

# Epidemie-Handbuch

## SARS-CoV-2 / COVID-19

Version 4.1 / 24. September 2021

### Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Erreger und Übertragungswege</b>	<b>8</b>
2.1	Neue Varianten von SARS-CoV-2: Variants of Concern (VOC)	8
<b>3.</b>	<b>Verdachts- und Diagnose-Kriterien</b>	<b>9</b>
3.1	Klinische Verdachts-Kriterien	9
3.2	Vorgehen bei unspezifischen Symptomen	9
3.3	Epidemiologische Kriterien	10
3.4	Radiologische Kriterien	10
3.5	Mikrobiologische Diagnose	10
3.6	Klinische Diagnose	10
3.7	Serologische Testung	11
<b>4.</b>	<b>Probenentnahme und Diagnostik</b>	<b>12</b>
4.1	Probeentnahme	12
4.2	Mikrobiologische Nachweismethoden	12
4.2.1	PCR-Diagnostik	12
4.2.2	Antigen-Schnelltest	12
4.2.3	Antigen-Selbsttests	13
<b>5.</b>	<b>Triage und ambulantes Management von Verdachtspatienten</b>	<b>14</b>
5.1	Triage ambulanter Verdachtspatienten	14
5.2	Ambulantes Management von Verdachtspatienten (Verdachtskriterien erfüllt)	14
5.3	Ambulantes Management von Patienten mit einem Antigen-Schnelltest	14
5.4	Ambulantes Management von Patienten, welche durch den Kantonsärztlichen Dienst unter Quarantäne gestellt wurden	14

<b>6.</b>	<b>Isolations- und Schutzmassnahmen</b>	<b>15</b>
6.1	Schutzausrüstung bei Abklärung von Verdachtspatienten	15
6.1.1	Personal, welches aerosol-produzierende Massnahmen durchführt	15
6.1.2	Personal, welches keine aerosol-produzierende Massnahmen durchführt	15
6.1.3	Protective Face Shields als Alternative zur Schutzbrille	15
6.2	Hospitalisierte Verdachtspatienten: Erweiterte Tröpfchenisolation am Platz	16
6.2.1	Voraussetzung für Platzisolation von Verdachtspatienten im Mehrbettzimmer	16
6.2.2	Vorgehen im Zimmer bei platzisolierten Verdachtspatienten	16
6.2.3	Schutzmassnahmen bei Verdachtspatienten	17
6.2.4	Schutzausrüstung Personal beim Betreten der Platzisolationszone	17
6.2.5	Vorgehen nach Erhalt der Resultate der Diagnostik bei Verdachtspatienten, Anpassung der Isolation	17
6.3	Massnahmen bei stationären Patienten mit COVID-19 Diagnose	18
6.3.1	Triage	18
6.3.2	Schutzausrüstung für das Personal	18
6.3.3	Patiententransport von Patienten mit bestätigter COVID-19	19
6.3.3.1.	Grundsatz	19
6.3.3.2.	Patiententransport (zu Fuss oder im Rollstuhl)	19
6.3.3.3.	Patiententransport im Bett	19
6.3.4	Vorbereitungen/Einrichten des Patientenzimmers (Bettenstation)	20
6.3.5	Vorgehen bei Massnahmen/Interventionen während Isolation	21
6.4	Isolationsmassnahmen für Spezialkliniken	21
6.5	Isolationsmassnahmen bei Anästhesie und im OP	22
6.5.1	Zeitpunkt der elektiven Operationen nach SARS-CoV-2 Infektion	22
6.5.2	Präoperatives Screening	22
6.5.3	Vorgehen	22
6.5.4	Intubation/Extubation	23
6.6	Umgang mit ambulanten Patienten in den Sprechstunden des USB während der COVID-19-Epidemie	23
6.6.1	Räumliche/materielle Anforderungen	23
6.6.2	Organisatorische Anforderungen	23
6.6.3	Allgemeine Organisation	24
6.6.4	Asymptomatische Patienten oder SARS-CoV-2 PCR negativ	24

6.6.5	Symptomatische Patienten (Verdachtskriterien erfüllt)	24
6.6.6	Patienten mit positiver SARS-CoV-2 PCR	24
6.7	Screening vor elektiven ambulanten Untersuchungen/Eingriffen	25
6.7.1	Elektive ambulante Untersuchungen/Eingriffe mit/ohne Anästhesiebegleitung	25
6.8	Triage und Management von Patienten aus dem Ausland	25
6.8.1	Management von ambulanten und stationären Patienten mit Wohnsitz im Ausland	25
6.8.2	Direktverlegung aus einem ausländischen Spital (Repatriierung)	25
6.9	Patienten nach Aufenthalt in einem Land mit besorgniserregenden Varianten (VOC)	25
6.9.1	Kriterien	26
6.9.2	Massnahmen am USB bei Erfüllung der obengenannten Kriterien	26
<b>7.</b>	<b>Besucherregelung</b>	<b>27</b>
7.1	Besuch von COVID-19-positiven Patienten	27
7.2	Besuch von Patienten unabhängig von respiratorischen Erkrankungen	27
<b>8.</b>	<b>Reinigung / Entsorgung</b>	<b>28</b>
8.1	Reinigungsmassnahmen	28
8.1.1	Persönliche Schutzausrüstung des Reinigungsdienstes	28
8.1.2	Reinigungsmassnahmen allgemein	28
8.1.3	Reinigung im Patientenzimmer während Isolation	28
8.1.4	Reinigung nach ambulanter Konsultation / ausserhalb des Patientenzimmers	28
8.1.5	Schlussdesinfektion nach Entisolation/Austritt	28
8.1.6	Schlussdesinfektion bei Auflösung einer Isolations-Kohorte	29
8.2	Entsorgung	29
8.2.1	Abfall und Wäsche	29
8.2.2	Aufbereitung Mehrwegmaterial	29
8.2.3	Persönliche Gegenstände	29
<b>9.</b>	<b>Das Behandlungsteam</b>	<b>30</b>
<b>10.</b>	<b>Diagnostik und Therapie</b>	<b>31</b>
<b>11.</b>	<b>Kohortenstationen</b>	<b>32</b>

<b>12.</b>	<b>Screening</b>	<b>33</b>
12.1	Systematisches Screening besonderer Patientengruppen	33
12.1.1	Hämatologie	33
12.1.2	Pneumologie	33
12.1.3	Präoperativ	33
12.1.4	Repatrierte Patienten	33
12.2	Regelmässige Screenings von stationären Patienten	33
12.3	Regelmässige Mitarbeiter-Testungen auf SARS-CoV-2	34
<b>13.</b>	<b>Meldewege</b>	<b>35</b>
13.1	Meldeweg Testresultate (PCR und Serologie)	35
13.1.1	Meldeweg positive Testresultate	35
13.1.2	Meldeweg negative Testresultate	35
13.2	Meldeweg SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltest	35
13.3	Meldung Verdachtspatienten	35
13.4	Meldung Kontaktpatienten	35
13.5	Meldung klinisch diagnostizierte COVID-19	35
13.6	Meldung klinische Befunde von verstorbenen Patienten	36
<b>14.</b>	<b>Informations- und Kommunikationspolitik</b>	<b>37</b>
14.1	Grundsatz	37
14.2	Interne Kommunikation	37
14.3	Externe Kommunikation	37
<b>15.</b>	<b>Empfehlungen zum Vorgehen bei symptomatischen, exponierten und schwangeren Mitarbeitenden</b>	<b>38</b>
15.1	Empfehlungen für Mitarbeitende mit respiratorischen Symptomen (Husten, Halsschmerzen, Atemnot)	38
15.2	Vorgehen bei Exposition zu einem bestätigten Fall von COVID-19	38
15.3	Mitarbeitende nach ungeschütztem Kontakt mit einer SARS-CoV-2-positiven Person	38
15.4	Mitarbeitende nach Reise-Rückkehr	39
15.5	Kriterien für die Befreiung von der Quarantäne für Mitarbeitende nach Kontakt oder Reisen	39
15.6	Vorgehen bei COVID-19-Erkrankung	40
15.7	Wiederaufnahme der Arbeit nach COVID-19-Erkrankung	40

15.8	Vorgehen und Empfehlungen bei schwangeren Mitarbeiterinnen	40
15.8.1	Empfehlungen für schwangere Mitarbeiterinnen	40
15.8.2	Vorgehen bei Unklarheiten	40
15.9	Proximity Tracing-Systeme (SwissCovid App)	41
15.9.1	Empfehlungen für Mitarbeitende zum Umgang mit der SwissCovid App	41
<b>16.</b>	<b>Massnahmen und Empfehlungen im Umgang mit Kontaktpatienten</b>	<b>42</b>
16.1	Kontaktpatienten	42
16.1.1	Asymptomatische Kontaktpatienten	42
16.1.2	Symptomatische Kontaktpatienten	42
16.1.3	Empfehlungen für Patienten zum Umgang mit der SwissCovid App am USB	43
<b>17.</b>	<b>Entisolationskonzept</b>	<b>44</b>
17.1	Entisolation bei nicht bestätigten, hospitalisierten Verdachtspatienten (in Platzisolation)	44
17.2	Entisolation bei Patienten mit klinischer Diagnose (in der Kohortenstation)	44
17.3	Entisolation bei bestätigtem, hospitalisierten COVID-19-Fall	45
17.4	Entisolation bei Kontakt- oder Quarantänepatienten	45
17.5	Entisolation von asymptomatischen Patienten bei St.n. COVID-19 mit positivem Screening-Resultat	46
17.6	Entisolation bei ambulanter Vorstellung eines bestätigten COVID-19-Falls und/oder bei Wiedereintritt ins Spital	46
17.6.1	Kriterien	46
17.6.2	Vorgehen	47
17.7	Massnahmen bei Entlassung nach Hause	48
<b>18.</b>	<b>Vorgehen bei Todesfällen durch COVID-19</b>	<b>49</b>
18.1	Zimmer-Desinfektion	49
18.2	Transport	49
18.3	Im Leichenraum	49
18.4	Auf der Pathologie	50
18.5	Aufbahrungsraum der Pathologie	50
18.6	Vorgehen bei unklarem Todesfall während der Epidemie	50

<b>19.</b>	<b>Allgemeine Massnahmen/Weisungen im Rahmen der COVID-19 Epidemie</b>	<b>51</b>
19.1	Persönliche Hygiene	51
19.2	Respiratorische Etikette	51
19.3	Generelle Maskentragpflicht	51
19.3.1	Maskentragpflicht für Mitarbeitende des USB	51
19.3.2	Maskentragedauer	51
19.3.3	Maskenwechsel bei anderen isolationspflichtigen Erregern	52
19.3.4	Maskentragpflicht für Patienten	52
19.4	SARS-CoV-2-Impfungen	53
19.5	Aufenthaltsräume	53
19.6	Erweiterte Standard-Schutzmassnahmen bei aerosol-produzierenden Untersuchungen/Interventionen	53
19.7	Kinder als Patienten am USB	54
<b>20.</b>	<b>Anhang</b>	<b>55</b>
20.1	Querverweise	55
20.2	Checklisten	56
20.2.1	Checkliste Isolationszimmer mit Vorraum	56
20.2.2	Checkliste Isolationszimmer ohne Vorraum	57

Die vorliegenden Richtlinien beschreiben die Massnahmen zur Infektionsprävention und -kontrolle zur Abklärung und zum Management von Patienten mit Verdacht auf oder bestätigter SARS-CoV-2-Infektion/COVID-19. Sie sind verbindlich für das gesamte Universitätsspital Basel. Die Richtlinien werden regelmässig überprüft und revidiert. Für den Gebrauch dieser Richtlinien in anderen Spitälern und Institutionen kann das Universitätsspital Basel keine Haftung übernehmen, zudem müssen diese gegebenenfalls an die örtlichen Gegebenheiten und Bestimmungen angepasst werden. Hierfür liegt die Verantwortung nicht beim Universitätsspital Basel. Wir erheben in dieser Krisenzeit ausdrücklich kein Copyright auf diese Richtlinien, d.h. es können auch grössere Passagen, oder bei Bedarf das gesamte Handbuch, mit einem kurzen Referenzhinweis übernommen werden. Aus urheberrechtlichen Gründen sind jedoch in der öffentlich zugänglichen Version dieser Richtlinien die Verlinkungen im Dokument zu weiterführenden USB-internen Dokumenten nicht funktionell.

Die für eine bessere Lesbarkeit im Text gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen.

**Herausgeber:**

Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene, Universitätsspital Basel, Petersgraben 4, 4031 Basel.

**Autoren:**

Ärzte und Staff der Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene: Dr. Richard Kühl, Dr. Ana Durovic, Dr. Sandra Zingg, Dr. Aurélien Martinez, Dr. Silvio Ragozzino, Dr. Matthias von Rotz, Prof. Dr. Andreas Widmer, Prof. Dr. Sarah Tschudin Sutter.

**Redaktion und Kontakt:**

Prof. Dr. Sarah Tschudin Sutter ([sarah.tschudin@usb.ch](mailto:sarah.tschudin@usb.ch))

## 1. Einleitung

Das vorliegende Handbuch ist eine Hilfestellung in der Abklärung von Patienten mit Verdacht auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 und im Management von bestätigter Infektion mit SARS-CoV-2/ COVID-19. Der Schwerpunkt liegt auf den spitalhygienischen Massnahmen im ambulanten und stationären Bereich. Weiter regelt das Handbuch Abläufe der Diagnostik sowie den Umgang mit potentiell exponiertem Gesundheitspersonal und den Umgang mit Kontakt- und Risikopatienten. Die hier aufgeführten Hygienemassnahmen sind eine verbindliche Vorgabe für das gesamte Universitätsspital Basel (USB). Abweichungen dürfen nur nach Genehmigung durch die Task Force oder die Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene erfolgen.



## 2. Erreger und Übertragungswege

Beim «neuen Coronavirus» handelt es sich um ein behülltes Virus mit Ähnlichkeit zum SARS-Erreger. Entsprechend wurde das Virus «SARS-CoV-2» genannt.

Wie alle behüllten Viren zeigt SARS-CoV-2 eine hohe Empfindlichkeit auf Alkohol resp. andere Desinfektionsmittel und UV-Strahlung. Die Überlebenszeit der Viren auf unbelebten Oberflächen kann mehrere Tage betragen.

Die direkte Mensch-zu-Mensch-Übertragung wird als wichtigster Transmissionsweg erachtet, der vorwiegende Anteil der Ansteckungen erfolgt nach aktuellem Stand über eine Tröpfcheninfektion. Eine Übertragung über Aersole ist insbesondere im Rahmen von aerosol-generierenden Massnahmen möglich.

### 2.1 Neue Varianten von SARS-CoV-2: Variants of Concern (VOC)

Viren verändern sich konstant durch Mutationen, erwartungsgemäss treten mit der Zeit neue Virus-Varianten auf. Seit Beginn der COVID-19-Pandemie haben sich mehrere Virus-Varianten von SARS-CoV-2 neu gebildet und unterschiedlich stark durchsetzen können.

