

DER

21. JAHRGANG - 01/2019

HYGIENEINSPEKTOR

INFEKTIONSSCHUTZ - TRINKWASSER - BADEWASSER - UMWELTHYGIENE



Krankenhaushygiene

Anforderungen an die Einhaltung

MITTEILUNGEN UND BERICHTE AUS BUND UND LÄNDERN

FACHBEITRÄGE UND FACHWISSEN

BERUFSPOLITIK



Entwicklung und Umsetzung eines Konzeptes zur Prävention der Verbreitung multiresistenter Erreger in drei ländlich strukturierten Flächenkreisen unter Koordination eines regionalen MRE-Netzwerkes

WOLFGANG DÖRWALDT*; SUSANNE BUCHEN*; BRIGITTE HEINZ**; JÜRGEN MÖCKEL***

Eine der größten Herausforderungen unseres Gesundheitssystems in der Zukunft ist, der Entwicklung und Weiterverbreitung multiresistenter Erreger (MRE) entgegenzuwirken. Vom Gesetzgeber wurde die Koordination dieser Aufgabe dem ÖGD in Form regionaler MRE-Netzwerke zugedacht.

1. Projektbeschreibung

Das kreisübergreifende MRE-Netzwerk Altenkirchen-Westerwald-Rhein-Lahn hat sich zum Ziel gesetzt, die Qualität der Patientenversorgung im Umgang mit multiresistenten Erregern (MRE) zu verbessern. Das Netzwerk startete Ende 2014 ein Projekt zur Prävention der Bildung und Verbreitung multiresistenter Erreger im Bereich der drei Landkreise.

Der Projektstrukturplan beinhaltet folgende Teilprojekte:

- 1.1 Teilnahme möglichst vieler Institutionen aus allen Gebieten der Gesundheitsversorgung: Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, niedergelassene Ärzte, ambulante Dialysepraxen, Rehakliniken und Rettungsdienste.
- 1.2. Mitwirkung der Institutionen bei der Entwicklung der Projektziele
- 1.3 Schulung der Institutionen durch das MRE-Netzwerk wenn möglich in Form von Inhouse-Schulungen, da wir das Wissen der in den Institutionen tätigen Mitarbeiter (Reinigungspersonal, Pflegepersonal und Ärzte) als wichtigstes Merkmal der Strukturqualität ansehen.
- 1.4 Begehung der Einrichtungen durch Mitarbeiter der drei Gesundheitsämter zur Beurteilung

baulich funktioneller Aspekte, der praktischen Umsetzung der erarbeiteten Prozesse und des Wissenstandes der Reinigungskräfte, des Pflegepersonals und der Ärzte anhand eines festgelegten Fragen-Antworten-Katalogs (Tab. 5).

Bei Erreichen vorher definierter Qualitätsziele werden die teilnehmenden Institutionen zertifiziert.

2. Strukturdaten:

In den drei ländlich strukturierten Flächenkreisen leben ca. 450.000 Einwohner auf einer Fläche von 2.412 km². In den drei Kreisen gibt es 69 ambulante Pflegedienste, 62 Alten- und Pflegeheime, 13 Akutkrankenhäuser, 5 Rehakliniken und 6 ambulante Dialysezentren.

3. Voraussetzungen und Ziele

Neben der gemeinsamen Erarbeitung und Einführung von Pflege- und Hygienestandards, Schulungsmaterial und Qualitätszielen erfolgt die Wissensvermittlung in der Betreuung von MRE Besiedelten/-Infizierten. Um die Versorgungsqualität flächendeckend zu verbessern, sollten möglichst viele Institutionen (Krankenhäuser, Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, ambulante Dialysezentren, niedergelassene Ärzte usw.) einbezogen werden. Folgende Schwerpunkte wurden dafür festgelegt:

- Die Einrichtungen müssen bei der Entwicklung der o. g. Standards aktiv in Arbeitsgruppen (AG) einbezogen werden.
- Die Teilnahme muss niederschwellig und deshalb kostenlos sein.
- Die Zertifizierung sollte als Anreiz zur Teilnahme dienen.

