

Niels-Stensen-Kliniken



Kongress Pflege
Berlin

 Springer Medizin

Krisen-/Ausbruchsmanagement und Infektionsschutzgesetz

22-23.01.2016

IFSG § 6 Absatz 3

- **Meldepflichtige Krankheiten (Arztmeldepflicht)**
 - **Dem Gesundheitsamt ist unverzüglich das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, als Ausbruch nichtnamentlich zu melden.**

IFSG § 7

- **Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern (Labormeldepflicht)**
 - **36. Norwalk-ähnliches Virus; Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Stuhl**

- Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen
 - Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut
 - Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2002 · 45:180–186 © Springer-Verlag 2002

Krisen sind Grundsätzlich dazu da sie zu bewältigen

1. Keine Hysterie
2. Keine unüberlegten Kurzschlüsse
3. Keine unüberlegten Aussagen
4. Keine Schuldzuweisung

MERS

- Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV]
- Prophylaktische Isolierung bei unklarem Lungenversagen
04.03.2015
- Anruf Labor 06.03.15 Freitag
Mittag 14:28h
 - Nachweis von MERS bei einem Patienten
- 15:44 h Mitarbeiterliste liegt vor

- 09-10-11.03. 75% der Mitarbeiter untersucht und Tagebücher ausgegeben
- Insgesamt 167 Personen untersucht
- 8 MA klinische Symptome
 - vom Dienst freigestellt
- Keine MA pos. Nachweis

Aktennotiz zu drei Patienten mit CDT Ribotyp O27 - Nachweis auf der Station M4 MHO im November 2014

- vom 25.10. – 8.12.14 Behandlung im MHO; Exitus letalis bei schwerer Pneumonie
- CDT Erstnachweis: 19.11.14
- Aufenthalt auf Station M4: 29.10. – 8.12.14; Zimmer 415; während dieser Zeit hat der Patient nicht mit den anderen beiden Patienten zusammengelegen

- vom 12.11. – 27.11.14 Behandlung im MHO; Exitus letalis bei malignen Herzrythmusstörungen bei Hyperkalzämie
- CDT Erstnachweis: 21.11.14
- Aufenthalt auf Station M4: 12.11. – 27.11.14; Zimmer 412; während dieser Zeit hat die Patientin nicht mit den anderen beiden Patienten zusammengelegen

- vom 27.10. – 24.11.14
Behandlung im MHO; infiziertes
Ulcus li. Vorfuß
- CDT Erstnachweis: 15.11.14
- Aufenthalt auf Station M4: 27.10.
– 24.11.14; Zimmer 412;
während dieser Zeit hat die
Patientin nicht mit den anderen
beiden Patienten
zusammengelegen

- Die drei genannten Patienten waren nicht isoliert, hatten aber eine eigene Toilette/Nachtstuhl. Bei Patientenkontakt wurden Handschuhe und Schutzkittel getragen. Patienten die mit den drei genannten Patienten zusammen gelegen haben hatten keine CDI

- Andere Zusammenhänge für eine Übertragung bei den Patienten konnten nicht gefunden werden.
- Es gibt zwar einen zeitlichen und örtlichen Zusammenhang, Hinweise auf Kreuzkontaminationen konnten nicht gefunden werden

- Deshalb wird nicht von einem Ausbruchsgeschehen ausgegangen. Im MHO und auch auf der Station M4 gibt es keine Steigerung der CDI-Fallzahlen. Derzeit befindet sich kein Patient mit CDT-Nachweis auf der Station M4.

Ausbruchsmanagement

- Das gehäufte Auftreten nosokomialer Infektionen kann bei einer statistisch signifikanten Erhöhung von Infektionsraten innerhalb der Surveillance festgestellt werden.
- Zum anderen kann der Verdacht vom medizinischen Mikrobiologen oder durch Hinweise des Stationspersonals, z.B. bei Auftreten von zwei oder mehr gleichartigen Erkrankungen, geäußert werden.

Aufgabe des Ausbruchmanagement-Teams

- eine umfassende Analyse der Ausbruchssituation zu erstellen.
- Notwendige Maßnahmen festlegen und ggf. optimieren
- Veranlassende Maßnahmen kritisch diskutieren
- Der ärztliche Leiter ist in der Erfüllung seiner Verantwortung zu unterstützen.
- Weitergehende Untersuchungen werden festgelegt und koordiniert.