Global zirkulieren mehrere COVID-19-Varianten:

- B.1.1.7 – Alpha. Dieser Virusstamm wurde erstmals im September 2020 nachgewiesen. Durch Veränderungen an der Rezeptor-bindenden Domäne vom Spike-Protein (N501Y) ist die Transmissionsfähigkeit des Virus höher.
- B.1.351 - Beta
- P.1 - Gamma. Diese beinhaltet zusätzlichen Mutationen, welche das Ansprechen auf Antikörper beeinträchtigen könnten
- B.1.617.2 - Delta. Seit Mai 2021 hat sich dieser Virusstamm über die gesamte Welt ausgebreitet. Diese Variante hat eine höhere Infektiosität als die bisherigen Varianten. Inzwischen macht die Delta-Variante >95% aller COVID-19 Infektionen in der Schweiz aus. Die in der Schweiz erhältlichen mRNA-Impfstoffe schützen zu >90% vor einem schweren Verlauf mit COVID-19, und zu 40-50% vor einer Ansteckung oder milden Verlauf einer Infektion.

Das Management infizierter Personen mit einer der neuen Varianten ist gleich wie bei Personen ohne Nachweis einer N501Y-Mutation.


Für das USB bedeutet dies:

Patienten mit Nachweis von neuen Varianten des SARS-CoV-2 werden analog den bisher geltenden Hygienemassnahmen betreut. Eine Kohortierung mit anderen Patienten mit COVID-19 (ohne Nachweis einer neuen Variante) kann erfolgen.

## 3. Verdachts- und Diagnose-Kriterien

### 3.1 Klinische Verdachts-Kriterien

Gemäss BAG-Kriterien vom 28.01.2021 beruht der Verdacht auf COVID-19 auf klinischen und epidemiologischen Kriterien. Bei Erfüllung nachfolgender Kriterien gilt ein Patient am USB als Verdachtspatient:



-  **Klinische Verdachtskriterien für COVID-19:**
- A) Symptome einer akuten Atemwegserkrankung (z.B. Husten, Hals-/ Brustschmerzen, Dyspnoe)  
**und/oder**
  - B) Fieber  $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$   
**und/oder**
  - C) plötzlich aufgetretene Anosmie oder Ageusie (Verlust des Geruchs- oder Geschmacks-sinns)  
**und/oder**
  - D) akute Verwirrtheit oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei älteren Menschen  
**und**
  - E) A bis D nicht anderweitig erklärt

Verdachtspatienten werden bei Hospitalisation mittels erweiterter Tröpfchenisolation am Platz aufgenommen bis zum Erhalt der Abstrichresultate (siehe [Kap. 6.2](#)).

### 3.2 Vorgehen bei unspezifischen Symptomen

Gemäss BAG-Empfehlungen vom 2. Dezember 2020 sollen auch Patienten mit weniger häufigen oder weniger spezifischen Symptomen auf SARS-CoV-2 getestet werden.

Ziel ist es, möglichst viele infizierte Personen zu finden bzw. eine SARS-CoV-2-Infektion auszuschliessen.

-  **Bei folgenden Symptomen soll ein SARS-CoV-2-Test durchgeführt werden:**
- Kopfschmerzen
  - Allgemeine Schwäche / allgemeines Unwohlsein
  - Muskelschmerzen
  - Schnupfen
  - Magen-Darm-Symptome (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Bauchschmerzen)
  - Hautausschläge
-  Aufgrund der unspezifischen Symptome und der damit verbundenen tiefen Wahrscheinlichkeit eines positiven Testresultats **müssen Patienten mit nur unspezifischen Symptomen nach Durchführung des Tests und bis zum Erhalt des Testresultates NICHT mittels erweiterter Tröpfchenisolation am Platz aufgenommen werden.** Diese Patienten sollen bis zum Erhalt des Resultates einen chirurgischen Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR tragen.

Die allgemeinen Massnahmen/Weisungen im Rahmen der COVID-19-Epidemie (siehe [Kap. 19](#)) müssen allseits strikt befolgt werden. Das weitere Vorgehen richtet sich nach dem Testresultat.



### 3.3 Epidemiologische Kriterien

#### Epidemiologische Kriterien für COVID-19:

Epidemiologischer Link: enger ungeschützter Kontakt (<1.5 m während >15 Minuten) zu einem laborbestätigten Fall oder Exposition im Zusammenhang mit einem COVID-19-Ausbruch

Patienten mit erfüllten epidemiologischen Kriterien gelten als Kontaktpatienten und werden dementsprechend isoliert (siehe Kap. 16). Dazu zählen auch Patienten, welche sich > 15 Minuten ohne Schutzmassnahmen im selben Zimmer mit einem nicht-isolierten bestätigten COVID-19-Fall befanden.

### 3.4 Radiologische Kriterien

Klassifizierung der Infiltrate bezüglich COVID-19 im CT der Lunge:

Keine pneumonischen Infiltrate	
Pneumonische Infiltrate, nicht typisch für COVID-19	z.B. Lobär-/Bronchopneumonie, Bronchitis
Pneumonische Infiltrate, COVID-19 möglich, aber nicht typisch	Nicht alle obligatorischen Kriterien <sup>1</sup> erfüllt
Pneumonische Infiltrate, typisch für COVID-19	Alle obligatorischen Kriterien <sup>1</sup> erfüllt

<sup>1</sup> Milchglas-Verschattungen mit/ohne Konsolidationen in Pleura-nahen Lungenregionen (inclusive Fissuren), subpleurale Aussparungen sind möglich. Multifokale bilaterale Verteilung.

### 3.5 Mikrobiologische Diagnose

- Die mikrobiologische Diagnose COVID-19 wird durch den Nachweis von SARS-CoV-2 mittels PCR oder mittels Antigen-Testung aus einer oder mehreren Patientenproben (meist nasopharyngealer Abstrich) gestellt.
- Für stationäre Patienten muss ein positiver Antigen-Schnelltest mittels PCR bestätigt werden.

### 3.6 Klinische Diagnose

Die klinische Diagnose COVID-19 wird bei Erfüllung folgender Kriterien gestellt:

#### Klinische Diagnose COVID-19:

A) Typische klinische Symptome (gemäss Verdachtskriterien) ohne Alternativerklärung und  
B) Radiologische Kriterien:  
Typische bilaterale fleckige Milchglasinfiltrate im Computertomogramm der Lunge (gemäss radiologischer Beurteilung «typisch für COVID-19»)

Sowohl mikrobiologisch als auch klinisch diagnostizierte COVID-19-Patienten werden bei Hospitalisationsindikation unter den entsprechenden Isolationsmassnahmen (siehe Kap. 6.2.5) auf eine COVID-Kohortenstation aufgenommen.

Für die klinische Diagnose besteht beim BAG eine Meldepflicht (auch mit negativer SARS-CoV-2 PCR).

### 3.7 Serologische Testung

Die serologische Testung auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 bleibt bis auf Weiteres speziellen Indikationen vorbehalten. Sie erlaubt insbesondere keine Aussage über eine allfällige Immunität, kann aber als zusätzliches Kriterium bei diagnostischen Unklarheiten (insb. bei klinischer Diagnose und negativer PCR resp. bei asymptomatischen Patienten mit positiver PCR-Testung) eingesetzt werden.

#### Serologie:

Das Resultat der Serologie hat keinen Einfluss auf die empfohlenen Hygiene- und Schutzmassnahmen!



## 4. Probenentnahme und Diagnostik

### 4.1 Probeentnahme

- Die Diagnostik auf SARS-CoV-2 erfolgt primär mittels Nasopharyngealabstrich.
- Für einen Antigen-Schnelltest und eine PCR müssen zwei separate Nasopharyngealabstriche abgenommen werden.
- Die Diagnostik auf SARS-CoV-2 (PCR) aus dem Speichel ist asymptomatischen Patienten im Rahmen von Screenings vorbehalten.
- Testungen auf SARS-CoV-2 aus anderen Proben erfolgen nur auf besondere Verordnung.
- Bei tracheotomierten Patienten erfolgt zusätzlich zum Nasopharyngealabstrich die Abnahme eines Trachealsekrets auf SARS-CoV-2.
- Details zu Probenentnahme und -transport siehe [medStandards](#)

### 4.2 Mikrobiologische Nachweismethoden

#### 4.2.1 PCR-Diagnostik

Die PCR gilt als Goldstandard zum Nachweis von SARS-CoV-2. Aktuell wird die PCR-Diagnostik am USB routinemässig mittels COBAS durchgeführt.

Die PCR-Diagnostik mittels GeneXpert ist speziellen Situationen vorbehalten (Oberarzt Anästhesie/Intensivstation sowie nachts 18.00–6.00 Uhr).

#### 4.2.2 Antigen-Schnelltest

Ein Antigen-Schnelltest (Nasopharyngealabstrich) kann in Betracht gezogen werden, wenn Symptome von COVID-19 (klinische Verdachtskriterien oder unspezifische Symptome) vorliegen und die folgenden Kriterien gemäss BAG (Stand 02.11.2020) erfüllt sind:

- Die Symptome haben vor weniger als 4 Tagen begonnen.
- Der Patient gehört nicht zu den besonders gefährdeten Personen:
  - Ältere Menschen > 50 Jahre
  - Schwangere Frauen
  - Erwachsene mit folgenden Erkrankungen: Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Atemwegserkrankungen, Krebs, Erkrankungen und Therapien, die das Immunsystem schwächen, Adipositas Grad III (BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>).
- Der Patient arbeitet nicht im Gesundheitswesen mit direktem Patientenkontakt.
- Der Patient wird ambulant behandelt.

Bei Patienten, welche hospitalisiert werden, muss deshalb immer ein Nasopharyngealabstrich auf SARS-CoV-2 (PCR) zur Bestätigung erfolgen.

Es besteht eine Meldepflicht sowohl für positive als auch für negative Resultate. Das Resultat des Antigen-Schnelltests muss deshalb digital festgehalten werden (siehe [Anleitung Resultateingabe SARS-CoV-2 Schnelltest](#)). Anschliessend erfolgt die Meldung automatisiert und elektronisch durch die Labormedizin.

#### 4.2.3 Antigen-Selbsttests

Aufgrund der reduzierten Sensitivität und Spezifität ist hier immer eine Bestätigung mittels PCR-Diagnostik notwendig.

Personen mit einem positiven Antigen-Selbsttest werden analog den Verdachtspatienten weiter abgeklärt, d.h. sie erhalten auf dem Notfall noch einmal einen Antigen-Schnelltest (Nasopharyngealabstrich) und eine PCR für SARS-CoV-2.



## 5. Triage und ambulantes Management von Verdachtspatienten

### 5.1 Triage ambulanter Verdachtspatienten

Die Triage ambulanter Verdachtspatienten erfolgt unter den unten beschriebenen Isolationsbedingungen in einer hierfür definierten Abteilung, z.B. im Test- und Triage-Center (TTC), im Notfallzentrum oder in der Medizinischen Poliklinik. Die Patienten erhalten umgehend einen Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR und werden direkt in die vorgesehenen Untersuchungszimmer geführt. Wartezeiten ausserhalb dieser Zonen sind nach Möglichkeit zu vermeiden.

Dieses Vorgehen bleibt unverändert bei Patienten mit einer SARS-CoV-2-Impfung.

### 5.2 Ambulantes Management von Verdachtspatienten (Verdachtskriterien erfüllt)

Personen, welche die Verdachtskriterien erfüllen, klinisch aber in gutem Allgemeinzustand sind, können nach Abnahme der Diagnostik unter Einhaltung der vom BAG/Kantonsärztlichen Dienst festgelegten Bedingungen nach Hause entlassen werden. Der weitere Ablauf richtet sich nach dem Resultat der Erregerdiagnostik.

### 5.3 Ambulantes Management von Patienten mit einem Antigen-Schnelltest

Patienten mit einem positiven Antigen-Schnelltest sollen sich in Heim-Isolation begeben.

### 5.4 Ambulantes Management von Patienten, welche durch den Kantonsärztlichen Dienst unter Quarantäne gestellt wurden

Bei Personen, die vom Kantonsärztlichen Dienst aufgrund einer Exposition zu SARS-CoV-2 unter Quarantäne gestellt wurden (z.B. enger Kontakt zu einem bestätigten Fall von SARS-CoV-2 / COVID-19, klinisch hochgradiger Verdacht auf COVID-19), sollte eine weiterführende Diagnostik nur im Auftrag des Kantonsärztlichen Dienstes erfolgen.

Wird bei diesen Personen eine Diagnostik durchgeführt (durch Kantonsärztlichen Dienst verordnet oder auf Eigeninitiative des Patienten), erfolgt diese unter den gleichen Isolationsmassnahmen wie bei anderen Verdachtspatienten. Der weitere Ablauf richtet sich nach dem Resultat der Erregerdiagnostik und wird durch den Kantonsärztlichen Dienst festgelegt.


Unabhängig vom Resultat der Testung kann die behördlich angeordnete Quarantäne jedoch ausschliesslich durch die Kantonsärzte des jeweiligen Wohnkantons aufgehoben werden.

## 6. Isolations- und Schutzmassnahmen

### 6.1 Schutzausrüstung bei Abklärung von Verdachtspatienten

#### 6.1.1 Personal, welches aerosol-produzierende Massnahmen durchführt

- Überschürze mit langen Ärmeln und Handgelenksbund
- Nitrilhandschuhe
- Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95 (bei FFP2 Fit-Check durchführen)
- OP-Haube
- Schutzbrille mit Seitenschutz (SUVA)
- Barträger: siehe Weisungsrecht des Arbeitgebers betreffend Barträger


 **Atemschutzmasken (FFP2/N95/KN95)** können von derselben Person wiederverwendet werden. Die Maske soll zur Aufbewahrung nach Verwendung in einer bezeichneten Einweg-Nierenschale oder an einem dafür designierten Aufhäng-Brett gelagert werden. Die Maske soll bei offensichtlicher Verschmutzung, Durchnässung oder einem Defekt entsorgt werden. Die Atemschutzmaske muss bei der Betreuung verschiedener COVID-19-positiven Patienten nicht gewechselt werden.

#### 6.1.2 Personal, welches keine aerosol-produzierende Massnahmen durchführt

- Überschürze mit langen Ärmeln und Handgelenksbund
- Nitrilhandschuhe
- Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR

#### 6.1.3 Protective Face Shields als Alternative zur Schutzbrille

- Zum Schutz der Augen wird eine Schutzbrille mit Seitenschutz (SUVA), wie oben beschrieben, empfohlen.
- Face Shields bieten je nach Bauweise einen effizienten Schutz vor direkten Spritzern in die Augen von vorne, in Abhängigkeit der Bauweise jedoch keinen guten Seitenschutz.
- Face Shields bieten keinen guten Schutz vor Selbstkontamination, da das Berühren an den Augen in der Regel problemlos möglich ist.
- Personen, bei denen aufgrund ihrer notwendigen Korrekturbrillen das Tragen einer Schutzbrille über einen längeren Zeitraum nicht möglich ist, können alternativ ein Face Shield tragen. Dabei ist in besonderem Masse darauf zu achten, Berührungen im Gesicht zu vermeiden. In allen anderen Situationen ist vom Tragen eines Face Shields abzuraten.

 **Face Shields** stellen keinen Schutz vor möglichen Aerosolen oder Infektionen durch Inhalation dar. Sie ersetzen nicht das Tragen einer adäquaten Maske.



