

Liebe Kolleg\*innen,

vielen Dank für Ihr Interesse an den Ergebnissen der B-FAST Surveillance Strategie Befragung im März 2021.

Im Folgenden erhalten Sie eine Übersicht der Ergebnisse, die für die Praxis als besonders wissenswert eingestuft wurden:

1. Merkmale der teilnehmenden Kliniken
2. Surveillance-Strategien beim Betreten der Klinik
3. Anwendung von PCR-, Antigen- und Antikörper-Tests
4. Vorgehen nach einem positiven SARS-CoV-2 Befund
5. Interne Surveillance Teams.

## 1. Merkmale der teilnehmenden Kliniken

Es haben insgesamt 100 Krankenhäuser in Deutschland an der Befragung teilgenommen. Davon stammen 33 ausgefüllte Fragebögen aus Universitätskliniken (UK), 37 Fragebögen aus Nicht-universitären Krankenhäusern (NUK) in Niedersachsen und 33 Fragebögen aus NUKs in Bayern. Eine Übersicht der Krankenhäuser nach der Anzahl der vollstationären Betten finden Sie in Tabelle 1.

Betten	Anzahl
Bis 99	5
100 bis 249	25
250 bis 499	19
500 bis 999	20
Ab 1000	31

Tabelle 1: Krankenhäuser nach Anzahl der vollstationär aufgestellten Betten

**Fachexpertise.** In 85%<sup>1</sup> der Fälle wurde der Fragebogen von Personen aus der Hygiene oder Krankenhaushygiene ausgefüllt. Mit 26%<sup>1</sup> wurde am zweithäufigsten die Infektiologie und Antibiotic Stewardship (ABS) als organisatorische Zuordnung angegeben. Danach folgte die Intensivmedizin mit 12%<sup>1</sup>.

**Corona Krisenstab.** Alle befragten Kliniken haben einen Corona Krisenstab etabliert. In 65% der Fälle gab es diese Strukturen bereits vor der Pandemie.

**Strategieaustausch.** Rund drei Viertel der Befragten (74%) gaben an, dass in ihrer Einrichtung ein Surveillance-Strategieaustausch mit anderen Kliniken stattfindet. In 78%<sup>1</sup> dieser Fälle erfolgt der Austausch im Stadt- und Regionsgebiet. Ein (zusätzlicher) Austausch wird bei 30%<sup>1</sup> im Gebiet des eigenen Bundeslandes und bei 27%<sup>1</sup> der Teilnehmenden im Bundesgebiet und darüber hinaus realisiert.

## 2. Surveillance-Strategien beim Betreten der Klinik

**Temperaturmessung.** 54% der teilnehmenden Kliniken führen eine routinemäßige Temperaturmessung beim Betreten der Gebäude durch. Bei welchen Personengruppen diese Temperaturmessung durchgeführt wird, können Sie Abbildung 1 entnehmen.

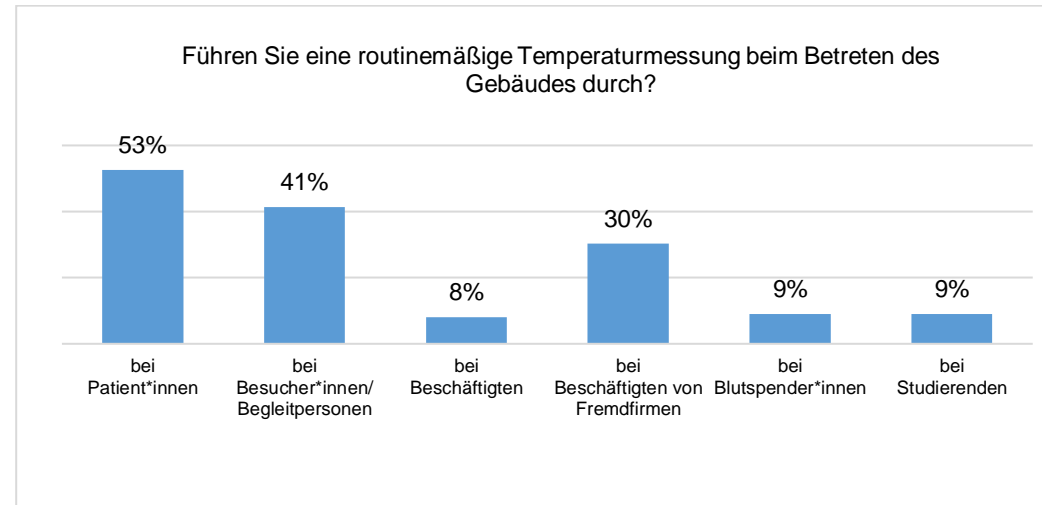


Abbildung 1: Personengruppen, bei denen die Temperatur beim Einlass gemessen wird (n=100, Auswertung nach Fällen, Mehrfachauswahl möglich)

