



Ein Ausbruchsgeschehen mit 4 MRGN *A. baumannii* in einer Wohngruppe für außerklinische Intensivpflege

Möglichkeiten und Grenzen der Intervention durch den ÖGD

Dr. med. Sabine Trommer
Fachdienst Gesundheit der Stadt Jena



- 1. Allgemeine Informationen zur außerklinischen Intensivpflege (AKI)**
- 2. Darstellung des Ausbruchsgeschehens**
- 3. Fazit**



Allgemeine Informationen

Zunahme Langzeitbeatmeter und Intensivpflegebedürftiger durch:

- medizinischen Fortschritt
- verkürzte Krankenhausverweildauer
- Steigerung der Anzahl von Intensivtherapiebetten
- Mangel an Weaning- Zentren
- häufig direkte Verlegung aus Akut-ITS-Therapie in die ambulante Versorgung

Patienten mit Tracheostoma

2005*	5000
2017*	15.000 – 30.000

Lloyd-Owen et al.: Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: results from the Eurovent survey. Eur Respir J 2005; 1025-1031
Deutsches Ärzteblatt.de März 2017



„Drachenfliegerurteil“

Urteil des Bundessozialgerichtes AZ:B 3 KR 4/98 R
vom 28.01.1999



„...eine invasive Dauerbeatmung bedeutet nicht zwingend die Notwendigkeit eines stationären Krankenhausaufenthaltes, wenn eine ausreichende Versorgung auch durch ambulante Behandlung und häusliche Krankenpflege erreicht werden kann...“

„...Beatmungspatienten, die in der Familie und in vertrauter Umgebung gepflegt werden können, können nicht auf eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus verwiesen werden, auch wenn dies die kostengünstigere Behandlung wäre.“

„Häusliche Versorgung und Pflege ist „notwendig“ im Sinne des Gesetzes.“

Krankenhausbehandlung ist eine weniger geeignete Behandlungsform...



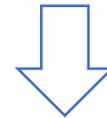
Implementierung der SGB V Behandlungspflege

(Leistungen examinierter Pflegekräfte auf Basis ärztlicher Verordnung)



„Drachenfliegerurteil“

Urteil des Bundessozialgerichtes AZ:B 3 KR 7/09 R vom 17.06.2010
teilweise Revision des „Drachenfliegerurteils“



Leistungen der Grund- und Behandlungspflege stehen
„gleichberechtigt“ nebeneinander
(Dodenhoff/Hofmann 2012:43)

Vergütung der Beatmungspflege über individuelle Einzelfallentscheidungen mit den
Pflegediensten, ggf. über Unfallversicherung §44 SGB VII, Sozialhilfe §61 SGB IX sowie
persönliches Budget §17 SGB IX



Monatliche Kosten

24h-ALS-Heimbeatmung	15.354,14 DM	(Hein et al. 1995)***
24h häusliche Betreuung	28.000 – 42.000 DM	(Neufelder 1996)*
1:1 Pflege	25.000 – 30.000 €	(Geiseler et al. 2014)*

* Gödecke, „Langzeitbeatmung im eigenen Lebensumfeld“, Mabuse-Verlag GmbH



AKI seit 1999 als neue Versorgungsform etabliert.

Versorgungsformen:

- ambulante häusliche Einzelversorgung
- stationäre Versorgung in spezialisierten Pflegeeinrichtungen
- Arbeitsgeber- oder Assistenzmodell
- **Versorgung in ambulanten Wohngemeinschaften – sog. Beatmungs-WGs**



Strukturen:

- 24 h-Intensivpflegerische Betreuung von 4 bis 12 Klienten
- Patienten/Klienten häufig auch jüngere Erwachsene
- Mietverhältnisse: Zimmer, bzw. „Gemeinschaftsräume“ durch Klienten oder gesetzl. Vertreter gemietet
- häufig durch gerichtlich eingesetzte Betreuer vertreten
- jeder Bewohner/Betreuer kann Pflegedienst „frei wählen“
- ambulanter Pflegedienst - „nur Gaststatus“
- Klienten leben selbstbestimmt in Häuslichkeit
- ärztliche Betreuung durch Hausärzte und ggf. Fachärzte



Besonderheiten aus infektionshygienischer Sicht:

hohe Device- Anwendungsrate*

27,5 % TK mit Beatmungspflichtigkeit

6 % ohne Beatmungspflichtigkeit

35 % PEG

34 % Harnblasendauerkatheter

*Gleich et al.:Epid. Bulletin Nr.39/2015)/Gleich et al.: Epidemiologisches Bulletin28.September 2015