Im Anschluss an die Erarbeitung von Standards und Hygieneplänen sowie

den Schulungen erfolgt die Begehung der Einrichtungen durch die Gesundheitsämter mit dem Ziel der Qualitätskontrolle. Folgende Voraussetzungen für das Prüfungsteam wurden festgelegt:

- **Das Prüfungsteam muss kompetent sein.**

Ihm gehören drei Gesundheitsamtsleiter und Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen, eine Krankenhaushygienikerin, eine Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, ein Qualitätsmanager und acht Gesundheitsaufseher/-innen mit jahrelanger Erfahrung in der gesetzlich vorgeschriebenen Altenheim- und Krankenhausbegehung an.

- **Die Beurteilung muss objektiv und vergleichbar sein.**

Dies wird durch die vom Prüfungsteam erarbeiteten Checklisten (s. Tab. 4) und den Fragen-Antwortenkatalogen (s. Tab. 5) sichergestellt. Die Prüfungsteams sind gehalten, nicht von diesen Standards abzuweichen.

- **Die Neutralität des Prüfungsteams muss gewährleistet sein.**

In den Prüfungsteams sind je ein Mitglied eines der drei Gesundheitsämter vertreten. Vorsitzender ist ein Amtsleiter einer der beiden nicht zuständigen Gesundheitsämter. Das Wissen der Ärzte/-innen, des Pflegepersonals und der Reinigungskräfte sehen wir als wichtigstes Merkmal der Strukturqualität einer Einrichtung an. Daher sind die Teilnahme von Vertretern der Einrichtungen an den AG-Sitzungen, die das Erstellen von Standards und Schulungsmaterial und das Festlegen von Qualitätszielen zum Inhalt haben, sowie die Teilnahme der Beschäftigten an Schulungen durch Netzwerkmitarbeiter – auch ohne anschließende Teilnahme an der Zertifizierung – wichtige Projekthinhalte.

4. Praktische Durchführung des Projekts

4.1. Projektphase 1: Erstellung von Standards, Hygieneplänen und Schulungsmaterial

Vom Netzwerk wurden für die jeweiligen Institutionen (Krankenhäuser, Fach- und Rehakliniken, ambulante Dialysezentren, niedergelassene Ärzte, Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste) Entwürfe der Standards (Hygiene, Information, Reinigung, Isolierung, Sanierung und Therapie) und Schulungsvorträge über den Umgang mit MRE (s. u.) erarbeitet. In insgesamt 55 AG-Sitzungen wurden diese den jeweiligen Einrichtungen vorgestellt, diskutiert und nach den Vorschlägen der Teilnehmer modifiziert. Bei der Erstellung der Standards war im Krankenhaussektor auch das Qualitätsmanagement der jeweiligen Einrichtung miteingebunden.

Zur schnellen Lösung akuter Problemstellungen wurde außerdem eine Homepage mit einer Fragen-Antwortsammlung erstellt, welche über 300 Fragen und Antworten sowohl für Fachpersonal als auch für die Öffentlichkeit beinhaltet.

- Folgende Dokumente wurden von den Arbeitsgruppen erstellt:
- MRE-Hygienepläne für Altenheime, Arztpraxen, Krankenhäuser und ambulante Pflegedienste
- Schulungsvorträge:
 - o MRE in Alten- und Pflegeheimen
 - o Hygiene in Alten- und Pflegeheimen
 - o MRE im ambulanten Pflegedienst
 - o Hygiene im ambulanten Pflegedienst
 - o MRE im Krankenhaus
 - o MRGN im Krankenhaus
 - o MRE in ambulanten Dialysezentren
 - o Hygiene in ambulanten Dialysezentren
 - o Rationale Antibiotikatherapie in der hausärztlichen Praxis unter dem besonderen Aspekt der Resistenzentwicklung

- o Rationale antibiotische Therapie in Bereich der ambulanten Dialyse unter besonderer Berücksichtigung der Resistenzentwicklung
- o Rationale Antibiotikatherapie im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der Resistenzentwicklung
- o MRE in Arztpraxen
- Überleitungsbögen
- Informationsmaterial für Patienten und Angehörige für den stationären und ambulanten Bereich zu MRGN und MRSA.