**Einlassverweigerung.** Eine erhöhte Körpertemperatur führt in einem Großteil der Krankenhäuser zu einer Einlassverweigerung. Weitere ausschlaggebende Kriterien, die dazu führen können, dass der Einlass untersagt wird, sind das Auftreten von Symptomen einer SARS-CoV-2 Infektion, Quarantäne- bzw. Isolierungsverordnungen oder der Kontakt zu infizierten Personen. Je nach Personengruppe wird bei Auffälligkeit die Notwendigkeit eines Einlasses evaluiert und dem Risiko gegenübergestellt.

<sup>1</sup> Mehrfachauswahl möglich

### 3. Anwendung von PCR, Antigen und Antikörper Tests

58% der Kliniken führen eine Vor-Ort-Diagnostik von mikrobiologisch-virologischen Untersuchungsproben durch.

**PCR bei Verdacht.** Ein Vergleich zeigt, dass sich die Anwendungsfälle von Nukleinsäure-basierter Diagnostik (PCR-Tests) und Antigen-basierte Diagnostik bei Beschäftigten unterscheiden. Vor allem bei begründetem Verdacht wird die nukleinsäure-basierte Diagnostik angewendet (bei Symptomen 93%<sup>1</sup>, bei Exposition 57%<sup>1</sup>).

**PCR/Antigen bei Screening.** Bei regelmäßigen Testungen oder Anfragen durch Beschäftigte werden beide Verfahren angewendet. Bei regelmäßigen Tests unabhängig vom Einsatzbereich überwiegt die Antigen-basierte Diagnostik. Eine genaue Aufstellung finden Sie in Abbildung 2.

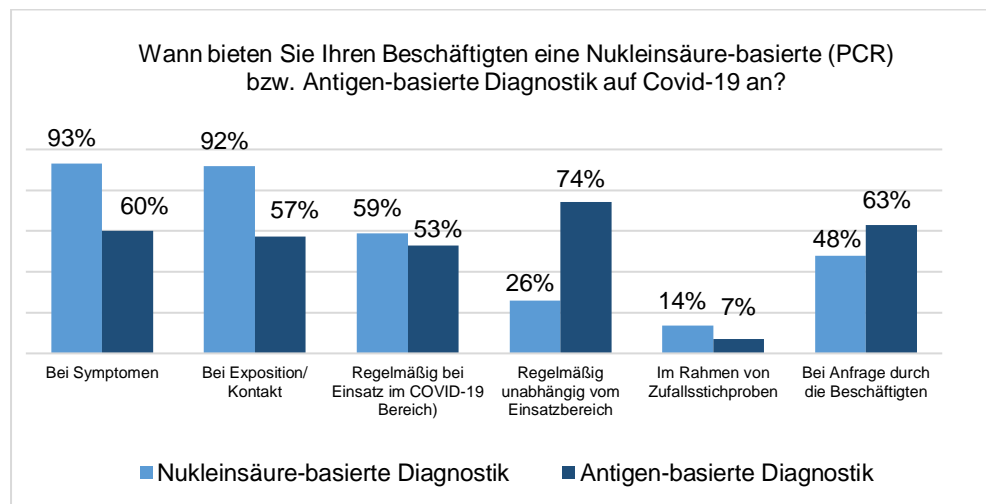


Abbildung 2: Anwendungsbereiche der verschiedenen Testdiagnostiken bei Beschäftigten (n=100, Auswertung nach Fällen, Mehrfachauswahl möglich)

**Patient\*innen-Screening.** Unter nicht anlassbezogenem Testen (Screening) wird das Testen von Personen verstanden, bei denen es keinen eindeutigen Grund zur Testung (keine Symptome oder Kontakt zu bestätigten Fällen) gibt. 97% der Befragten führen eine solches Screening von stationären Patient\*innen durch, 78% praktizieren dies bei ambulanten Patient\*innen.

**Screening-Zeitpunkt.** Eine Gegenüberstellung der ausschlaggebenden Faktoren für das Screening finden Sie in der nachfolgenden Abbildung 3. Es

zeigt sich, dass ein Großteil (95%<sup>1</sup>) der Kliniken, die stationären Patient\*innen direkt bei der Aufnahme screenen. Bei ambulanten Patient\*innen geschieht dies in der Hälfte der Fälle (54%<sup>1</sup>) beim Aufklärungsgespräch vor einer Intervention.

