

Interims Vorsorgemassnahmen in Spitälern für einen hospitalisierten Patienten mit begründetem Verdacht oder mit einer bestätigten COVID-19 Infektion

(Kommentare zu einzelnen Massnahmen untenstehend)

(Version 8, Swissnoso, 29. Juni 2020, Aktualisierungen rot markiert)

Fragestellung	Massnahme
Bei Spitaleintritt (Notfall, Bettenstation)	<ul style="list-style-type: none"> – Information Spitalhygiene – Patient zieht chirurgische Maske (Typ II oder Typ IIR) an bis er im Isolationszimmer ist – Mitarbeiter schützen sich gemäss lokalen Hygienerichtlinien – Information an Kantonsarzt gemäss Weisung BAG –
Screening von asymptomatischen Patienten bei Spitaleintritt (eine präemptive Isolation ist bei diesen Patienten nicht notwendig)	<ul style="list-style-type: none"> – Aufenthalt im Ausland in den letzten 14 Tagen – Verlegung von Langzeitpflege-Institutionen – Patienten, welche bereits unter COVID-19 Quarantäne stehen
Isolationsmassnahmen für Verdachtsfälle	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakt- und Tröpfchenisolation gemäss lokalen Hygienerichtlinien - Isolation im Einzelzimmer (Unterdruck ist nicht notwendig), <u>Isolation am Patientenplatz ist bei kooperativen Patienten erlaubt</u> (räumliche Abtrennung zum Beispiel durch Markierung am Boden oder mittels Paravents im Mehrbettzimmer)
Isolationsmassnahmen für bestätigte Fälle	<ul style="list-style-type: none"> – Kontakt- und Tröpfchenisolation <u>im Einzelzimmer</u> – Kohortierung von bestätigten Fällen ist möglich

Schutzmassnahmen für Personal	<ul style="list-style-type: none"> – Chirurgische Maske, Überschürzen, Handschuhe – Zusätzlich Augenschutz/Schutzbrille bei Nasopharynx-Abstrichen oder anderen möglichen Expositionen mit respiratorischen Sekreten (<1.5 Meter) – Im Falle einer Maskenknappheit: Chirurgische Masken (Typ II oder Typ IIR) können bis zu 8h getragen werden, auch wenn sie feucht sind. Grundsätzlich soll maximal eine Maske für eine 8h Schicht getragen werden und maximal 2 für eine 12h Schicht. Chirurgische Masken (Typ II oder Typ IIR) dürfen nur zusätzlich gewechselt werden, wenn der Mitarbeiter nach Pflege eines Covid-19 positiven Patienten zu einem Patienten geht, welcher nicht Covid-19 positiv ist. Zur Begrenzung von häufigen Wechseln sollen wenn möglich Isolationsstationen gebildet werden (positive Patienten kohortieren). – Händedesinfektion vor/nach Anziehen/Ausziehen der Maske – Keine Überziehschuhe (Kontaminationsgefahr bei Entfernung grösser als potentieller Benefit)
Maskentragpflicht	<ul style="list-style-type: none"> – Mitarbeitende im Gesundheitswesen, welche einen Abstand von mindestens 1.5 Metern zu anderen Mitarbeitenden oder Patienten nicht einhalten können, tragen eine chirurgische Maske. Tragedauer und Wiedergebrauch, s. oben. Im Falle einer Maskenknappheit sollten Mitarbeitende mit Patientenkontakt priorisiert werden.
Wiedergebrauch von persönlichen Masken (Chirurgische und FFP2 ¹)	<ul style="list-style-type: none"> – Im Falle einer Maskenknappheit: Masken können grundsätzlich mehrmalig vom selben Benutzer getragen werden. Vorschlag zur Anwendung, s. unten²
Aerosol-generierende Prozedere: Massnahmen ³	<ul style="list-style-type: none"> – FFP2¹ Masken und Schutzbrille <u>Empfehlung:</u> Tragen der FFP2¹ Maske bis 30 min über die aerosol-generierende Massnahme hinaus und solange der Patient während dieser Zeit im Raum ist. – Einmal installierte FFP2¹ Masken sollen von einem Mitarbeiter während einer ganzen Schicht getragen werden (s. Punkt oben). Dies bezieht sich auf Situationen mit wiederkehrenden aerosol-generierenden Prozedere, wie zum Beispiel auf der Intensivstation. – Händedesinfektion vor/nach Anziehen/Ausziehen der Maske – Bronchoskopie: Indikationsstellung in Absprache mit Pneumologie, Infektiologie, Spitalhygiene (Intensivmediziner, falls Patient auf der Intensivstation)

