

# Großprojekt: Ausbruchmanagement SARS-CoV-2

Das Ausbruchmanagement umfasst einen umfangreichen Maßnahmenkatalog zur Verhinderung und der Ausbreitung von Infektionskrankheiten.

Hans-Otto von Wietersheim, Bretten

Ausbrüche nosokomialer Infektionen sind oft Notfälle, die schnelles Handeln erfordern. Wichtig ist es zunächst, den Ausbruchverdacht zu bestätigen und einen Pseudoausbruch auszuschließen. Infektionen von Mitarbeitern im Gesundheitswesen stellen eine Herausforderung in großen Ausbrüchen wie SARS-CoV-2 dar. Insbesondere Risikogruppen wie ältere Patienten mit Grunderkrankungen müssen besonders vor Infektionen geschützt werden. Bereits einzelne SARS-CoV-2-Nachweise im Gesundheitswesen können Auslöser für gezielte Maßnahmen zum Ausbruchmanagement darstellen. Die Einschätzung, ob ein Ausbruch vorliegt, setzt Kenntnisse über die durchschnittliche Häufigkeit bestimmter Infektionen in bestimmten Bereichen voraus. In diesem Zusammenhang spricht man auch von der endemischen Grundrate, mit der eine bestimmte Infektion üblicherweise beobachtet wird. Aufgrund der vorliegenden Informationen über die Art des Ausbruchs und den Erreger kann das Ausbruchsteam meist schnell die wahrscheinlichsten Infektionsquellen und Übertragungswege identifizieren und mit den Interventionsmaßnahmen beginnen. Aufgrund der Ergebnisse interventionsbegleitender Maßnahmen wie deskriptiver Epidemiologie, Laboruntersuchungen, Ortsbesichtigung und aktiver Fallsuche müssen die Interventionsmaßnahmen im weiteren Verlauf bestätigt, bei Bedarf ausgedehnt, verfeinert oder modifiziert werden. Sobald ein Ausbruch nosokomialer Infektionen vermutet wird, sollten zunächst die intern für das Ausbruchmanagement zuständigen Personen informiert werden. In der Regel sind das der Krankenhaushygieniker,

die Hygienefachkräfte und der zuständige hygienebeauftragte Arzt. Wichtig ist es außerdem, schon zu Beginn alle unmittelbar verfügbaren Informationen über den Ausbruch zu sammeln und zu bestätigen, dass es sich tatsächlich um einen Ausbruch handelt bzw. dass der Ausbruchverdacht begründet ist. So können beispielsweise das Anlegen einer Linelist und das Erstellen einer Epidemiekurve sinnvoll sein, um einen Überblick über den zeitlichen Verlauf zu erhalten und die Fälle eines Ausbruchs nach verschiedenen Merkmalen aufzuschlüsseln. Wichtig ist die richtige Kommunikation über den Ausbruch innerhalb und außerhalb der betroffenen Einrichtung – auch über den Fortschritt der Interventionsmaßnahmen. Das Ende des Ausbruchs sollte vom Ausbruchsteam festgestellt und bekannt gegeben werden.

## Management des COVID-19-Ausbruchs

Wird in einem Bereich, der nicht für COVID-19-Patienten vorgesehen ist, SARS-CoV-2 bei Patienten oder Personal nachgewiesen, muss umgehend gehandelt werden (ein Nachweis genügt). Ein gemeinsames Vorgehen in Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt ist wichtig. 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. Um dieses Ziel der Trennung zeitnah realisieren zu können, sollten in allen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen entsprechende Pläne und Voraussetzungen vorhanden sein. Personalpläne müssen entsprechend der Bereiche angepasst werden, das Personal sollte dauerhaft einzelnen Bereichen zugewiesen werden. In Einrichtungen mit häufigen Neuaufnahmen ist eine zusätzliche räumliche Trennung notwendig, da Neuaufnahmen zunächst nicht sicher klassifizierbar sind (vierter Bereich = Neuaufnahme). Transitzonen als Übergang zwischen den Bereichen sind einzuhalten mit möglichst wenig Kreuzung der Wege.

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat das Vorgehen nach SARS-CoV-2-Nachweis in zehn Schritten dargestellt. Diese laufen

in der Praxis nicht nacheinander, sondern zeitweise gleichzeitig ab. Wichtig ist eine enge Abstimmung mit dem lokalen Gesundheitsamt.

