

Herausforderungen im Ausbruchmanagement – am Beispiel eines großen Influenza-Ausbruchs in einer Pflegeeinrichtung

Einleitung

Influenza-Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen sind aufgrund des hohen Alters sowie der häufig bestehenden Grunderkrankungen der Bewohnenden mit einem erheblichen Risiko für schwere Krankheitsverläufe und einem erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden. Für das Management solcher Ausbrüche liegen spezifische Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) vor. Die praktische Umsetzung dieser Empfehlungen stellt Pflegeeinrichtungen sowie zuständige Gesundheitsämter jedoch häufig vor große organisatorische und personelle Herausforderungen.

Im Folgenden wird der Verlauf und das Management eines Influenza-Ausbruchs in einer Pflegeeinrichtung in Baden-Württemberg im Januar 2026 dargestellt. Ziel ist es, typische Herausforderungen bei der Umsetzung empfohlener Interventionsmaßnahmen aufzuzeigen.

Methodik/Ausbruchsbeschreibung

In diesem Abschnitt erfolgt eine retrospektive Beschreibung des Ausbruchsgeschehens auf Grundlage der Auswertung von Meldedaten sowie der vom Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis zur Verfügung gestellten Informationen und Daten.

Am Montag, den 12.1.2026, meldete die Leitung einer stationären Pflegeeinrichtung dem Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises, Baden-Württemberg, eine Häufung von Influenza-Erkrankungen unter den dortigen Bewohnenden mit bereits 32 Fällen, darunter vier Hospitalisierungen sowie die mündliche Information über einen Todesfall unter dem Personal. Die Falldefinition umfasste Bewohnende und Beschäftigte der stationären Pflegeeinrichtung (Person), bei denen im Zeitraum vom 30.12.2025 bis

zum 19.1.2026 (Zeit) in der betroffenen Pflegeeinrichtung im Rhein-Neckar-Kreis, Baden-Württemberg (Ort), grippeähnliche Symptome entsprechend der definierten klinischen Kriterien auftraten, darunter Atemnot/Dyspnoe, Halsschmerzen, Husten oder Schnupfen, allgemeine Krankheitszeichen, Fieber, Pneumonie oder krankheitsbedingter Tod, bzw. bei denen ein positiver Influenza-Schnelltest bzw. eine positive Influenza-Point-of-Care-(POC-)PCR vorlag.

Die Fallliste der Mitarbeitenden wurde einen Tag später, am 13.1.2026 an das Gesundheitsamt gesendet. Die ersten beiden Influenza-Erkrankungen waren bei zwei stationär aufgenommen Bewohnenden zweier von insgesamt fünf Wohnbereichen nachgewiesen worden. Die Erkrankungsbeginne waren am 30.12.2025 und 2.1.2026. Da mit weiteren Fällen zu rechnen war, wurden durch die stationäre Pflegeeinrichtung unter Einbezug der internen Hygienebeauftragten u. a. folgende Schutzmaßnahmen ab dem 30.12.2025 ergriffen:

- ▶ Isolation von Influenza-Erkrankten mit Aufhebung der Isolation zwei Tage nach Symptombefreiheit
- ▶ Geräte/Medizinprodukte sollten personengebunden verwendet oder desinfiziert werden
- ▶ bei Bedarf hausärztliche Vorstellung symptomatischer Bewohnender
- ▶ Tragen von Schutzkleidung, einschließlich FFP2-Masken (FFP: *filtering face piece*) und Einweghandschuhe durch das Personal vor Betreten eines Patientenzimmers; in den betroffenen Wohnbereichen Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (MNS)
- ▶ regelmäßiges Lüften, Anleitung von Bewohnenden und Personal zur Händehygiene
- ▶ ab dem 5.1.2026 Aushänge zum Ausbruchsgeschehen und allgemeinen Hygienemaßnahmen wie Händedesinfektion; Monitoring von Kontaktpersonen, soweit nachvollziehbar, mittels täglichem Fiebermessen bis vier Tage nach dem letzten Kontakt in der Einrichtung

- ▶ Besuchende von erkrankten Bewohnenden sollten in allen Wohnbereichen FFP2-Maske und Schutzkittel tragen

Ab dem 8.1.2026 intensivierte die Einrichtung die Maßnahmen, da sich das Ausbruchsgeschehen auf weitere Wohnbereiche ausgeweitet hatte. Es gab Einschränkungen der Bewegungsfreiheit der Bewohnenden.

