

Empfehlungen für Hygiene- und Schutzmaßnahmen bei der Versorgung von Patienten mit Verdacht auf bzw. nachgewiesener aviärer Influenza (Vogelgrippe)

Diese Empfehlungen richten sich an alle gefährdeten und potentiell gefährdeten Personen, die aufgrund ihrer Tätigkeit oder ihrer Mithilfe bei der Patientenversorgung in Kontakt mit erkrankten oder erkrankungsverdächtigen Personen kommen. Sie orientieren sich an den Angaben des Ausschusses für biologische Arbeitsstoffe (ABAS), Beschluss 609 (Juni 2012), sowie des Robert Koch-Instituts (RKI) (Stand August 2013) und werden an die Entwicklung der epidemiologischen Situation angepasst. Die jeweils aktuelle Fortschreibung ist auf der Homepage des NLGA (s.u.) abrufbar.

Die Definition von Erkrankung bzw. Erkrankungsverdacht sowie die zugrundeliegende Falldefinition sind dem NLGA-Merkblatt „Empfehlungen für das Vorgehen bei Personen mit Verdacht auf Vogelgrippe in Niedersachsen“ zu entnehmen.

Vorbemerkung: Derzeit gibt es keine epidemiologischen Hinweise auf eine Mensch-zu-Mensch Übertragung der aviären Influenza (WHO Warnphase 3). Da aber bei der Patientenversorgung einerseits eine erhöhte Exposition zu erregerehaltigem Material (z.B. Sekret) nicht ausgeschlossen werden kann und andererseits über die Pathogenität von aviären Influenzaviren vom Typ A/H5 bzw. H/H7, die von Erkrankten ausgeschieden werden, wenig bekannt ist, werden im Folgenden als Vorsichtsmaßnahme auch weitergehende Hygienemaßnahmen empfohlen. Die Umsetzung der genannten Empfehlungen kann nur unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten und sollte unter Einbeziehung des Hygienefachpersonals und ggf. in Rücksprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt erfolgen.

Räumliche Unterbringung eines Erkrankungsverdächtigen/ Erkrankten

■ Ambulanter Bereich

Bei einem Erkrankungsverdacht an Vogelgrippe (vgl. Falldefinition des RKI) sollte der Patient möglichst in einem separaten Raum, getrennt von anderen Personen betreut werden.

■ Stationärer Bereich

Aufgrund der nicht auszuschließenden Übertragbarkeit der aviären Influenzaviren durch Tröpfchen aus dem Respirationstrakt ist bei Menschen mit begründetem klinischen Verdacht bzw. nachgewiesener Infektion eine Unterbringung in einem separaten Raum erforderlich. Dabei ist ein Einzelzimmer mit eigenem Nassbereich anzustreben. Bei mehreren Erkrankungsverdächtigen/ Erkrankten kann ggf. eine Kohortenisolierung durchgeführt werden. Sofern in den Patientenräumen eine raumlufttechnische Anlage betrieben wird, über die eine Weiterleitung von dieser Luft auf andere Räume möglich ist, ist diese abzustellen. Besuchsregelungen sind festzulegen.

Hygienemaßnahmen durch den Patienten

Die Verbreitung des Erregers durch den Patienten kann vermindert werden durch:

- Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes, falls dies der Gesundheitszustand des Patienten zulässt oder
- zumindest das Bedecken von Mund und Nase beim Husten/ Niesen und
- Beachtung der Händehygiene.

Der Patient ist auf ein entsprechendes Verhalten hinzuweisen. Grundsätzlich sollen respiratorische Sekrete in Einwegtüchern aufgenommen und anschließend z.B. in dichten Kunststoffsäcken/-beuteln hygienisch entsorgt werden.

Personalschutzmaßnahmen

Das für die Versorgung Erkrankungsverdächtiger/ Erkrankter eingesetzte Personal sollte hinsichtlich der Übertragungswege und der zu beachtenden Schutzmaßnahmen geschult und - zum Schutz vor Doppelinfektionen - möglichst gegen die saisonale Influenza geimpft sein. **Grundsätzlich** sollte sich das medizinische Personal, das Kontakt zu Erkrankungsverdächtigen/ Erkrankten hat, durch Schutzkittel und Einweghandschuhe schützen (zum Atemschutz siehe nachfolgenden Abschnitt). Nach direktem Patientenkontakt, Kontakt mit erregerehaltigem Material oder kontaminierten Objekten sowie nach Ablegen der Handschuhe ist vor Verlassen des Raumes eine Händedesinfektion mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ durchzuführen.

In Abhängigkeit von der **konkreten** Tätigkeit bei der Patientenversorgung sind **zusätzlich** weitergehende Atemschutzvorkehrungen empfohlen.

