|  |  |
| --- | --- |
| Anlage Ausbruchsmanagement nosokomialer Infektionen | O2R8 |
| Datum Umsetzung |  |
| Unternehmensbezeichnung |  |
| Betriebsleitung, Pflegedienstleitung (PDL), oder Heimleitung (HL) / Stationsleitung (SL) wurde informiert. Datum |  |
| **1 Erkennen von Ausbrüchen** (Feststellen des Auslöseereignisses) |
| 1.1 | Anzahl der im Beurteilungszeitraum zu betreuenden Patienten(Gesamtzahl geschlossene Bereiche, Stationen) |  |
| 1.2 | Anzahl der Patienten mit Infektionserkrankungen, nosokmialer Infektionen(Anzahl der Personen) |  |
| 1.3 | Vorliegen einer Einzelerkrankung (nosokomiale Infektion)(Antwort JA, oder NEIN) angeben |  |
| **1.3.1 Liegt eine, oder mehrere u.g. Erkrankung(en) vor:** |
| Legionellose  | JA | NEIN |
| Aspergillose | JA | NEIN |
| Pertussis | JA | NEIN |
| Streptococcus pyogenes Gruppe A | JA | NEIN |
| Konjunctivitis epidemica | JA | NEIN |
| Scabies | JA | NEIN |
| **1.3.2 Liegt eine, oder mehrere u.g. Erkrankung(en) vor:** |
| Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) | JA | NEIN |
| Multiresistente gramnegative Bakterien (MRGN) | JA | NEIN |
| Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE)  | JA | NEIN |
| S. pneumoniae | JA | NEIN |
| E. coli | JA | NEIN |
| Klebsiella spp. | JA | NEIN |
| Enterobacter cloacae | JA | NEIN |
| Citrobacter spp. | JA | NEIN |
| Serratia marcescens | JA | NEIN |
| Pseudomonas aeruginosa | JA | NEIN |
| Stenotrophomonas maltophilia | JA | NEIN |
| Burkholderia cepacia | JA | NEIN |
| Acinetobacter baumannii | JA | NEIN |
| Candida spp. (invasive Candidainfektion) | JA | NEIN |
| **1.3.3 Liegt eine, oder mehrere durch Blut übertragbare, oder ungewöhnliche Erkrankung(en) mit einheitlichem Resistenzmuster , oder Speciesmuster vor:** |
| Ungewöhnliche, Unbekannte Erkrankung bei 1 Person | JA | NEIN |
| Ungewöhnliche, Unbekannte Erkrankung bei > 1 Person | JA | NEIN |
| Hepatitisviren (HBV, HCV) | JA | NEIN |
| HIV, AIDS | JA | NEIN |
| Erreger mit Gastroenteritis (Clostridium difficile, Rotaviren) | JA | NEIN |

|  |
| --- |
| **1.3.4 Auswertung der Erhebung** |
| Festgestellte Erkrankung zu 1.3 | JA | NEIN |
| Festgestellte Erkrankung zu 1.3.1 | JA | NEIN |
| Festgestellte Erkrankung zu 1.3.2 | JA | NEIN |
| Festgestellte Erkrankung zu 1.3.3 | JA | NEIN |

|  |
| --- |
| **Weiter mit Maßnahmen zur Umsetzung** **gemäß Infektionsschutzgesetz****Nächste Seite** |

|  |
| --- |
| **Maßnahmen zur Umsetzung gemäß Infektionsschutzgesetz** |
| Bei Auswertung **JA** zu ergreifende Maßnahmen | Auswertung **NEIN** |
| **Maßnahmen zu 1.3*** Mitteilung an behandelten Arzt, Heimleitung und PDL
* Unterweisung Pflegepersonal und Reinigungskräfte (Anlage 1)
* Unterweisung Angehörige, Besucher (Anlage 2