## 6.2 Hospitalisierte Verdachtspatienten: Erweiterte Tröpfchenisolation am Platz

Patienten, welche die Verdachtskriterien für COVID-19 erfüllen, werden bis zum Erhalt der Resultate der Diagnostik (PCR-Test) unter erweiterter Tröpfchenisolation am Patientenplatz isoliert. Nach Möglichkeit sollen keine Verdachtspatienten zu immunsupprimierten Patienten ins Zimmer verlegt werden. Verdachtspatienten können kohortiert werden. Verdachtspatienten können nicht mit bestätigten Fällen (mikrobiologische oder klinische Diagnose erfüllt) oder Kontaktpatienten kohortiert werden.

### 6.2.1 Voraussetzung für Platzisolation von Verdachtspatienten im Mehrbettzimmer

- Patient ist kooperativ, versteht die Anweisungen
- Patient kann den Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR kontinuierlich tragen (ausser zum Essen/Trinken)
- Pflege des Patienten in einer Platzisolation ist möglich
- Räumliche Abtrennung des Patienten mittels Paravents (Platz-Isolationszone)
- Falls die Platzisolation nicht korrekt erfolgen kann (zB Maske kontraindiziert, iR Grunderkrankung, unkooperative Patienten) erfolgt die Isolation im Einzelzimmer.

### 6.2.2 Vorgehen im Zimmer bei platzisolierten Verdachtspatienten

- Massnahmen im Zimmer:
  - Meona-Wagen kann ins Zimmer mitgenommen werden bis ausserhalb der Isolationszone
  - Blutdruckapparate, Thermometer, Waage, usw. nach Gebrauch desinfizieren
- Einrichtung im Zimmer:
  - Abfallbehälter mit Deckel (für Abwurf der Überschürzen und Handschuhe)
  - Flächendesinfektionsmittel (Ethanol 80% oder Bacillo® Wipes)
  - Im Klinikum 2 Bestellung eines mobilen Luftreinigers (HEPA-Filter) über die Alarmzentrale, Tel. 53011. Zwischen 8.00 und 17.00 Uhr bringt das Gebäudemanagement, zwischen 17.00 und 8.00 Uhr der Sicherheitsdienst die Geräte auf die Abteilung.
  - Im Klinikum 1 sind keine HEPA-Filter notwendig, jedoch muss das Zimmer jede Stunde 5–10 Minuten gelüftet werden.
- Einrichtung vor dem Zimmer:
  - Lagerung sauberer Einweg-Überschürzen und Nitrilhandschuhe
  - Türschild Isolation mit Bezeichnung des Isolationsplatzes im Zimmer, z.B. Türe rechts (Türschild für 2-Bett-Zimmer | Türschild für 4-Bett-Zimmer)
- Dem Patienten wie auch den Mitpatienten das Informationsblatt [COVID-19: Vorsorgliche Hygienemassnahmen am Patientenplatz](#) abgeben.

## 6.2.3 Schutzmassnahmen bei Verdachtspatienten

- Patient trägt kontinuierlich einen Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR
- Falls möglich, eigenes WC definieren (ist dann für andere Patienten gesperrt)
- Falls kein eigenes WC: Patient erhält einen eigenen Nachtstuhl
- Keine gemeinsame Nutzung von Lavabos mit anderen Patienten
- Wenn der Patient die Platz-Isolations-Zone verlassen muss (z.B. für Transport):
  - Nur in Begleitung
  - Patient trägt Handschuhe, Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR und Überschürze
- Kein Besuch bei Patienten in Platzisolation

### 6.2.4 Schutzausrüstung Personal beim Betreten der Platzisolationszone

- Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR
- Nitrilhandschuhe
- Einweg-Überschürze

☞ Für die Betreuung mehrerer Verdachtspatienten muss der Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR nicht gewechselt werden.

☞ Bei mehreren Verdachtspatienten im selben Zimmer müssen Handschuhe und Überschürzen für die Betreuung jedes Patienten gewechselt werden (Abwurf im Zimmer, Anziehen vor dem Zimmer).

### 6.2.5 Vorgehen nach Erhalt der Resultate der Diagnostik bei Verdachtspatienten, Anpassung der Isolation

- Entisolation, falls keine isolationspflichtigen Erreger nachgewiesen; weiterhin konsequente Einhaltung der respiratorischen Etikette
- Bei Nachweis von SARS-CoV-2:
  - Information ans Bettenmanagement durch den behandelnden Arzt
  - Verlegung des Patienten in eine COVID-Kohortenstation
  - Meldung des positiven Befundes ans BAG durch den behandelnden Arzt
  - Schlussdesinfektion analog Patienten mit Kontakt-Isolation (gemäss [HRL 02.07](#)) mit deconex® 0.5% nach Verlegung aus Platzisolationszone
- Bei unklarer Befundkonstellation hält das Bettenmanagement Rücksprache mit der Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene.
- Nach Einsatz des mobilen Luftreinigungsgerätes (HEPA-Filter) Benachrichtigung der Alarmzentrale (Tel. 53011) für die Abholung des Gerätes. Falls der Einsatz in der Nacht beendet wird, erfolgt die Abholung am nächsten Morgen.



## 6.3 Massnahmen bei stationären Patienten mit COVID-19 Diagnose

### 6.3.1 Triage

- Auf die COVID-Kohortenstation sollen nur Patienten mit mikrobiologischer Diagnose oder Patienten mit klinischer Diagnose aufgenommen werden.
- Mikrobiologisch diagnostizierte COVID-19-Patienten können bei Eintritt mit anderen mikrobiologisch bestätigten Fällen zusammengelegt werden.
- Klinische Diagnose:
  - Klinisch diagnostizierte COVID-19-Patienten sollen bis zum Erhalt der Diagnostik in ein Einzelzimmer (bzw. mit gesperrtem Nachbarbett) auf die Kohorte verlegt werden. Es gelten die gleichen Isolationsmassnahmen wie bei mikrobiologisch diagnostizierten COVID-19-Patienten.
  - Sobald bei Patienten mit klinischer Diagnose die mikrobiologische Bestätigung (positiver PCR-Nachweis oder positive Serologie) vorliegt, können sie mit anderen mikrobiologisch diagnostizierten Patienten kohortiert werden.
  - Falls bei klinisch diagnostizierten COVID-19-Patienten die mikrobiologische Diagnostik negativ auf SARS-CoV-2 bleibt, soll eine Evaluation über das weitere Prozedere mit den behandelnden Ärzten der Medizin und Infektiologie & Spitalhygiene erfolgen.
- Antigen-Schnelltest:
  - Patienten mit klinischen Verdachtskriterien und einem positiven Antigen-Schnelltest können direkt auf die Kohortenstationen aufgenommen werden. Das Resultat des Nasopharyngealabstrichs (PCR für SARS-CoV-2) muss nicht abgewartet werden.
  - Asymptomatische Patienten mit einem positiven Antigen-Schnelltest sollen entsprechend einer klinischen Diagnose (siehe oben) triagiert werden.
  - Bei Patienten mit negativem Antigen-Schnelltest entspricht das Prozedere demjenigen für Verdachtspatienten (siehe Kap. 6.2).
- Anhand der Resultate von Selbsttests (Antigen-Schnelltests) soll keine Triage, Verlegung von Patienten erfolgen.
- Bei Verdacht auf ein falschpositives PCR-Resultat (z.B. hoher Ct-Wert) auf SARS-CoV-2 ohne passende Klinik (z.B. i.R. Kontaktscreening, repatrierte Patienten, Bronchoskopie) soll mit den behandelnden Ärzten der Medizin und Infektiologie & Spitalhygiene evaluiert werden, ob eine weitere Diagnostik (z.B. Serologie, quantitativer Abstrich) notwendig ist, bevor der Patient mit anderen Patienten mit mikrobiologisch bestätigter Diagnose kohortiert werden kann.

### 6.3.2 Schutzausrüstung für das Personal

- Siehe Anleitungen und Videos  
[Anleitung Isolation COVID-19 mit Vorraum / Informationsfilm](#)  
[Anleitung Isolation COVID-19 ohne Vorraum / Informationsfilm](#)
- Überschürze mit langen Ärmeln und Handgelenksbund

- Nitrilhandschuhe
- Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95 (bei FFP2 [Fit-Check](#) machen)
- OP-Haube
- Schutzbrille mit Seitenschutz (SUVA)
- Barträger: siehe [Weisungsrecht des Arbeitgebers betreffend Barträger](#)

☞ Handschuh-Desinfektion ist nur innerhalb des Patientenzimmers erlaubt (nach ca. zehn Handschuhdesinfektionen sollte aufgrund der Leckage-Gefahr ein Handschuhwechsel erfolgen).

### 6.3.3 Patiententransport von Patienten mit bestätigter COVID-19

#### 6.3.3.1. Grundsatz

- Der Patiententransport wird durch geschultes Transportpersonal oder diplomiertes Pflegefachpersonal durchgeführt.
- Der Transport erfolgt, wenn möglich, via Notfalllift.
- Wartezeiten vor Untersuchungszimmern sind zu vermeiden.

#### 6.3.3.2. Patiententransport (zu Fuss oder im Rollstuhl)

- Der Rollstuhl wird mit einem frischen, sauberen Leintuch abgedeckt. Dieses verbleibt nach dem Transport im Patientenzimmer und wird anschliessend mit der übrigen Wäsche entsorgt.
- Patientenunterlagen werden in einem Plastiksack am Rollstuhlgriff aufgehängt. Der Plastiksack wird im Patientenzimmer entsorgt.
- Schutzausrüstung des Patienten für Transport:
  - Überschürze Einweg mit langen Ärmeln und Handgelenksbund
  - Nitrilhandschuhe
  - Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95
- Schutzausrüstung des Personals für Transport:
  - Überschürze
  - Handschuhe
  - Mund-Nasen-Schutz Typ III/IR
- Haltebereiche des Rollstuhls werden vor/nach dem Transport durch die Pflege mit Ethanol 80% denat. desinfiziert.

#### 6.3.3.3. Patiententransport im Bett

- Das Bett wird mit einem frischen, sauberen Leintuch abgedeckt. Dieses verbleibt nach dem Transport im Patientenzimmer und wird anschliessend mit der übrigen Wäsche entsorgt.



- Patientenunterlagen werden in einem Plastiksack am Kopfende des Bettes aufgehängt. Der Plastiksack wird im Patientenzimmer entsorgt.
- Schutzausrüstung des Patienten für Transport:
  - Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95
- Bei Transport mit laufender Sauerstoff-Applikation:
  - Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95 über der Sauerstoff-Nasenbrille
  - Bei >8 Liter O<sub>2</sub>/min:
    - Sauerstoffmaske mit vorgeschaltetem Reservoir
    - Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR über der Sauerstoffmaske
- Schutzausrüstung des Personals für Transport:
  - Überschürze
  - Handschuhe
  - Mund-Nasen-Schutz Typ III/IIR
- Haltebereiche des Bettes werden vor/nach dem Transport durch die Pflege mit Ethanol 80% denat. desinfiziert.

#### 6.3.4 Vorbereitungen/Einrichten des Patientenzimmers (Bettenstation)

- Fenster und Türen des Zimmers sind geschlossen zu halten.
- Patientenzimmer im Klinikum 2:  
Vor Eintreffen des Patienten wird im Zimmer ein mobiles Luftreinigungsgerät (HEPA-Filter) installiert, resp., wo vorhanden, der Unterdruck aktiviert (Bestellung der Filtergeräte erfolgt telefonisch über die Abteilung Gebäude- und Energietechnik Tel. 87060, ausserhalb der Dienstzeiten über die Alarmzentrale Tel. 53011).
- Patientenzimmer im Klinikum 1:  
Es sind keine HEPA-Filter-Geräte notwendig. Patientenzimmer werden mindestens alle 4 Stunden für 10 Minuten nach aussen durch Fensteröffnung gelüftet, Nachtpause erlaubt.
- Der Reinigungsdienst wird durch die Stationsleitung informiert. Die Leitung des Reinigungsdienstes ist für die Umsetzung der Desinfektionsmassnahmen verantwortlich.
- Einrichten des Zimmers und der Schutzausrüstung gemäss Checklisten (siehe Anhang 20.2.1 und 20.2.2)
- Anbringen der Hinweisschilder am Patientenzimmer (siehe Anleitung Isolation COVID-19 mit [Vorraum](#) / [ohne Vorraum](#)).
- Zugangsbeschränkung bei positiven Fällen
- Bei Kohortenbetrieb: Schliessung der Schutztüren, Anbringung entsprechender Hinweisschilder (siehe Anleitung Isolation COVID-19 mit [Vorraum](#) / [ohne Vorraum](#)).

#### 6.3.5 Vorgehen bei Massnahmen/Interventionen während Isolation

- Patienten tragen nur ausserhalb des Zimmers eine Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95.
- Patienten dürfen das Zimmer nur für dringend notwendige diagnostische oder therapeutische Massnahmen verlassen.
- Indizierte Untersuchungen/Interventionen ausserhalb des Patientenzimmers werden nach Möglichkeit auf Ende des Tagesablaufs geplant.
- Für den Patienten- und Probentransport gelten die zuvor genannten Massnahmen.
- Aerosol-produzierende Untersuchungen werden, sofern vertretbar, im Patientenzimmer durchgeführt.

#### 6.4 Isolationsmassnahmen für Spezialkliniken

Die abteilungsspezifischen Massnahmen der nachfolgenden Abteilungen sind jeweils in einem separaten Konzept geregelt.

- [Kohortenkonzept Bettenstationen](#)
- [Kohortenkonzept Intensivstation](#)
- [Notfallzentrum/Schockraum](#)
- [COVID-19 Test- und Triage-Center \(TTC\)](#)
- [IMC Interdisziplinäre Intermediate Care Unit](#)
- [Stroke Unit](#)
- [Hämatologie](#)
- [Frauenklinik](#):
  - [Triage von Patientinnen mit Verdacht auf COVID-19](#)
  - [Triage von Patientinnen mit positivem COVID-19-Befund](#)
  - [Geburtsabteilung](#):
    - [1. Frauen mit unbekanntem COVID-19-Status bei Eintritt](#)
    - [2. Frauen mit bekanntem positivem COVID-19-Status bei Eintritt](#)
    - [3a. Primäre Sectio und äussere Wendung \(BEL\) bei unbekanntem COVID-Befund](#)
    - [3b. Primäre Sectio und äussere Wendung \(BEL\) bei bekanntem positivem Befund](#)
    - [4. Sekundäre Sectio und andere operative Eingriffe bei unbekanntem COVID-19-Status und Symptomatik oder positivem COVID-19-Status](#)
    - [5. SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltest in der Geburtsabteilung](#)
  - [Übersicht Schutzmaterial](#)
  - [Anwesenheit Partner/Partnerin/Begleitperson Geburtshilfe und Neonatologie](#)
  - [Anleitung Abteilung Mutter und Kind: SARS-CoV-2/ COVID 19](#)



- Radiologie
- [Onkologisches Ambulatorium Klinikum 2](#)
- [Dialysestation Klinikum 2](#)
- [Augenklinik](#)

## 6.5 Isolationsmassnahmen bei Anästhesie und im OP

### 6.5.1 Zeitpunkt der elektiven Operationen nach SARS-CoV-2 Infektion

Es gibt zunehmende Evidenz hinsichtlich einem erhöhten Mortalitäts- und Komplikationsrisiko bei elektiven operativen Eingriffen in den ersten 6 Wochen nach einer SARS-CoV-2 Infektion. Deshalb soll der operative Eingriff erst ab Woche 7 stattfinden, wenn dies aus medizinischer Sicht vertretbar ist.