- ▶ Schließung des wohnbereichsübergreifenden Speisesaals sowie des Bewohnenden-/Angehörigenkaffees; die Essensversorgung erfolgte auf den Wohnbereichen; wohnbereichsübergreifende Aktivitäten wie z. B. Gottesdienste wurden ausgesetzt; tägliche Unterweisung vor Ort von Pflege- und Hauswirtschaftspersonal durch die hygienebeauftragte Person
- ▶ Besuche waren weiterhin möglich, Information der Besuchenden zu Händehygiene und Maskentragen; Bereitstellung von Masken im zentralen Eingangsbereich der Einrichtung
- ▶ Hinweis auf Verzicht von Besuchen von Angehörigen mit Erkältungssymptomen
- ▶ Intensivierung der Oberflächendesinfektion: tägliche Desinfektion häufig berührter Flächen in den betroffenen Wohnbereichen (z. B. Handläufe, Türklinken) mit einem Flächendesinfektionsmittel mit viruzider Wirkung gegen behüllte und unbehüllte Viren, einschließlich Influenza-Viren

Trotz der eingeleiteten Maßnahmen konnte der Ausbruch nicht gestoppt werden. Nach Mitteilung der Erkrankungshäufung durch die stationäre Pflegeeinrichtung an das Gesundheitsamt wurden unter Berücksichtigung der Empfehlungen des RKI zu Präventions- und Kontrollmaßnahmen folgende Maßnahmen auf Veranlassung der Einrichtungsleitung des Pflegeheims ab dem 15.1.2026 intensiviert:

- ▶ FFP2-Maskenpflicht für das Personal in den betroffenen Wohnbereichen
- ▶ FFP2-Maskenpflicht für Besuchende der Einrichtung unabhängig vom Erkrankungsstatus der besuchten Bewohnenden

Zusätzlich:

- ▶ Information der Einrichtung und der behandelnden Hausärzte/-ärztinnen über die Empfehlung

zum Einsatz einer Prä- bzw. Postexpositionsprophylaxe (PEP) im Ausbruchsgeschehen sowie zur Durchführung der saisonalen Influenza-Impfung

- ▶ Empfehlung des Gesundheitsamts zur Vorhaltung und Durchführung von Schnelltests sowie zur diagnostischen Abklärung mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) am Labor des Landesgesundheitsamts
- ▶ zimmerbezogene Essensversorgung sowie eingeschränkter Aufenthalt in Gemeinschaftsräumen für Bewohnende mit Demenz unter Berücksichtigung von entsprechenden Abständen
- ▶ Aussetzung von Gruppentherapien

Erkrankte Bewohnende bzw. Beschäftigte des Pflegeheims wurden in einer Fallliste erfasst und täglich an das Gesundheitsamt übermittelt. Als klinisch-epidemiologischer Fall wurde das Auftreten „grippeähnlicher Symptome (mit Fieber)“ entsprechend der oben genannten Falldefinition seit dem 30.12.2025 bei Bewohnenden bzw. Beschäftigten der stationären Pflegeeinrichtung definiert. Bei einem klinisch-laboridiagnostischen Fall lag ein positiver Schnelltest bzw. eine positive Influenza-POC-PCR vor.

Ergebnisse

Im Zeitraum vom 30.12.2025 bis zum 19.1.2026 erkrankten 47 Bewohnende aus allen fünf Wohnbereichen (Erkrankungsrate 22 %) und sieben von 130 Beschäftigten (Erkrankungsrate 5 %). Die Alters- und Geschlechterverteilung ist in [Abb. 1](#) dargestellt. Die Erkrankungsraten nach Wohnbereich betragen zwischen 10 % und 43 %. Die letzte Erkrankung trat am 19.1.2026 bei einem ungeimpften Bewohnenden (siehe [Abb. 2](#) Epikurve) auf. Neun (ca. 9 %) der Erkrankten wurden aufgrund der Schwere ihrer Krankheitsverläufe in Krankenhäuser eingewiesen. Von den neun stationär behandelten Erkrankten war die überwiegende Zahl (N = 7) nicht gegen Influenza geimpft. Sieben Bewohnende verstarben (davon sechs ursächlich an der Influenza-Erkrankung), vier davon waren geimpft. Von den sieben erkrankten Beschäftigten verstarb eine geimpfte Pflegekraft. Fünf der Fälle unter den Beschäftigten waren ungeimpft; bei einem Beschäftigten konnte der Impfstatus nicht ermittelt werden. Das vom Pflegeheim empfohlene Impfangebot im Herbst 2025 wurde von N = 80 (ca. 40 %) Bewohnenden angenommen.