und Anlage 3)* Kennzeichnung Patientenzimmer / Wohnung mit Desinfektionsmaßnahmen
* Prüfung Meldepflichtige Erkrankung nach § 6 IfSG
 | Keine Maßnahmen erforderlich |
| **Maßnahmen zu 1.3.1** "Bereits bei Auftreten der Infektionen ist Anlass gegeben um eine Hygienische Analyse darzustellen." * Information an HL, PDL und Hygienefachkraft /- beauftragte(r)
* Hygienische Analyse durchführen (Anlage 5)
* Unterweisung Pflegepersonal und Reinigungskräfte (Anlage 1)
* Unterweisung Angehörige, Besucher (Anlage 2 und Anlage 3)
* Einberufen des Ausbruchmanagement-Teams durch HL (Arzt, HL, PDL, Hygienefachkraft / -beauftragte(r))
* Umsetzen der Schutzmaßnahmen gemäß Ausbruchmanagement-Team, bzw. weitere Maßnahmen gemäß ärztliche Anordnung und Protokoll (Anlage 4)
 |
| **Maßnahmen zu 1.3.2**"Bei Auftreten der Erkrankung von 2 oder mehr Patienten mit möglichem epidemischen Zusammenhang ist Anlass gegeben um eine hygienische Analyse darzustellen."* Information an HL, PDL und Hygienefachkraft /- beauftragte(r)
* Hygieneische Analyse durchführen (Anlage 5)
* Unterweisung Pflegepersonal und Reinigungskräfte (Anlage 1)
* Unterweisung Angehörige, Besucher (Anlage 2 und Anlage 3)
* Einberufen des Ausbruchmanagement-Teams durch HL (Arzt, HL, PDL, Hygienefachkraft / -beauftragte(r))
* Umsetzen der Schutzmaßnahmen gemäß Ausbruchmanagement-Team, bzw. weitere Maßnahmen gemäß ärztliche Anordnung und Protokoll (Anlage 4)
 |
| **Maßnahmen zu 1.3.3**"Bei Auftreten der Erkrankung von 2 oder mehr Patienten mit möglichem epidemischen Zusammenhang ist Anlass gegeben um eine hygienische Analyse darzustellen." * Information an HL, PDL und Hygienefachkraft /- beauftragte(r)
* Hygieneische Analyse durchführen (Anlage 5)
* Unterweisung Pflegepersonal und Reinigungskräfte (Anlage 1)
* Unterweisung Angehörige, Besucher (Anlage 2 und Anlage 3)
* Einberufen des Ausbruchmanagement-Teams durch HL (Arzt, HL, PDL, Hygienefachkraft / -beauftragte(r))
* Umsetzen der Schutzmaßnahmen gemäß Ausbruchmanagement-Team, bzw. weitere Maßnahmen gemäß ärztliche Anordnung und Protokoll (Anlage 4)
 |

|  |
| --- |
| **Bei Maßnahmen, weiter mit Situationsbeurteilung, weitere Maßnahmen** |

|  |
| --- |
| **Situationsbeurteilung, weitere Maßnahmen** |

Bei Maßnahmen zu 1.3.1 bis 1.3.3 Auswertung der vorhanden Erkenntnisse (Patientenbefunde, Ärztliche Entscheidungen und Empfehlungen, Hygieneanalysen, Laborergebnisse) und Entscheidung über Einberufung eines Ausbruchmanagement-Teams durch Heimleitung, PDL.

|  |
| --- |
| **Getroffene Maßnahmen** |
|  | Auswertung Patientenbefunde |
|  | Ärztliche Entscheidung |
|  | Auswertung Hygieneanalyse |
|  | Auswertung Laborergebnisse |
|  | Einberufung Ausbruchsmanagement-Team |
|  | Maßnahmen gemäß 1.3 bis 1.3.3 |
|  | Patientendokumentation umgesetzt |
|  | Einberufung Ausbruchsmanagement-Team veranlassen |
|  | Sonstige:  |
|  |
| Unterzeichnungsfeld Pflegedienstleistung (PDL) |
| Datum | Name, Vorname | Unterschrift |

**Kenntnisnahme Leitungs- und Führungspersonal**

|  |
| --- |
| Unterzeichnungsfeld Stationsleitung (SL); Heimleitung (HL) |
| Datum | Name, Vorname | Unterschrift |

|  |
| --- |
| **Einberufung eines Ausbruchsmanagement-Team** |

Das Ausbruchsmanagement-Team besteht aus folgenden Teilnehmern die durch die Heimleitung / PDL einzuberufen sind:

|  |
| --- |
| **Ärztin / Arzt** |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Erreichbarkeit |  |
| **Heimleitung / Stationsleitung, oder Vertretung** |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Erreichbarkeit |  |
| **Pflegedienstleitung, oder Vertretung** |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Erreichbarkeit |  |
| **Hygienefachkraft** |
| Name | **IMS** **Services** Hygiene |
| Vorname |  |
| Erreichbarkeit | (01 60) 979 36 815 |
| **Sonstige / Gesundheitsamt** |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Erreichbarkeit |  |
| **Terminvereinbarung** |
| Datum, Uhrzeit |  |
| Ort |  |