- häufige stationäre Aufenthalte
- wiederholte Antibiotikatherapien
- hoher Pflegegrad - Pflegestufe 3 und höher
- regelhafter Einsatz aktiver Medizinprodukte
- Strukturbedingtes hohes Transmissionsrisiko
- Pflegepersonal häufig auch in weiteren med. Einrichtungen, wie klin. Intensivtherapiestationen tätig
- **hohe MRE- Kolonisierungsrate – 53% der Bewohner mit MRE kolonisiert**



Besonderheiten aus infektionshygienischer Sicht:

Intensivpflegerische
Tätigkeiten mit
infektionskritischen
Tätigkeiten z.B.
Tracheostomapflege,
tracheales
Absaugen, IKM-
Versorgung, (...) entspricht



**Tätigkeiten in
Risikobereichen**

Erst seit dem **11.12.18** gesetzlich geregelte Überwachung der Wohngemeinschaften durch die Gesundheitsämter (§ 23 IfSG)

vorher infektionshygienische Überwachung des ambulanten Pflegedienstes gemäß § 36 IfSG durch GSÄ möglich

KEINE gesetzlich geregelte Überwachung von selbständig organisierten Wohngemeinschaften durch die Heimaufsicht (Thüringen)

Überwachung durch MDK
(Schwerpunkte unterscheiden sich deutlich von denen der Gesundheitsämter)



- 13.06.2017 ■ Labormeldung über **4 MRGN A.baumannii**- Nachweis (damalige Ermittlungen des GSA: **Einzelfall**)
-
- 28.02.2018 ■ Labormeldung gem.§2 IfSGMeldAnpV
Nachweis **4 MRGN A. baumannii** bei **2 Klienten** einer Wohngemeinschaft für außerklinische Beatmung (Belegung/Kapazität : 6/7)
- Erregernachweis durch ungezieltes Screening (MRSA und MRGN) des gemeinsamen Hausarztes „*Einmal im Jahr alle durchscreenen...*“
 - MRE-Kolonisation bei allen 6 Patienten (breites Erregerspektrum)
 - Vorherige Screeningergebnisse: negativ/kein MRGN-Nachweis
 - In d. letzten 12 Monaten keine stationären Aufenthalte in med. Einrichtungen
 - phänotypische Übereinstimmung der Resistogramme mit dem des vermuteten Indexpatienten (2017)



- 28.02.2018 ■ bei **V.a. nosokomiale Häufung** telef. Kontaktaufnahme mit Regionalleitung der Einrichtung und **Anordnung folgender Maßnahmen:**
- Isolierung der betroffenen Patienten/Klienten
 - Anlassbezogene aktenkundige Belehrungen für das medizinische Personal des Pflegedienstes und externes Dienstleister z.B. Therapeuten
 - Hinweis auf Informationsweitergabe innerhalb der med. Versorgungsstruktur → MRE-Überleitungsbogen
 - Information der Angehörigen/Betreuer
 - Zuarbeiten des ambulanten Pflegedienstes:
 - Reinigungs- und Desinfektionsplan
 - SOP „Umgang mit MRE“
 - SOP „PSA“

01.03.2018 unangekündigte Vor-Ort-Begehung auf Grundlage der §§16 und 36 IfSG



01.03.2018 Vor-Ort-Maßnahmen:

- Belehrung der anwesenden Mitarbeiter
- Akteneinsicht
- Erstellung von MRE-Überleitungsbögen für alle 6 Patienten/Klienten
- Kommunikation:
 - Kontaktaufnahme mit Pflegedienstleitung ⇒ Gespräch: **05.03.18**
 - Kontaktaufnahme mit betreuendem Hausarzt ⇒ pers. Gespräch: **07.03.18**
 - Kontaktaufnahme mit betreuendem Urologen ⇒ pers. Gespräch: **14.03.18**
- Amtliche Anordnung, der zu veranlassenden Maßnahmen, u.a. **Aufnahmestopp**



08.03.2018 Screening aller Patienten/Bewohner (N = 6)

Abstrichuntersuchungen auf MRSA und MRGN + Umgebungsuntersuchungen
durch die Mitarbeiter des FD Gesundheit



Landesamt für
Verbraucherschutz

Mikrobiologische Untersuchung am TLV, Abt. 3 PD Dr. Rimek

	Erreger	Anzahl kolonisierter Klienten
E r g e b n i s s e I	4 MRGN A. baumannii	4 ⇨ OXA 23-Carbapenemase
	4 MRGN K. pneumoniae	1
	3 MRGN E. coli	4
	3 MRGN M. morgani	1
	3 MRGN E. aerogenes	1
	MRSA	1

Jeder in der WG
betreute **Patient** war
mit mindestens 2 MRE
kolonisiert!