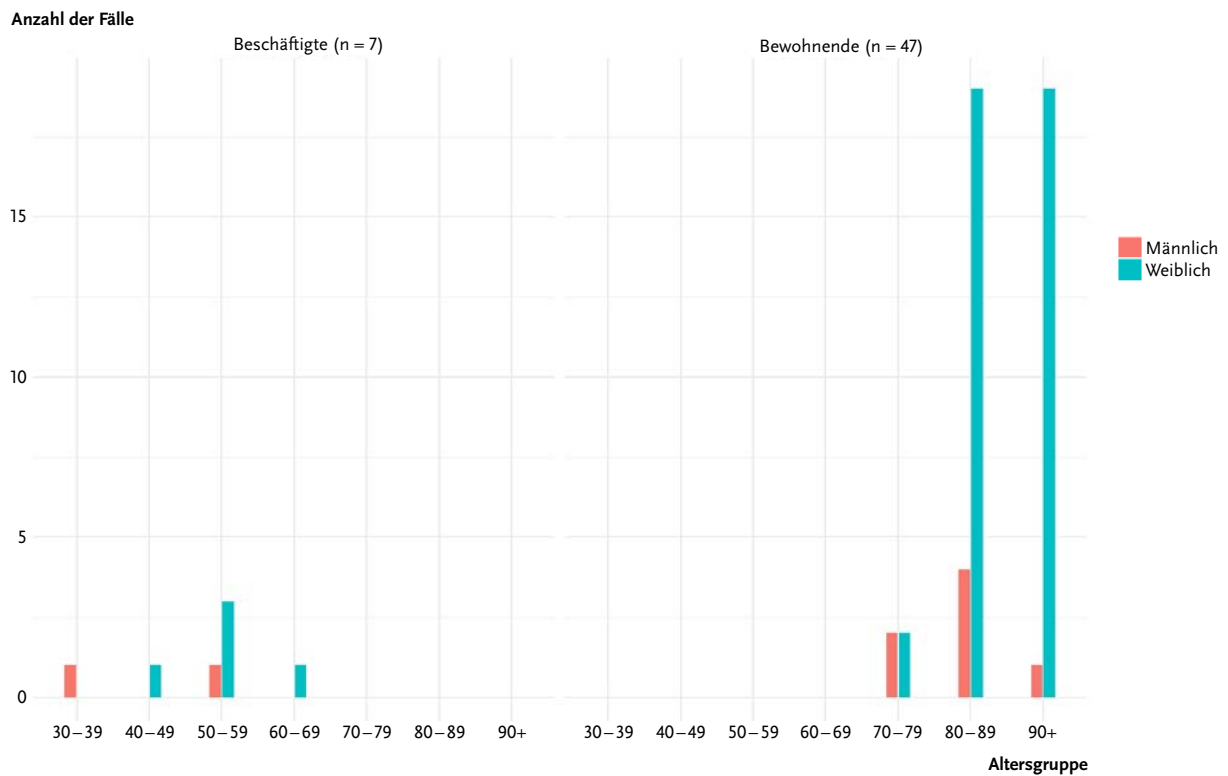


Abb. 1 | Alters- und Geschlechterverteilung der Influenza-Fälle, N = 54; Influenza-Ausbruch in einer Pflegeeinrichtung 2026, Baden-Württemberg