Die Besprechungen und Maßnahmen des Ausbruchsmanagement-Team sind zu protokollieren. Die Anwesenheit der Mitglieder ist schriftlich mit Unterschrift zu bestätigen. (Siehe Anlage 4)"Zur ersten Besprechung sind alle gesammelten Daten (Befunde, Erkenntnisse, Krankenakten) dem Ausbruchsmanagement-Team vorzulegen."

|  |
| --- |
| **Ortsbegehung, Festlegung des akuten Handlungsbedarfes durch AM-Team** |

Aufgrund der vorliegenden Daten und Erkenntnisse wird das Ausbruchsmanagement-Team eine Gefährdungsbeurteilung durchführen und feststellen in wie weit tatsächlich ein Ausbruch vorliegt und welcher akuter Handlungsbedarf besteht.

(Gefährdungsbeurteilung siehe Anlage 4)

|  |  |
| --- | --- |
| Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung gemäß Protokoll vom: |  |

Die Gefährdungsbeurteilung und Maßnahmen ist Anlage der Dokumentation.

|  |
| --- |
| **Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung** |
|  | Verdacht einer Infektion liegt nicht vor |
|  | Verdacht einer Infektion liegt vor |
|  | Infektion liegt vor |

|  |
| --- |
| Unterzeichnungsfeld Pflegedienstleistung (PDL) |
| Datum | Name, Vorname | Unterschrift |

**Kenntnisnahme Leitungs- und Führungspersonal**

|  |
| --- |
| Unterzeichnungsfeld Stationsleitung (SL); Heimleitung (HL) |
| Datum | Name, Vorname | Unterschrift |

|  |
| --- |
| **Festlegung Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung** |

Grundlage der Maßnahmen ist die Gefährdungsbeurteilung des AM-Team und Maßnahmen der Gesundheitsbehörde, sofern diese Vorgaben erteilt. (Anlage 4)

|  |
| --- |
| Getroffene Maßnahmen und Umsetzungsvermerk: |
|  | Information an Beschäftigte, Pflegepersonal und Reinigungskräfte |
|  | Kennzeichnung Patientenzimmer / Wohnung mit Hygienemaßnahmen |
|  | Unterweisung Hygienemaßnahmen Pflegepersonal |
|  | Desinfektionsmaßnahmen gemäß Gefährdungsanalyse AM-Team |
|  | Isolierungsmaßnahmen Patient |
|  | Schließung der Wohnung, Abteilung gemäß Gesundheitsamt |
|  | Erstellung Hygieneanalyse |
|  | Umgebungs- bzw. medizinisch-mikrobiologische Untersuchung |
|  | Ärztliche Anordnungen |
|  | Sonstige Maßnahmen: |
|  |

Nachweis der erfolgten Unterweisungen Personal und Informationen an Besucher sind als Anlage beizulegen.

|  |
| --- |
| Unterzeichnungsfeld Pflegedienstleistung (PDL) |
| Datum | Name, Vorname | Unterschrift |

**Kenntnisnahme Leitungs- und Führungspersonal**

|  |
| --- |
| Unterzeichnungsfeld Stationsleitung (SL); Heimleitung (HL) |
| Datum | Name, Vorname | Unterschrift |

|  |
| --- |
| **Bewertung der erhobenen Befunde und Festlegung gezielter Interventionsmaßnahmen** |

Nach Umsetzung der Maßnahmen Schritt sind durch das AM-Team die geforderten Maßnahmen zu überprüfen und Maßnahmen ggf. anzupassen.