In den Einrichtungen wurden anschließend im Rahmen von 92 überwiegenden Inhouse-Veranstaltungen 3.717 Mitarbeiter durch das Netzwerk systematisch geschult. Die Schulungen dauerten ca. 90 Minuten und vermittelten das Hintergrundwissen über MRE, allgemeine Hygiene, persönliche Schutzausrüstung, Unterbringung (Isolierung), Information der weiterbetreuenden Einrichtungen und evtl. Maßnahmen der Therapie und Sanierung. Die Schulungen waren nach Inhalt, Umfang und Schweregrad auf die jeweiligen Institutionen (Krankenhäuser, Arztpraxen, ambulante Dialysezentren, Altenheime und ambulante Pflegedienste) abgestimmt.

4.2. Projektphase 2:

4.2.1 Festlegung der Qualitätsziele und Voraussetzungen für eine Zertifizierung
Im weiteren Verlauf entwickelten die Arbeitsgruppen gemeinsam die Qualitätsziele der Zertifizierung für die entsprechenden Institutionen (s. Tab. 1 – Tab. 3). Diese beruhen fachlich u.a. auf den entsprechenden Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch Instituts (KRINKO) und des Robert Koch Instituts (s. Legende Tab.1 – Tab.3).

Bei Erreichen von mindestens 50% der maximal möglichen Punktzahl in jedem der Qualitätsziele, werden die Einrichtungen zur Begehung zugelassen. Die Begehung ist der zentrale Punkt der Zertifizierung. Diese dient

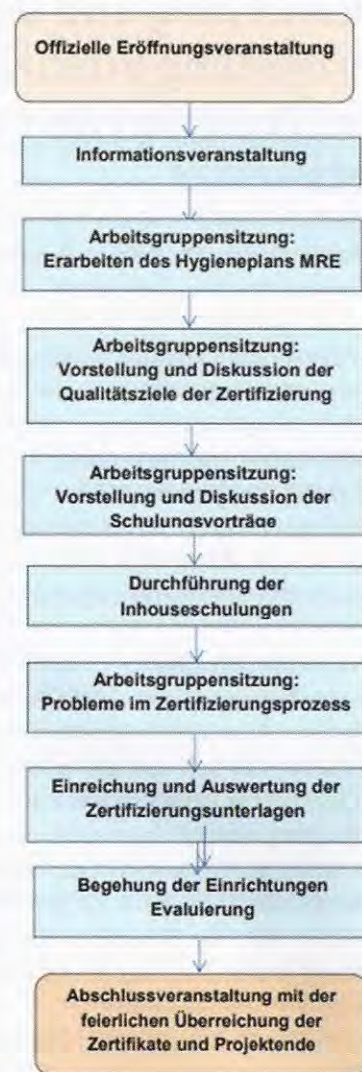


Abb. 1: Schematische Darstellung des Projektablaufplans

der Beurteilung der baulich-funktionellen Voraussetzungen, der praktischen Umsetzung der erarbeiteten Standards und vor allem der Überprüfung des Wissensstandes der Ärzte und des Pflege- und Reinigungspersonals in Bezug auf den Umgang mit MRE besiedelten/infizierten Patienten/Bewohnern.

Um den Zertifizierungs-Prozess erfolgreich zu durchlaufen, mussten die Einrichtungen insgesamt 75 % der maximal möglichen Punktzahl erlangen.

In den Hygieneplänen der Alten- und Pflegeheimen mussten zusätzlich zu denen der ambulanten Pflegediensten Maßnahmen zur Sicherstellung der Lebensqualität von mit MRE be-

siedel-ten/infizierten Bewohnern in Bezug auf Unterbringung (z. B. keine Isolierung), Besuche (z. B. geringste mögliche Einschränkung) und Teilnahme am Gemeinschaftsleben (z. B. Gymnastikgruppe, Singkreis usw.) abgebildet sein.