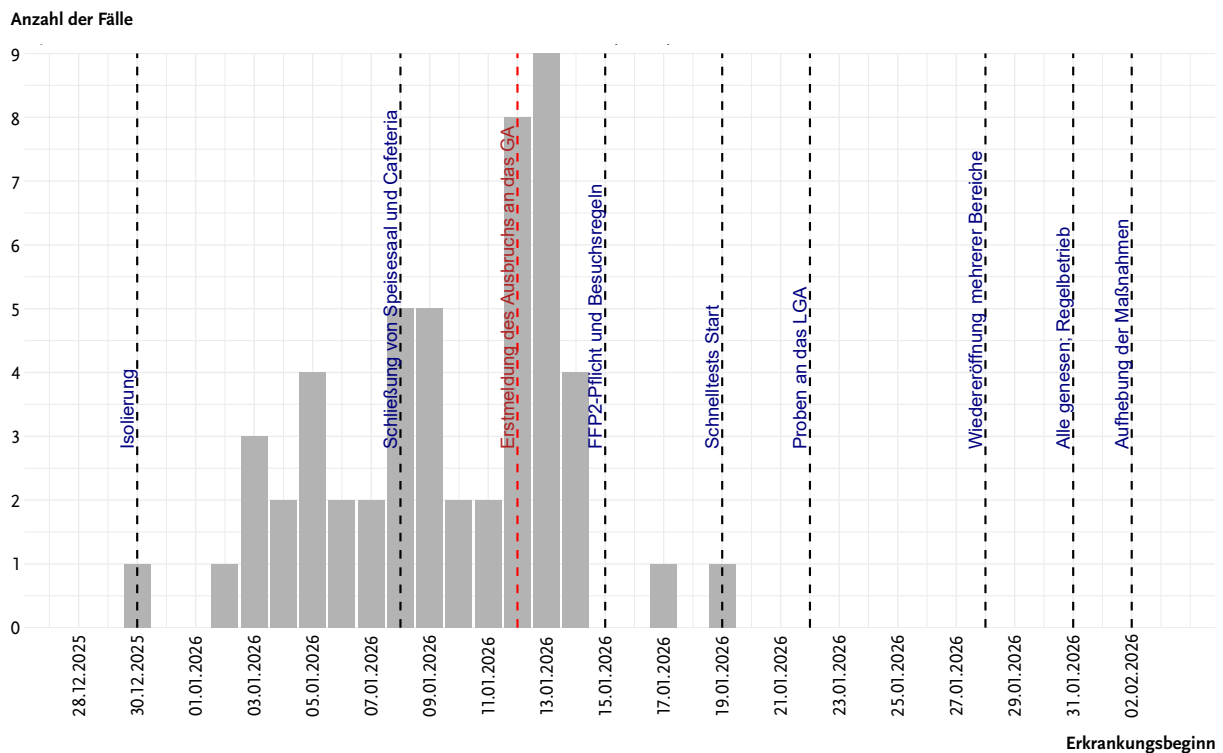


Abb. 2 | Epikurve des Influenza-Ausbruchs (2026); Anzahl der Influenza-Fälle nach Erkrankungsbeginn (graue Säulen) mit ausgewählten Interventionsmaßnahmen im Zeitverlauf; Influenza-Ausbruch in einer Pflegeeinrichtung 2026, Baden-Württemberg; N = 51 mit Angaben
GA: Gesundheitsamt, FFP: *filtering face piece*; LGA: Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Für die Mitarbeitenden bestand kein Impfangebot seitens des betriebsärztlichen Dienstes. Die vom Gesundheitsamt über die Pflegeeinrichtung angeregte PEP wurde durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgrund von Zurückhaltung sowie einer unklaren Kontaktpersonen-Situation nicht umgesetzt. Die einzigen zwei durchgeführten antiviralen Behandlungen erfolgten bei zwei stationär behandelten Bewohnenden.

Von den insgesamt 54 Fällen wurden 46 (85 %) klinisch-epidemiologisch erfasst, bei acht Fällen (15 %) konnte die Influenza-Infektion mittels Antigenschnelltest oder Nukleinsäurenachweis (POC-PCR) labordiagnostisch als Influenza A bestätigt werden. Eine Subtypisierung war aufgrund fehlenden Probenmaterials und des zum Zeitpunkt der Empfehlung bereits abgelaufenen Ausbruchsgeschehens nicht möglich. Der erste Nachweis von Influenza A bei einem erkrankten Bewohnenden erfolgte am 5.1.2026 durch das aufnehmende Klinikum. Ein erneutes Impfangebot erfolgte zwischen dem 15.1. und dem 19.1.2026, es wurde jedoch nur vereinzelt angenommen.