### 6.5.2 Präoperatives Screening

- Vor allen stationären chirurgischen Operationen ist ein SARS-CoV-2 Screening indiziert.
- Ein generelles präoperatives Screening (innerhalb max. 72h vor OP-Start) wird bei Patienten vor stationären Eingriffen in erster Linie dazu eingesetzt, die Patienten vor postoperativen Komplikationen durch eine unentdeckte COVID-19-Infektion zu schützen.
- Bei präoperativem Nachweis von COVID-19 soll die Operation verschoben werden, falls dies aus medizinischer Sicht vertretbar ist.
- Das Screening kann mittels Speicheltest oder Nasopharyngealabstrich (PCR) erfolgen.

### 6.5.3 Vorgehen

- Falls COVID-19 nachgewiesen, werden die erweiterten Schutzmassnahmen unabhängig von der Lokalisation der OP eingesetzt (siehe [Kap. 6.3.1](#); analog interne SOP «Isolation bei Verdacht/bestätigter Tuberkulose» plus Schlussdesinfektion).
- Patienten in Quarantäne werden unabhängig vorgängig negativer Screening-Resultate unter erweiterten Schutzmassnahmen operiert. Unterdruck und Schlussdesinfektion sind nicht notwendig.
- Falls kein COVID-19 nachgewiesen, sind keine zusätzlichen Schutzmassnahmen notwendig.
- Bei notfallmässigen Eingriffen in der Thoraxchirurgie, HNO, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder Neurochirurgie (hinsichtlich Operationen mit transnasalem Zugang), soll, wenn immer möglich, eine Diagnostik im Vorfeld erfolgen (PCR-Diagnostik mittels GeneXpert).
- Stationäre Patienten, welche operiert werden müssen und regelmässig (alle 5 Tage) ein SARS-CoV-2 Screening erhalten haben, können ohne erweiterte

Schutzmassnahmen operiert werden (auch wenn das letzte Screening >3 Tage zurückliegt).

### 6.5.4 Intubation/Extubation

- Sowohl die Intubation als auch die Extubation gelten als Intervention mit erhöhtem Risiko einer COVID-19-Übertragung. Unabhängig vom Screening-Resultat soll die Anästhesie die In-/Extubation immer mit folgender erweiterter Schutzausrüstung durchführen:
  - Nitrilhandschuhe
  - Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95 (bei FFP2 [Fit-Check](#) machen)
  - OP-Haube
  - Schutzbrille mit Seitenschutz (SUVA)
  - Auf eine Überschürze kann verzichtet werden
- Sowohl bei Intubation als auch bei Extubation soll die Anzahl der anwesenden Personen im Raum auf die unmittelbar für die Patientenbetreuung notwendige Anzahl reduziert werden. Aufgrund der physikalischen Barriere zum Kopf, der hohen Luftumwälzung im OP-Saal (des Laminar air-flow) und bei vorliegendem negativem Screening-Resultat beim Patienten sind für das Nicht-Anästhesie Personal keine erweiterten Schutzmassnahmen notwendig.

## 6.6 Umgang mit ambulanten Patienten in den Sprechstunden des USB während der COVID-19-Epidemie

### 6.6.1 Räumliche/materielle Anforderungen

- Ein Mindestabstand von 1,5 m zwischen den Patienten im Bereich der Patienten-Aufnahme/Anmeldung ist zu kennzeichnen und zu gewährleisten.
- Ein Mindestabstand von 1,5 m zwischen den wartenden Patienten ist im Wartebereich zu gewährleisten.
- Ausschilderung mit BAG-Plakaten «Allgemeine Schutzmassnahmen»
- Schutz-Material vorhanden

### 6.6.2 Organisatorische Anforderungen

Triage und Erfassung des COVID-Status ambulanter Patienten:

- Erfassung, ob COVID-19-Verdachtssymptome vorliegen (akute respiratorische Symptome und/oder Fieber)
  - vor Eintritt ins Spital zur Konsultation (schriftliche Information, Aufforderung)
  - an der Anmeldung der Sprechstunde im Spital
- Der COVID-Isolationsstatus (Markierung) muss immer vorgängig im SAP überprüft werden.



- COVID-positive Patienten sollen primär im Notfallzentrum, Sektor D, gesehen werden.

### 6.6.3 Allgemeine Organisation

- Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR (chirurgische Maske) für Personal und alle ambulanten Patienten
- Einhaltung der Abstandsregeln und der allgemeinen Hygienemassnahmen
- Reinigungs-/Desinfektionskonzept vorhanden:
  - 1x täglich allgemeine Desinfektion durch Reinigungsteam
  - 2x täglich Desinfektion der Toiletten sowie des Warte- und Empfangsbereichs
  - Standardreinigung/-desinfektion aller Kontaktflächen und Geräte nach Betreuung von nicht-isolierten Patienten
  - Schutzmassnahmen/Reinigung/Desinfektion der Geräte bei Verdachtspatienten gemäss [HRL 02.05](#)

### 6.6.4 Asymptomatische Patienten oder SARS-CoV-2 PCR negativ

- Mund-Nasenschutz Typ II/IIR für Personal und Patienten

### 6.6.5 Symptomatische Patienten (Verdachtskriterien erfüllt)

Es wird zeitnah ärztlich evaluiert, ob die Konsultation um 24–48h verschiebbar ist.

- Falls Konsultation verschiebbar:
  - Je nach klinischem Allgemeinzustand weitere ambulante oder stationäre Abklärung mit COVID-Abstrich im TTC oder über den Hausarzt empfohlen
  - Ausnahmen: immunsupprimierte Patienten, hämatologische Patienten; Spezialfälle: COVID-Abstrich in der Medizinischen Poliklinik nach vorheriger Vereinbarung
- Falls Konsultation nicht verschiebbar:
  - Konsultation in erweiterter Tröpfchenisolation (gemäss [Kap. 6.1](#)) in einem dafür vorgesehenen Isolationszimmer

Bei Patienten, welche die Verdachtskriterien erfüllen, erfolgt das Management gemäss [Kap. 5](#).

Dringliche Untersuchungen werden ohne vorherigen SARS-CoV-2-Abstrich unter erweiterter Tröpfchenisolation durchgeführt.

### 6.6.6 Patienten mit positiver SARS-CoV-2 PCR

- Patienten, die weiterhin COVID-19-isoliert sind, werden nur in ambulanten Sprechstunden/Abteilungen betreut, die ein spezielles, genehmigtes Konzept dafür haben.

- Wenn die «St. n. COVID-19»-Markierung im System vorliegt (d.h. Patient wurde nach durchgemachter COVID-19-Erkrankung entisoliert), erfolgt die Betreuung analog asymptomatischer Patienten.
- Bei unklarem COVID-Status: Klärung des Isolationsstatus in Rücksprache mit der Spitalhygiene.

## 6.7 Screening vor elektiven ambulanten Untersuchungen/Eingriffen

### 6.7.1 Elektive ambulante Untersuchungen/Eingriffe mit/ohne Anästhesiebegleitung

Vor elektiven ambulanten Untersuchungen/Eingriffen ohne Anästhesiebegleitung kann optional ein Screening mittels Abstrich auf SARS-CoV-2 durchgeführt werden, insofern es sich nicht um eine OP-Lokalisation handelt mit möglichem Risiko einer Transmission für SARS-CoV-2 (siehe [Kap. 6.5.2](#))

## 6.8 Triage und Management von Patienten aus dem Ausland

Alle Patienten, welche die Kriterien für einen Verdachtsfall erfüllen, werden unabhängig vom ihrem Wohnsitz gemäss Standardabklärungsprozedere getestet. Bei asymptomatischen Patienten erfolgt bis auf Weiteres folgende Stratifizierung:

### 6.8.1 Management von ambulanten und stationären Patienten mit Wohnsitz im Ausland

- Personen, welche nicht in der Schweiz wohnhaft sind und sich zur medizinischen Behandlung ans USB begeben, werden nicht routinemässig vor ihrer Behandlung auf SARS-CoV-2 getestet. Diese Patienten werden nach allgemeinem USB-Standard für stationäre resp. ambulante Patienten abgeklärt (Testung nur bei Symptomen, resp. begründetem Verdacht).
- Bei Personen aus Ländern und Gebieten mit erhöhtem Risiko [gemäss BAG](#) gelten die Massnahmen gemäss [Kap. 6.9](#).

### 6.8.2 Direktverlegung aus einem ausländischen Spital (Repatriierung)

- Patienten, die direkt aus einem ausländischen Spital verlegt werden, werden gemäss [HRL 03.02](#) präemptiv isoliert. Diese Patienten werden zusätzlich zu den Kolonisationsscreenings bei Eintritt auch auf SARS-CoV-2 / COVID-19 getestet.
- Patienten, die aus Deutschland, Frankreich oder Österreich verlegt werden, müssen nicht präemptiv isoliert werden, erhalten aber ein Eintritts-Screening (gemäss [HRL 03.02](#)). Bei diesen Patienten erfolgt kein routinemässiges Screening auf SARS-CoV-2. In diesen Fällen gelten die Massnahmen gemäss [Kap. 6.9](#).

## 6.9 Patienten nach Aufenthalt in einem Land mit besorgniserregenden Varianten (VOC)

Gemäss bundesrätlicher Verordnung vom 25. Juni 2021 müssen sich Personen nach Aufenthalt in einem Land oder Gebiet mit besorgniserregenden Varianten (VOC) nach Einreise in die Schweiz in 10-tägige Quarantäne begeben. Patienten in Quarantäne werden am USB während der Quarantänezeit isoliert. Alle Patienten müssen daher bei Eintritt hinsichtlich eines Aufenthaltes in einem Land oder Gebiet mit erhöhtem Risiko befragt werden.



### 6.9.1 Kriterien

- Aufenthaltszeit: Aufenthalt über mindestens 24h in einem Land oder Gebiet mit besorgniserregenden Varianten (VOC) innerhalb der letzten 10 Tage vor Einreise/Rückreise in die Schweiz
- Staaten mit einer besorgniserregenden Variante: gemäss [aktueller Liste des BAG](#)
- Dauer der Quarantäne/Isolation: 10 Tage ab Einreise in die Schweiz
- Die Quarantäne kann vorzeitig beendet werden, wenn ab Tag 7 ein negativer PCR-Test vorliegt.

### 6.9.2 Massnahmen am USB bei Erfüllung der obengenannten Kriterien

- Hospitalisierte Patienten:
  - Nasopharyngeal-Abstrich auf SARS-CoV-2 (PCR) bei Eintritt ins USB sowie an Tag 5 und 7 nach Einreise in die Schweiz aus dem Risikoland
  - Isolation analog Kontaktpatient (siehe Kap.16) in einem Einzelzimmer für die Dauer der offiziellen Quarantänezeit; falls Abstrich positiv: Isolation gemäss COVID-19 (siehe Kap. 6.2.5)
  - Bei weiterem Hospitalisationsbedarf nach Ablauf der Quarantäne: Nasopharyngeal-Abstrich auf SARS-CoV-2 (PCR) vor Entisolation
  - Bei Austritt vor Ablauf der Quarantäne: Information an den Kantonsärztlichen Dienst des Wohnsitzkantons durch Stationsärzte; Fortführung der Quarantäne zuhause gemäss BAG-Vorgaben. Ambulante Screenings erfolgen nur auf Verordnung des Kantonsärztlichen Dienstes.
- Ambulante Patienten:
  - Wenn möglich, Verschiebung einer geplanten ambulanten Konsultation bis nach Ende der Quarantäne
  - Falls Konsultation nicht verschiebbar, Durchführung der Isolationsmassnahmen:
- Personal: Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR, Überschürze, Handschuhe
- Patient: Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR

## 7. Besucherregelung

### 7.1 Besuch von COVID-19-positiven Patienten

Grundsätzlich sind keine Patientenbesuche von COVID-19-positiven Patienten erlaubt. Ausnahmen bedürfen einer Genehmigung durch die Stationsleitung, durch das Leitungsteam der Spitalhygiene oder durch den Dienstarzt der Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene.

Der Besuch von Patienten in Quarantäne oder Kontaktpatienten ist nicht erlaubt. Ausnahmen bedürfen einer Genehmigung durch die Stationsleitung.

Allfällige Besuchende werden vom Pflegepersonal über die Schutzmassnahmen (Schutzausrüstung, Händedesinfektion) instruiert. Die Besuchenden tragen während der gesamten Besuchszeit eine Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95.

### 7.2 Besuch von Patienten unabhängig von respiratorischen Erkrankungen

Es gelten die allgemeinen Besucherbeschränkungen, welche durch die Spitalleitung kommuniziert wurden.

Allgemein sind Kinder unter 12 Jahren als Besucher im USB nicht erlaubt. Ausnahmen können durch die Stationsleitungen genehmigt werden. Der Besuch von Patienten durch Kinder ab 12 Jahren ist gestattet, jedoch besteht hier eine Maskentragepflicht.

Am 19. August 2021 hat die Task-Force des USB aufgrund der verschlechternden epidemiologischen Lage entschieden, die Zertifikats-Pflicht für Besuchende einzuführen. Die COVID-Zertifikatspflicht gilt ab 16 Jahren. Die Besucherbeschränkungen der aktuellen Weisung der Direktion hinsichtlich der maximalen Besucherzahl, dem Besuchsverbot für symptomatische Personen und dem Zutritt von Kindern gelten unverändert.

Eine Befreiung von der Zertifikatspflicht ist in folgenden Situationen möglich:

- Eine Begleitperson (zeitgleiches Erscheinen mit dem Patienten) ist für jeden Patienten erlaubt (für diese Begleitperson wird kein gültiges COVID-19 Zertifikat gefordert).
- Die Stationsleitungen können in dringlichen Notfallsituationen Ausnahmegenehmigungen für Besuche von Patienten ausstellen (z.B. Geburt, palliative Situation).
- Zugang für Mütter zur Neonatologie-Intensivstation (UKBB): Passierschein notwendig (Ausgabe des Formulars auf Mutter-Kind-Station, Neonatologie), dadurch Befreiung von der Zertifikatspflicht



## 8. Reinigung / Entsorgung

### 8.1 Reinigungsmassnahmen

#### 8.1.1 Persönliche Schutzausrüstung des Reinigungsdienstes

Der Reinigungsdienst trägt bei Betreten eines Zimmers die gleiche persönliche Schutzausrüstung wie das betreuende Personal (siehe [Kap. 6.2.4](#) bzw. [6.3.1](#)). Die Schlussdesinfektion eines Zimmers erfolgt mit der gleichen Schutzausrüstung wie während der Isolation des Patienten. Dies gilt auch für Reinigungsarbeiten durch Pflegeassistenten.

