



Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V. DGKH

Geschäftsstelle
Joachimsthaler Straße 10
10719 Berlin
Telefon +49 30 8872737-30
Fax +49 30 8872737-37
E-Mail info@krankenhaushygiene.de

Vorstand

Präsident
Prof. Dr. Martin Exner, Bonn

*1. Vizepräsident, stellvertretender
Schatzmeister und Koordinator für
Internationale Beziehungen*
Prof. Dr. Walter Popp, Essen

2. Vizepräsident
Prof. Dr. Lutz Jatzwauk, Dresden

Schatzmeisterin
Dr. Friederike Lemm, Bochum

*Verantwortlicher für
Öffentlichkeitsarbeit*
Dr. Peter Walger, Bonn

Amtsgericht Berlin Charlottenburg
Registernummer VR 34413 B

Str.-Nr. 27/663/63141
UID DE183129654

Bankverbindung
Weberbank Berlin
IBAN DE52101201006106852044
BIC WELADED1WBB

Internet
www.krankenhaushygiene.de

Lageeinschätzung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)

30. März 2020

Martin Exner und Peter Walger im Namen des Vorstands der DGKH

Die gesundheitspolitische Diskussion über eine sogenannte Exitstrategie durch eine kontrollierte Deeskalation der Maßnahmen zur Kontrolle der COVID-19 Pandemie wird mit immer stärkerer Intensität geführt. Die DGKH hält diese Diskussion auf sachlicher und infektionshygienischer Grundlage vor dem Hintergrund der erheblichen gesellschaftlichen Auswirkungen für notwendig, um definierte Ziele für eine Exitstrategie zu benennen, an denen man sich orientieren kann, zumal Impfstoffe und Medikamente in der nächsten Zeit nicht zur Verfügung stehen werden.

Die DGKH schlägt hierzu eine Strategie vor, die in 4 Phasen abläuft. Jede Phase hat ihr Ziel und muss am Erreichen der Ziele nach definierten Kriterien gemessen und gesellschaftlich konsentiert werden. Aktuell befinden wir uns in Phase 1 und in der wichtigen Diskussion ob und wann ein Übergang zu Phase 2 möglich ist.

Die wichtigsten nächsten Schritte zur Gestaltung des Übergangs zur Phase 2 sind nach Auffassung der DGKH:

1. Ausweitung der Testungen und strategischer Einsatz der Testungen mit Priorität für Personen der kritischen Infrastruktur
2. Maximale Sicherung einer ausreichenden Schutzausrüstung für das Personal in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, der ambulanten Pflegedienste sowie für die Mitarbeiter*innen der kritischen Versorgungsbereiche
3. Maximaler Schutz der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen sowie der Personen mit erhöhtem Ansteckungsrisiko im familiären oder sonstigen privaten Milieu
4. Strikte Separierung von infizierten und Nicht-infizierten Personen, Schaffung alternativer Unterkünfte für Infizierte zur Entlastung der privaten Milieus von Risikopersonen.
5. Fokussierung des Krisenmanagements auf die Senkung der Fallzahlen schwerer Infektionen, von Intensivaufnahmen, Beatmungen und von Todesfällen im Gegensatz zu einer Senkung der generellen Infektionszahlen unabhängig vom Risikoprofil der Infizierten
6. Ausweitung der Krisenstäbe und Expertengremien durch Spezialisten der Hygiene, des Arbeitsschutzes und der klinischen Disziplinen, die für die diagnostische und therapeutische Qualität der medizinischen Versorgung und den Schutz von Personal und Mit-Patienten vor Ansteckungen verantwortlich sind.



Die von der DGKH vorgeschlagenen 4 Phasen lassen sich mit ihren Zielen einteilen in

Phase 1: Gesellschaftliche Quarantänisierung mit dem Ziel der Eindämmung und Verlangsamung der Pandemie und Vermeidung einer Überlastung der kritischen Versorgungsstrukturen insbesondere des Gesundheitsversorgungssystems

Phase 2: Beginnende Rücknahme der Quarantänisierung bei gleichzeitiger Sicherung hygienischer Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen.

Phase 3: Aufhebung der Quarantänisierung unter Beibehaltung der hygienischen Rahmenbedingungen

Phase 4: Zustand des öffentlichen Lebens wie vor der COVID-19 Pandemie (Status quo ante).