Die proaktive Phase des Ausbruchsmanagement:

1. Festlegen von Auslöseereignissen:

Infektionserkrankungen die bereits bei vereinzeltm Auftreten Anlass für eine Hygienische Analyse darstellen können:

- Legionellose
- Aspergillose
- Pertussis
- Konjunktivitis epidemica
- Scabies
- TBC
- Neisseria meningitidis

3. Wenn zwei oder mehr Patienten in einem örtlichem und zeitlichen Zusammenhang erkranken:

- MRSA/VRE/MRGN/Acinetobacter baumannii/Stenotrophomonas maltophilia/
- Erreger der Gastroenteritis (Noroviren, Rotaviren, Salmonellen, Clostridium difficile etc.)
- Sepsis/Infektionen mit einheitlichem Erreger (auf Speziesebene und ggf. im Resistogramm)
- Influenza
- Varizellen

2. Das Ausbruchsmangement-Team:

- der Krankenhaushygieniker
- der/die hygienebeauftragte Arzt/Ärztin der betroffenen Abteilung
- die Hygienefachkräfte
- die Krankenhausdirektion
- der Ärztlicher Direktor
- die Pflegedienstleitung

in Abhängigkeit des Ausbruchs ggf.:

- Stationsleitung der betroffenen Station
- die hygienebeauftragte Pflegekraft der betroffenen Station
- Leiter der Stabsstelle Unternehmenskommunikation
- Vertreter des Gesundheitsamtes Osnabrück

3. Aufgabenverteilung im Ausbruchmanagement-Team:

Krankenhaushygieniker:

- Vorortbegehung/ggf. Umgebungsuntersuchungen
- Ursachenforschung
- Einberufen des Ausbruchmanagement-Teams
- Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden
- Information an die Klinikleitung
- Zusammenführung aller Schnittstellen in der Einrichtung

- **hygienebeauftragter Arzt/Ärztin:**
 - Patientenanamnese erstellen
 - Schnittstelle bezüglich des Patienten sein
 - Information der Patienten und deren Angehörige

Hygienefachkraft:

- Ermittlung der betroffenen Fälle
- Vorortbegehung/ggf. Umgebungsuntersuchungen
- Hygieneschulungen durchführen
- Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt
- Dokumentation des Ausbruchsgeschehen und der eingeleiteten Maßnahmen
- ggf. Präventionsmaßnahmen anpassen (PSA, Desinfektionsmittel etc.)
- im Vorfeld Erstellen von Handlungsabläufen; entwickeln von Standards, Hygienekataloge, Arbeitsanweisungen
- Labor über erhöhtes Probenaufkommen informieren, Lagerung und Versand bei speziellen Proben klären

•Krankenhausdirektor:

- Verantwortlich für die Vorgehensweise beim Ausbruch
- ggf. kurzfristige Bewilligung von Geldressourcen zur Aufstockung eines erhöhten Personalbedarfs, medizinischer Sachgüter etc.
- Information der Mitarbeiter
- Information der Presse

• **ärztliche Direktor:**

- **Sorgt für eine medizinisch sachliche Information und Diskussion**

Pflegedirektion

- Koordination im Pflegedienst und Unterstützung der Teamleitung
- Organisation der Bereichspflege
- Personaldisposition zur Sicherstellung der erforderlichen pflegerischen Versorgung von Patienten
- Beschaffung zusätzlicher benötigter Materialien
- Schnittstelleninformation Station-Funktionsbereich
- Information an beteiligte Mitarbeiter wie Physiotherapie, Reinigungsdienst, Patiententransport, grüne Damen etc.

Hygienebeauftragte in der Pflege und Stationsleitung:

- Schnittstelle: Pflege<-> Ausbruchsmanagement-Team
- umsetzen der angepassten Präventionsmaßnahmen

4. Sicherstellen der Untersuchungskapazität:

- Untersuchungsmaterialien zeitnah ins ortsansässige Labor versenden
- mit dem Labor über ein höheres Aufkommen an Probenmaterial sprechen
- Lagerung und Versand besonderer Proben mit dem Labor absprechen

Planung der Öffentlichkeitsarbeit:

- Es wird nur mit einer Stimme gesprochen, um fehlerhafte oder sich widersprechende Informationen zu vermeiden.
- Nur eine Person ist für die Kommunikation mit den Medien zuständig. -> Krankenhausdirektor oder der Leiter der Stabsstelle Unternehmenskommunikation

Reaktive Phase 10 Punkte

1. Feststellen eines Auslöseereignisses
2. Beurteilung der aktuellen Situation
3. Einberufung des Ausbruchsmanagement-Teams und Fallermittlung. Ggf. Meldung (§ 6IfSG Abs.3)
4. Erste Begehung der betroffenen Abteilung und festlegen des akuten Handlungsbedarfs vor Ort
5. Festlegen von ersten Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung von Erregern (Schadensbegrenzung)

6. Ermittlung der Infektionsquelle
Ursachenfindung
7. Bewertung aller erhobenen Befunde
und Festlegung gezielter (ursächlicher)
Interventionsmaßnahmen
8. Abschluss des
Ausbruchsmanagements und
Festlegung absichernder Maßnahmen
9. Abschließende Evaluierung,
Defizitanalyse und Festlegung von
zukünftigen Präventionsstrategien
10. Abschließende Dokumentation