#### 8.1.2 Reinigungsmassnahmen allgemein

Laufende Desinfektion der gesamten Abteilung (Zimmer, Gänge usw.) im Scheuer-Wisch-Verfahren mit deconex® 50 FF, 0.5%

#### 8.1.3 Reinigung im Patientenzimmer während Isolation

- Siehe auch [HRL 02.05 Desinfektionsplan](#)
- Nach Möglichkeit Verwendung von Einwegmaterial
- Mehrwegmaterial:
  - Alle Gegenstände, die aus dem Zimmer genommen werden, werden gemäss [HRL 02.05](#) desinfiziert.
- Flächen und Räume:
  - Laufende Desinfektion des Patientenzimmers im Scheuer-Wisch-Verfahren mit deconex® 50 FF, 0.5% bei grossen Flächen
  - Bacillo® Wipes für kleine, alkoholbeständige Flächen

#### 8.1.4 Reinigung nach ambulanter Konsultation / ausserhalb des Patientenzimmers

- Siehe auch [HRL 02.05 Desinfektionsplan](#)
- Desinfektion des Zimmers und grosser Flächen im Scheuer-Wisch-Verfahren mit deconex® 50 FF, 0.5%
- Im ambulanten Bereich kein routinemässiger Einsatz von UVC-Desinfektion

#### 8.1.5 Schlussdesinfektion nach Entisolation/Austritt

- Nach Entisolation/Austritt wird der HEPA-Filter resp. der Unterdruck im Zimmer mit sämtlichem Material über 1 Stunde eingeschaltet belassen (Klinikum 2) oder das Zimmer mit offenem Fenster für 1 Stunde gelüftet (Klinikum 1).
- Mobile Luftreinigungsgeräte (HEPA-Filter) können direkt nach Desinfektion mit Ethanol 80% denat. vom Technischen Dienst abgeholt werden.
- Anschliessend erfolgt eine Schlussdesinfektion im Scheuer-Wisch-Verfahren mit deconex® 50 FF, 0.5% gemäss [HRL 02.07](#).

### 8.1.6 Schlussdesinfektion bei Auflösung einer Isolations-Kohorte

#### Schritt 1: Patientenzimmer

- In den Zimmern erfolgt eine Schlussdesinfektion im Scheuer-Wisch-Verfahren mit deconex® 50 FF, 0.5% gemäss [HRL 02.07](#) plus anschliessende UVC-Desinfektion gemäss [HRL 08.13](#).

oder

- Wenn eine UVC-Desinfektion nicht möglich ist, erfolgt eine zweifache Schlussdesinfektion im Scheuer-Wisch-Verfahren mit deconex® 50 FF, 0.5% gemäss [HRL 02.07](#).

#### Schritt 2: Gang und Ausguss

- Im Gang und Ausguss (Mischzone) erfolgt eine Desinfektion im Scheuer-Wisch-Verfahren mit deconex® 50 FF, 0.5%.

#### Schritt 3: Büros

- Büros werden einmalig im Scheuer-Wisch-Verfahren mit deconex® 50 FF, 0.5% desinfiziert.

### 8.2 Entsorgung

#### 8.2.1 Abfall und Wäsche

Abfälle und Wäsche, die beim Management von Verdachts- und bestätigten Fällen von SARS-CoV-2 / COVID-19 anfallen, werden im Doppelsacksystem gesammelt. Die weitere Handhabung erfolgt gemäss [Entsorgungskonzept USB](#).

#### 8.2.2 Aufbereitung Mehrwegmaterial

Vorzugsweise wird Einwegmaterial eingesetzt und im Doppelsacksystem entsorgt. Mehrwegmaterial wird nach Gebrauch / beim Ausschleusen aus dem Zimmer mit Ethanol 80% denat. desinfiziert.

#### 8.2.3 Persönliche Gegenstände

Wertsachen und persönliche Gegenstände werden, sofern möglich, nach Auflösung der Isolation mit Bacillo® Wipes (alkohol-unempfindlich) oder Bacillo® 30 Tissues (alkoholempfindlich) desinfiziert. Gegenstände, welche man nicht desinfizieren konnte (z.B. Kleider, Bücher) werden für 48 Stunden separiert aufbewahrt. Anschliessend sind keine weiteren Vorsichtsmassnahmen mehr notwendig, ein normaler Umgang mit den Gegenständen ist möglich.



## 9. Das Behandlungsteam

Patienten mit bestätigter COVID-19/SARS-CoV-2-Infektion werden in den vordefinierten Räumlichkeiten isoliert und durch entsprechend geschultes Personal betreut. Zum direkten Behandlungsteam gehören die Ärzte- und Pflegeteams der jeweiligen Zimmer sowie das Team der Infektiologie & Spitalhygiene. Sie haben die Fallführung und Behandlungskompetenz.

## 10. Diagnostik und Therapie

Die geeigneten diagnostischen Massnahmen zur Abklärung von Verdachtsfällen sowie Verlaufskontrollen und Therapieempfehlungen bei Patienten mit bestätigter Infektion mit SARS-CoV-2 / COVID-19 sind in den [medStandards](#) geregelt und werden laufend angepasst.



## 11. Kohortenstationen

Durch die Spitalhygiene können auf den entsprechenden Stationen zur Vereinfachung der stations-internen Abläufe Kohortenkonzepte aktiviert werden, falls eine kritische Anzahl an hospitalisierten Patienten mit COVID-19 überschritten wird. Details der Kohortenkonzepte werden in separaten Dokumenten beschrieben.

- [Kohortenkonzept Bettenstationen](#)
- [Kohortenkonzept Intensivstation](#)

## 12. Screening

### 12.1 Systematisches Screening besonderer Patientengruppen

Systematisches Screening auf SARS-CoV-2 kann bei besonderen Patientengruppen und in Abhängigkeit der epidemiologischen Lage erwogen werden. Symptomatische Patienten werden entsprechend dem Vorgehen bei Verdachtspatienten abgeklärt.

#### 12.1.1 Hämatologie

- Die hämatologischen Patienten werden **vor** Eintritt zur geplanten Hochdosis-Chemotherapie auf Verordnung durch die behandelnden Ärzte Hämatologie auf SARS-CoV-2 gescreent. Es dient zum Ausschluss einer Risikokonstellation vor einer Chemotherapie.
- Erfolgt das Screening erst am Eintrittstag, wird keine Platzisolation durchgeführt, sofern es sich um einen asymptomatischen Patienten handelt.
- Eine Platzisolation ist nur bei Erfüllen der Verdachtskriterien (siehe [Kap. 3 und 4](#)) indiziert.

#### 12.1.2 Pneumologie

- Patienten mit stationären pneumologischen Abklärungen (i.d.R. auf Medizinischer Kurzzeitklinik) werden auf Verordnung durch die behandelnden Ärzte Pneumologie auf SARS-CoV-2 gescreent.
- Das Screening erfolgt unabhängig von den Symptomen und bei Möglichkeit immer vor dem stationären Eintritt.
- Eine Platzisolation ist nur bei Erfüllen der Verdachtskriterien (siehe [Kap. 3 und 4](#)) indiziert.

#### 12.1.3 Präoperativ

Präoperative Screenings auf SARS-CoV-2 sollten, wenn immer möglich, 24–72h vor elektivem Eintritt erfolgen. Zu präoperativen Screenings bei asymptomatischen Patienten siehe [Kap. 6.5.2](#).

#### 12.1.4 Repatrierte Patienten

Patienten, welche aus ausländischen Spitälern direkt ans USB verlegt werden, sollen weiterhin im Rahmen des Eintrittsscreenings auf SARS-CoV-2 getestet werden (siehe [Kap. 6.8.2](#)).

### 12.2 Regelmässige Screenings von stationären Patienten

Aufgrund der Verschlechterung der epidemiologischen Situation und Zunahme der 7-Tage-Inzidenz wird das patientenbezogene regelmässige Screening wieder eingeführt. Das Screening erfolgt bei Eintritt an Tag 0, gefolgt von je einem weiteren Screening alle 5 Tage. Ziel dieser Massnahme ist eine möglichst frühzeitige Erkennung von a-/präsymptomatischen COVID-19-Erkrankungen im Spital, um Transmissionsketten frühzeitig zu unterbrechen.



Patienten, welche mit St.n. COVID-19 ins Spital eintreten oder eine SARS-CoV-2-Impfung erhalten haben, werden ebenfalls gescreent.

Ausgenommen vom regelmässigen Screening sind:

- Patienten, welche gleichentags bereits gescreent wurden,
- COVID-19-Kontaktpatienten in Quarantäne,
- Patienten, welche gleichentags nach Hause austreten,
- Patienten, welche während der aktuellen Hospitalisation an COVID-19 erkrankt sind.

### 12.3 Regelmässige Mitarbeiter-Testungen auf SARS-CoV-2

Die Antigen-Schnelltests stehen allen Mitarbeitenden zur Verfügung (unabhängig vom Impfstatus). Diese sollen nach möglichen Expositionen durchgeführt werden (z.B. Rückkehr aus den Ferien gemäss [Kap. 15.4](#)). Bei klinischen Verdachtskriterien für COVID-19 (siehe [Kap. 3.1](#)) ist jedoch **immer** eine PCR-basierte Testung im TTC empfohlen.

Zur Unterstützung der regelmässigen Testungen der Mitarbeitenden stehen 'SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test Nasal' zur Verfügung.

Nicht-immune<sup>1</sup> Mitarbeiter sollen alle 5 Tage einen Antigen-Selbsttest in Eigenverantwortung durchführen.

Vorgehen bei einem **negativen Testergebnis** vom Antigen-Schnelltest (Selbsttest):

- Die allgemeinen Hygienemassnahmen müssen weiterhin strikt eingehalten werden.
- Eine SARS-CoV-2-Infektion ist auch bei einem negativen Ergebnis nicht sicher ausgeschlossen (falsch negatives Resultat, eingeschränkte Erfahrung mit diesem Test bei asymptomatischen Personen).
- Der Schnelltest stellt nur eine Momentaufnahme dar. Der Status bezüglich einer SARS-CoV-2-Infektion kann sich jederzeit ändern.

Vorgehen bei einem **positiven Testergebnis** vom Antigen-Schnelltest (Selbsttest):

- Vorstellung im Testzentrum zur Bestätigung des Testresultates mittels PCR-basierter Testung (Ausschluss falschpositiver Tests)
- Die allgemeinen Hygienemassnahmen müssen weiterhin strikt eingehalten werden.
- Bis zum Erhalt des Bestätigungstestes vom Testzentrum keine Wiederaufnahme der Arbeit

<sup>1</sup> Als immun gelten (Stand: 23.08.21):

- Vollständig geimpfte Personen für 365 Tage ab der Verabreichung der zweiten Impfdosis
- Genesene Personen ohne Impfung für 180 Tage ab dem 11. Tag nach positivem Testresultat
- Genesene Personen nach Erhalt einer Impfdosis für 365 Tage ab der Verabreichung der Impfdosis

## 13. Meldewege

### 13.1 Meldeweg Testresultate (PCR und Serologie)

#### 13.1.1 Meldeweg positive Testresultate

Der Kantonsärztliche Dienst wird über das Laborresultat direkt durch das Labor benachrichtigt. Die klinische Meldung (innerhalb 24h nach Resultaterhalt) erfolgt bei ambulanten Patienten durch den verordnenden Arzt (bzw. kann delegiert werden), bei stationären Patienten durch den behandelnden (Stations-)Arzt.

Bei ambulanten Patienten erfolgt die Kontaktaufnahme und Information der Patienten über den Kantonsärztlichen Dienst. Dieser legt die weiteren Massnahmen fest.

Stationäre Patienten werden durch die verantwortlichen Abteilungsärzte über den Grund der Isolation, die Isolationsmassnahmen sowie über die Testresultate informiert.

#### 13.1.2 Meldeweg negative Testresultate

Negative Testresultate von ambulanten Patienten werden teils automatisch, teils durch definierte Personen des USB an die Patienten übermittelt. Das Vorgehen wird kontinuierlich angepasst.

Stationäre Patienten werden durch die verantwortlichen Abteilungsärzte über den Grund der Isolation, die Isolationsmassnahmen und die Testresultate informiert. Zur Entisolation von stationären Verdachtspatienten siehe [Kap. 17.1](#).

### 13.2 Meldeweg SARS-CoV-2-Antigen-Schnelltest

Nachgewiesene positive Befunde müssen innerhalb von 2 Stunden ans BAG gemeldet werden.

Nachgewiesene negative Befunde müssen innerhalb von 24 Stunden ans BAG gemeldet werden

### 13.3 Meldung Verdachtspatienten

Verdachtsfälle müssen nicht an den Kantonsärztlichen Dienst gemeldet werden.

### 13.4 Meldung Kontaktpatienten

Stationäre Aufnahmen von Kontaktpatienten werden der Spitalhygiene elektronisch mittels [Formular zur Meldung von Isolationen und Entisolationen](#) gemeldet. Klinische Befunde von hospitalisierten Kontaktpatienten mit erfüllten klinischen und epidemiologischen Kriterien und keiner anderen bekannten Ätiologie sind dem Kantonsärztlichen Dienst auch bei negativer PCR durch den Stationsarzt zu melden.

### 13.5 Meldung klinisch diagnostizierte COVID-19

Hospitalisierte Patienten mit klinisch diagnostizierter COVID-19 sind auch bei negativem PCR-Resultat durch den Stationsarzt dem Kantonsärztlichen Dienst zu melden.



### **13.6 Meldung klinische Befunde von verstorbenen Patienten**

Die klinischen Befunde von verstorbenen Personen mit laborbestätigter COVID-19, mit klinischer Diagnose sowie von Kontaktpatienten sind durch den Stationsarzt dem Kantonsärztlichen Dienst zu melden.

### **14. Informations- und Kommunikationspolitik**

#### **14.1 Grundsatz**

Die Task Force entscheidet über den Inhalt von Informationen sowie über die Kommunikationswege.

#### **14.2 Interne Kommunikation**

Die interne Kommunikation wird zwischen Task Force und Leitung / Stab Kommunikation koordiniert (Mitarbeiterinformation, Informationen auf dem Intranet).

#### **14.3 Externe Kommunikation**

Die externe Kommunikation (Kantonsärztlicher Dienst, nationale Behörden, Medien) wird zwischen FaoE und/oder Leitung Kommunikation / Mediensprecher koordiniert.



## 15. Empfehlungen zum Vorgehen bei symptomatischen, exponierten und schwangeren Mitarbeitenden

### 15.1 Empfehlungen für Mitarbeitende mit respiratorischen Symptomen (Husten, Halsschmerzen, Atemnot)

- Es soll eine rasche Diagnostik für SARS-CoV-2 im Test- und Triage-Center (TTC) erfolgen.
- Wenn dies der Allgemeinzustand erlaubt, kann/darf man nach erfolgtem Abstrich weiterarbeiten.
- Wenn Mitarbeitende sich so krank fühlen, dass sie nicht arbeiten können, sollen sie nach erfolgtem Abstrich nach Hause gehen.
- Bei Fieber ( $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ ): Meldung beim Vorgesetzten und beim Personalarztendienst (PAD). Bis zum Erhalt eines negativen Testergebnisses keine Aufnahme der Arbeit.
- Die Rückkehr an den Arbeitsplatz ist nach Erhalt eines negativen Testergebnisses möglich, sofern der körperliche Zustand dies erlaubt.
- Bei positivem SARS-CoV-2-Nachweis ist gemäss [Kap. 15.4](#) vorzugehen.

### 15.2 Vorgehen bei Exposition zu einem bestätigten Fall von COVID-19

☞ Personal mit ungeschützten Kontakt zu einem bestätigten Fall von COVID-19 meldet sich umgehend beim direkten Vorgesetzten!