Ergebnisse II



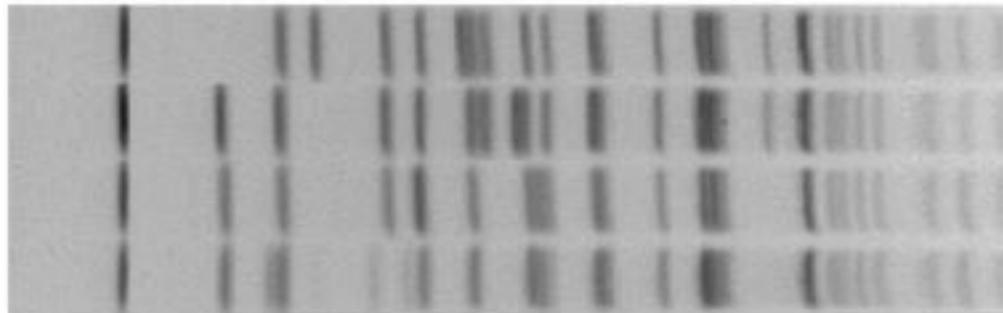
Nationales Referenzzentrum für gramnegative Krankenhauserreger
in der Abteilung für Medizinische Mikrobiologie
Ruhr-Universität Bochum, D-44780 Bochum

RUHR
UNIVERSITÄT
BOCHUM

RUB

Nationales Referenzzentrum
für gramnegative Krankenhauserreger

Typisierung der Isolate mittels PFGE:



NRZ-41271

NRZ-41272

NRZ-41270

NRZ-41269

2 Stämme mit **enger**
verwandtschaftlicher Beziehung

Bei den weiteren Vergleichen
zeigten sich **mögliche**
Verwandtschaften und damit ein
mögliches zusammenhängendes
Häufungsgeschehen

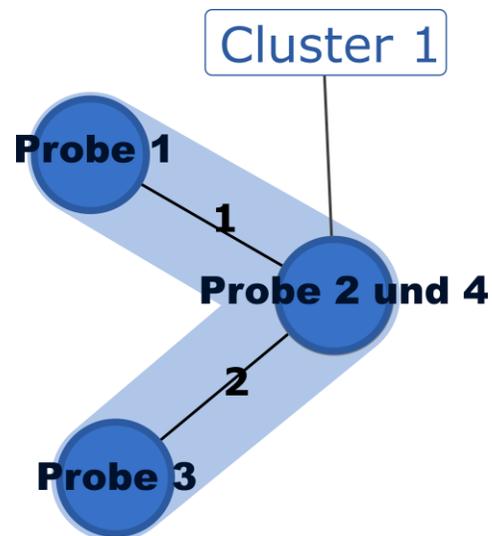


Ergebnisse III

Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene
Direktor: Prof. Dr. med. Mathias W. Pletz
Leiter der Krankenhaushygiene:
Prof. Dr. Dr. PH Frank Kipp



Typisierung der Isolate mittels NGS:



Befundinterpretation:

Die **4** eingesendeten *A. baumannii* **Isolate** sind **identisch** bzw. weisen **nur wenige Allele** Unterschied auf.
Die sehr hohe Ähnlichkeit lässt auf eine klonale Ausbreitung des Erregers schließen. In die Auswertung müssen allerdings auch die epidemiologischen Daten mit einbezogen werden.