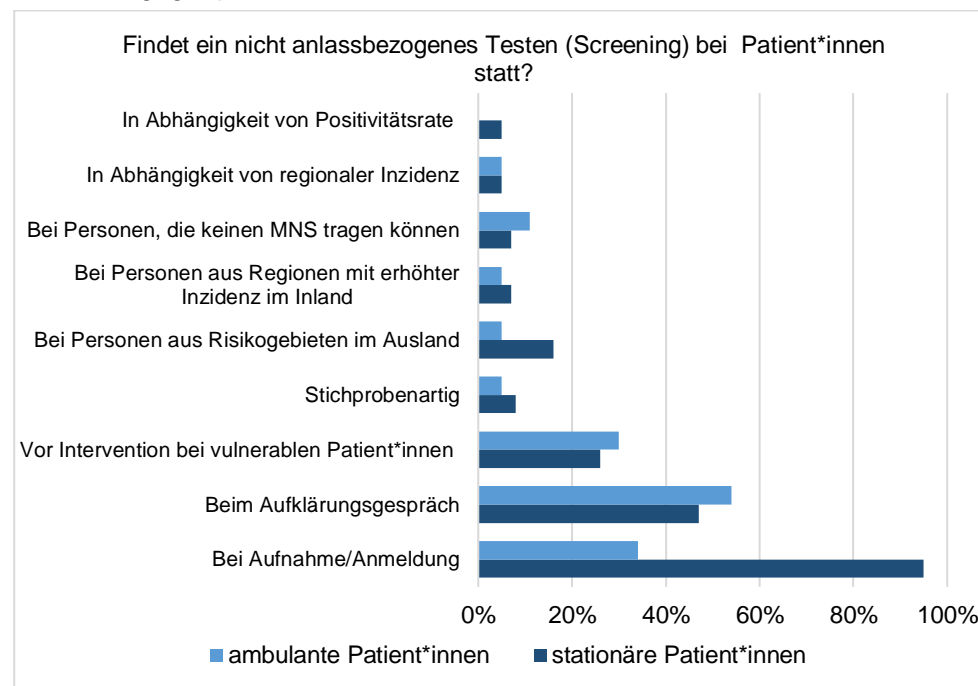


Abbildung 3: Gründe für das Screening von stationären und ambulanten Patient\*innen (n=100, Auswertung nach Fällen, Mehrfachauswahl möglich), MNS=Mund-Nasen-Schutz

**Nutzen vom Screening.** 92% der Einrichtungen, die Screenings durchführen, haben angegeben, dass sie dadurch bereits Fälle von SARS-CoV-2 Infektionen bei Patient\*innen vor dem Auftreten von Symptomen identifizieren konnten.

### 4. Vorgehen nach einem positiven SARS-CoV-2 Befund

**Stationäre Patient\*innen.** Bei einem positiven Zufallsbefund bei stationären Patient\*innen screenen 99% der Krankenhäuser die Kontaktpersonen. Bei der Frage, welche Kontaktpersonen getestet werden, zeigt sich ein diverses Bild (Abbildung 4). Der Fokus liegt jedoch auf den Kontakten in der unmittelbaren Umgebung (Zimmerkontakte) sowie den Kontakten, die sich noch im Krankenhaus befinden.

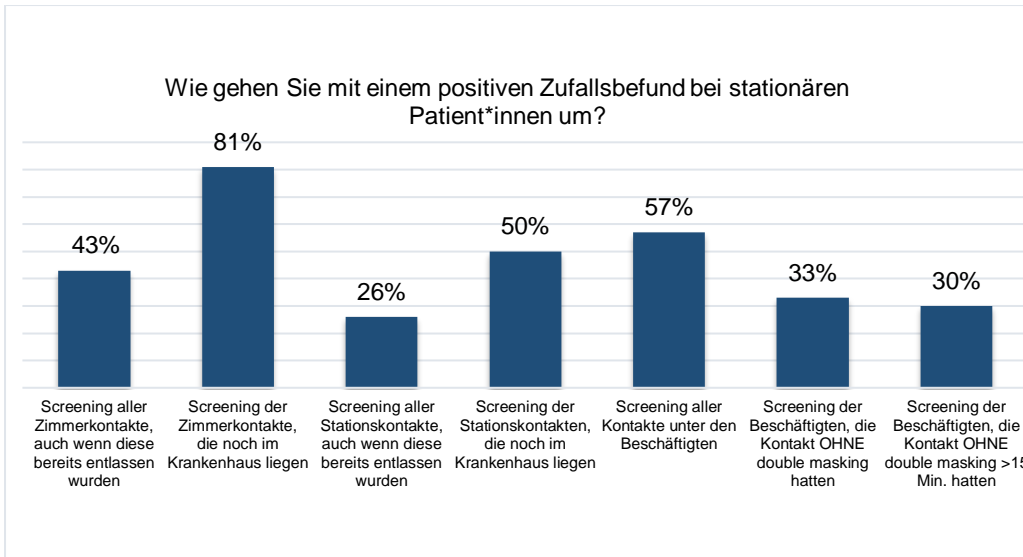


Abbildung 4: Umgang mit einem positivem Zufallsbefund bei stationären Patient\*innen (n=100, Auswertung nach Fällen, Mehrfachauswahl möglich)