☞ Als ungeschützter Kontakt gilt eine Exposition von  $< 1,5$  Metern und während  $> 15$  Minuten (kumulativ) ohne Tragen eines Mund-Nasenschutzes Typ II/IIR, das Durchführen einer aerosol-produzierenden Massnahme ohne erweiterte Standardmassnahmen oder ein Schleimhautkontakt mit respiratorischen Sekreten oder Körperflüssigkeiten infektiöser Patienten.

Es sind unverzüglich diejenigen Personen im Spital zu ermitteln, die während der symptomatischen Phase engen Kontakt zum bestätigten Fall hatten. Die jeweiligen Stationsleitungen sind zuständig für die Ermittlung von **Kontaktpersonen innerhalb des Spitals (Personal)** sowie die Einleitung von entsprechenden Massnahmen beim Personal.

Für die Ermittlung von **Kontaktpersonen ausserhalb des Spitals** und die Einleitung von entsprechenden Massnahmen ist der Kantonsärztliche Dienst zuständig.

### 15.3 Mitarbeitende nach ungeschütztem Kontakt mit einer SARS-CoV-2-positiven Person

- Bei Kontakt ausserhalb des USB löst der Kantonsärztliche Dienst die Quarantäne des Mitarbeiters aus.
- Information des Vorgesetzten und des Personalarztendienstes (PAD)
- Bei Möglichkeit Umstellung auf Home-Office (mit 10 Tagen Heimquarantäne)
- Die Quarantäne kann vorzeitig beendet werden, wenn ab Tag 7 ein negativer PCR-Test vorliegt.

- Voraussetzungen für die Fortführung der Arbeit von Mitarbeitern im USB, welche die Kriterien für eine Befreiung von der Quarantäne nicht erfüllen (siehe [Kap. 15.7](#)), bleibt besondere Situationen in Bereichen mit akutem Personalmangel vorbehalten:

- Immer Rücksprache mit dem Personalarztendienst
  - Konsequentes Tragen eines chirurgischen Mund-Nasen-Schutzes Typ II/IIR. Eine Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95 ist nicht indiziert.
  - Verpflegung soll alleine eingenommen werden (nicht in der Kantine respektive in Anwesenheit anderer Mitarbeiter).
  - Bei Auftreten von respiratorischen Symptomen / Fieber: sofortige Meldung beim personalärztlichen Dienst und keine Fortsetzung der Arbeit bis nach Evaluation durch den Personalarztendienst
  - Nasopharyngeal-Abstrich auf SARS-CoV-2 bei Symptomen und am Tag 7.
- Meldung durch Vorgesetzten an HR zur Erfassung relevanter Personalengpässe

### 15.4 Mitarbeitende nach Reise-Rückkehr

Mitarbeitende, welche die Kriterien für eine Befreiung von der Quarantäne (siehe [Kap. 15.5](#)) nicht erfüllen, müssen nach Rückkehr aus Staaten mit einer besorgniserregenden Variante (gemäss BAG) einen negativen PCR-Test oder Antigenschnelltest vorweisen und sich in Quarantäne begeben (siehe [Kap. 15.3](#)).

Alle Mitarbeitenden sollen sich bei ihrer Rückkehr aus den Ferien und am Tag 7 testen lassen (jederzeit bei Entwicklung von Symptomen), dies unabhängig davon, ob sie die Ferien im In- oder Ausland verbracht haben.

Nicht geimpfte Mitarbeitende müssen sich bei Einreise aus dem Ausland sowie zwischen Tag 4-7 nach Rückkehr in die Schweiz testen lassen (Bundesratsentscheid vom 17.09.21, die Kosten für die Testung werden nicht vom Spital übernommen).

### 15.5 Kriterien für die Befreiung von der Quarantäne für Mitarbeitende nach Kontakt oder Reisen

Mitarbeitende werden in folgenden Situationen von der Kontakt- und Reise-Quarantäne befreit:

- Ab dem 15. Tag nach vollständiger SARS-CoV-2-Impfung (2 Dosen eines mRNA-Impfstoffes) für 12 Monate
- Wenn sie einen Impfstoff erhalten haben, der über eine Zulassung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) für die Europäische Union verfügt oder gemäss dem 'WHO Emergency use listing' verfügt und gemäss Vorgaben des Staates, in dem die Impfung durchgeführt wurde, entsprechend verimpft wurde (Gültigkeit 12 Monate)
- Bei St.n. COVID-19 und Erhalt einer SARS-CoV-2-Impfung (1 Dosis eines mRNA-Impfstoffes mindestens 4 Wochen danach) für 12 Monate
- Bei St.n. COVID-19 für einen Zeitraum von 6 Monaten ab der Entisolierung



Voraussetzungen für die Fortführung der Arbeit von oben genannten Mitarbeitern im USB:

- Immer Rücksprache mit dem Personalarzdienst
- Konsequentes Tragen eines chirurgischen Mund-Nasen-Schutzes Typ II/IR. Eine Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95 ist nicht indiziert.
- Bei Auftreten von respiratorischen Symptomen / Fieber sofortige Meldung beim personalärztlichen Dienst und keine Fortsetzung der Arbeit bis nach Evaluation durch den Personalarzdienst
- Nasopharyngeal-Abstrich auf SARS-CoV-2 bei Symptomen und am Tag 7
- Meldung durch Vorgesetzten an HR zur Erfassung relevanter Personalengpässe

#### 15.6 Vorgehen bei COVID-19-Erkrankung

- Häusliche Isolation für 10 Tage ab Symptombeginn
- Ohne vorgängige Symptome: Häusliche Isolation für 10 Tage ab Datum der Diagnosestellung

#### 15.7 Wiederaufnahme der Arbeit nach COVID-19-Erkrankung

Die Wiederaufnahme der Arbeit im USB bei einer COVID-19-Erkrankung erfolgt generell 10 Tage nach Symptombeginn und mind. 48h Symptomfreiheit, bzw. bei deutlicher Symptombesserung. Bei Unklarheiten Rücksprache mit dem Personalarzdienst (PAD).

#### 15.8 Vorgehen und Empfehlungen bei schwangeren Mitarbeiterinnen

Schwangere gelten als gefährdete Personen im Falle einer COVID-19-Erkrankung. Bei schwangeren Frauen besteht gemäss aktueller Datenlage ein erhöhtes Risiko eines schweren Krankheitsverlaufes im Falle einer Infektion mit COVID-19. Es kann selten zu möglichen fetalen Komplikationen kommen.

##### 15.8.1 Empfehlungen für schwangere Mitarbeiterinnen

Die aktuellen Hygienemassnahmen (chirurgische Maske, Händehygiene, Abstandsregeln) sind ein sehr guter Schutz vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2.

- Schwangere Mitarbeiterinnen können ihre reguläre Arbeit unter Einhaltung der Hygienemassnahmen fortführen.
- Ausnahme: Schwangere sollten keine bestätigten COVID-19-Patienten betreuen und nicht auf den COVID-19-Kohortenstationen eingesetzt werden.

##### 15.8.2 Vorgehen bei Unklarheiten

Bei Unklarheiten soll die Schwangere mit ihren Vorgesetzten eine Risikoanalyse machen und bei weiteren Fragen diese mit ihrem betreuenden Gynäkologen (oder der gynäkologischen Poliklinik) besprechen.

#### 15.9 Proximity Tracing-Systeme (SwissCovid App)

Die SwissCovid App wurde am 25. Juni 2020 durch das BAG für die Bevölkerung lanciert. Sie ergänzt das bisherige Contact Tracing (Rückverfolgen, ob eine Ansteckung anderer Personen durch einen Erkrankten möglich ist), welches auch weiterhin durch den Kantonsärztlichen Dienst durchgeführt wird.

Ein relevanter Kontakt besteht, wenn zwei Smartphones länger als 15 Minuten unter 1,5 Meter Abstand hatten. Wird dann ein Beteiligter positiv auf COVID-19 getestet und gibt das Resultat in die App ein, werden andere potenziell Exponierte benachrichtigt.

Die App kann jedoch nicht erkennen, ob während dieses Zeitpunktes zusätzliche Schutzmassnahmen (z.B. Schutzkonzept am USB) eingesetzt wurden.

##### 15.9.1 Empfehlungen für Mitarbeitende zum Umgang mit der SwissCovid App

Das Schutzkonzept des USB sieht verschiedene Massnahmen vor, um ungeschützte Kontakte von Mitarbeitenden mit SARS-CoV-2-infizierten Personen zu verhindern.

Der Personalarzdienst evaluiert wie bisher relevante Kontakte SARS-CoV-2-positiver Mitarbeitenden innerhalb des USB im Sinne des klassischen Contact Tracing.

- Mitarbeitenden wird empfohlen, die App auf dem Spitalareal auszuschalten.
- Ein Mitarbeitender, der eine Benachrichtigung eines Kontaktes mit einer infizierten Person erhält,
  - nimmt mit dem Personalarzdienst Kontakt auf. Dieser evaluiert zusammen mit dem Mitarbeitenden, ob von einem ungeschützten Kontakt auszugehen ist.
  - meldet sich zusätzlich bei der nationalen Infoline (Nr. gemäss App). Das weitere Vorgehen wird evaluiert. Sollte ein ungeschützter Kontakt vorliegen, entscheidet der Kantonsärztliche Dienst, ob er eine Quarantäne verhängt. Eine solche ist eine behördliche Anordnung und muss eingehalten werden.
  - Beim Vorliegen von Verdachtssymptomen erfolgt unmittelbar ein Abstrich auf SARS-CoV-2. Der Mitarbeitende wird durch den Personalarzdienst in häusliche Isolation gestellt, bis das Resultat vorliegt. Der Kantonsärztliche Dienst evaluiert das weitere Vorgehen.
  - 5 Tage nach der (geschützten oder ungeschützten) Exposition soll in jedem Fall ein Abstrich auf SARS-CoV-2 erfolgen, um allfällige Infektionen möglichst früh zu entdecken, unabhängig, ob Symptome vorliegen oder bereits ein negativer Abstrich vorliegt.
  - Sollte der Mitarbeitende innerhalb von 10 Tagen nach dem möglichen Kontakt Symptome entwickeln, erfolgt unmittelbar ein Abstrich auf SARS-CoV-2. Der Mitarbeitende wird durch den Personalarzdienst in häusliche Isolation gestellt, bis das Resultat vorliegt.
- Falls kein ungeschützter Kontakt stattfand, dürfen asymptomatische Mitarbeitende unter Einhalten der Schutzmassnahmen weiterarbeiten. Sie sollen durchwegs eine chirurgische Maske tragen.
- Mitarbeitenden mit PCR-bestätigter SARS-CoV-2-Infektion wird empfohlen, über die App das positive Testergebnis einzugeben.



## 16. Massnahmen und Empfehlungen im Umgang mit Kontaktpatienten

### 16.1 Kontaktpatienten

Als Kontaktpatienten gelten Personen mit einem ungeschützten, engen Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall (epidemiologischer Link, siehe [Kap. 9](#)). Als relevanter Kontaktzeitpunkt gilt der Zeitraum ab 48h vor Symptombeginn zu einem bestätigten COVID-19-Falles innerhalb der letzten 10 Tage.

Kontaktpatienten, die in den vorangegangenen 3 Monaten bereits eine PCR-bestätigte Infektion durchgemacht haben, können von der Kontakt-Quarantäne befreit werden.

Gemäss BAG können Personen, welche vollständig mit einem mRNA-Impfstoff geimpft worden sind, ab zwei Wochen nach der Impfung von der Quarantäne befreit werden. Am Universitätsspital Basel werden die Quarantäne-Massnahmen auch bei den vollständig geimpften Patienten aus folgenden Gründen weiterhin umgesetzt:

- Risikopopulation für schlechteres Impfansprechen
- Ungeschützte Exposition von anderen Patienten (Hochrisikogruppen)
- Das konsequente Tragen der chirurgischen Masken ist rund um die Uhr in Mehrbett-Zimmern kaum möglich

#### 16.1.1 Asymptomatische Kontaktpatienten

- Verlegung in ein Einzelzimmer oder Kohortierung zusammen mit anderen Kontaktpatienten (vorausgesetzt gleicher Indexfall). Kontaktpatienten dürfen nicht mit Verdachtspatienten (Definition siehe [Kap. 3](#)) kohortiert werden.
- Präemptive Einleitung einer Tröpfchenisolation gem. [HRL 03.04](#)
- Während der Hospitalisation: Screening auf SARS-CoV-2 an Tag 0, 5 und 7 nach Kontakt sowie bei der Entwicklung von Symptomen (Fieber, grippale Beschwerden)
- Dauer der Massnahmen: 8 Tage, solange asymptomatisch und Vorliegen eines negativen Screenings an Tag 7 nach letztem Kontakt. Bei frühzeitigem Austritt erfolgt eine entsprechende [Meldung an den Kantonsärztlichen Dienst \(Formular\)](#).

#### 16.1.2 Symptomatische Kontaktpatienten

- Bei Neuauftreten von Fieber ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) oder Symptomen einer respiratorischen Erkrankung innerhalb von 10 Tagen nach engem Kontakt sind die Kriterien eines Verdachtsfalls erfüllt.
- Abklärung analog zu anderen Verdachtspatienten (gemäss [medStandards](#))
- Klinische Befunde von Kontaktpatienten mit erfüllten klinischen und epidemiologischen Kriterien und keiner anderen bekannten Ätiologie sind ebenfalls meldepflichtig (auch bei negativer PCR).

### 16.1.3 Empfehlungen für Patienten zum Umgang mit der SwissCovid App am USB

Die Spitalhygiene des USB evaluiert alle relevanten Kontakte mit SARS-CoV-2-positiv getesteten Patienten innerhalb des USB im Sinne des klassischen Contact Tracings.

- Sobald Patienten als COVID-19-Verdachtspatienten (siehe [Kap. 6.2](#)) isoliert werden, ist ihnen zu empfehlen, die App auszuschalten. Mit Beginn der Isolation ist von keinen weiteren ungeschützten Kontakten auszugehen.
- Patienten, die während der Hospitalisation eine Benachrichtigung betreffend Kontakt mit einer infizierten Person erhalten, werden gebeten, dies dem Stationsarzt zu melden. Es erfolgt eine Meldung an die Spitalhygiene und Massnahmen gemäss Kontaktpatienten, falls von einem ungeschützten Kontakt auszugehen ist (siehe [Kap. 16.1](#)).
- Patienten mit PCR-bestätigter SARS-CoV-2-Infektion wird empfohlen, über die App das positive Testergebnis einzugeben.



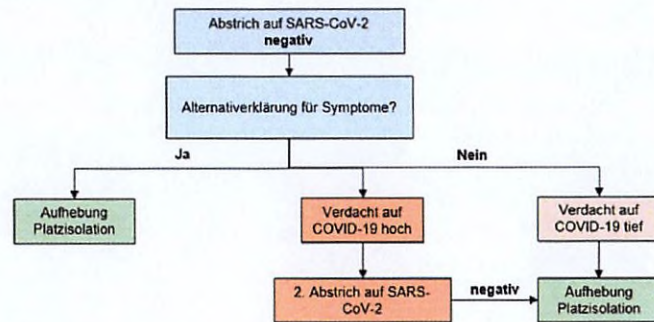
## 17. Entisolationskonzept

Generell werden zur Beurteilung einer Entisolation lediglich Nasopharyngealabstriche empfohlen. Negative Abstriche aus dem Sekret haben jedoch ebenfalls Geltung.