■ Ambulanter Bereich

Personen, die Kontakt zum Patienten haben, sollen eine FFP1-Maske oder einen Mund-Nasen-Schutz (MNS) tragen wenn der Erreger der Risikogruppe 2 angehört und der Patient ebenfalls einen MNS trägt. Sollte das Letzt genannte nicht der Fall sein bzw. der Erreger der Risikogruppe 3 angehören, muss eine FFP2-Maske, die die Anforderungen an die Geräteklasse FFP2 nach DIN EN 149 erfüllt, getragen werden.

■ Stationärer Bereich

Das medizinische Personal sollte beim „einfachen“ Patientenkontakt standardmäßig eine FFP1-Maske (Geräteklasse FFP1 nach DIN EN 149) oder einen MNS, wenn der Erreger der Risikogruppe 2 angehört und der Patient ebenfalls einen MNS trägt, tragen. Ist der Erreger der Risikogruppe 3 zugeordnet, muss eine FFP2-Maske getragen werden. Tätigkeiten an Patienten, bei denen Beschäftigte Hustenstößen ausgesetzt sein können bzw. bei länger dauernden Tätigkeiten am Patienten (z.B. Waschen, Lagerung) sollte eine FFP2-Maske sowie ggf. eine geeignete Schutzbrille getragen werden. Bei risikoträchtigen Tätigkeiten

mit ausgeprägter Exposition bzw. Provokation von Hustenstößen (z.B. Bronchoskopie, Intubation, Absaugen) sollte neben einer Schutzbrille eine FFP3-Maske angelegt werden.

■ **Rettungsdienst**

Bei Tätigkeiten direkt am Patienten sollten Angehörige des Rettungsdienstes beim Transport von (Verdachts-) Patienten eine FFP2-Maske tragen. Bei risikoträchtigen Tätigkeiten (Intubation, Absaugen) sollte eine FFP3-Maske angelegt und ggf. auch eine geeignete Schutzbrille getragen werden.

Krankentransport eines Erkrankungsverdächtigen/ Erkrankten.

■ **Transport durch den Rettungsdienst**

Vor Beginn des Transportes wird das aufnehmende Krankenhaus über die Einweisung des Patienten und über seine Verdachtsdiagnose/Erkrankung informiert. Die räumliche Unterbringung des aufzunehmenden Patienten kann dort vorbereitet und der Schutz anderer Patienten eingeleitet werden. Für den Transport gelten die o.g. Personenschutzmaßnahmen sowie die Empfehlungen zu Hygienemaßnahmen durch den Patienten. Unmittelbar nach Transport ist eine Scheuerwischdesinfektion sämtlicher zugänglicher Patientenkontaktflächen mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ durchzuführen (s. Punkt Desinfektion und Reinigung). Nach Ablegen der Schutzkleidung ist eine Händedesinfektion durchzuführen.

■ **Transport innerhalb des Krankenhauses**

Transporte innerhalb des Krankenhauses sollten so selten wie möglich erfolgen. Der Zielbereich ist vorab zu informieren, der Patient sollte, sofern möglich, am Ende (oder vor Beginn) des Tagesprogramms in die Funktionsbereiche zur Diagnostik gebracht werden. Der Transport sollte als Einzeltransport erfolgen, dabei trägt der Patient – sofern es das Krankheitsbild erlaubt - einen MNS. Das Transportpersonal und das Personal in der Funktionsabteilung trägt einen Schutzkittel, eine FFP1-Maske (Gerätekategorie FFP1 nach DIN EN 149) bzw. einen MNS, wenn der Erreger der Risikogruppe 2 angehört und der Patient ebenfalls einen MNS trägt, Einmalhandschuhe und ggf. eine Schutzbrille. Ist der Erreger der Risikogruppe 3 zugeordnet, muss eine FFP2-Maske getragen werden. Der Kontakt mit anderen Patienten und Besuchern ist zu vermeiden. Nach Abschluss der Maßnahmen in der Zieleinrichtung sind die Patientenkontaktflächen vor erneuter Nutzung zu desinfizieren (s. Punkt Desinfektion und Reinigung).

Familiäre oder Haushaltskontakte zu einem Erkrankungsverdächtigen/Erkrankten

Bei der Pflege zu Hause ist zu beachten, dass individuell besonders gefährdete Personen (z.B. Säuglinge, Abwehrgeschwächte, chronisch Kranke) von erkrankten Personen möglichst ferngehalten werden sollen. Zum Schutz vor Doppelinfektionen mit dem saisonalen Influenzavirus und dem Vogelgrippevirus sollten möglichst alle engen Kontaktpersonen gegen Influenza geimpft sein. Generell sollte ein direktes Anniesen oder Anhusten seitens des Patienten vermieden werden. Nach Kontakt mit dem Patienten oder seinen Ausscheidungen müssen die Hände gewaschen werden.