## Wichtige Empfehlungen des RKI

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, falls es sich beim Nachweis Krankenhaus um ein NICHT-COVID-19-Krankenhaus handelt). Neu identifizierte Fälle müssen umgehend in den COVID-19-Bereich verlegt werden.
2. Mund-Nasen-Schutz: Wenn Übertragungen auf SARS-CoV-2-positives Personal zurückzuführen sein könnten, sollte das gesamte Personal spätestens ab dann während der gesamten Anwesenheit am Arbeitsplatz MNS tragen.
3. Etablierung eines Ausbruchsteams: Zum weiteren strukturierten Vorgehen im Ausbruchsgeschehen sollte verantwortliches Personal vor Ort bestimmt werden. Es sollten Personen mit Hygienekompetenz und bei Beteiligung von Personal die Betriebsmedizin im Ausbruchsteam integriert werden sowie die verantwortliche Leitung der Einrichtung.
4. Ermittlung von Kontakten: Für die Kontaktsuche unter Patienten und Personal sollten die Kontakte anamnestisch bzw. über Patientenbelegungs- und Personalpläne ermittelt werden. Die Einteilung sollte entsprechend den Empfehlungen erfolgen.
5. Umgang mit Kontakten: Zunächst müssen die Kontakte der Kategorie 1 identifiziert (Patienten und Personal) werden. 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 aufwendig ist, können auch alle Einrichtungen, in die in den letzten zwei Wochen Patienten verlegt wurden, informiert werden).
6. Für Management von Kontaktpersonen



unter medizinischem Personal und Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen gibt es folgende Dokumente: „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal (auch bei Personalmangel) in Arztpraxen und Krankenhäusern“ und „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal bei Personalmangel in Alten- und Pflegeeinrichtungen“. 6. Fallsuche: Es müssen alle SARS-CoV-2-positiven Personen in der Einrichtung identifiziert werden. Dazu gehören die Falldefinition und die 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 ein Mal pro Woche, solange Neuinfektionen identifiziert werden (Abstimmung mit dem versorgenden Labor). Dies schließt neben Patienten und HCW auch andere Personalgruppen ein (Reinigungspersonal, Service), die als Kontakt identifiziert wurden. Sofern Fälle unter 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 Patienten sollte eine strukturierte Liste angelegt werden. Diese Linelist muss mit räumlichen, zeitlichen sowie personenbezogenen Informationen geführt werden. 8. Kommunikation: Alle Ergebnisse und Entwicklungen des Ausbruchsgeschehens sollten kontinuierlich dem Personal sowie den verantwortlichen Gesundheitsämtern mitgeteilt werden. Bei Entlassungen und Verlegungen von 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 aufgenommenen Patienten nachgewiesen wurde. 9. 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 oder Verlegungsstopp, generelles Tragen von MNS und weitere Maßnahmen. 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. 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 2 Mal pro Woche sind während des Ausbruchs anzustreben. Eine aktive Surveillance von Erkältungssymptomen kann die Fallfindung unterstützen. Die Daten des Ausbruchs sind auf jeden Fall zu dokumentieren und aufzubewahren. In komplizierteren Fällen ist es darüber hinaus sinnvoll, einen schriftlichen Abschlussbericht zu erstellen. Bei kritischer Auseinandersetzung mit diesem Bericht lassen sich manchmal Schwächen im Ausbruchmanagement identifizieren, die bei einem nächsten Ausbruch vermieden werden können.

ADVERTORIAL

## Worauf es jetzt ankommt

Reinigung und Desinfektion medizinischer Bereiche in Pandemie-Zeiten.

Reinigungs- und Hygienemaßnahmen im Gesundheitsbereich unterliegen zu Recht besonderen Anforderungen und einer hohen Sorgfaltspflicht seitens des Dienstleisters – nicht nur in Corona-Zeiten. Doch die Pandemie und ihre gravierenden Auswirkungen auf den Pflegebereich, auf Krankenhäuser und Kliniken haben die Situation zusätzlich verschärft und lassen Auftraggeber ebenso wie Reinigungsdienstleister noch genauer auf Abläufe und Desinfektionspläne achten.

Selbstverständlich ist die hygienisch einwandfreie Reinigung und Flächen-desinfektion im Krankenhaus und allen medizinischen Bereichen zu jeder Zeit ein absolutes Muss. Sowohl Patienten als auch Personal müssen sich auf eine verlässliche Dienstleistung, die sowohl in Sachen Sauberkeit als auch beim Infektionsschutz keine Kompromisse macht, verlassen können.

### Besondere Bedingungen erfordern besondere Maßnahmen

Es sind die besonderen Bedingungen im medizinischen Umfeld, die außergewöhnlich hohe Anforderungen an Reinigung und Desinfektion stellen. Im Krankenhaus darf nicht nur optisch Sauberkeit herrschen, hier ist angesichts des angeschlagenen Immunsystems der meisten Patienten auch für weitestgehende hygienische Reinheit und Keimfreiheit Sorge zu tragen. Gleichzeitig ist die Keimbelastung in Krankenhäusern durch die Vielzahl an Patienten, im Schichtdienst arbeitendes Personal und wechselnde Besucher höher als anderswo. Der Reinigungsdienst trägt



Professionelle Beratungen und Schulungen sorgen für die Optimierung der Abläufe.

Foto: Gustav Koch GmbH

besondere Verantwortung. Dadurch, dass man nahezu alle Bereiche und Zimmer betritt, kann es zu einer Kreuzkontamination durch Verschleppung kommen. Doch worauf gilt es in Pandemie-Zeiten besonders zu achten? Was hat sich durch die aktuelle Situation für Dienstleister und Mitarbeiter verändert?