Das COVID-Zertifikat 'Genesen' ist nicht automatisch gleichbedeutend mit einer Entisolation am USB. Da wir in Spitalumgebung viele immunsupprimierte Patienten haben, welche erwiesenermassen eine längere Virusausscheidung haben können, sind die Kriterien für eine Entisolation am USB strenger als vom BAG vorgeschrieben.

### 17.1 Entisolation bei nicht bestätigten, hospitalisierten Verdachtspatienten (in Platzisolation)

- Gilt für alle Patienten mit klinischen Verdachtkriterien, welche nach Abnahme der Diagnostik als erweiterte Tröpfchenisolation am Platz aufgenommen wurden (siehe [Kap. 6.2](#))
- Voraussetzung zur Entisolation: Vorliegen mindestens eines negativen Testresultates auf SARS-CoV-2
- Das behandelnde Ärzteteam sollte sich überlegen, ob es eine alternative Erklärung für die Symptome des Patienten gibt.
  - Falls eine alternative Ursache die klinischen Symptome des Patienten erklärt oder insgesamt ein niedriger Verdacht auf COVID-19 besteht: Aufhebung der Platzisolation
  - Falls der Verdacht auf COVID-19 gross ist bzw. keine ausreichende Erklärung für die Symptome vorliegt: 2. Abstrich notwendig
  - Nach 2 negativen Abstrichen: Aufhebung Platzisolation



### 17.2 Entisolation bei Patienten mit klinischer Diagnose (In der Kohortenstation)

- Gilt für Patienten mit typischen klinischen Zeichen für COVID-19 und passenden radiologischen Kriterien, welche in einem Einzelzimmer auf der Kohortenstation liegen (siehe [Pkte 3.6](#) und [6.3.1](#))
- Eine Entisolation kann erst bei Vorliegen von 2 negativen SARS-CoV-2-Abstrichen vorgenommen werden. In diesem Fall muss der Patient aus der Kohortenstation verlegt werden.

- Für Patienten mit klinischer Diagnose besteht eine Meldepflicht beim BAG (trotz negativer SARS-CoV-2 PCR).

### 17.3 Entisolation bei bestätigtem, hospitalisierten COVID-19-Fall

- Alle Patienten werden für mindestens 10 Tage ab Symptombeginn isoliert.
- Für die Entisolation im Spital (ab Tag 11 möglich) müssen die mikrobiologischen und klinischen Kriterien erfüllt sein.

#### Mikrobiologische Kriterien:

- 2 x Nasopharyngeal-Abstriche auf SARS-CoV-2 mit  $<10^4$ K/ml (entspricht  $<10^6$ 000 K/ml) im Abstand von mindestens 24h

☞ Proben aus dem unteren Respirationstrakt (induziertes Sputum, BAL-Flüssigkeit) sind für die Entisolation nicht erforderlich.

#### Klinische Kriterien:

- Mindestens 48h kein Fieber (ausser bei eindeutiger Alternativ-Erklärung für das Fieber) und
  - Mindestens 48h nachhaltige Besserung der Symptome gemäss ärztlicher Beurteilung
- Für Patienten auf der Intensivstation gelten zur Entisolation die Vorgaben des [Kohortenkonzeptes Intensivstation](#).

Für Patienten, welche aus medizinischen Gründen nicht mehr hospitalisationspflichtig sind, gelten bei Entlassung die Vorgaben des BAG/Kantonsärztlichen Dienstes (siehe auch [Anweisungen zur Selbstisolation des BAG](#)):

- Selbstisolation zu Hause für mindestens 10 Tage seit Symptombeginn und mindestens 48h Abklingen der Symptome (Stand BAG 25.6.2020)
- Austritt unabhängig von Abstrich-Resultaten und Isolationsstatus möglich
- Schriftliche Mitteilung an den Kantonsärztlichen Dienst ([epi@bs.ch](mailto:epi@bs.ch) bzw. [kantonsarzt@bl.ch](mailto:kantonsarzt@bl.ch))
- Für die Massnahmen bei Entlassung aus dem Spital siehe [Kap. 17.7](#).
- Bei Entlassung von Patienten zurück ins Alters- und Pflegeheim (APH) sollen vor der Verlegung 2 quantitative Abstriche  $<10^6$ 000 K/ml vorliegen. Situativ kann eine Evaluation, Absprache mit dem jeweiligen APH, über eine frühere Verlegung erfolgen.

Die Aufhebung der Isolation bei hospitalisierten Patienten erfolgt auf Verordnung durch die Berater/ Fachexperten für Infektionsprävention, Ärzte der Spitalhygiene oder die Dienstärzte Infektiologie. Die Betten-Koordination ist zeitnah über die Entisolation zu informieren.

### 17.4 Entisolation bei Kontakt- oder Quarantänenpatienten

Siehe zu Kontaktpatienten [Kap. 16.1](#).

- Die Isolationsdauer beträgt 8 Tage, solange der Patient asymptomatisch ist und an Tag 7 ein negatives Screening für SARS-CoV-2 vorliegt.




- Entisolation ist nur in Absprache mit der Spitalhygiene möglich.
- Austritt ist unabhängig von Abstrich-Resultaten und Isolationsstatus möglich. Bei Austritt vor Ablauf der Quarantänefrist erfolgt eine Meldung an den Kantonsärztlichen Dienst durch behandelnde Ärzte.

### 17.5 Entisolation von asymptomatischen Patienten bei St.n. COVID-19 mit positivem Screening-Resultat

Patienten mit anamnestisch durchgemachter COVID-19-Erkrankung und positivem Screening-Abstrich sollen primär auf die Kohortenstation aufgenommen werden. Sie können unter folgenden Bedingungen rasch wieder entisoliert werden:

- Anamnestisch zurückliegende SARS-CoV-2-Infektion (Diagnose vor >10 Tagen und <3 Monaten)
- Vorliegen einer positiven SARS-CoV-2-Serologie
- Ein quantitativer SARS-CoV-2 Nasopharyngealabstrich <10<sup>6</sup>000 K/ml

### 17.6 Entisolation bei ambulanter Vorstellung eines bestätigten COVID-19-Falls und/oder bei Wiedereintritt ins Spital

 Prinzip: Ambulante Konsultationen, welche nicht dringend sind, sollen nach Möglichkeit verschoben werden.

#### 17.6.1 Kriterien

Patienten werden für mindestens 10 Tage ab Erstsymptomen isoliert. Nach diesen 10 Tagen gelten nachfolgende Kriterien für ambulante Patienten:

- Patienten ohne Immunsuppression:
  - Abklingen der Symptome für mindestens 48h und keine neuen klinischen COVID-19-Verdachtskriterien (siehe Kap. 3.1)
    - Keine Isolationsmassnahmen
  - Weiterhin Symptome oder neu COVID-19-Verdachtskriterien (siehe Kap. 3.1) vorhanden
    - Isolationsmassnahmen gemäss Verdachtspatient (siehe Kap. 6.2)
- Patienten mit Immunsuppression:<sup>2</sup>
  - Vorstellung innerhalb 4 Wochen nach Erstsymptomen

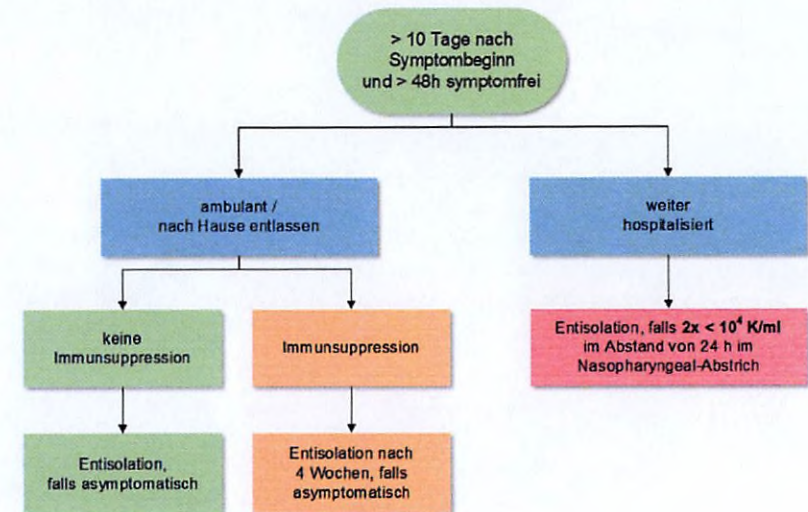
<sup>2</sup> Als Immunsuppression gilt:

- Solidorgan-Transplantierte, allogene HSCT, hämatologische Neoplasien
- Steroide >20 mg täglich >4 Wochen
- Lymphozyten-depletierende Therapien: Endoxan, Rituximab, Ocrelizumab, Belimumab (Benlysta) (für Rituximab/Ocrelizumab <1 Jahr)
- Immunsuppressiva: Cyclosporin (Sandimmun), Tacrolimus (Prograf), Mycophenolat Mofetil (Cellcept/Myfortic), Azathioprin (Imurek), Methotrexat, Lefunomid (Arava), die JAK-Inhibitoren Tofacitinib (Xeljanz), Baricitinib (Olumiant), Upadacitinib (Rinvoq) < 6 Monate)
- Dialyse-Patienten

- Isolation als bestätigter Fall unabhängig von der Symptomatik (bis zum Erhalt von zwei negativen Nasopharyngealabstrichen).
- Vorstellung nach 4 Wochen nach Erstsymptomen und keine klinischen COVID-19-Verdachtskriterien (siehe Kap. 3.1)
  - Keine Isolationsmassnahmen
- Vorstellung nach 4 Wochen nach Erstsymptomen und COVID-19-Verdachtskriterien vorhanden (siehe Kap. 3.1)
  - Isolation gemäss Verdachtspatient (siehe Kap. 6.2)
- Hämatologische Patienten nach allogener, autologer Transplantation, CAR-T-Zell-Therapie oder aplasierender Chemotherapie:
  - Isolation in der ambulanten Sprechstunde oder im stationären Bereich bis zum Vorliegen von zwei negativen Nasopharyngeal-Abstrichen auf SARS-CoV-2 (quant. <10<sup>6</sup>000 K/ml).
  - Bei fehlenden Abstrichen Entisolation nach spätestens 90 Tagen

Bei Entlassung aus dem Spital mit geplanter ambulanter Vorstellung eines isolierten Patienten wird eine Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95 mitgegeben, welche der Patient bei der ambulanten Konsultation vor Spitaleintritt anziehen muss.

#### 17.6.2 Vorgehen





## 17.7 Massnahmen bei Entlassung nach Hause

Der Patient verlässt auf direktem Weg das Spital.

- Falls die spitalinterne Isolation vor Entlassung aufgehoben wurde, braucht der Patient keine zusätzliche Schutzausrüstung.
- Falls die spitalinterne Isolation bei Entlassung weiterbesteht:
  - Der Patient führt vor Entlassung eine beobachtete Händedesinfektion durch.
  - Der Patient trägt eine Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95 (keine Überschürze, keine Handschuhe).
  - Der Patient wird bis zum Ausgang begleitet (Personal mit Überschürze, Handschuhe, Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR).

## 18. Vorgehen bei Todesfällen durch COVID-19

Die Isolationsmassnahmen (siehe [Kap. 6.2.5](#)) auf der Station gelten auch bei verstorbenen Patienten und bis zur erfolgten Schlussdesinfektion des Zimmers.

### 18.1 Zimmer-Desinfektion

Das Patientenzimmer wird nach Verlegung des Verstorbenen analog [Kap. 8.1.5](#) einer Schlussdesinfektion unterzogen.

Wertsachen und persönliche Gegenstände werden, sofern möglich, mit Bacillo® Wipes (alkohol-unempfindlich) oder Bacillo® 30 Tissues (alkoholempfindlich) desinfiziert. Wertsachen werden nach erfolgter Desinfektion gemäss Vorschriften dem Aufnahmebüro in einem Plastiksack abgegeben. Die Angehörigen werden instruiert, Gegenstände, welche man nicht desinfizieren konnte (z.B. Kleider, Bücher) für 48 Stunden im Plastiksack aufzubewahren. Anschliessend sind keine weiteren Vorsichtsmassnahmen notwendig, und es kann eine normale Reinigung bzw. ein normaler Umgang mit den Gegenständen erfolgen.


### 18.2 Transport

- Der Transport des Verstorbenen erfolgt analog [Kap. 6.3.3.3](#). Die Schutzausrüstung für den Verstorbenen (Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95) ist jedoch nicht notwendig.
- Der Transport notwendiger Dokumente erfolgt in einer Plastikschtzülle.
- Auf dem Fusszettel ist mit rotem permanenten Farbstift «Isolation bei COVID-19» zu notieren.

### 18.3 Im Leichenraum

Im Leichenraum gelten folgende Schutzmassnahmen, solange keine aerosol-produzierenden Massnahmen durchgeführt werden:

- Überschürze
- Handschuhe
- Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR
- Kontaktflächen und Matratzenüberzug werden mit Bacillo® Tissues, Bacillo® Wipes oder Ethanol 80% denat. desinfiziert.
- Wäsche wird im Doppelsacksystem auf dem Bett deponiert.
- Vor dem Verlassen des Leichenraumes werden Einweg-Handschuhe und Einweg-Überschürze entsorgt.
- Das Bett wird mit einem Etikett «Desinfektion» versehen und in der Bettenzentrale (unreine Seite) abgestellt.

 Vor Verlassen des Raumes muss eine hygienische Händedesinfektion durchgeführt werden.



#### 18.4 Auf der Pathologie

Bei Durchführung einer Autopsie gelten die erweiterten Massnahmen bei aerosolproduzierenden Untersuchungen/Interventionen:

- Überschürze (flüssigkeitsdicht) mit langen Ärmeln und Handgelenksbund
- Nitrilhandschuhe
- Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95
- OP-Haube
- Schutzbrille mit Seitenschutz (SUVA)
- Entsorgung der Materialien im Autopsiesaal, anschliessend hygienische Händedesinfektion
- Schlussdesinfektion des Autopsieraumes

#### 18.5 Aufbahrungsraum der Pathologie

- **Hinweisschild** mit dem Vermerk auf COVID-19 und den entsprechenden Empfehlungen zu den Hygienemassnahmen ist an der Tür vom Aufbahrungsraum anzubringen.
- Bei Verstorbenen mit bestätigter SARS-CoV-2 Infektion oder Verdachtspatienten soll die gläserne Abdeckung bei der Aufbahrung geschlossen werden.
- Angehörige in Quarantäne dürfen von den Verstorbenen Abschied nehmen. Die Anfahrt sollte jedoch, wenn möglich, ohne ÖV stattfinden und die Hygienemassnahmen müssen streng eingehalten werden
- Bei an COVID-19 Verstorbenen erfolgt eine Schlussdesinfektion im Scheuer-Wisch-Verfahren mit deconex® 50 FF, 0.5% gemäss HRL 02.07.

#### 18.6 Vorgehen bei unklarem Todesfall während der Epidemie

Die Verstorbenen sollen bei unklarem Todesfall analog eines COVID-19-Patienten mit entsprechenden Schutzmassnahmen gehandhabt werden.