Diskussion

Der beschriebene Influenza-Ausbruch in einer stationären Pflegeeinrichtung verdeutlicht die besondere Vulnerabilität solcher Einrichtungen gegenüber respiratorischen Erregern sowie die Bedeutung eines frühzeitigen Ausbruchsmanagements. Trotz bereits eingeleiteter Maßnahmen durch die Einrichtung selbst breitete sich das Infektionsgeschehen über einen Zeitraum von etwa drei Wochen aus. Erst nach Einbindung des Gesundheitsamtes und Umsetzung zusätzlicher Interventionsmaßnahmen konnte die Transmission unterbrochen und der Ausbruch am 2.2.2026 für beendet erklärt werden. Auffällig war die verzögerte Information des Gesundheitsamtes. Dieses wurde erst 13 Tage nach dem ersten bestätigten Influenza-Fall gemäß § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) informiert. Zum Zeitpunkt der Erstmeldung waren bereits 32 Erkrankungsfälle unter den Bewohnenden sowie ein Todesfall unter dem Personal aufgetreten. Eine frühere Einbindung der Gesundheitsbehörden, beispielsweise bereits nach den ersten Fällen (Häufungen), hätte möglicherweise eine schnellere Umsetzung

koordinierter Maßnahmen, insbesondere im Bereich Diagnostik, Kohortierung (räumliche Trennung infizierter und nicht infizierter Personen) und antivirale Prophylaxe, ermöglicht. Die Epikurve sowie die kurze Inkubationszeit der Influenza deuten darauf hin, dass bei früherem Bekanntwerden des Ausbruchs und einer frühzeitigen flächendeckenden antiviralen PEP vermutlich ein relevanter Anteil der nachfolgenden Fälle hätte verhindert werden können.

Die Umsetzung klassischer infektionshygienischer Maßnahmen gestaltete sich im Kontext Pflegeeinrichtung teilweise schwierig. Die Isolation erkrankter Bewohnender sowie die Einschränkung der Bewegungsfreiheit mobiler Bewohnender konnten aufgrund kognitiver Einschränkungen (z. B. Demenz) nur teilweise umgesetzt werden. Solche strukturellen Herausforderungen sind aus Pflegeeinrichtungen bekannt und erschweren häufig die effektive Unterbrechung von Übertragungsketten respiratorischer Infektionskrankheiten. Darüber hinaus dürften niedrige Influenza-Impfquoten sowohl unter Bewohnenden als auch unter Beschäftigten zur Virusausbreitung beigetragen haben. Daten zur Influenza-Impfquote unter den 130 Beschäftigten lagen seitens der Einrichtung nicht vor. Obwohl im November 2025 ein Impfangebot für alle Bewohnenden organisiert wurde, nahmen lediglich etwa 40 % der Personen dieses Angebot wahr. Auch unter den erkrankten Beschäftigten war die Impfquote niedrig. Nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sollten insbesondere Personen mit engem Kontakt zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen (z. B. Bewohnende von Pflegeeinrichtungen), wie Pflegepersonal, eine Influenza-Impfung erhalten, um sowohl sich selbst als auch betreute Personen zu schützen.

Nahezu jeder fünfte Bewohnende der Einrichtung erkrankte im Verlauf des Ausbruchs. In einem Wohnbereich waren 43 % der Bewohnenden betroffen, was auf eine besonders intensive Transmission innerhalb einzelner Wohneinheiten hinweist. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass auch asymptomatische oder mild verlaufende Infektionen aufgetreten sind, die zur weiteren Viruszirkulation beigetragen haben könnten.

Ein weiterer möglicher Faktor für die Ausbreitung des Virus ist der sogenannte *Staff Presenteeism* (Präsentismus), also das Arbeiten von Beschäftigten trotz eigener, auch milder Krankheitssymptome. Gerade in Pflegeeinrichtungen kann dies aufgrund personeller Engpässe oder beruflicher Verpflichtungsgefühle auftreten und zur Transmission von Infektionserregern beitragen. Influenza-Infektionen bei Personal können somit eine wichtige Rolle bei der Eintragung und Weiterverbreitung von Influenza-Viren in Pflegeeinrichtungen spielen.