Bis auf die Begehungen erfolgte die Beurteilung und Punktevergabe der Qualitätsziele anhand der eingereichten Unterlagen wie Hygienepläne, Arbeitsanweisungen, Resistenzstatistiken, Sitzungsprotokolle der Hygiene- bzw. Arzneimittelkommission usw.

4.2.2 Begehung der Einrichtungen durch Mitarbeiter der Gesundheitsämter Ambulante Pflege:

Bei der Begehung müssen mindestens 50% der festangestellten Mitarbeiter in der Pflege anwesend sein. Baulich-funktionell werden die Handwaschplätze, die Lagerung der Medizinprodukte, der Pflegehilfsmittel und der persönlichen Schutzausrüstung und die Ausstattung der Dienstfahrzeuge bewertet. Im Mittelpunkt der Begehung stehen die Beurteilung des Wissensstandes der Mitarbeiter in Bezug auf den Umgang mit MRE anhand des ausgearbeiteten standardisierten Fragen-Antworten-Katalogs aufgeteilt in unterschiedliche Schweregrade je nach Tätigkeit bzw. Ausbildung der Befragten.

Alten- und Pflegeheime:

Baulich-funktionell steht die Beurteilung der Pflegearbeitsräume, der Lagerung der Medizinprodukte und Pflegehilfsmittel, der Handwaschplätze, der Reinigung und Wäscheaufbereitung einschließlich der Reinigungswagen, der Bestückung mit Händedesinfektionsmittelspendern und der Ausstattung der Bewohnerzimmer im Vordergrund.

Die Befragung der Mitarbeiter erfolgte ebenfalls anhand eines standardisierten Fragen-Antworten-Katalogs.

Krankenhäuser:

Das Prüfungsteam besteht aus neun

QZ1: Bereitstellen einer qualifizierten hygienebeauftragten Kraft
QZ2: Verfahrensanweisungen Basishygiene
QZ3: Prävalenzmessung pflege-/therapieassoziierter Befunde*
QZ4: Teilnahme an Netzwerkveranstaltungen
QZ5: Verfahrensanweisungen MRE
QZ6: Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Harnableitungen
QZ7: Verfahrensanweisungen zum Umgang mit Gastroenteritiden
QZ8: Durchführung qualifizierter Schulungen**
QZ9: Begehung mit Beurteilung der baulich-funktionellen Gegebenheiten und des Wissens der Mitarbeiter

Tab.1: Qualitätsziele (QZ) ambulante Pflegedienste

*Risikofaktoren für eine Besiedlung mit MRE entsprechend den HALT-Kriterien

**Das Qualitätsziel „Qualifizierte Schulungen“ beinhaltet die Inhouseschulung des Netzwerkes: „MRE“ in den jeweiligen Einrichtungen und des vom Netzwerk den Einrichtungen zur Verfügung gestellten Vortrags über die Hygiene. Die erreichte Punktzahl in diesem Qualitätsziel ist gestaffelt nach dem prozentualen Anteil festangestellter Mitarbeiter in der Pflege, welche an den Schulungen teilnahmen.

QZ 1: Wissensmanagement, Netzwerkarbeit
QZ 2: Surveillance epidemiologischer Daten
QZ 3: Patientensicherheit durch Basishygiene und Reinigung
QZ 4: Hygienemaßnahmen bei MRSA*
QZ 5: Hygienemaßnahmen bei MRGN**
QZ 6: Hygienemaßnahmen bei CDAD***
QZ 7: Weitergabe von Informationen bei Verlegung und Entlassung
QZ8: Ausbruchsmanagement
QZ9: Implementierung eines Antibiotikamanagements
QZ 10: Strukturqualität des Hygienemanagements
QZ 11: Begehung mit Beurteilung der baulich-funktionellen Gegebenheiten und des Wissens der Mitarbeiter

