

## Checkliste Ausbruchmanagement

Diese Checkliste soll im Falle einer nosokomialen Häufung in medizinisch-pflegerisch tätigen Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken, Einrichtungen für ambulantes Operieren oder Pflegeheime) Empfehlungen zum Ausbruchmanagement geben. Je nach Erreger, Fallzahlen, betroffener Station, etc. können einzelne Schritte entfallen oder weitere Maßnahmen notwendig werden. Im Zweifelsfall oder bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte immer an das zuständige Gesundheitsamt.

### 1. Proaktive (vorbereitende) Phase

Die Schritte der proaktiven Phase müssen vorab geplant und erledigt werden (z. B. durch den Hygieniker oder die Hygienekommission in Abstimmung mit dem ärztlichen Leiter), um im Falle eines Ausbruchs schnell und systematisch handeln zu können. Die entsprechende Vorgehensweise sollte im Hygieneplan festgelegt und allen Mitarbeitern zugänglich gemacht werden.

Schritt	erledigt?
Festlegung von Auslöseereignissen*	
Festlegung von Zuständigkeiten (Mitglieder u. Leiter des Ausbruchteams, beteiligte Institutionen)	
Festlegung von Kommunikationswegen (Wer informiert wen?)	
Vorbereitung auf mögliche Laboruntersuchungen (z. B. Adressen und Ansprechpartner von Laboren, Referenzzentren, etc.), Festlegung des Ablaufs bei Probenversand	
Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt und anderen zu beteiligenden Stellen (z. B. Landesstelle)	
Festlegung der Öffentlichkeitsarbeit (Pressesprecher, Kommunikation mit den Medien)	

\* Beispiele siehe Anhang

### 2. Reaktive Phase

#### 2.1 Erkennung eines Auslöseereignisses

Schritt	erledigt?
Erkennung eines potenziellen Auslöseereignisses, z. B. durch Stationspersonal, medizinische Mikrobiologie (Labor)	
Information der für die Hygiene zuständigen Mitarbeiter (z. B. Hygienefachkraft, hygienebeauftragter Arzt)	
Information weiterer benannter Personen (z. B. Krankenhaushygieniker)	
Festhalten aller bisher verfügbaren, potenziell wichtigen Informationen (= Basisdaten, z. B. Zeit, Ort, Namen der Patienten, Risikofaktoren, Erreger, Antibiogramm)	

## 2.2 Beurteilung der aktuellen Situation

Schritt	erledigt?
Feststellung eines Auslöseereignisses aufgrund der gesammelten Basisdaten durch den für die Hygiene Zuständigen in Abstimmung mit dem Ärztlichen Leiter der Einrichtung	
Entscheidung über die Einberufung des Ausbruchteams	

## 2.3 Fallermittlung, Risikoeinschätzung und Meldung

Schritt	erledigt?
Einberufung des Ausbruchteams	
kritische Sichtung und Analyse der Basisdaten, eventuell Ergänzung fehlender Informationen	
Bestätigung des Ausbruchs	
genaue Betrachtung des Erregers (aus den Eigenschaften können mögliche Infektionsquellen und Übertragungswege abgeleitet werden), Risikoeinschätzung	
Information des Gesundheitsamtes gemäß Infektionsschutzgesetz (§ 6 Absatz 3)	

## 2.4 Ortsbegehung und Festlegung erster Maßnahmen

Schritt	erledigt?
erste krankenhaushygienische Ortsbegehung mit Beobachtung der hygienischen Situation und Darstellung der Handlungsabläufe	
Soll-Ist-Analyse (Werden die festgelegten Hygiene-Richtlinien eingehalten?)	
kritische Auswertung der gesammelten Informationen und der eventuell festgestellten Hygienemängel unter Berücksichtigung der Art der Infektionen und der Erreger-Charakteristik	

## 2.5 Allgemeine Interventionsmaßnahmen und Schadensbegrenzung

Schritt	erledigt?
Festlegung von Sofortmaßnahmen, wie	
– Information und Schulung des Personals, insbesondere Händehygiene	
– Behebung festgestellter Hygienemängel	
– gezielte Desinfektionsmaßnahmen	
– ggf. Isolierung betroffener Patienten	
– Verwendung patientenbezogener Utensilien	
– ggf. vorübergehende Schließung von Abteilungen oder Stationen bzw. Aufnahme-Stopp (nach Absprache mit dem Gesundheitsamt)	
Erstellung eines Kurzberichts (Darstellung der Situation, Kenntnisstand, weiteres Vorgehen)	
ggf. Herausgeben einer Pressemitteilung (z. B. der verfasste Kurzbericht)	

## 2.6 Ursachenfindung

Schritt	erledigt?
sorgfältig geplante, ausführliche krankenhaushygienische Begehung	
Informationsgewinnung: Krankenakte, Befragung, Erstellung von Linelisten, Karten, etc.	
detaillierte Überprüfung der Handlungsabläufe	
vertiefende Soll-Ist-Analyse	
hygienisch-mikrobiologische Umgebungsuntersuchungen, Absprache mit Untersuchungslabor	
Fallsuche: Suche nach weiteren infizierten oder kolonisierten Personen, Screening-Maßnahmen (Fälle auf anderen Stationen, in andere Krankenhäuser überwiesene oder entlassene Patienten)	
Asservierung der Isolate, Typisierung zur Bestimmung der klonalen Identität	
ggf. systematische, epidemiologische Analyse (unter Hinzuziehung von Experten des Gesundheitsamtes, der Landesstelle oder des RKI)	

