



Ausbruchsmanagement

Ziel:

Warum ein Ausbruchsmanagement?

- Relevante Infektionsquellen so schnell wie möglich erkennen und zu beseitigen
- Weiterverbreitung vermeiden, Infektionsketten unterbrechen

Aufgabe des Teams

- Umfassende Analyse der Situation zur Maßnahmenoptimierung
- Die veranlassten Maßnahmen kritisch diskutieren und die Leitung in der Erfüllung seiner/ihrer Verantwortung zu unterstützen
- Umsetzung der Schutzmaßnahmen und die Organisation von Arbeitsabläufen der Situation entsprechend anzupassen
- Weitergehende Untersuchungen festlegen und koordinieren
- Probentransport korrekt durchführen (hoher Stellenwert)
- Klärung welche Untersuchungen durch das hauseigene Hygienepersonal durchgeführt werden kann und welche durch kooperierende Labore

Proaktive Phase (vorbereitende Phase)

- Auslöseereignis festlegen
- Klare Strukturierung der erforderlichen Abläufe (schriftlich festlegen)
- Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen schriftlich festlegen
 - Ausbruchsmanagement Team: z.B. Einrichtungs-/Pflegerleitung, Hygienekraft, Stationsleitung, Gesundheitsamt, Pressesprecher; weitere Personen wie Hausmeister, Hauswirtschaftskraft, Techniker etc.)
- Untersuchungskapazitäten schriftlich hinterlegen (Labore, Referenzzentren etc.) und Festlegung des Probeversandes
- Festlegung von Kommunikationswegen (wer informiert wen?), wer kommuniziert mit dem Gesundheitsamt und hält die Kommunikation aufrecht?



- Öffentlichkeitsarbeit festlegen (wer gibt welche Informationen weiter?)
Auch hier bietet sich an, vorab festzulegen, wer die Informationen nach außen trägt. Es macht Sinn eine Person aus dem Ausbruchsteam vorab die Informationen prüfen zu lassen (Leitung, Gesundheitsamt z.B.) bevor sie an die Presse rausgegeben werden.
- Die Mitarbeiter zum Ausbruchmanagement schulen/informieren

Reaktive Phase

10 Schritte:

1. Feststellen eines Auslöseereignisses

2. Beurteilung der Situation

-Information der Hygienekräfte, Einrichtungsleitung oder PDL

-Informationssammlung

wie Basisdaten wie Zeit, Ort, Namen der Betroffenen, Risikofaktoren, Erreger, Antibiogramm etc.

3. Einberufung des Ausbruchmanagement Teams

-Entscheidung über Bestätigung eines Ausbruchs durch kritische Sichtung und Analyse der Basisdaten und Risikoeinschätzung

-Meldung an das Gesundheitsamt

4. Ortsbegehung und Festlegung erster Maßnahmen

-Handlungsabläufe und die hygienische Situation werden beobachtet, bzw. hinterfragt

-kritische Beurteilung der gewonnenen Informationen und evtl. beobachteten Hygienemängel in Bezug auf die Erreger Spezies und der Art der Infektionen

5. Festlegung erster Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung von Erregern (Schadensbegrenzung)

-Information und Schulung des Personals über der gehäuft auftretenden Infektion und Händehygiene

-gezielte Desinfektionsmaßnahmen

-PSA

-ggf. Isolierung der betroffenen Patienten



-ggf. vorübergehende Schließung von Abteilungen oder Stationen nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt

-Kurzbericht verfassen über die sich darstellende Situation, eingeleitete Maßnahmen etc.

-Pressemitteilung ggf. herausgeben (nach Überprüfung der zuständigen Personen). Dies kann z.B. der Kurzbericht sein, in dem der Sachverhalt dargestellt wird und zwischen gesicherten und ungesicherten Informationen/Kenntnissen unterschieden wird.