Tab. 2: Qualitätsziele (QZ) der Krankenhäuser

* Methicillinresistente *Staphylococcus aureus*

** Multiresistente gramnegative Keime

*** *Clostridium difficile* assoziierte Diarrhoe

QZ 1 Bereitstellung von Hygienefachpersonal
QZ 2 Netzwerkveranstaltungen
QZ 3 Information des Personals und sektorübergreifender Informationsaustausch
QZ 4 Baulich funktionelle Voraussetzungen
QZ5 Allgemeine und Personalhygiene
QZ 6 Fortbildung
QZ 7 Umgang mit MRE-Trägern und infektiösen Patienten
QZ 8 Hygiene der Dialysegeräte, Ringleitungen und Wasseraufbereitung
QZ 9 Verpflegung
QZ10 Prävalenzmessung: Patientencharakteristika, Risikofaktoren für eine MRE-Besiedlung/- Antibiotikatherapie
QZ11 Begehung

Tab. 3: 11 Qualitätsziele der ambulanten Dialysezentren

bis zwölf Gesundheitsamtmitarbeitern/innen. Nach der Eingangsbesprechung werden in der Regel vier Gruppen gebildet, welche folgende Bereiche baulich-funktionell beurteilen: Reinigung einschließlich Reinigungswagen und Wäscheaufbereitung, Isolierzimmer, Patientenzimmer, Herstellung der Infusionslösungen, Intensivstationen, Endoskopie, unreiner Arbeitsraum und Operationsabteilungen. Die Beurteilung wird anhand der erarbeiteten Checkliste (s. Tab. 4) durchgeführt. Der Kenntnisstand der Mitarbeiter, d. h. Reinigungskräfte, Pflegepersonal und Ärzte werden wie in den anderen Einrichtungen ihrer Tätigkeit bzw. Ausbildung entsprechend anhand eines standardisierten Fragen-Antworten-Katalogs befragt.

In Tabelle 4 und 5 sind Beispiele für Checklisten bei der Begehung eines Krankenhauses zur Überprüfung baulich-funktioneller Aspekte bzw. des Fragen-Antworten-Katalogs zur Abfrage des Wissensstandes der Mitarbeiter aufgeführt.

Die Punktevergabe der QZ-Begehungen erfolgt nicht wie bei den übrigen Qualitätszielen (s. Tab. 1 - 3) anhand einer vorgegebenen Checkliste, sondern aufgrund der Gesamtbewertung der Prüfungsteams. Falls kein Konsens besteht, entscheidet der jeweilige Prüfungsvorsitzende.

Die abschließende Beurteilung wird den Einrichtungsleitungen (Geschäftsführer, Pflegedienstleitung, Hauswirtschaftsleitung, Hygienefachkraft und ggf. ärztlicher Direktor) im Rahmen einer Abschlussbesprechung unter besonderer Berücksichtigung der aufgedeckten Mängel erläutert.

Ambulante Dialyse

Eine für die MRE-Netzwerkarbeit sehr bedeutende medizinische Einrichtung sind die ambulanten Dialysezentren. Die dort betreuten Patienten sind durch terminale Niereninsuffizienz und die damit einhergehende Immunschwäche, Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus, chronische

	Ja	Nein
Sind Waschbecken auf Intensivstationen geeignet? (Wasserstrahl nicht direkt in den Abguss gerichtet; keinen Überlauf; Ausstattung mit Sterilfiltern)		
Entsprechen die räumlichen Gegebenheiten den Anforderungen der KRINKO (z. B. Abstand zwischen den Betten 2,25 m)		
Ist ein Händedesinfektionsmittelspender pro Bett vorhanden?		
Wird bei Patienten, welche längere Zeit auf der Intensivstation liegen und mit Breitspektrumantibiotika behandelt werden, ein wöchentliches Screening auf MRE durchgeführt?		
Werden die Patienten mit desinfektionsmittelgetränkten Tüchern (sog. Wipes) gewaschen?		
Werden die Stethoskope nach der Benutzung zwischen zwei Patienten wischdesinfiziert?		
Werden die Sterilgutverpackungen sachgerecht gelagert?		
Werden die Indikationen zur Händedesinfektion eingehalten, z. B. auch nach der Berührung der direkten Patientenumgebung (Beobachtung bei der Begehung)?		