Weitergehende Maßnahmen

■ **Antivirale Prophylaxe**

Für Personen, die an der Durchführung pflegerischer, diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen bei einem wahrscheinlichen oder bestätigten Fall von aviärer Influenza direkt beteiligt sind, sowie für familiäre und Haushaltskontakte, kann im Einzelfall, nach Risikobewertung der Exposition und unter ärztlicher Kontrolle eine postexpositionelle orale Prophylaxe mit einem Neuraminidasehemmer erwogen werden.

■ **Überwachungsmaßnahmen**

Die Zahl der an der Versorgung wahrscheinlicher oder bestätigter Fälle beteiligten Personen sollte definiert und begrenzt sein. Bis 7 Tage nach der letzten Exposition sollten diese Personen seitens des Gesundheitsamtes nachverfolgt werden. Die Temperatur sollte täglich gemessen werden. Falls innerhalb von 7 Tagen nach Exposition Fieber oder akute respiratorische Beschwerden auftreten, ist eine labordiagnostische Abklärung anzustreben. Gleiches gilt für enge Kontaktpersonen eines wahrscheinlichen oder bestätigten Falles. Bereits der Verdachtsfall gemäß „Falldefinition Influenzavirus A/H5 bzw. A/H7“ muss dem zuständigen Gesundheitsamt gemäß § 1 IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung gemeldet werden.

Desinfektion und Reinigung

Patientennahe (Handkontakt-) Flächen sollten mit einem Desinfektionsmittel mit nachgewiesener Wirksamkeit für das Wirkungsspektrum „begrenzt viruzid“ einer täglichen Scheuerwischdesinfektion unterzogen werden. Bei Bedarf sind die Desinfektionsmaßnahmen auf weitere kontaminationsgefährdete Flächen auszudehnen.

Alle Geräte/Medizinprodukte mit direktem Kontakt zum Patienten (z.B. EKG-Elektroden, Stethoskope usw.) sind patientenbezogen zu verwenden bzw. müssen nach Gebrauch, bzw. vor Anwendung bei einem anderen Patienten, desinfiziert werden. Bei Transport in einem geschlossenen Behälter ist eine zentrale Aufbereitung möglich. Thermische Desinfektionsverfahren sollten wann immer möglich bevorzugt angewendet werden. Ist dies nicht möglich, sollen Medizinprodukte wie üblich mit einem Desinfektionsmittel des Wirkungsbereiches AB gemäß der Definition der Liste der vom RKI anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren desinfiziert werden.

Geschirr kann in einem geschlossenen Behältnis zur Spülmaschine transportiert und darin wie üblich bei Temperaturen ab 60°C gereinigt werden.

Wäsche/Textilien können dem Routine-Waschverfahren für Krankenhauswäsche zugeführt werden. Als Taschentücher und andere Respirationssekrete aufnehmende Tücher sollen Einwegtücher Verwendung finden.

Für Matratzen werden wischdesinfizierbare Überzüge empfohlen.

Die Schlussdesinfektion erfolgt für alle Flächen entsprechend den Angaben für die tägliche Desinfektion.

Abfallentsorgung

Die Entsorgung von Abfällen, die mit Sekreten oder Exkreten kontaminiert sind, erfolgt nach Abfallschlüssel des Europäischen Abfallkatalogs (EAK) 180104 (LAGA Gruppe B) gemäß

der Richtlinie der Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA). Die LAGA Mitteilung 18 (2015) behandelt die ordnungsgemäße Entsorgung aus Einrichtungen des Gesundheitsdienstes (www.lagaonline.de). Danach sind Abfälle des Abfallschlüssels 180104 unmittelbar am Ort ihres Anfallens in reißfesten, feuchtigkeitsbeständigen und dichten Behältnissen zu sammeln und ohne Umfüllen oder Sortieren in sicher verschlossenen Behältnissen, ggf. in Kombination mit Rücklaufbehältern, zur zentralen Sammelstelle zu befördern und zur Entsorgung thermisch zu behandeln.

Weitere Informationen

Auf der Homepage des NLGA finden Sie weitere Informationen zu diesem Thema

www.nlga.niedersachsen.de > [Infektionsschutz](#) > [Krankheitserreger/Krankheiten](#) > [Vogelgrippe/aviäre Influenza](#)

Impressum

Herausgeber:
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
Roesebeckstr. 4 - 6, 30449 Hannover
Fon: 0511/4505-0, Fax: 0511/4505-140
www.nlga.niedersachsen.de
2. Auflage November 2016