Dazu sind alle erhobenen Befunde und Erkenntnisse zu berücksichtigen.

|  |
| --- |
| **Zweite Terminvereinbarung AM-Team** |
| Datum, Uhrzeit |  |
| Ort |  |

Die Besprechungen und Maßnahmen des Ausbruchsmanagement-Team sind zu protokollieren. Die Anwesenheit der Mitglieder ist schriftlich mit Unterschrift zu bestätigen. (Siehe Anlage 4) Zur ersten Besprechung sind alle gesammelten Daten (Befunde, Erkenntnisse, Krankenakten) dem Ausbruchsmanagement-Team vorzulegen.

|  |
| --- |
| **Prüfung getroffene Maßnahmen** |
|  | Information an Beschäftigte, Pflegepersonal und Reinigungskräfte |
|  | Information an Angehörige und Besucher |
|  | Kennzeichnung Patientenzimmer / Wohnung mit Hygienemaßnahmen |
|  | Unterweisung Hygienemaßnahmen Pflegepersonal |
|  | Desinfektionsmaßnahmen gemäß Gefährdungsanalyse AM-Team |
|  | Isolierungsmaßnahmen Patient |
|  | Schließung der Wohnung, Abteilung gemäß Gesundheitsamt |
|  | Erstellung Hygieneanalyse |
|  | Umgebungs- bzw. medizinisch-mikrobiologische Untersuchung |
|  | Ärztliche Anordnungen |
|  | Sonstige Maßnahmen: |
|  |
| Unterzeichnungsfeld Pflegedienstleistung (PDL) |
| Datum | Name, Vorname | Unterschrift |

**Kenntnisnahme Leitungs- und Führungspersonal**

|  |
| --- |
| Unterzeichnungsfeld Stationsleitung (SL); Heimleitung (HL) |
| Datum | Name, Vorname | Unterschrift |
| **Abschluss Ausbruchmanagement, Festlegen absichernder Maßnahmen** |

Nach Abschluss der Maßnahmen sind die Kriterien für die Feststellung des Endes der

Gefährdungssituation festzulegen, bzw. die Maßnahmen zur Gefährdungsabwehr erfüllt. Diese Maßnahmen sind ggf. mit dem zuständigen Gesundheitsamt abzustimmen.

Pflegetätigkeiten dürfen nur unter Beachtung der gemäß Anlage 4 getroffenen Schutzmaßnahmen ausgeführt werden. Diese Maßnahmen sind durch eine strenge Überwachung umzusetzen.

Kriterien zur Feststellung des Endes der Gefährdungssituation sind:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriterien** | **Vorgabe** | **Erfüllt** |
| Erkrankung ausgeheilt (Bestätigung Arzt) |  |  |
| Desinfektionsarbeiten abgeschlossen |  |  |
| Infektionsquelle nicht mehr vorhanden |  |  |
| Umgebungs-medizinisch-mikrobiologische Untersuchung |  |  |
| Keine weiteren Maßnahmen möglich |  |  |

Das Ende der Feststellung ist den Beschäftigten mitzuteilen.

|  |
| --- |
| **Abschließende Evaluierung** |

Nach Beendigung des Ausbruchs soll das Ergebnis rückblickend auf das Ausbruchsmanagement analysiert werden. Ergebnisse sollen zur Verbesserung des Ausbruchsmanagement verwendet werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| War eine rechtzeitige Erkennung des Ausbruchs gewährleistet? | JA | NEIN |
| Haben das Ausbruchmanagement-Team und die Kommunikationsketten effizient gearbeitet? | JA | NEIN |
| Waren die eingeleiteten Sofortmaßnahmen und die gezielten Maßnahmen richtig und notwendig? | JA | NEIN |
| Sind trotz der eingeleiteten Maßnahmen weitere Erkrankungen aufgetreten? | JA | NEIN |
| War eine effiziente Ursachenklärung durch hygienische, mikro-biologische und epidemiologische Untersuchungen gewährleistet? | JA | NEIN |
| Bleiben Fragen z. B. zu Infektionsquellen, Infektionsketten oder zu den Krankheitserregern bestehen? | JA | NEIN |
| War die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt gegeben?(Information, Unterstützung, Unterlagen) | JA | NEIN |
| Freie Beschreibung: |
| Nach Abschluss aller Maßnahmen ist die Infektionsstatistik zu führen. |
| Anlagen zum Ausbruchsmanagement |

|  |  |
| --- | --- |
| Anlage 1 | Unterweisungsblatt Hygienemaßnahmen an Pflegekräfte und Reinigungskräfte, Personal |
| Anlage 2 | Information Hygienemaßnahmen für Angehörige und Besucher |
| Anlage 3 | Hygieneaushang Patientenzimmer |
| Anlage 4 | Protokoll Ausbruchmanagement-Team |
| Anlage 5 | Hygienische Analyseformular |