Post mortem ist bei unklarem Todesfall ein Nasopharyngeal-Abstrich auf COVID-19 durchzuführen.

### 19. Allgemeine Massnahmen/Weisungen im Rahmen der COVID-19 Epidemie

#### 19.1 Persönliche Hygiene

Allgemeine Regeln der persönlichen Hygiene sollen konsequent eingehalten werden (siehe auch **Kampagne des BAG «So schützen wir uns»**).

Zur Begrüssung und Verabschiedung wird generell auf das Händeschütteln verzichtet. Wo möglich, wird auf ausreichenden Abstand zu anderen Menschen geachtet («Social Distancing»).

#### 19.2 Respiratorische Etikette

Patienten und Mitarbeiter sind angewiesen, sich strikt an die respiratorische Etikette zu halten. Dies beinhaltet insbesondere das konsequente Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes bei Husten/Niesen und die Händedesinfektion nach Kontakt mit respiratorischen Sekreten (siehe auch **«Respiratorische Etikette – Anleitung für medizinisches Personal»** und **HRL 08.09**).

Die Trennvorhänge zwischen den Patientenbetten in Mehrbettzimmern sollen im Sinne einer erweiterten respiratorischen Etikette gezogen werden.

#### 19.3 Generelle Maskentragepflicht

Auf dem Gelände des USB gilt eine generelle Maskentragepflicht für Patienten, Mitarbeitende und Besucher in den Innenräumen. Der Standard ist ein Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR.

Für Kinder gilt die Maskentragpflicht ab 12 Jahren.

☞ Stoffmasken sind auf dem Spitalareal nicht erlaubt, da grosse Qualitätsunterschiede bestehen und die Zertifizierung der einzelnen Masken nicht überprüft werden kann.

☞ Atemschutzmasken FFP2/N95/KN95 sind besonderen Situationen vorbehalten und werden entsprechend ausgeschildert (z.B. an der Zimmertür bei bestätigtem COVID-19-Fall).

##### 19.3.1 Maskentragepflicht für Mitarbeitende des USB

Generell gilt für alle Mitarbeitenden des USB eine Maskenpflicht (Mund-Nasen-Schutz) auf dem gesamten Spitalareal in allen öffentlich zugänglichen Bereichen und bei Patienten- sowie Besucherkontakt. Für Mitarbeitende, welche die Kriterien für eine Befreiung von der Quarantäne erfüllen (siehe **Kap. 15.5**), entfällt die Maskenpflicht in Räumen ohne jeglichen Patienten- sowie Besucherkontakt, sofern die Abstände eingehalten werden können (z.B. Büros, Sitzungszimmer, Schulungsräume, nicht jedoch Arbeitsplätze mit möglichem Patienten- oder Besucherkontakt, wie z.B. Pflegebüros auf den Stationen).

##### 19.3.2 Maskentragedauer

- Der chirurgische Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR kann grundsätzlich für eine Schicht getragen werden.
- Bei kontinuierlichem Tragen kann die Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95 eine Schicht lang getragen werden. Jedoch sollte es vermieden werden, diese



ausserhalb der Kohorte oder der dafür vorgesehenen Bereiche/Interventionen zu tragen.

- Wenn die Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95 nur für gelegentliche Tätigkeiten/Konsultationen getragen wird, sollte sie alle 48h gewechselt werden.

#### 19.3.3 Maskenwechsel bei anderen isolationspflichtigen Erregern

- Bei allen Kontakt-Isolationen (siehe [HRL 03.06](#)) und Tröpfchen-Isolationen (siehe [HRL 03.04](#)) erfolgt bei Verlassen des Zimmers ein Wechsel des Mund-Nasen-Schutzes Typ II/IIR.
- Bei Isolationen mit luftübertragenen Keimen erfolgt das Vorgehen gemäss der entsprechenden Hygienerichtlinie.

#### 19.3.4 Maskentragpflicht für Patienten

- Patienten in den COVID-19-Kohortenstationen:
  - Wenn eine Person ins Zimmer kommt, sollen die Patienten den Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR für diesen Zeitraum aufsetzen. Diese Empfehlung beruht darauf, dass man die respiratorische Etikette auch bei diesen Patienten einhalten möchte.
  - Atemschutzmasken FFP2/N95/KN95 bieten den Mitarbeitenden einen hohen Schutz vor COVID-19. Die Exposition mit SARS-CoV-2 soll jedoch so gering wie möglich gehalten werden.
- Patienten ausserhalb der COVID-19-Kohortenstationen:
  - Die Patienten sind generell angehalten, den Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR ausserhalb ihres Bettes zu tragen.
  - Patienten sollen einen Mund-Nasen-Schutz tragen, wenn eine Person (zum Beispiel Pflegeperson, Arzt, Besucher) an ihr Bett tritt.
  - Patienten, welche aufgrund ihrer medizinischen Grunderkrankung keinen Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR tragen können, sollen während dem Spitalaufenthalt möglichst im Zimmer verbleiben. Bei kognitiv eingeschränkten Patienten, verminderter Compliance soll die Weisung bestmöglich umgesetzt werden.
  - Patienten im Einzelzimmer sollen beim Verlassen des Zimmers einen Mund-Nasen-Schutz tragen,
  - Im Mehrbettzimmer darf nur ein Patient am gemeinsamen Tisch die Mahlzeit/Getränke einnehmen.
  - Der Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR soll einmal täglich bei den Patienten ausgewechselt werden.
  - Patienten mit einem Tracheostoma müssen zusätzlich zum Mund-Nasen-Schutz Typ II/IIR ein TrachVent oder einen HME-Filter tragen (bei laryngektomierten Patienten).
- Patienten auf der Intensivstation:

- Bei Patienten mit fehlenden respiratorischen Problemen soll die Maskenpflicht für Patienten ebenfalls umgesetzt werden.

#### 19.4 SARS-CoV-2-Impfungen

Der Impfstatus hat weder bei Mitarbeitenden noch bei Patienten einen Einfluss auf die empfohlenen Hygiene- und Isolationsmassnahmen.

Für Ausnahmen bezüglich der Quarantäne-Pflicht für geimpfte Mitarbeitende siehe [Kap. 15.5](#). Diese Ausnahmen gelten nicht für vollständig geimpfte Patienten (siehe [Kap. 16.1](#)).

Auch vollständig geimpfte Patienten sollen regelmässig während ihrer Hospitalisation gescreent werden.

#### 19.5 Aufenthaltsräume

In den Aufenthaltsräumen im USB sind die generellen Schutzmassnahmen ebenfalls einzuhalten. Es gilt eine Maskenpflicht (ausser bei der Verpflegung), die Abstände zwischen den Personen muss mindestens 1.5 Meter betragen, es darf nur sitzend konsumiert werden. Siehe hierzu die [COVID-19: Vorgaben für die Aufenthaltsräume am USB](#).

#### 19.6 Erweiterte Standard-Schutzmassnahmen bei aerosol-produzierenden Untersuchungen/Interventionen

Zur Erhöhung des Mitarbeiterschutzes gelten für das gesamte USB erweiterte Vorsichtsmassnahmen bei aerosol-produzierenden Untersuchungen/Interventionen. Diese gelten für Abklärungen bei Patienten mit fehlendem Ausschluss eines COVID-19-Infekts mittels SARS-CoV-2 PCR.

Folgende Interventionen werden als aerosol-generierend erachtet:


- Nasopharyngealabstrich
- Bronchoskopie
- Intubation und Extubation
- Endoskopie des oberen Gastrointestinaltraktes
- Endoskopien im HNO-Bereich
- Transösophageale Echokardiographie
- Auslösung/Abnahme von induziertem Sputum
- Absaugen von Trachealsekret/Bronchialtoilette
- Nicht-invasive Beatmung (NIV)

Schutzrüstung bei der Durchführung von aerosol-produzierenden Massnahmen:

- Überschürze mit langen Ärmeln und Handgelenksbund
- Nitrilhandschuhe
- Atemschutzmaske FFP2/N95/KN95
- Bei FFP2 Fit-Check durchführen: Überprüfung der Maskendichtigkeit (siehe [Fit-Check](#))



- OP-Haube
- Schutzbrille mit Seitenschutz (SUVA)

 Nach aerosol-produzierenden Untersuchungen/Interventionen sind die zusätzlichen Schutzmassnahmen nicht notwendig.

### 19.7 Kinder als Patienten am USB

Kinder als Patienten sind im USB erlaubt (HNO, Dermatologie und Orthoptik der Augenklinik). Folgende Punkte sind dabei zu beachten:

- Für Kinder ab 12 Jahren gilt eine Maskentragepflicht. Kindern zwischen 6 und 12 Jahren steht es frei, eine Maske zu tragen.
- Eine erwachsene Begleitperson ist erlaubt, es besteht strikte Maskenpflicht.
- Die Begleitung durch Geschwister ist nicht gestattet.

## 20. Anhang

### 20.1 Querverweise

med. Standards		medStandards USB
Konzepte		COVID-19/SARS-CoV-2 Kohortenkonzept Bettenstationen
		COVID-19/SARS-CoV-2 Kohortenkonzept Intensivstation
		Hygienemanagement Test- und Triage-Center (TTC)
		Hygienekonzept Medizinische Poliklinik
		Hygienekonzept Intermediate Care Unit (IMC)
		Hygienekonzept Stroke Unit
		Hygienekonzept Onkologisches Ambulatorium
		Hygienekonzept Dialysestation
		Hygienekonzept Notfallstation/Schockraum
		Hygienemanagement Augenklinik
Weisungen		Weisungsrecht des Arbeitgebers betreffend Barträger
		COVID-19: Vorsorgliche Hygienemassnahmen am Patientenplatz
		COVID-19: Platzisolation 2-Bett-Zimmer
		COVID-19: Platzisolation 4-Bett-Zimmer
		COVID-19: Vorgaben für die Aufenthaltsräume am USB
		COVID-19: Aufbahrungsraum der Pathologie
Bereiche/Abteilungen	Frauenklinik	Triage von Patientinnen mit Verdacht auf COVID-19
		Triage von Patientinnen mit positivem COVID-19-Befund
		Geburtsabteilung: Vorgehen auf der Abteilung Mutter und Kind
Hygieneordner	HRL 01.02	Allgemeine Vorsichtsmassnahmen
	HRL 02.05	Desinfektionsplan
	HRL 03.04	Isolation zur Vermeidung von Tröpfcheninfektionen
	HRL 03.06	Kontakt-Isolation
	HRL 05.01	Entsorgung von Abfall mit Infektionsrisiko
	Anhang 08.12	Fit-Check FFP2/FFP3
	Anhang 08.01-3.1	Anleitung Isolation COVID-19 mit Vorraum   Informationsfilm
	Anhang 08.01-3.2	Anleitung Isolation COVID-19 ohne Vorraum   Informationsfilm



## 20.2 Checklisten

### 20.2.1 Checkliste Isolationszimmer mit Vorraum

Im Vorraum:

- [Anleitung «Isolation COVID-19 mit Vorraum» \(Informationsfilm\)](#)
- Sterilliumspender
- Zwei separate Flächen (saubere und schmutzige Zone, z.B. zwei Rollwagen)
- Wäsche- und Abfallbehälter mit Deckel
- Abfall- und Wäschesäcke (gelb und rot; Doppelsacksystem)
- Behälter für Atemschutzmasken FFP2/N95/KN95
- Nierenschalen
- Nitrilhandschuhe
- Überschürze (gelb; bei definierten Ausnahmen blau)
- Atemschutzmasken FFP2/N95/KN95 und FFP3, [Fit-Check](#) bei FFP2/FFP3
- Schutzbrille mit Seitenschutz (SUVA)
- OP-Hauben (Typ Annie Pro latexfrei)
- Bacillo® Wipes oder Ethanol 80% denat.
- deconex® 50 FF, 0.5%
- Wasserfester Stift

Im Patientenzimmer:

- Fenster geschlossen, HEPA-Filter in Betrieb
- [Anleitung «Isolation COVID-19 mit Vorraum» \(Informationsfilm\)](#)
- Sterilliumspender
- Bacillo® Wipes oder Ethanol 80% denat.
- Instrumentenboy/Rollwagen (Ausschleusen Blutröhrchen etc.)
- Vitalzeichengerät (mit Pulsoxymeter und Blutdruckmessgerät), Thermometer, Stethoskop, Blutzuckermessgerät, falls nötig
- Octenisept, Octeniderm, Kompressen, NaCl, Verschlusskappen, falls nötig.
- Bettwäsche, Frotteewäsche, Decken, Nachthemd, Kopfkissen, Inkontinenzmaterial, Netzhosen, Einmalhandtücher, Sinaqua®, Moltex®
- Einmalzahnbürste, Zahnpasta, Spatel, Becher, Wattestäbchen, Spuckbeutel, Nierenschalen, Einmalmundstäbchen
- Sauerstoffanschluss mit Adapter und Nasenbrille, falls nötig
- Spritzenbehälter für spitze/scharfe Gegenstände
- Wanduhr, Mobiliar (Nachtisch, Tisch, Stuhl)

### 20.2.2 Checkliste Isolationszimmer ohne Vorraum

Vor dem Patientenzimmer:

- [Anleitung «Isolation COVID-19 ohne Vorraum» \(Informationsfilm\)](#)
- Sterilliumspender
- Zwei separate Flächen (saubere und schmutzige Zone, z.B. zwei Rollwagen)
- Abfallbehälter mit Deckel
- Abfall- und Wäschesäcke (gelb und rot; Doppelsacksystem)
- Behälter für Atemschutzmasken FFP2/N95/KN95 und FFP3
- Becken mit Sekusept™ Plus 4%
- Nierenschalen
- Nitrilhandschuhe
- Überschürze (gelb; bei definierten Ausnahmen blau)
- Atemschutzmasken FFP2/N95/KN95 und FFP3, [Fit-Check](#)
- Schutzbrille mit Seitenschutz (SUVA)
- OP-Hauben (Typ Annie Pro latexfrei)
- Bacillo® Wipes oder Ethanol 80% denat.
- deconex® 50 FF, 0.5%
- Wasserfester Stift

Im Patientenzimmer:

- Fenster geschlossen, HEPA-Filter in Betrieb
- [Anleitung «Isolation COVID-19 ohne Vorraum» \(Informationsfilm\)](#)
- Sterilliumspender
- Bacillo® Wipes oder Ethanol 80% denat.
- Instrumentenboy/Rollwagen (Ausschleusen Blutröhrchen, etc.)
- Vitalzeichengerät (mit Pulsoxymeter und Blutdruckmessgerät), Thermometer, Stethoskop, Blutzuckermessgerät, falls nötig
- Octenisept, Octeniderm, Kompressen, NaCl, Verschlusskappen, falls nötig.
- Bettwäsche, Frotteewäsche, Decken, Nachthemd, Kopfkissen, Inkontinenzmaterial, Netzhosen, Einmalhandtücher, Sinaqua®, Moltex®
- Einmalzahnbürste, Zahnpasta, Spatel, Becher, Wattestäbchen, Spuckbeutel, Nierenschalen, Einmalmundstäbchen
- Sauerstoffanschluss mit Adapter und Nasenbrille, falls nötig
- Spritzenbehälter für spitze/scharfe Gegenstände
- Wanduhr, Mobiliar (Nachtisch, Tisch, Stuhl)