



Stellungnahme der DGKH

Der aktuell notwendige Strategiewechsel hin zum Schutz der Vulnerablen erfordert Anpassungen in der stationären Versorgung von SARS-CoV-2-Patienten

Johannes Knobloch, Johannes Tatzel, Christof Alefelder, Nils-Olaf Hübner, Friederike Lemm, Walter Popp, Lutz Jatzwauk, Martin Exner, Peter Walger
im Namen des Vorstands der DGKH

Die Belastungen in den Krankenhäusern haben sich durch Isolationsaufwand und Personalausfälle geändert

Bei vielen PatientInnen stellt der Nachweis von SARS-CoV-2 eine zufällige Nebendiagnose bei Aufnahme dar, sie sind mit und nicht wegen SARS-CoV-2 hospitalisiert. Auf Grund zunehmender Immunität durch Impfungen und Genesung gegenüber der Erkrankung durch SARS-CoV-2 treten schwere Verläufe von COVID-19 seltener auf. Hierdurch hat sich aktuell in den Krankenhäusern der Versorgungsschwerpunkt auf Normalstationen verlagert. Die massenhafte Zunahme der Omikron-Infektionen mit ihren Sublinien BA.1 und BA.2 verlangt – wie im Pandemieplan vorgesehen – den Strategiewechsel vom Containment hin zur Protection, d.h. dem Schutz besonders vulnerabler Gruppen vor schweren Erkrankungen und Tod statt Schutz vor jeder Infektion. Die DGKH hat in ihrer Stellungnahme vom 24. 01. 2022 auf die Konsequenzen des überfälligen Strategiewechsels hingewiesen, und insbesondere auch Anpassungen gefordert, die im Bereich der medizinischen Einrichtungen erforderlich sind (https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/12_16_DGKH_Stellungnahme_HM_12_22.pdf).

Dazu gehört insbesondere eine flexiblere Handhabung von bisher behördlich geforderten Maßnahmen, wie sie bereits vielerorts unter der Regie der lokal zuständigen KrankenhaushygienikerInnen und auch mit Zustimmung der örtlichen Gesundheitsämter praktiziert wird.

Seit Beginn der Pandemie konnten viele neue Erkenntnisse zu den Übertragungswegen, zu den Effekten der Impfung, der Rolle der Virusvarianten und den Schutzkonzepten gesammelt werden. Zudem steht, anders als am Anfang der Pandemie, Schutzmaterial in ausreichender Menge zur Verfügung.

Die bisherigen Empfehlungen des RKI bedürfen einer Anpassung

Das Robert Koch Institut (RKI) fordert weiterhin „die getrennte Versorgung von COVID-19 Fällen, Verdachtsfällen und anderen PatientInnen im stationären Bereich“ ([RKI - Navigation - Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie](#); Stand 4.2.2022, Abruf 10.03.2022 9:00 Uhr). Die Einrichtung von reinen COVID-19-Krankenhäusern oder –Abteilungen hat sich zu keinem Zeitpunkt der Pandemie als sinnvolle Strategie erwiesen. Die geforderte personelle und räumliche Trennung stellt eine nicht tragbare Belastung für Krankenhäuser dar und kann die Versorgung von PatientInnen mit anderen Grunderkrankungen gefährden. Diese Maßnahme erfolgte offenbar unter der Vorstellung, dass v.a. eine Übertragung zwischen Patienten durch Personal, welches sich bei Patienten infiziert hat, erfolgt. Das entspricht aber nicht der aktuellen Situation.



Bei korrekter Einhaltung erforderlicher infektionspräventiver Maßnahmen ist eine Übertragung zwischen Personal und Patienten vermeidbar. Eine Flexibilisierung der Versorgungsmöglichkeiten für die Krankenhäuser ist daher erforderlich und muss von den lokalen ExpertInnen für Krankenhaushygiene engmaschig begleitet werden. Auch die RKI Forderung „Wenigstens innerhalb einer Schicht sollte ärztliches und pflegerisches Personal nicht zwischen den Bereichen wechseln“ ist nicht haltbar, da innerhalb einer Schicht eine Übertragung durch medizinisches Personal mit geeigneten und gut geschulten Maßnahmen vermeidbar ist. Ursachen für nosokomiale Ausbrüche sind mit den klassischen Verfahren des Ausbruchsmanagements unter professionellem Einsatz durch das Hygienefachpersonal erkenn- und kontrollierbar (siehe auch DGKH Stellungnahme vom 24. 01. 2022).