Je nach Erregerart und Fallzahlen können einzelne Schritte entfallen

6. Ermittlung der Infektionsquelle (Ursachenfindung)

-sorgfältige, geplante Ortsbegehungen

-Handlungsabläufe überprüfen

-hygienisch-mikrobiologische Umgebungsuntersuchungen, Absprache mit dem Untersuchungslabor

-Fallsuche: sind weitere Bewohner betroffen, Screening ausdehnen

-weitere Untersuchungen nach Absprache mit dem Gesundheitsamt oder Landesstelle

7. Tägliche Überprüfung der Interventionsmaßnahmen auf Effektivität

-Ausbruchsentwicklung beobachten und Ergebnisse schriftlich festhalten

-Ortsbegehung und Befragung der Mitarbeiter

-Eingeleitete Maßnahmen den Entwicklungen evtl. anpassen

-Festlegen von Kriterien, ab wann der Ausbruch als beendet gilt

-schriftlich festlegen, ab wann die Station wieder geöffnet werden kann, bzw. der Aufnahmestopp beendet ist

8. Abschluss des Ausbruchsmanagements und Festlegung abgesicherter Maßnahmen

9. Evaluation durch das Ausbruchsteam

-wurde der Ausbruch rechtzeitig erkannt?

-wurden Kommunikationsketten eingehalten?

-hat das Ausbruchsmanagement Team in sich effektiv gewirkt oder sollte an den Entscheidungskompetenzen oder Zuständigkeiten etwas verändert werden?



-Waren die Interventionsmaßnahmen effektiv (im Sinne einer weiteren Verbreitung) oder sollte hier eine Modifizierung vorgenommen und Hygienepläne entsprechend angepasst werden?

10. Abschließende Dokumentation

- Konnte eine Infektionsquelle, evtl. Infektionskette ermittelt werden?
- Erkenntnisse schriftlich dokumentieren und Abschlussbericht verfassen
- Präventionsstrategien umsetzen

Quellen:

- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim RKI: Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen- Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2002 45:180-186
- Infektionsschutzgesetz (IfSG)-Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (2001)
- RKI:“Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen“, Bundesgesundheitsbl (2013) 56:580-583
- MRE Netzwerk Thüringen-Checkliste Ausbruchmanagement (Februar 2019)



Anhang:

Beispiele für Ereignisse, die einen Hinweis auf ein nosokomiales epidemisches Geschehen geben und ein Auslöseereignis darstellen können

- I) Infektionen, die bereits bei vereinzelterem Auftreten Anlass für eine hygienische Analyse darstellen können

Während eines Krankenhausaufenthaltes auftretende:

11. Legionelleose,

12. Aspergillus spp.- bedingte Organmykose,

13. Pertussis

14. Infektion mit Streptococcus pyogenes (Gruppe A),

15. Konjunktivitis epidemica,

16. Scabies.

- II) Infektionen, bei denen bei einem Auftreten bei zwei oder mehr Patienten ein epidemischer Zusammenhang gegeben sein kann

Infektionen mit Erregern mit speziellen Resistenzen (bei identischem Resistenzmuster)

- Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA),
- Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE),
- S.pneumoniae,
- E.coli,
- Klebsiella spp.
- Enterobacter cloacae,
- Citrobacter spp.,
- Serratia marcescens,
- Pseudomonas maltophilia,
- Burkholderia cepacia,



- *Acinetobacter baumannii*,
- *Candida* spp. (invasive Candidainfektion).

Infektionen mit ungewöhnlichem Erreger

Sepsis mit einheitlichem Erreger (Einheitlichkeit auf Speziesebene und gegebenenfalls im Resistenzmuster)

Infektionen durch blutübertragene Erreger (z.B. HBV, HCV. Aufgrund der langen Inkubationszeit auch bei Auftreten nach Entlassung, wenn ein Zusammenhang der Fälle aufgrund eines vorausgegangenen Aufenthaltes in der gleichen Einrichtung anzunehmen ist)

Erreger der Gastroenteritis (z.B. *Clostridium difficile*, Rotaviren)