Phase 1: Gesellschaftliche Quarantänisierung

Die infektionshygienisch begründete Freiheitsbeschränkung, in welcher das gesellschaftliche Leben deutlich eingeschränkt wird, um eine zusätzliche ungehinderte Weiterverbreitung des Virus soweit wie möglich zu vermeiden, ist verordnet und weitgehend umgesetzt.

Die Infektionen sollen durch das Gesundheitsversorgungssystem aufgefangen und behandelt werden können, ohne die Kapazitäten kritischer Infrastrukturen und insbesondere das Gesundheitsversorgungssystem zu überfordern. Die Zeit soll genutzt werden, um

- Versorgungskapazitäten anzupassen und auf den zu erwartenden Anfall an schweren Erkrankungen vorzubereiten
- Schutzmaßnahmen (Mund-Nasenschutz, Brillen, Desinfektionsmittel) sicherzustellen und hygienische Verhaltensweisen in der Bevölkerung (Abstandswahrung, Händehygiene, Husten-Niesetikette, Desinfektion) zu fördern, um die Freisetzung und Verbreitung hoher Viruslasten zu unterbinden
- Infektionsketten durch Testungen zu erkennen und durch Contact-Tracing zu unterbrechen
- den öffentlichen Gesundheitsdienst in die Lage zu versetzen, diese Aufgabe wahrzunehmen
- die Erfahrungen anderer Länder zu analysieren und aus den Lehren Strategien zu entwickeln
- kritische Infrastrukturen (Krankenhäuser, ReHa-Einrichtungen, ambulante Versorgung, Rettungs- und Notfalldienste, häusliche Quarantänisierung etc.) abzusichern, weitere Kapazitäten aufzubauen und das Management einzutrainieren.
- medizinische Versorgung unter Wahrung infektionshygienischer Kriterien in der stationären und ambulanten Versorgung sicherzustellen.

Sobald diese Voraussetzungen geschaffen sind und erkennbar wird, dass das Versorgungssystem nicht überfordert wird oder im Falle einer Überforderung nachgesteuert wurde, ist der Zeitpunkt gekommen, über eine Lockerung nachzudenken und die nächste Phase kontrolliert einzuleiten.



Phase 2: Beginnende kontrollierte Rücknahme der Quarantänisierung bei gleichzeitiger Sicherung hygienischer Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen

Der Erfolg der Phase 1 muss am Rückgang der Zahl der Sterbefälle, der Intensivaufnahmen und der Beatmungen und nicht primär an der Zahl der Infektionen generell gemessen werden.

Voraussetzung für die Einleitung dieser Phase ist, dass die medizinische Versorgung (insbesondere die stationäre und intensivmedizinische Versorgung) gemeistert werden kann. Hauptziel ist die Senkung der Intensivaufnahmen, der beatmungspflichtigen schweren Verläufe und der Todesfälle. Hierzu muss sich der Fokus auf den Schutz der Risikogruppen konzentrieren. Vorrangiges Ziel ist nicht die Senkung der generellen Infektionszahlen.

Von größter Bedeutung ist die Unterscheidung der Bevölkerungsgruppen nach Bedrohlichkeit durch Intensivaufenthalt, Beatmung und Tod und nicht nach Risiko durch Infektion generell. Steigende Infektionszahlen generell sind sekundär und nur insoweit wichtig, als dass die Übertragungsrisiken kontrolliert sein müssen. Infektionen unter den nicht bedrohten Alters- und Nicht-Risikogruppen könnten sogar durch Ausbildung einer natürlichen Immunität (Herdimunität) aufgrund einer durchgemachten Infektion dazu beitragen, dass die Ausweitung der Pandemie verlangsamt und sogar unter Kontrolle gebracht werden kann, solange eine aktive Immunisierung durch Verfügbarkeit eines Impfstoffes nicht besteht. Die Erfassung von Personen mit überstandener Covid-19-Infektion und deren Einsatz in sensiblen Bereichen der Infrastruktur werden von großer Bedeutung sein.

Die Auswertung der bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Dynamik der Epidemie, die Hauptübertragungswege, die Quantifizierung der Risiken, die Alters- und Morbiditäts-assoziierten Sterbe- und Erkrankungsrisiken weist den Weg in eine kontrollierte Exit-Strategie.

