaktpersonen und Verdachtsfälle sollten zeitnah mittels PCR auf SARS-CoV-2 untersucht werden. ­

Bei Verdacht auf oder Nachweis einer Infektion mit einer VOC,Beta (B.1.351), Gamma (P.1) oder deren Sublinien, priorisierte Testung der Kontaktpersonen mittels PCR-Untersuchung. 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.

Stand: xx.09.2021