**Ambulante Patient\*innen.** 75% der Befragten gaben, dass sie ein Screening der Kontaktpersonen bei einem positiven Zufallsbefund bei ambulanten Patient\*innen durchführen. Ein Drittel davon (25%) screenen alle Patient\*innen und Begleitpersonen, die sich zur selben Zeit in der Wartezone aufgehalten haben.

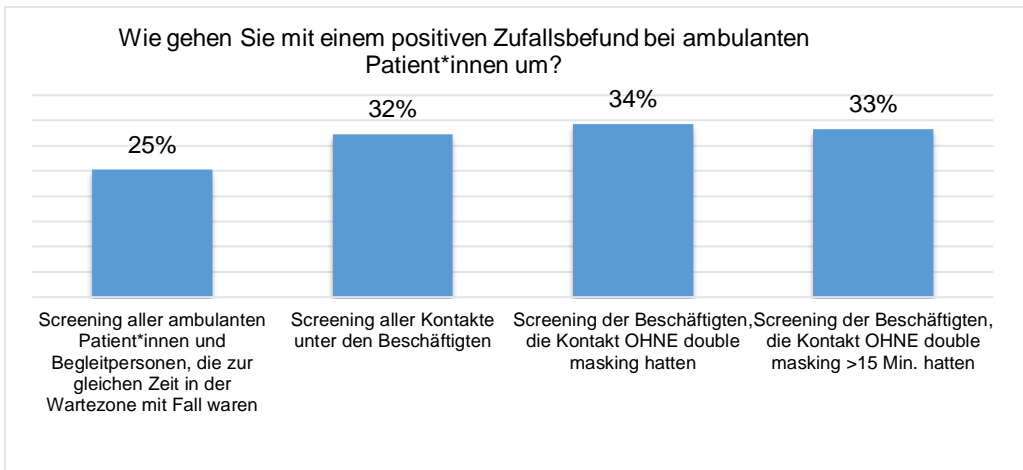


Abbildung 5: Umgang mit einem positiven Zufallsbefund bei ambulanten Patient\*innen (n=100, Auswertung nach Fällen, Mehrfachauswahl möglich)

## 5. Interne Surveillance Teams

**Corona-Hotline.** 58% der Befragten gaben an, dass es in ihrer Einrichtung eine interne Corona-Hotline gibt.

**Probeentnahme.** In 69% der befragten Einrichtungen ist ein internes Probeentnahme Team etabliert.

**Contact-Tracing.** Ein internes Contact-Tracing Team gibt es in 63% aller befragten Kliniken.

**Team-Besetzung.** Viele Kliniken setzen in diesen Bereichen auf interdisziplinäre Teams aus Pflegepersonal, Hygienefachkräften, Ärzt\*innen, anderen Fachkräften (z. B. Medizinisches Fachangestellten) sowie Studierenden. Bei der Corona-Hotline sowie dem Contact-Tracing sind in rund der Hälfte der Teams mind. eine Person mit Leitungsfunktion vorhanden. In rund einen Viertel der internen Probeentnahme Teams (27%) wurde eine Leitungsperson integriert.

**Erreichbarkeit.** In den meisten Einrichtungen sind die Teams an fünf Tagen in der Woche und weniger als zwölf Stunden täglich aktiv. In etwa jede dritte Klinik sind die internen Teams an jedem Tag der Woche über 24 Stunden im Einsatz.

Das B-FAST (Bundesweite Forschungsnetzwerk zur angewandte Surveillance und Testung) Projekt ist ein Verbundprojekt im Rahmen der Nationale Forschungsnetzwerk Universitätsmedizin (NUM) und wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Nähere Informationen finden Sie unter:

<https://www.umg.eu/forschung/corona-forschung/num/b-fast/>

Kontakt bezüglich dieser Zusammenfassung der Befragungsergebnisse:

Dr. Stephanie Heinemann

Tel. 0551 39-65391

[stephanie.heinemann@med.uni-goettingen.de](mailto:stephanie.heinemann@med.uni-goettingen.de)