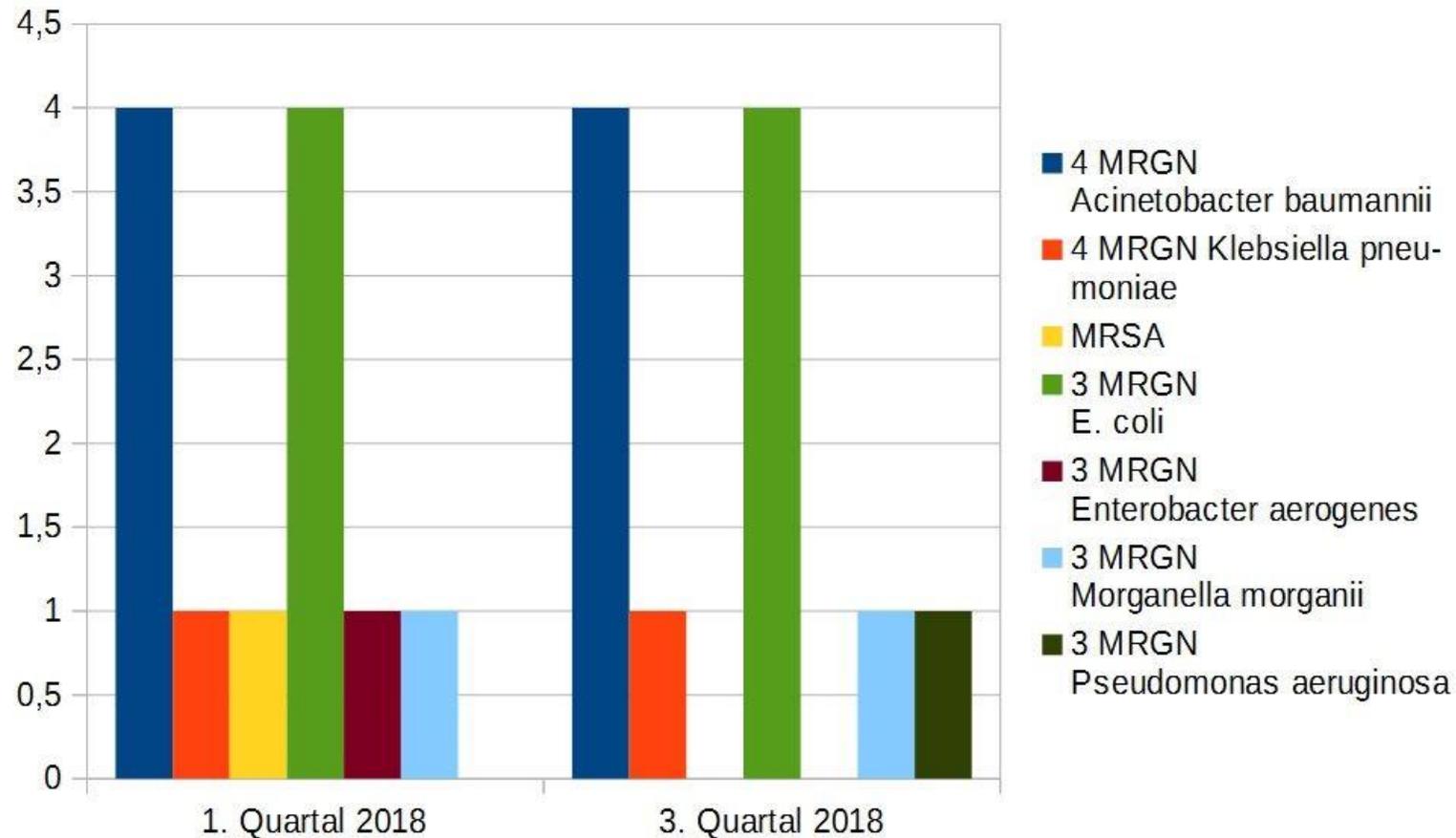


Wie ging es weiter...?

- Mitteilung der Ergebnisse an Leitung des amb. Pflegedienstes und an den Hausarzt
- **Aktualisierung der MRE-Überleitungsbögen** durch GSA
- **prioritär (risikoadaptiert) angeordnete Maßnahmen** bis 23.03.18 durch Pflegedienst umzusetzen
- Staffelung weiterer erforderlicher umzusetzender Maßnahmen
- fortlaufender Kontakt zwischen GSA und amb. Pflegedienst
- 04.07.18 kurzfristig angekündigte **Nachbegehung**
- 06.08.18 **Kontrollscreening** aller Bewohner durch Mitarbeiter des GSA



Screeningergebnisse aller Patienten/Bewohner (N = 6)





Wie ging es weiter...?

- Deutliche Optimierung des Hygienemanagement bis August 2018 ⇒ Umsetzung (fast) aller Punkte der amtlichen Anordnung
- **Kontrollscreening (06.06.18) ⇒** **Keine weiteren Übertragungen!**
- Das **Ausbruchsgeschehen** wurde am **23.08.18** für **beendet erklärt**.
- Das Geschehen wurde über einen Zeitraum von 7 Monaten durch
 - 1 Arzt
 - 2 Hygienefachkräfte und
 - 1 Praktikantin (Masterstudentin)bearbeitet und betreut.