Aerosol-generierende Prozedere	<ul style="list-style-type: none"> – Intubation* – Tracheotomie-Anlage* – Nicht invasive Beatmung* – Bronchoskopie* – Kardiopulmonale Reanimation** – Absaugen am offenen System** – Invasive Beatmung via Tracheostomie mit Einschlauchsystem (Stellar)** – Induziertes Sputum** – Hochfrequenzbeatmung/High-Flow (Optiflow)** – Laryngoskopie** – Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes** <p>* Evidenz-basierte Empfehlung ** Aerosol-Bildung denkbar, aber keine eindeutige Evidenz</p>
Räumlichkeiten für aerosol-generierende Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> – Diese sollten in den am besten dafür geeigneten Räumlichkeiten des Spitals stattfinden (Mögliche Kriterien: Unterdruckzimmer, HEPA-Filter Gerät im Raum, UV-desinfizierende Umluftgeräte, häufige Luftumwälzungen, regelmässige Fensteröffnungen)
Umgebungs-Desinfektion	<ul style="list-style-type: none"> – Tägliche Desinfektion der Oberflächen (high-touch surfaces) und der WCs in Spitalbereichen mit bestätigten und vermuteten COVID-19 Patienten
COVID-19 exponierte Mitarbeiter mit Patientenkontakt	<ul style="list-style-type: none"> - Wird in separatem Dokument besprochen
Besucher	<ul style="list-style-type: none"> – Besuche im ganzen Spital sind wieder erlaubt, sofern der zuständige Kantonsarzt dies bewilligt – Auf Besuche bei Kurzhospitalisationen (<4d) soll verzichtet werden (Ausnahmen und besondere Vorkehrungen gelten zum Beispiel für Geburtskliniken, sterbende Patienten und Kinderkliniken) – Besucher sollten namentlich bekannt sein und auf die gleichen ein bis zwei Besucher pro Patient limitiert sein – Es dürfen nie gleichzeitig mehr als zwei Besucher in einem Mehrbettzimmer sein – Besuche sollten zeitlich limitiert stattfinden (Vorschlag: max. 30-60min/Tag) – Eine Triage/Eingangskontrolle sollte sicherstellen, dass die Besucher asymptomatisch sind – Bei Besuchern sind die gleichen Schutzmassnahmen wie beim Personal notwendig

	<ul style="list-style-type: none"> – Spitalspezifische Abweichungen von diesem Vorgehen (Lockerung) sind bei lokal tiefen, wöchentlichen Fallzahlen möglich
Patientenbewegungen	<ul style="list-style-type: none"> – Beschränkung auf notwendige Untersuchungen – Chirurgische Maske für COVID-19 Patienten ausserhalb des Patientenzimmers
Probenhandling (inkl. Labor)	<ul style="list-style-type: none"> – Gemäss Standard Massnahmen P2 – Für externen Versand, gemäss Standard B UN 3373
Wäsche, Instrumente, Geschirr, Abfall	<ul style="list-style-type: none"> – Gemäss lokalen Richtlinien für Kontaktisolation. Geschirr und Wäsche sind keine üblichen Infektionsquellen.
Aufhebung der Isolation	<ul style="list-style-type: none"> – S. Tabelle 1
Immunsupprimierte Patienten/Patienten mit erhöhtem Risiko	<ul style="list-style-type: none"> – Es gelten die lokalen Richtlinien zur Hospitalisierung in Einzel- versus Mehrbettzimmer.
Vorgehen bei Todesfall	<ul style="list-style-type: none"> – Die Standard Hygiene- und Bestattungsmassnahmen reichen. – Im Falle einer Autopsie: Neben den Standard Hygienemassnahmen sollte bei aerosolerzeugenden Verfahren eine FFP2¹ Maske getragen werden
Bezug von Material für die persönliche Schutzausrüstung	<ul style="list-style-type: none"> – Der Kauf von Schutzausrüstung ist nun auf Bundesebene zentralisiert. Die Kontingente werden auf die Kantone verteilt. Das Material kann bei den Kantonsapotheken bezogen werden.