Aktuelle Empfehlung der DGKH zu Hygienemaßnahmen im Krankenhaus unter Berücksichtigung des relevanten Übertragungsweges bei Atemwegsinfektionen

Rückkehr zu den etablierten Schutzkonzepten einer dezentralen Behandlung in den Fach-Abteilungen - die Covid-19-Sonderbereiche sind inzwischen Teil der Überlastung

Die Übertragung von SARS-CoV-2 erfolgt fast ausschließlich über Tröpfchen/Aerosol-Gemische im Nahbereich und unter bestimmten Umständen über Aerosole im Fernbereich. Bei Anwendung korrekter Händehygienemaßnahmen ist eine Übertragung von SARS-CoV-2 über die Hände vermeidbar. Unbelebte Oberflächen können als Reservoir, insbesondere bei Verunreinigung mit Speichel, bei Kontakt von Bedeutung sein, spielen aber eine nachrangige Rolle, insbesondere bei Durchführung der von der KRINKO empfohlenen Flächendesinfektion. Für alle drei Übertragungswege stehen etablierte Maßnahmen zur Infektionsprävention zur Verfügung, die in Empfehlungen der KRINKO beschrieben sind. Bei einem Übertragungsweg über Tröpfchen und z. T. über Aerosole entsprechen die erforderlichen Maßnahmen zur Infektionsprävention der Versorgung von anderen viralen Atemwegsinfektionen (insbesondere Influenza).

In Zukunft sollte wieder die KRINKO-Empfehlung zur „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ als Basis der krankenhaushygienischen Maßnahmen bei SARS-COV-2 Infektionen dienen.

(https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Infektionspraev_Pflege_Diagnostik_Therapie.pdf?__blob=publicationFile)

Eine Umsetzung dieser Maßnahmen ist räumlich regelhaft in allen Bereichen eines Krankenhauses möglich, so dass PatientInnen mit SARS-CoV-2 in den für die jeweilige Grunderkrankung führenden Bereichen adäquat versorgt werden können. Grundsätzlich sollten künftig zunächst die für die jeweilige Grunderkrankung führenden Fachdisziplinen die Versorgung SARS-CoV-2 positiver oder potentiell infizierter PatientInnen übernehmen. In Abhängigkeit der Versorgungslast und den Anforderungen zur Sicherstellung der Versorgung besteht weiterhin die Möglichkeit, COVID-19-Stationen oder Isolationsbereiche vorzuhalten, die der fachspezifischen Versorgung von an COVID-19 erkrankten PatientInnen dienen. Unabhängig davon besteht die Kernforderung, nosokomiale SARS-COV-2 Infektionen zu vermeiden. Dies muss aber wieder in den bewährten, in §23 IfSG beschriebenen Verantwortungen geschehen.



Schutzmaßnahmen in einer dezentralen Versorgung sind etablierte Hygienestandards

Folgende Maßnahmen sollten in einer dezentralen Versorgung von PatientInnen beachtet werden:

- Die **Isolation von SARS-CoV-2 positiven PatientInnen erfolgt in Einzelzimmern** oder gemeinsam in Mehrbettzimmern oder Bereichen (Kohorte). Die Maßnahmen hinsichtlich der Unterbringung sind in der o.g. KRINKO-Empfehlung beschrieben. Bei Fensterlüftung sollen die Zimmertüren geschlossen sein. Der Status bei anderen übertragbaren Erregern (z. B. multiresistenten Bakterien, *C. difficile*, etc.) muss beachtet werden.
 - Bei Patientenzimmern mit Fensterlüftung sollte ein **Lüftungskonzept** umgesetzt werden, das sicherstellt, dass die Aerosolkonzentrationen regelmäßig reduziert werden. Neben regelmäßigem Lüften (zum Beispiel mindestens 3 x täglich) sollte zum Personalschutz eine Lüftung des Zimmers vor aufwändigen pflegerischen oder therapeutischen Maßnahmen erfolgen.
 - Der Betrieb von Raumluft-Technischen-Anlagen (RLT) ist mit den zuständigen KrankenhaushygienikerInnen abzustimmen. Zu den zu beachtenden Aspekten wird die DGKH eine eigene Mitteilung herausgeben.
 - **Zimmer mit Vorraum** sind – falls vorhanden – zu bevorzugen. Vorräume können für das Anlegen der erforderlichen persönlichen Schutzausrüstung (PSA) genutzt werden.
 - Erforderliche Isolationsmaßnahmen bei Patienten nach engem ungeschütztem Risiko-Kontakt erfolgen in Einzelzimmern. Hier ist keine Kohortierung möglich.
 - Bei jedem SARS-CoV-2 positivem Fall und jeder engen Kontaktsituation sollte die Fragestellung der Notwendigkeit einer SARS-CoV-2 spezifischen Therapiemaßnahme/Prophylaxe z. B. durch ein **infektiologisches Konsil** geklärt werden. Hier sind der Immun- bzw. Impfstatus sowie die klinische Symptomatik zu beachten.
 - Bei der Versorgung von SARS-CoV-2 positiven PatientInnen wird eine persönliche Schutzausrüstung, mindestens bestehend aus Filtrierender Halbmaske (FFP2), insbesondere bei Aerosol-generierenden Maßnahmen, Schutzbrille oder Visier und Schutzkittel angewendet. Das Tragen von Hauben kann nach individueller Risikoabwägung bei Tätigkeiten mit hohem Kontaminationsrisiko (z.B. nach aufwändigen pflegerischen oder physiotherapeutischen Maßnahmen mit engem Kontakt) erwogen werden. Nach Tätigkeiten mit hohem Kontaminationsrisiko ist der Schutzkittel vor Versorgung eines Nachbarpatienten in einem Mehrbettzimmer zu wechseln. Medizinische Einmalhandschuhe sind bei möglichem Kontakt zu potentiell infektiösem Material (wie z. B. Speichel) zu tragen und unmittelbar nach Beendigung der Maßnahme sowie vor Patientenwechsel abzuwerfen mit anschließender hygienischer Händedesinfektion. Bei patientenfernen Tätigkeiten (> 1 Meter Abstand) kann auf eine Schutzbrille oder ein Visier verzichtet werden.
 - In der **Personalplanung** müssen die für das korrekte An- und Ablegen der persönlichen Schutzausrüstung benötigten Zeiten mitberücksichtigt werden, um die Sicherheit der Beschäftigten durch korrekte Anwendung zu gewährleisten.
 - Nach Entlassung von SARS-CoV-2 positiven PatientInnen muss eine **Desinfektion des Zimmers** so erfolgen, dass nachfolgend keine Infektionsgefährdung besteht. Insbesondere müssen alle häufigen Hand- und Hautkontaktflächen berücksichtigt werden. Die Desinfektion erfolgt mit einem VAH-gelisteten Flächendesinfektionsmittel.



Standardpräparate inkl. begrenzter Viruzidie reichen aus, da SARS-CoV-2 keine erhöhte Desinfektionsmittelresistenz aufweist
(https://vah-online.de/files/download/news/2021_12_13_VAH_Mitteilung_Omikron_Desinfektion.pdf).

Umsetzung der Maßnahmen unter Kontrolle des Hygienefachpersonals

Die Umsetzung dieser Maßnahmen muss – einrichtungsbezogen angepasst – durch KrankenhaushygienikerInnen festgelegt werden. Anschließend sind die Maßnahmen systematisch durch die Hygienefachkräfte und das Hygienefachpersonal im ärztlichen und pflegerischen Bereich zu schulen und zu überprüfen.

Eine Teststrategie mit niedrigschwelligen Angeboten bleibt ein wichtiges Instrument des Infektionsschutzes

Die niedrigschwellige Testung von Beschäftigten mit Kontakt zu PatientInnen kann auch nach Auslaufen des §28b IfSG im Rahmen von Bündelstrategien eine sinnvolle ergänzende Maßnahme für die Reduktion des Eintrags und die frühzeitige Erkennung von Infektionsketten darstellen. Auf Grund der höheren Sensitivität und der damit früheren Entdeckung positiver Personen sind PCR Testungen vorzuziehen.

Die Testung von medizinischem Personal wird unabhängig vom Impfstatus in folgenden Situationen empfohlen:

- **Personal mit Symptomen einer oberen Atemwegsinfektion** jeder Schwere (cave: bei Symptombeginn können auch hochsensitive Antigentests noch negativ ausfallen, eine Antigentestung sollte wiederholt werden)
- **Asymptomatisches Personal mit ungeschütztem Kontakt** (privat oder beruflich) zu einer SARS-CoV-2 positiven Person (Mindestabstand von 3 Tagen zum Kontakt abwarten und ggf. erneute Testung nach Tag 5)
- **Serientestung von asymptomatischem Personal** in Kontakt zu PatientInnen, bei welchen unabhängig vom Impfstatus ein schwerer Verlauf einer SARS-CoV-2 Infektion zu erwarten ist (z. B. Fachbereiche für Onkologie oder Transplantationsmedizin). Bei der Serientestung asymptomatischer Personen können bei Testung mittels PCR gepoolte Proben zur Kostenreduktion effektiv eingesetzt werden.