Und nun?

- weiterhin unterstützende Beratung durch das GSA
- Parallele Information an med. Einrichtungen und das GSA bei Verlegung/Einweisung von Patienten der WG in med. Einrichtungen
- regelmäßige Nachkontrollen des amb. Pflegedienstes folgen
- 2019: Gespräche mit allen amb. Pflegediensten der Stadt geplant, die Leistungen im Rahmen der AKI anbieten ⇒ perspektivisch Mitarbeit von Vertretern der AKI beim MRE-Netzwerk Jena



Ende gut alles gut...? - Leider **NEIN!** Dringend erforderlich:

- Klassifizierung der AKI-Einrichtungen als RISIKO-Bereiche
- Aufnahmescreening bei stationärer Aufnahme der Patienten/ Klienten
- MRE- Aufnahmescreening in Einrichtungen der AKI ⇒ Handlungsanweisungen
- Surveillance
- einheitliche Qualitätsstandards und Ausstattungsvorschriften
- verbindliche Hygienepläne, Verpflichtung zur Personalschulung
- Verpflichtung von Hygienebeauftragten in der Pflege



Ausblick

- Seit 2017 existiert in Jena eine Einrichtung der AKI („Beatmungs-WG“) für Kinder.
- Die Kinder, die zum Zeitpunkt der Begehung in dieser Einrichtung versorgt wurden, waren im Alter zwischen 3 und 12 Monaten...
- Auch in diesem Zusammenhang besteht dringender multiprofessioneller Handlungs-Bedarf - **nicht nur aus infektionshygienischer Sicht!**



Die Welt besteht nicht nur aus Schwarz und Weiß und nicht jede AKI arbeitet so, wie im gezeigten Fall.

- **Der neue gesetzliche Überwachungsauftrag an den ÖGD kann nur der erste Schritt sein:** ein hoher Stellenwert kommt den regionalen MRE-Netzwerken zu – Unterstützung auf Landes- und Bundesebene wird gefordert!
- Zur adäquaten Umsetzung der Überwachungspflichten des ÖGD ist die **personelle Stärkung des ÖGD** sowie die Möglichkeit der **fachlichen Qualifikation der Mitarbeiter** eine unausweichliche Voraussetzung.
- Adäquate Schulungen auf dem Gebiet der Hygiene, der Medizinprodukteaufbereitung sind Voraussetzung, um die Situation in diesen Wohngemeinschaften beurteilen und beratend unterstützen zu können.
- Die **neue Gesetzgebung** bietet den ambulanten Pflegediensten mit dem Spektrum der AKI und dem ÖGD nicht nur die **Möglichkeit** der Überwachung sondern auch die **Chance** aufeinander zuzugehen.
- **Vorurteile müssen abgebaut, Defizite klar aufgezeigt und unterstützend beseitigt werden.**



Die Welt besteht nicht nur aus Schwarz und Weiß und nicht jede AKI arbeitet so, wie im gezeigten Fall.

- **Dialog und Kommunikation** sind zwei wesentliche Instrumente um dieses Erfordernis umzusetzen. Auch hier kommt den Regionalen MRE-Netzwerken eine maßgebliche Bedeutung zu.
- Die **Teilhabe der Klienten von Wohngruppen** mit AKI, welche Träger von MRE sind, dürfen **keine Einschränkungen in der Teilhabe am sozialen Leben** erfahren.
- Für diese Wohnformen ist, ebenso wie für stationäre Pflegeeinrichtungen, eine **gemeinsame Risikoanalyse zwischen dem betreuenden Hausarzt und den Pflegenden** bei Aufnahme eines Klienten zu fordern um die erforderlichen Hygienemaßnahmen risikoadaptiert umsetzen zu können.
- Die AKI ist eine aktuell und zukünftig erforderliche Versorgungsform.

Fokus aller Bemühungen muss an erster Stelle der Klient/Bewohner/Patient stehen!

Diese in der erforderlichen Qualität umzusetzen, stellt eine multiprofessionelle Herausforderung dar, der sich alle beteiligten Akteure stellen müssen!



Ein großer Dank an mein Team
und an unsere Amtsärztin!

„Am Anfang braucht man
Mut,
damit man am Ende
glücklich ist.“





■ JENA LICHTSTADT.



Vielen Dank!