Die diagnostische Strategie spielte ebenfalls eine Rolle im Ausbruchsgeschehen. Zum Zeitpunkt des Ausbruchs standen in der Einrichtung keine Schnelltests zur Verfügung, was eine frühzeitige diagnostische Abklärung des Infektionsgeschehens zusätzlich erschwert haben könnte. Eine weiterführende Influenza-Diagnostik wurde erst auf Empfehlung des Gesundheitsamtes durchgeführt. Eine frühzeitige Identifikation des Erregers ist jedoch entscheidend, um geeignete Maßnahmen, einschließlich antiviraler Prophylaxe und Therapie, zeitnah einzuleiten. In Ausbruchssituationen kann zudem eine wiederholte Testung (*repeated testing*) von symptomatischen Personen sinnvoll sein, insbesondere wenn initiale Testergebnisse negativ ausfallen oder neue Erkrankungsfälle auftreten. Durch ein solches diagnostisches Monitoring können neue Infektionsketten frühzeitig erkannt und Maßnahmen entsprechend angepasst werden. Die Vorhaltung und frühzeitige Anwendung von Schnelltests können ein zeitnahes Erkennen von Infektionen ermöglichen und dazu beitragen, Ausbrüche frühzeitig zu kontrollieren bzw. deren Ausbreitung zu verhindern. Da der kontinuierlichen Bereitstellung solcher Tests häufig wirtschaftliche Aspekte entgegenstehen, erscheint eine frühzeitige Klärung der Kostenübernahme sinnvoll. Die betreuenden Hausärzte und -ärztinnen führten in diesem Ausbruch in der Regel keine Schnelltestungen sowie Erregerdiagnostik durch.

Der Influenza-Subtyp konnte im vorliegenden Ausbruch nicht bestimmt werden, da zum Zeitpunkt der entsprechenden Empfehlung des Gesundheitsamtes kein geeignetes Probenmaterial der Erkrankten mehr verfügbar war. Die Kenntnis des Subtyps hätte zusätzliche epidemiologische Informationen geliefert

und möglicherweise Rückschlüsse auf die Übertragungsdynamik sowie die Wirksamkeit der Impfung erlaubt. In der Influenza-Saison 2025/2026 wird die geschätzte Impfeffektivität gegen Influenza-A-bedingte Erkrankungen insgesamt auf etwa 44 % geschätzt. Gegen Influenza A(H3N2), einschließlich der neu zirkulierenden Variante der Subklade K, liegt sie bei etwa 52 %, während sie für Influenza A(H1N1)pdm09 auf etwa 30 % geschätzt wird.^{1,2} Auch bei einer höheren Impfquote wäre daher nicht zu erwarten gewesen, dass alle Erkrankungsfälle hätten verhindert werden können. Dennoch hätte eine höhere Impfquote gepaart mit einer sofortigen PEP bei Bewohnenden und Personal wahrscheinlich zu einer erheblichen Reduktion der Fallzahlen bzw. möglicherweise zu mildereren Krankheitsverläufen beigetragen.

Neben nicht-pharmazeutischen Maßnahmen stellt die antivirale Prophylaxe eine wichtige Ergänzung der Ausbruchskontrolle dar. Internationale Empfehlungen sehen bei Influenza-Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen eine prä- oder postexpositionelle prophylaktische Gabe von Neuraminidase-Hemmern für Bewohnende und Beschäftigte vor, unabhängig vom individuellen Impfstatus (s. auch *Epid Bull* 39/2013).³ Diese Maßnahme kann das Auftreten von Zweiterkrankungen signifikant reduzieren.^{4,5} Ye *et al.* berichteten in ihrer Veröffentlichung, dass jeder verzögerte Tag des Beginns der Oseltamivir-Prophylaxe mit 2,2 Tagen verlängerter Ausbruchsdauer assoziiert ist.⁶ Im vorliegenden Ausbruchsgeschehen konnte eine entsprechende Prophylaxe jedoch nicht umgesetzt werden. Gründe hierfür könnten organisatorische Herausforderungen, eine zurückhaltende Verschreibungspraxis der Hausärzte/-ärztinnen sowie Vorbehalte gegenüber möglichen Nebenwirkungen gewesen sein. Darüber hinaus stellte die bereits fortgeschrittene Ausbreitung des Ausbruchs zum Zeitpunkt der Meldung eine zusätzliche Herausforderung dar. Da das Gesundheitsamt erst informiert wurde, als bereits eine größere Zahl von Erkrankungsfällen aufgetreten war, gestalteten sich sowohl die Identifikation relevanter Kontaktpersonen als auch die zeitnahe Umsetzung einer PEP schwierig. Insbesondere bei größeren Ausbrüchen mit zahlreichen potenziell exponierten Bewohnenden und Beschäftigten kann die systematische Erfassung von Kontaktpersonen sowie die Organisation antiviraler

Prophylaxe logistisch anspruchsvoll sein. Auf die mangelnde Durchführung einer PEP bei Ausbrüchen in stationären Pflegeeinrichtungen wurde bereits in einer Veröffentlichung 2014 hingewiesen.⁷