Tab. 4: Beispiel Checkliste für die Begehung von Intensivstationen in Krankenhäusern

Wunden, liegende Katheter und medizinische Devices und invasive Eingriffe (Punktion von Arteriovenöse-Fisteln) sowie die gehäufte stationäre Krankenhausbehandlungen Risikopatienten für nosokomiale Infektionen und einer Besiedlung-/Infektion mit MRE. Auch verstärkt die häufig erforderliche antibiotische Behandlung die Gefahr einer Antibiotika-Resistenzentwicklung.

Bei der Begehung wurden die baulich-funktionellen Gegebenheiten, die erforderlichen spezifischen Hygienemaßnahmen in der Dialyse und wie in den anderen Einrichtungen insbesondere das Wissen der Beschäftigten

überprüft.

5.2 Ergebnisse

An der Projektphase 1 (Arbeitsgruppensitzungen und Schulungen) nahmen 36 (52%) von 69 ambulanten Pflegediensten, 47 (76%) der 62 Altenheime, alle sechs ambulante Dialysezentren (100%), vier (80%) von fünf Rehakliniken und alle 13 Akut-Krankenhäuser (100%) teil.

Dem eigentlichen Zertifizierungsprozess haben sich 11 (16%) ambulante Pflegedienste, 37 (60%) Alten- und Pflegeeinrichtungen (2 Einrichtungen kombiniert mit Behinderteneinrichtung), 12 (92%) Akutkrankenhäuser, 2 (40%) Rehakliniken

Was ist der Unterschied zwischen einer MRSA-Kolonisation und einer MRSA-Infektion?

Bei einer Kolonisation liegt nur eine symptomlose Besiedlung und bei einer Infektion eine Erkrankung vor.

Weisen die multiresistenten Keime auch eine verminderte Empfindlichkeit gegenüber Desinfektionsmittel auf?

MRE weisen in der Regel keine verminderte Empfindlichkeit gegen Desinfektionsmittel auf.

Was sind die Prinzipien der Sanierung?

Über 5 Tage Durchführung der desinfizierenden Maßnahmen mit Nasensalbe, Rachenspülung, Ganzkörperwaschung, Wäschewechsel und Umgebungshygiene.

Tab. 5: Beispiele aus dem Fragen-Antworten-Katalog Krankenhäuser- Stationsleitungen

QZ4 Baulich funktionelle Voraussetzungen	Je 2 Punkte
Räumliche Isolierung (separater Raum) möglich	
Wandflächen und Fußböden fugendicht und zur Feuchtreinigung geeignet	
Leitungsführung unter Putz oder in geschlossenen Kanälen deren Außenflächen desinfizierbar sind	
Personal- und Patiententoiletten getrennt	
Ausreichende Ausstattung mit Seifen-, Handtuch- und Desinfektionsmittelspendern	
Handwaschplätze mit Armhebeln ausgestattet, fehlender Überlauf und Wasserstrahl ist nicht direkt auf den Siphon gerichtet	
Dialyseplätze 10-12 qm, 1,3 m Mindestabstand zwischen den Dialysesiegen	
Folgende Räume vorhanden:	
Dienstzimmer	
Warteraum	
Aufenthaltsraum	
Umkleideraum	
Behindertengerechte Toilette	
Lageraum für Sterilgut bzw. Dialyseverbrauchsmaterial	
Lageraum für Konzentrate und Flüssigkeiten	
Lagerbereich mit Kühlschrank für thermosensible Medikamente	
Raum oder Fläche für patientennahe Labordiagnostik	
Technikraum für Sofortreparaturen	
Geräteraum	
Raum für Speisenzubereitung oder Vorbereitung der Verteilung	
Reiner Pflegearbeitsraum, getrennter Lageraum für reine und Schmutzwäsche	
Unreiner Pflegearbeitsraum (Fäkalienaspüle)	
Abfallraum	
Putzmittelraum	
Raum für Wasseraufbereitung	
Gesamtpunktzahl QZ4	50 Punkte