Tabelle 1: Aufhebung der Isolation

Klinik	Entisolation	PCR Tests
Milder Verlauf, Patient auf Station, Entlassung nach Hause möglich	Frühestens 10 Tage nach Auftritt Symptome und mindestens 48 Stunden ohne Symptome	Keine
Milder Verlauf, Patient auf Station, Patient bleibt hospitalisiert oder wird in Langzeitpflegeeinrichtung verlegt	Frühestens 14 Tage nach Auftritt Symptome und mindestens 48 Stunden ohne Symptome	Keine

Schwere Erkrankung (zum Beispiel, IPS Aufenthalt)	Frühestens 21 Tage nach Auftritt Symptome und mindestens 48 Stunden ohne Symptome.	Zur Abkürzung der Isolationsdauer können zwei PCRs aus adäquaten respiratorischen Proben (zB. Trachealsekret) durchgeführt werden. Sollte diese negativ sein oder hat der viral load mind. 3 log abgenommen, kann der Patient entisoliert werden
Schwere Erkrankung (zum Beispiel, IPS Aufenthalt) und Vorliegen von zusätzlichen Risikofaktoren (z.B. schwere Immunsuppression, Tracheostoma)	Frühestens 28 Tage nach Auftritt Symptome und mindestens 48 Stunden ohne Symptome.	Zur Abkürzung der Isolationsdauer können zwei PCRs aus adäquaten respiratorischen Proben (zB. Trachealsekret) durchgeführt werden. Sollte diese negativ sein oder hat der viral load mind. 3 log abgenommen, kann der Patient entisoliert werden

Kommentare

- 1) Atemschutzmasken vom Typ N95 oder KN95 (amerikanische, beziehungsweise chinesische Norm) sind FFP2 gleichzustellen
- 2) Wiederbenutzung von Masken. Vorschlag zur Anwendung:
 - Reinigen Sie die Hände vor und nach dem Berühren oder Einstellen der Maske mit einem alkoholischen Handdesinfektionsmittel.
 - Hängen Sie gebrauchte FFP2 oder FFP3 Masken in einem dafür vorgesehenen Lagerbereich auf oder bewahren Sie sie zwischen den Einsätzen in einem sauberen Behälter (z.B. einer Papiertüte) auf.
 - Um Kreuzkontaminationen zu minimieren, lagern Sie die Atemschutzmasken so, dass sie sich nicht berühren und die Person, die die Atemschutzmaske benutzt, eindeutig identifiziert wird.
 - Lagerbehälter sollten regelmäßig entsorgt oder gereinigt werden. Kein luftdichter Abschluss (z.B. keine Tupperware)
 - Masken, die mit Blut, Atem- oder Nasensekret oder anderen Körperflüssigkeiten von Patienten kontaminiert sind, müssen entsorgt werden.
- 3) Aerosol-generierende Massnahmen: Eine kürzlich erschienene Publikation (van Doremalen et al., March 17 2020, DOI: 10.1056/NEJMc2004973) legt nahe, dass SARS-CoV-1 und SARS-CoV2 die gleichen Eigenschaften in Bezug auf Überleben in der Umwelt und in Aerosolen aufweisen. Abgesehen von besonderen Situationen (vgl. Tabelle) konnte jedoch gut gezeigt werden, dass SARS-CoV-1 in den allermeisten Fällen durch Tröpfchen übertragen wurde. In der NEJM Arbeit war das Virus in den in-vitro Experimenten auf Oberflächen bis 5-7 Tage nachweisbar, jedoch nimmt die Keimdichte schon nach Stunden erheblich ab. Man muss bei Erkenntnissen durch experimentelle Arbeiten sehr vorsichtig sein: Einige Arbeiten schlagen zum Beispiel vor, dass die Grippe über Aerosole übertragen werden kann. Wir wissen aus dem klinischen Alltag, dass dies keine Rolle spielt. Wenn in der klinischen Betreuung eine Übertragung durch Aerosole überhaupt stattfinden kann, so einzig bei einer ganz kleinen Minderheit.