Um die weitere Transmission zu unterbrechen, hatte die Einrichtung zusätzlich eine Maßnahme ergriffen, bei der Bewohnende über zwei Tage (am Wochenende) ihre Zimmer nicht verlassen sollten, um Kontakte zwischen den Wohnbereichen zu reduzieren. Ein solcher Eingriff stellt eine erhebliche Einschränkung des Alltags und der Autonomie der Bewohnenden dar und verdeutlicht die schwierige Abwägung zwischen Infektionsschutz und Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen. Hätte die Pflegeeinrichtung das Gesundheitsamt bereits bei Auftreten der ersten Erkrankungsfälle informiert, hätten Maßnahmen wie die frühzeitige Identifikation von Kontaktpersonen, die gezielte Einleitung einer antiviralen Prophylaxe sowie weitere Kontrollmaßnahmen vermutlich früher umgesetzt werden können. In diesem Fall wären derartig weitreichende Einschränkungen für die Bewohnenden möglicherweise nicht erforderlich gewesen.

Obwohl FFP2-Masken und Schutzausrüstung vom Personal angewendet wurden und laut Einrichtung bereits in der Vergangenheit wiederholte Unterweisungen zu den Themen Händehygiene sowie korrekte Anwendung persönlicher Schutzausrüstung (PSA) bzw. FFP2-Masken stattgefunden hatten, kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine unzureichende oder inkonsequente Umsetzung der Maßnahmen im Versorgungsalltag zur fortgesetzten Transmission beigetragen hat. Darüber hinaus befand sich die infektionshygienische Betreuung der Einrichtung zum Ausbruchzeitpunkt in einer Übergangssituation. In der betroffenen Einrichtung hatte zum Jahresende ein personeller Wechsel stattgefunden. Die zuvor zuständige Hygienebeauftragte hatte die Einrichtung verlassen, und eine neu eingesetzte Person befand sich noch in der Einarbeitungsphase. Dies könnte die frühzeitige Bewertung des Infektionsgeschehens sowie die strukturierte Umsetzung infektionshygienischer Maßnahmen zusätzlich erschwert haben.

Der Ausbruch unterstreicht insgesamt die Bedeutung einer frühzeitigen diagnostischen Abklärung

respiratorischer Ausbruchsgeschehen, einer engen Zusammenarbeit zwischen Pflegeeinrichtungen und Gesundheitsämtern, einer ausreichenden Ausstattung mit qualifizierten Hygienebeauftragten bzw. Hygienefachpersonal sowie der konsequenten Umsetzung der empfohlenen Interventionsmaßnahmen. Insbesondere eine hohe Influenza-Impfquote unter Bewohnenden und Personal, eine aktive Surveillance respiratorischer Erkrankungen bei Bewohnenden und Personal einschließlich einer raschen Erregerdiagnostik sowie die frühzeitige Einleitung antiviraler Prophylaxe können wesentlich dazu beitragen, die Ausbreitung von Influenza-Viren in Pflegeeinrichtungen schneller zu begrenzen.

Schlussfolgerungen für die Praxis

- ▶ **Frühe Meldung von Ausbruchsgeschehen:**
Sensibilisierung der Einrichtungen für die Meldepflicht: Respiratorische Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen sollten frühzeitig gemäß § 6 Abs. 3 IfSG an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet werden, um eine rasche epidemiologische Bewertung und Einleitung gezielter Maßnahmen zu ermöglichen.
- ▶ **Rasche Erregerdiagnostik:**
Pflegeeinrichtungen sollten Schnelltests vorhalten, um rasch testen zu können. Eine frühzeitige labordiagnostische Abklärung respiratorischer Infektionen bzw. Ausbruchsgeschehen ist entscheidend für ein zielgerichtetes Patientenmanagement bzw. eine effektive Ausbruchskontrolle. Bei initial negativen Testergebnissen kann eine wiederholte Testung symptomatischer Personen – entweder durch die Einrichtung selbst oder durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte – sinnvoll sein.
- ▶ **Hohe Influenza-Impfquoten in Pflegeeinrichtungen:**
Eine hohe Impfquote unter Bewohnenden und insbesondere unter Beschäftigten stellt eine zentrale Maßnahme zur Vermeidung von Infektionen sowie zur Reduktion der Transmission von Influenza-Viren in Pflegeeinrichtungen dar. Die Einrichtungen sollten nach Möglichkeit den Impfstatus von Bewohnenden und Personal in digitaler, schnell abrufbarer Form dokumentieren.