Tab. 6: Qualitätsziel 4 in der ambulanten Dialyse: Baulich-funktionelle Voraussetzungen

und alle sechs ambulante Dialysezentren unterzogen. In Abbildung 2 sind alle in den drei Kreisen vorhandenen Einrichtungen denjenigen gegenübergestellt, die an der Projektphase 1 teilgenommen haben bzw. welche die Zertifizierung erfolgreich absolvierten.

Gründe für die an dem Prozess teilnehmenden Einrichtungen sich der Zertifizierung nicht zu stellen, waren im Bereich der Alten- und Pflegeheime in erster Linie interne Probleme, wie z. B. Wechsel der Einrichtungs-

oder Pflegedienstleitung, bei den ambulanten Pflegediensten der Personalmangel mit fehlenden freien Valenzen für die Zertifizierungsvorbereitungen.

Bis auf ein Altenheim haben alle Einrichtungen, die an der Zertifizierung teilgenommen haben, das Verfahren erfolgreich beendet. Der Wissensstand des Pflegepersonals war in allen Einrichtungen, welche das Qualitätssiegel erhalten haben, gut bis sehr gut. Sie hatten sich intensiv auf die Befragung seitens des Prüfungsteams

anhand der Schulungsunterlagen vorbereitet, sodass wir kaum Wissenslücken feststellen konnten.

In den Krankenhäusern zeigte sich jedoch unter den ärztlichen Mitarbeitern/-innen eine große Varianz im Kenntnisstand über MRE und Hygiene. Es traten bei einigen ärztlichen Kollegen deutliche Wissenslücken zu Tage.

Im Bereich der Reinigung stellten wir in allen Institutionsgruppen einen deutlichen Unterschied zwischen hauseigenen Reinigungsdiensten und fremdvergebener Reinigung fest. Die hauseigene Reinigung war in der Regel gut bis sehr gut. Bei der Vergabe der Reinigung an externe Anbieter zeigten sich deutliche Unterschiede. Es fanden sich hier gute Ergebnisse, aber auch Defizite beim Zustand der Aufbewahrungsräume, der Reinigungswagen, bei der Wäscheaufbereitung und beim Wissensstand der Reinigungskräfte.

Im Rahmen der Abschlussbesprechungen wurde vom Prüfungsteam darauf hingewiesen, dass auch bei einer Vergabe der Krankenhausreinigung an externe Anbieter die Verantwortung für eine sachgerechte Reinigung im Bereich der Krankenhausleitung verbleibt.

Baulich-funktionell waren in einigen Einrichtungen insbesondere die Ausstattung der Handwaschplätze (fehlender Armhebel, bestehender Überlauf, Wasserstrahl direkt auf den Siphon gerichtet) und die nicht ausreichende Ausstattung mit Händedesinfektionsspendern zu bemängeln.

Infolge der kontinuierlichen Zusammenarbeit über ein Jahr in Form von mehreren Arbeitsgruppensitzungen, den Inhouseschulungen, des regelmäßigen telefonischen Kontaktes während der Endphase der Zertifizierung und aufgrund der Begehungen wurden von den Einrichtungen kontinuierlich sowohl die strukturellen Gegebenheiten als auch die funktionellen Abläufe optimiert. Hier liegt unserer Ansicht nach mit der größte

Benefit des Zertifizierungsprojektes.