Die Mehrzahl der Übertragungen finden im engen familiären Umfeld im Zusammenleben mit einem Infizierten und in den engen Kontakten der risikoreichen „Hyperspreader events“, den Festen, Club- und Restaurant-Feiern, den Karnevals- und Apres-Ski-Partys in geschlossenen Räumen, den Reisen und Fahrten mit engen Personenkontakten über längere Zeiten oder vergleichbaren Aufhalten von Gruppen unter engen Wohn- oder Lebensverhältnissen wie z. B. unter Passagieren von Kreuzfahrtschiffen statt.

Durch die generellen Kontaktsperrungen im öffentlichen Leben, das weitgehende Einfrieren des sozialen Lebens und die Verbote jeglicher Versammlungen sind die aktuellen Hot-spots die Pflege- und Altenheime, die engen familiären Wohnverhältnisse und die Kontakte der MitarbeiterInnen der medizinischen und sonstigen zentralen Versorgungsdienste gegenüber infizierten Personen bzw. Patienten. Diese Hauptrisikobereiche sind zudem durch den eklatanten Mangel an Schutzausrüstung doppelt bedroht.

Das Ziel dieser Phase ist neben der Priorisierung der kritischen Infrastrukturen durch hygienische Verhaltensweisen und Schutzausrüstung (Abstandswahrung, Husten- Niesenetikette, Mund-Nasenschutz) die ungehinderte Freisetzung und Übertragung von Viruslasten von unerkannt Infizierten auf vulnerable Personen in ihren Lebensbereichen unter Kontrolle zu halten.

Die Deeskalation muss schrittweise die Bevölkerungsteile erfassen, die wenig bis gar nicht durch schwere Verläufe, Beatmung und Tod bedroht sind.



Der Übergang in die Phase 2 ist dann möglich, wenn die o.a. Kriterien (keine Überforderung des medizinischen Versorgungssystems) erfüllt sind.

Möglich sind deshalb in dieser Phase die schrittweise Wiedereröffnung von Schulen, Kitas, Universitäten, anderen Einrichtungen des öffentlichen Lebens unter fortbestehender strikter Wahrung von Kontaktvermeidung (1,5 Meter-Regel) und Basisregeln der Hygiene (Mund-Nasen-Schutz, Händewaschen) und strikter Separierung von Personen der vulnerablen Gruppen. Auch Teile der Unternehmen wie Geschäfte, bestimmte Dienstleistungsgewerbe, ähnlich wie erfolgreich praktiziert auch im Lebensmittelhandel könnten nach dieser Risikobewertung wiedergeöffnet werden, wenn unter strenger Einhaltung der Abstandswahrung die o.a. Hygiene-Maßnahmen begründet und nachvollziehbar sichergestellt werden können. Eine partielle Fortsetzung der Kontaktsperre differenziert nach Alter und Erkrankungsrisiko kann für bestimmte Bereiche des öffentlichen Lebens erwogen werden.

Parallel muss die **Maximierung des Schutzes der bedrohten Gruppen und Personen** sowie der Mitarbeiter in den medizinischen Versorgungseinrichtungen gewährleistet sein.

Hierbei müssen die nachfolgenden Aspekte in dieser Phase besondere Berücksichtigung finden:

Beschaffung der notwendigen Schutzausrüstungen und Desinfektionsmittel, die bei Zusammenbruch der internationalen Beschaffungswege zunehmend auf alternative Produktionen setzen sollten.

Quarantäneverordnungen sollten in speziellen Fällen mit einem Angebot separierter Wohn- oder Unterbringungsangebote kombiniert werden, wenn im privaten Wohnbereich, d. h. dem unmittelbaren Quarantäne-Milieu, Mitbewohner aus einer vulnerablen Personengruppe unter engen problematischen Verhältnissen vorhanden sind. Hierzu könnten Hotels, leer stehende Wohnheime oder vergleichbare Unterkünfte herangezogen werden.

Strategischer Einsatz von mehr Tests

Zusätzlich muss die Zahl der Testungen massiv hochgefahren werden. Es müssen primär die MitarbeiterInnen der Medizin- und anderer zentraler Versorgungsbereiche sowie der Alten- und Pflegeheime einschließlich der ambulanten Pflegedienste getestet werden. Dieser strategische Einsatz der Testungen erfolgt mit dem Ziel, möglichst nur negativ getestetes Personal in den wichtigsten Bereichen arbeiten zu lassen. Die Etablierung von Pool-Testungen könnte hilfreich sein.