Zur Steigerung der Impfquote bei Beschäftigten können niedrigschwellige Impfangebote, Informationskampagnen, die Vorbildfunktion der Einrichtungsleitung sowie der Einsatz sogenannter *Vaccine Champions* beitragen. Bei Bewohnenden können beispielsweise Dauerrezepte eine zeitnahe und umfassende Impfung erleichtern.

► **Konsequente Umsetzung infektionshygienischer Maßnahmen:**

Maßnahmen wie Isolation Erkrankter, Kohortierung von Bewohnenden, aktive Surveillance von Kontaktpersonen sowie Einschränkungen von Gemeinschaftsaktivitäten sollten frühzeitig umgesetzt werden, wobei strukturelle Besonderheiten von Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden müssen.

► **Bedeutung von antiviraler Prophylaxe:**

Bei Influenza-Ausbrüchen in Pflegeeinrichtungen sollte die prä- oder postexpositionelle Gabe antiviraler Medikamente bei Bewohnenden und Personal – unabhängig vom Impfstatus – eingesetzt werden.^{7,8}

► **Vermeidung von *Staff Presenteeism*:**

Beschäftigte mit respiratorischen Symptomen sollten nicht im direkten Bewohnerkontakt eingesetzt werden oder – falls ein Einsatz unvermeidbar ist – nur unter geeigneten Schutzmaßnahmen (z. B. Tragen einer FFP2-Maske), da sie zur Eintragung und Weiterverbreitung von Influenza-Viren beitragen können.

Literatur

- 1 European Centre for Disease Prevention and Control: Threat Assessment Brief – Assessing the risk of influenza for the EU/EEA in the context of increasing circulation of A(H3N2) subclade K – 20 November 2025. ECDC: Stockholm; 2025.
- 2 De Clercq A, Blanquart F, Vieillefond V, Visseaux B, Jacques A *et al.*: Interim vaccine effectiveness against influenza virus among outpatients, France, October 2025 to January 2026. *Euro Surveill.* 2026;31(2):pii=2500992.
- 3 Maßnahmen zum Management von Ausbrüchen durch respiratorische Erreger in Pflegeeinrichtungen. *Epid Bull* 2013; 39: 395–397.
- 4 European Centre for Disease Prevention and Control: Public health guidance on seasonal influenza in long-term care facilities. Stockholm: ECDC
- 5 Rainwater-Lovett K *et al.*: Effect of oseltamivir prophylaxis in controlling influenza outbreaks in long-term care facilities: a systematic review. *Influenza Other Respir Viruses.* 2014;8(1):74-82. DOI: 10.1111/irv.12203.
- 6 Ye M, Jacobs A, Khan MN, Jaipaul J, Oda J, Johnson M, Doroshenko A.: Evaluation of the use of oseltamivir prophylaxis in the control of influenza outbreaks in long-term care facilities in Alberta, Canada: a retrospective provincial database analysis. *BMJ Open.* 2016 Jul 5;6(7):e011686. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011686.
- 7 Robert Koch-Institut: Erfahrungen mit dem Management von Influenzaausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen. *Epid Bull* 2014; 28: 239–243.
- 8 Checkliste für die Gesundheitsämter und/oder Pflegeeinrichtungen. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/I/Influenza/Checkliste_Respiratorischer_Ausbruch.pdf [Abrufdatum: 11.3.2026].

Autoren

^{a)} Dr. Aparna Dreßler | ^{a)} Dr. rer. nat. Christiane Wagner-Wiening | ^{b)} Dr. med. habil. Juliana J. Petersen | ^{b)} Dr. med. Britta Knorr

^{a)} Landesgesundheitsamt, Ministerium für Soziales, Arbeit und Gesundheit Baden-Württemberg

^{b)} Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis

Korrespondenz: aparna.dressler@sm.bwl.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Vorgeschlagene Zitierweise

Dreßler A, Wagner-Wiening C, Petersen J J, Knorr B: Herausforderungen im Ausbruchmanagement – am Beispiel eines großen Influenzaausbruchs in einer Pflegeeinrichtung

Epid Bull 2026;25:4-11 | DOI 10.25646/14246

Open access



[Creative Commons Namensnennung
4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)