Auch Testungen stationärer Patienten im Verlauf sind nach Risikobeurteilung durch die Krankenhaushygiene weiter sinnvoll - Die Regeln von Screening- bzw. Teststrategien sollten durch die Hygienekommission festgelegt und vom Hygienefachpersonal umgesetzt werden.

Das frühzeitige Erkennen von im Verlauf der klinischen Versorgung neu auftretenden SARS-CoV-2 Infektionen bei PatientInnen stellt ebenfalls eine im Rahmen von Bündelmaßnahmen sinnvolle Maßnahme dar. Die Testung (bevorzugt mittels PCR) von PatientInnen wird unabhängig vom Impfstatus in folgenden Situationen empfohlen:



- In Phasen hoher Inzidenz kann neben einer (derzeit noch verpflichtenden) Testung vor oder bei Aufnahme eine erneute Testung im Verlauf sinnvoll sein, um Personen zu identifizieren, welche sich bei Aufnahme in einer möglichen Inkubationsphase befinden.
- Grundsätzlich muss auch nach negativer Testung bei Aufnahme bei neu auftretenden Symptomen einer Atemwegserkrankung eine erneute Testung erfolgen. Perspektivisch sollten hierbei auch andere virale Atemwegserreger (insbesondere Influenza) differentialdiagnostisch mitberücksichtigt werden.
- Asymptomatische PatientInnen mit ungeschütztem Kontakt (vor oder während des stationären Aufenthalts) zu einer SARS-CoV-2 positiven Person (Mindestabstand von 3 Tagen zum Kontakt abwarten und ggf. erneute Testung nach Tag 5).
- Bei möglichem nosokomialen Erwerb einer SARS-CoV-2 Infektion mit unklarer Infektionsquelle sollten PatientInnen eines betroffenen Bereiches zum Ausschluss weiterer Infektionen einmalig gescreent werden. Weitere Testungen (einschließlich Personalscreening) sind ggf. situationsangepasst festzulegen.

Patientenbesuche sollten mit flexiblen Schutzkonzepten grundsätzlich ermöglicht werden.
Besuchsverbote sind obsolet – Ausnahmen in Einzelfällen sind transparent zu begründen

Risikoadaptiert können Einschränkungen von Besuchen oder Auflagen für Besuchende sinnvoll sein, um die Wahrscheinlichkeit des Eintrags von SARS-CoV-2 zu mindern. Die sozialen und zwischenmenschlichen Bedürfnisse besonderer Patientengruppen (z. B. Kinder, ältere Patienten, Schwerkranke, Palliativpatienten, etc.) müssen dabei mit den besonderen Schutzerfordernissen hochvulnerabler z. B. immunsupprimierter Patienten der Onkologie oder Transplantationsmedizin in Einklang gebracht werden. Auch die Aufrechterhaltung der Versorgungssicherheit (z. B. erforderliche Wartung/Reparatur technischer Systeme) müssen im Fall von Einschränkungen oder Auflagen gesondert berücksichtigt werden.

Oft führen die notwendige Aufklärung der Besucher, die Unterweisung im korrekten Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes und die Kontrolle der Einhaltung der Besuchsregeln zu einer zusätzlichen Belastung des medizinischen, insbesondere des Pflege-Personals. Getroffene Maßnahmen sollten daher in einfacher verständlicher Form Besuchenden bereits vor oder beim Betreten von Krankenhäusern kommuniziert werden. Hierzu sollten alle zur Verfügung stehenden Kommunikationsmittel genutzt werden, um das Stationspersonal zu entlasten.

Folgende Maßnahmen sollten je nach Risikoabwägung umgesetzt werden, wobei Besuchenden mit Symptomen eines Atemwegsinfekts, unabhängig vom Impf- oder Genesenenstatus, grundsätzlich von einem Besuch abzuraten ist:

- Begrenzung von Anzahl und Dauer von Besuchen
- Verpflichtung zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (OP-Maske) durch den Besucher und je nach Situation auch für den besuchten Patienten. Die Verpflichtung zum Tragen einer filtrierenden Halbmaske (z. B. FFP2-Maske) für Besuchende und Patienten ist abzulehnen (siehe auch DGKH Stellungnahme vom 24. Januar 2022).

Der Vorstand der DGKH
14. März 2022