### Richtlinien und Normen geben den Rahmen vor

Gültige Richtlinien für Reinigungs- und Desinfektionsaufgaben im Gesundheitsbereich liefern nach wie vor die „Empfehlungen der Kommission für

Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI)“. Aber auch mit dem zurzeit noch in der Diskussion befindlichen neuen Norm-Entwurf zur DIN 13063 Krankenhausreinigung – Anforderungen an die Reinigung und desinfizierende Reinigung in Krankenhausembäuden und anderen medizinischen Einrichtungen – werden bis spätestens Ende diesen Jahres der Branche neue Rahmenbedingungen gesetzt. „Die auf einen einheitlichen Standard rekurrende Norm wird Reinigungsdienstleistern klare Vorgaben bezüglich Art, Umfang und Häufigkeit der Reinigung geben. Außerdem wird es die Norm medizinischen

Einrichtungen erleichtern, die entsprechenden Dienstleister zu finden“, weiß Simone Bäumer, Vorstandsvorsitzende der Highclean Group in Düsseldorf.

### Der Desinfektionsaufwand hat deutlich zugenommen

Corona hat die Arbeitssituation für das Reinigungspersonal noch einmal zusätzlich erheblich verschärft. Die Schließung ganzer Bereiche für externe Kräfte und Besucher sowie die strikte Beachtung der Hygieneregeln sorgen für neue Herausforderungen. Gut geschultes Personal und eine geringe Fluktuation sind jetzt von Vorteil.

„Die Einhaltung der Abstandsregeln macht die Reinigung der Patientenzimmer natürlich nicht einfacher. Außerdem muss das gesamte Reinigungsequipment regelmäßig desinfiziert werden“, sagt Dirk Ignatovic, Technischer Leiter bei GSW Dienstleistungen, einem mittelständischen, auf die Krankenhausreinigung und -desinfektion spezialisierten Unternehmen. Verrichtet werden kann die Arbeit derzeit nach wie vor nur mit Schutzkleidung, das bedeutet auf alle Fälle mit Handschuhen sowie Mund- und Nasenschutz. Während im Corona-Quarantänebereich in der Regel das Pflegepersonal die Desinfektionsarbeiten durchführt, hat in den Übergangsbereichen der Desinfektionsaufwand für die Dienstleister noch einmal deutlich zugenommen. Das Spektrum der zu erbringenden Leistungen reicht hier von der Beachtung des normalen täglichen Desinfektionsplans bis hin zu mehrmals zu wiederholenden Zwischendesinfektionen.

„Es liegt deutlich noch mehr Gewicht auf den einzelnen Desinfektionsschritten. Dabei ist vor allem die kontinuierliche, flexible Abstimmung der Hygienefachkräfte mit den Krankenhaushygienikern wichtig, ebenso wie die genaue Dokumentation der Prozesse und der eingesetzten Mitarbeiter zur Infektionsnachverfolgung“, so Ignatovic weiter. Durch die Vielzahl unterschiedlicher Desinfektionen, auch in Risikobereichen, wie Infektionszimmern oder OPs, falle zudem wesentlich mehr Wischtexil an, das jeweils nur für einen Arbeitsschritt eingesetzt werden könne. Dessen desinfizierende Aufbereitung muss anschließend nachgewiesen werden. Eine Hygieneprüfung übrigens, die auch alle im Waschprozess benutzten Maschinen mit einbezieht. Dabei wird die Hygieneleistung der Waschmaschinen durch den Lappchentest festgestellt: Von einem externen Labor werden mit Keimen belastete Stoffstreifen

in der Maschine mitgewaschen und anschließend im Labor ausgewertet. Sind alle Prüfkeime abgetötet, funktioniert das Wäschesystem einwandfrei.

### Beratungskompetenzen des Fachhandels gefragt

In Corona-Zeiten ist zudem die auf die Krankenhausreinigung abgestimmte Produktauswahl und eine damit verbundene Optimierung der Abläufe besonders wichtig. Hier kann der Fachhandel durch seine Beratungskompetenz entscheidende Hilfestellung leisten. Für Dr. Benno Ronig, Geschäftsführer der Firma Gustav Koch, reicht das weit über die Auswahl der geeigneten Reinigungs- und Desinfektionsmittel, der einzusetzenden Textilien, der Schutzkleidung und des entsprechenden Equipments hinaus. „Wir stellen sicher, dass Produkte und Desinfektionsmittel entsprechende Normen und Wirkungsspektren besitzen und dass die Anlieferung in sensiblen Bereichen regelkonform läuft. Wir bieten aber auch unsere Unterstützung in Sachen Anwendungstechnik und -optimierung an. Zudem kümmern wir uns um die Schulung von Mitarbeitern, speziell im Bereich Hygiene und Desinfektion. Und wir helfen bei der Erstellung von Reinigungs- und Desinfektionsplänen.“

Fest steht, die durch Corona entstandenen, neuen Herausforderungen bedeuten auch eine wachsende Verantwortung für die Branche. Erschwerte Arbeitsbedingungen, höherer Desinfektions- und gleichzeitig gesteigerter Dokumentationsaufwand stellen Produkte und Prozesse auf den Prüfstand. Gut, wer sich dabei auf verlässliche Zulieferer und einen festen Mitarbeiterstamm verlassen kann.

| www.highclean-group.de |