Soweit die Kapazitäten es zulassen, breite Testung nicht nur der Verdachtsfälle und Kontaktpersonen – gegebenenfalls auch wiederkehrend –, sondern in der Folge auch breiter Bevölkerungskreise. Gerade die Testungen in der Breite der Bevölkerung können genutzt werden, um Ausbreitungswege und das Ausmaß der Dynamik erfassen zu können.

Eine rasche Ausweitung der Antikörper-Diagnostik und Auswertung der dadurch gewonnenen seroepidemiologischen Daten dient der Abschätzung der Quantität des Herden-Schutzes und der Rolle der Übertragungsriskien durch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ohne weitere Risikofaktoren, den Gruppen mit dem geringsten Morbiditäts- aber bislang unbekanntem Übertragungsrisko.



Ausweitung des Übertragungsschutzes durch Mund-Nasen-Schutz (MNS) (<https://bit.ly/39i4A4t> Infection Control & Hospital Epidemiology)

Die Sicherung der Versorgung des Krankenhauspersonals mit ausreichender Schutzausrüstung hat oberste Priorität. Zusätzlich Sicherung einer breiten Anwendung von Mund-Nasen-Schutz (MNS) durch gezielte Verteilung unter dem Personal von Alten- und Pflegeheimen sowie den ambulanten Pflegediensten. Die DGKH hat bereits früh auf alternative Optionen z. B. durch die alternative Produktion von textilen Masken hingewiesen und die Essener Nähanleitungen publiziert. Diese sind inzwischen in mehr als 10 Sprachen übersetzt.

Die Devise lautet: jede textile Maske ist besser als gar keine Maske. Je mehr MNS getragen wird, je mehr kann auch die Kontaktpersonen-Nachverfolgung reduziert werden. Auf Grund der großen Fallzahl ist die Kontaktpersonen-Nachverfolgung in dieser Phase unrealistisch und wahrscheinlich nicht mehr zu bewältigen. Sie droht die personellen Ressourcen der Gesundheitsämter zu blockieren. Kontaktpersonen sollten gezielt informiert und über empfohlene Verhaltensregeln aufgeklärt werden.

Bei Aufhebung der Ausgangsbeschränkungen und Wiedereröffnung von Geschäften und Restaurants und ebenso bei Aufhebung der Schul-, Universitäts- und Kita-Schließungen muss ein generelles Tragen von Mund-Nasen-Schutz (MNS) durch Mitarbeiter und Angestellte sowie durch Schüler und Studenten außerhalb der eigenen vier Wände gesichert sein.

In Schulen, Universitäten, Kitas und Betrieben sollte eigenverantwortlich überlegt werden, wie man durch Abstand-Schaffen Risiken vermindern kann. Best-Practice-Beispiele sollten in Medien und Foren bekannt gemacht werden. Hier kann auf vielerlei etablierte Erfahrungen verwiesen werden, die bereits heute unter den Bedingungen der generellen Kontaktsperre erworben wurden.

Auswertung des Epidemie-Verlaufs hinsichtlich Schwere der Infektionen, Altersverteilung nach Schwere und Tod, Rolle der Begleitkrankheiten, Inanspruchnahme der Betten- und Intensivkapazitäten, Beatmungspflichtigkeit und Todesfälle

Die Todesfälle an Covid-19 in Deutschland müssen umgehend ausgewertet werden, um Risiko-Konstellationen besser definieren und Risikopersonengruppen besser eingrenzen zu können. Die entsprechenden Fachgesellschaften dürften hierzu in der Lage und bereit sein.

Die Auswertung muss nach wissenschaftlichen Kriterien Altersverteilung, Risikoanalyse gefährdeter Personen jüngerer Altersgruppen, Analyse der Rolle von Kindern bei der Übertragung, Analyse der Rolle asymptomatischer Personen bei der Übertragung umfassen. Auch das nosokomiale Übertragungsrisiko für Personal und Mit-Patienten muss Gegenstand wissenschaftlicher Auswertungen sein. Der Schutz des medizinischen Personals und der anderen Patienten vor nosokomialer Ausbreitung von Covid-19 und weiterer nosokomialer Infektionen hat eine besondere Bedeutung. Grundlegende Regeln des Mitarbeiter- und Patientenschutzes müssen gesichert bleiben, das Hygiene-Regelwerk darf unter Bedingungen beschränkter Ressourcen nicht außer Kraft gesetzt werden.