## 2.7 Bewertung der Befunde und Einleitung gezielter Interventionsmaßnahmen

Schritt	erledigt?
Beschreibung aller Daten, Bewertung der gewonnenen Ergebnisse, Generierung einer Hypothese zur Infektionsquelle und Übertragungsweg	
Überprüfung bzw. Modifizierung der bisher getroffenen Interventionsmaßnahmen	
Beobachtung der weiteren Entwicklung des Ausbruchs (Surveillance)	
Festlegung von Kriterien, ab wann der Ausbruch als beendet erklärt werden kann	

## 2.8 Abschluss und Festlegung absichernder Maßnahmen

Schritt	erledigt?
Erklärung des Ausbruchs als beendet, wenn die erforderlichen Kriterien erreicht werden (in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt)	
ggf. schriftliche Festlegung, ab wann eine Abteilung oder Station wieder geöffnet werden kann bzw. ab wann wieder Patienten aufgenommen werden können	
ggf. Festlegung gezielter Surveillance-Maßnahmen oder Überwachungsprogramme, um einen erneuten Ausbruch zu verhindern	

## 2.9 Abschließende Evaluierung

Schritt	erledigt?
rückblickende Analyse durch das Ausbruchteam	
Benennung der Defizite	
Ableitung zukünftiger Präventionsstrategien	

## 2.10 Abschlussdokumentation

Schritt	erledigt?
Dokumentierung der gewonnenen Erkenntnisse in einem Abschlussbericht	
ggf. Weiterentwicklung von Hygienestandards	
Aufnahme optimierter Präventionsstrategien in Hygienepläne, Betriebsanweisungen, etc.	

## 3. Literatur

- Infektionsschutzgesetz (IfSG) – Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (2001)
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI): „Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen“, Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz (2002) 45:180-186
- RKI: „Surveillance nosokomialer Infektionen sowie die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen“, Bundesgesundheitsbl (2013) 56: 580-583

Weiterführende Informationen finden Sie auf der Internetseite des TLV unter:

<http://www.thueringen.de/th7/tlv/gesundheitschutz/infektionsschutz/krankenhaushygiene/mre/>

**Herausgeber:** Thüringer Landesamt für Verbraucherschutz  
Tennstedter Str. 8/9, 99947 Bad Langensalza  
Tel. 0361 57-3815000

[www.verbraucherschutz-thueringen.de](http://www.verbraucherschutz-thueringen.de)

**Verantwortlich:** Verena Meyer, Präsidialstab  
[pressestelle@tlv.thueringen.de](mailto:pressestelle@tlv.thueringen.de)

**Autoren:** Andrea Pöcking  
Dr. Sabine Schroeder

**Stand:** Februar 2019

# Anhang

## Beispiele für Auslöseereignisse

(Quellen: siehe Literaturangaben)

Im Folgenden werden Beispiele für Ereignisse genannt, die einen Hinweis auf ein nosokomiales epidemisches Geschehen geben und ein Auslöseereignis darstellen können:

### 1. Infektionen, die bereits bei vereinzeltm Auftreten Anlass für eine hygienische Analyse darstellen können

Während eines stationären Aufenthaltes auftretende:

- Legionellose
- *Aspergillus* spp.-bedingte Organmykose
- Pertussis
- *Streptococcus pyogenes* (Gruppe A)-Infektionen
- Konjunctivitis epidemica
- Skabies

### 2. 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):

- MRSA (Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*)
- VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken)
- *Streptococcus pneumoniae*
- Enterobacterales, z. B. *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Citrobacter* spp., *Serratia* spp., *Morganella* spp., *Providencia* spp.
- *Acinetobacter* spp.
- *Pseudomonas aeruginosa*
- *Stenotrophomonas maltophilia*
- *Burkholderia cepacia*
- *Candida* spp. (invasive Candida-Infektion)

Infektionen mit ungewöhnlichem Erreger

Sepsis mit einheitlichem Erreger (gleiche Spezies und ggf. gleiches Resistenzmuster)

Infektionen durch blutübertragende 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)

Gastroenteritis-Erreger (z. B. Noroviren, Rotaviren)

Häufung von Erkrankungen mit gleichen oder ähnlichen Symptomen, auch wenn der Erreger (noch) unbekannt ist

### 3. gehäuftes Auftreten von nosokomialen Infektionen, die gemäß § 23 Abs. 4 in Verbindung mit § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b Infektionsschutzgesetz (IfSG) zu erheben sind

- postoperative Wundinfektionen
- Katheter-assoziierte Septikämien
- beatmungsassoziierte Pneumonien
- Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen
- Diarrhöen durch *Clostridioides* (früher: *Clostridium*) *difficile*