Ausweitung der Krisenstäbe durch Experten der wichtigsten Fachdisziplinen Hygiene und klinische Fachbereiche

Das Netzwerk der Universitätskliniken muss die wissenschaftlichen Expertisen von Hygienikern, Klinikern der wichtigsten Fachbereiche und anderer bedeutender Disziplinen neben Virologen und Epidemiologen bündeln. Sie nehmen zentrale Aufgaben im Krisenmanagement wahr und leisten wichtige Beiträge im diagnostischen, therapeutischen und infektionshygienischen Patienten-Management und insbesondere in der öffentlichen Infektionsprävention.

Die genannten Maßnahmen sind für die nähere Zukunft alternativlos.

Mobil-Tracing durch Handy-Ortung ist ineffektiv und wird abgelehnt

Ein Tracing über Handy-Ortung wird abgelehnt, da es niemandem nützt. Die diskutierten Erfolge aus Südkorea betrafen eine Frühphase der Epidemie, die durch ein einziges Hyperspreader-event, ausgehend von zentralen Treffen einer kirchlichen Sekte in einem Krankenhaus und zu weiteren lokalen Gelegenheiten gekennzeichnet waren. Frühes Kontakt-Tracing kann effektiv sein, in späteren Phasen der Epidemie verliert es zunehmend an Bedeutung. Die aktuellen Hyperspreader-events in Deutschland und den europäischen Nachbarländern sind bekannt und nach Erlass genereller Veranstaltungsverbote ausgeschaltet: Alten- und Pflegeheime, familiäres Umfeld, insbesondere bei Zusammenleben mit Infizierten Personen, ambulante Pflege und Versorgung von Personen aus vulnerablen Gruppen sind jetzt die entscheidenden Risiken. Sie sind mit dem Mobil-Tracing nicht erfassbar. Auch die Übertragung durch infiziertes Personal sowie zwischen infizierten und nicht-infizierten Krankenhauspatienten (nosokomiale Übertragung) kann nicht erfasst werden. Die aktuell wichtigsten Ausbreitungsrisiken sind stationäre Ereignisse in bekannten Strukturen, die Mobilitätsdaten erfassen im Wesentlichen Personen, die zu den kritischen Bereichen der Infrastruktur gehören und deren Mobilität eine essentielle Voraussetzung für die Bewältigung der Epidemie ist.

Phase 3: Aufhebung der Quarantänisierung unter Beibehaltung der hygienischen Rahmenbedingungen

Ziel dieser Phase ist unter Berücksichtigung der gewonnenen Erfahrungen und unter Beibehaltung der Surveillance sowie unter Einhaltung der Hygiene-Maßnahmen, eine weitergehende Aufhebung der Quarantänisierung für zusätzliche Bereiche des öffentlichen Lebens zu ermöglichen. Hierzu zählen Kongresse, Versammlung größerer Gruppen etc. Es ist zu hoffen, dass die Phase 3 durch zur Verfügung stehende Therapeutika und insbesondere durch einen Impfstoff kontrolliert in die Phase 4 übergehen kann, in der das Ende der Pandemie deklariert werden kann. Wie sich die Covid-19-Infektionen weiter entwickeln wird, ob es wie bei den Influenza-Pandemien einen Übergang in regelmäßige saisonale Epidemien geben wird, ist aktuell nicht einzuschätzen. Hier sind umfassende Analysen der bisherigen Dynamik der Pandemie erforderlich, die auf einer Auswertung der Daten der tatsächlichen Gesamtzahl aller Infektionen und ihrer Verbreitung in den unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen basieren.



Phase 4: Der Zustand des öffentlichen Lebens wie vor der COVID-19 Pandemie (Status quo ante) wird wahrscheinlich nicht vollständig erreicht werden. Eine umfassende Analyse aller Auswirkungen der Pandemie und die Aufarbeitung der Lehren aus dem politischen, medizinischen, infektionshygienischen, sozialen und ökonomischen Management unter Berücksichtigung ethischer Aspekte wird unter Global Health und Public Health Aspekten essentiell sein und sicher Jahre brauchen.

Martin Exner, Peter Walger und der Vorstand der DGKH

Montag, 30. März 2020