6. Fazit und Ausblick

Das dargestellte Projekt institutionsübergreifend die Standards, Hygienepläne und Schulungsunterlagen gemeinsam mit den Einrichtungen zu entwickeln, die Durchführung der Schulungen vom Netzwerk überwiegend in Form von Inhouse-Veranstaltungen, Überprüfung des Wissenstandes der Beschäftigten, der praktischen Umsetzung der erarbeiteten Standards und der baulich-funktionellen Gegebenheiten durch ein kompetentes Team im Rahmen einer Begehung und die Erstellung einer Homepage mit einer ausführlichen Fragen-Antworten-Sammlung ist unseres Erachtens in der Lage, den Standard im Umgang mit MRE besiedelten bzw. infizierten Patienten/Bewohnern im gesamten Gesundheitswesen deutlich anzuheben und somit der zunehmenden Antibiotika-Resistenzentwicklung und -verbreitung entgegenzuwirken.

Im niedergelassenen Bereich bestand kein großes Interesse an einer Teilnahme an dem Projekt, sodass wir nach der Schulung von etwas über 100 Arzthelferinnen in diesem Bereich das Projekt zunächst aussetzten. Da aber ca. 85% der in Deutschland verordneten Antibiotika im ambulanten Bereich verschrieben werden, kann das Ziel, der Entstehung von Antibiotikaresistenzen entgegenzuwirken nur erreicht werden, wenn die

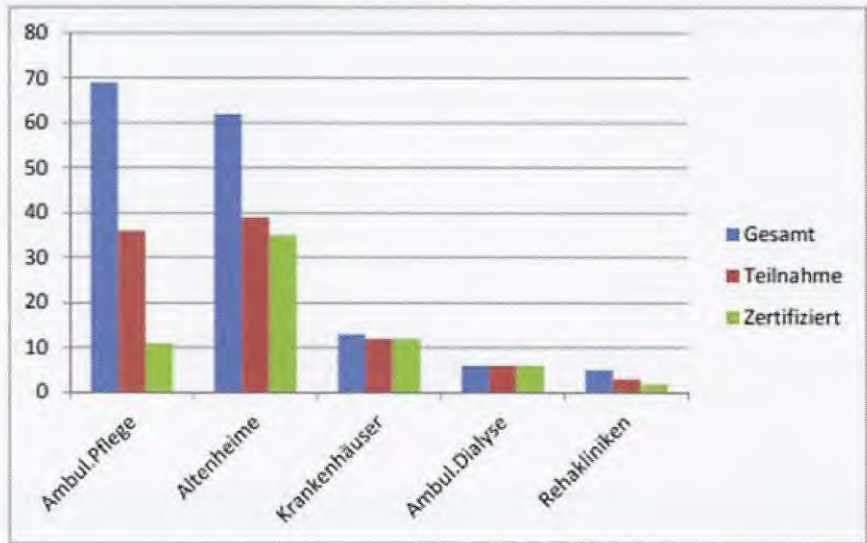


Abb. 2: Verhältnis Gesamtzahl/Teilnahme an Projektphase 1/erfolgreiche Zertifizierung niedergelassenen Ärzte in die Maßnahmen miteinbezogen werden.

In Anlehnung an das 2016 von der Charité entwickelte RAI-Projekt (rationaler Antibiotikaeinsatz durch Information und Kommunikation bieten wir deshalb in den regionalen Ärztequalitätszirkeln und/oder Ärztenetzen folgende Präsentationen an: „Umgang mit MRE in der niedergelassenen Arztpraxis“ und „Rationale Antibiotikatherapie im hausärztlichen Bereich unter dem Aspekt der zunehmenden Resistenzentwicklung“. Die ersten durchgeführten Veranstaltungen fanden eine sehr positive Resonanz.

Im Rahmen einer Arbeitsgruppensitzung Rettungsdienste wurde die Präsentation „MRE im Rettungsdienst-Schnittstelle zwischen stationärer Isolierung und ambulanter Teilnahme

am Gemeinschaftsleben“ den Leitern der Rettungsleitstellen vorgestellt und als Fortbildung für Rettungsassistenten angeboten.

*Dr. Wolfgang Dörwaldt – Susanne Buchen

Gesundheitsamt des Kreises Altenkirchen,
MRE-Netzwerk der Landkreise
AltenkirchenWesterwald-Rhein-Lahn

**Brigitte Heinz

Gesundheitsamt des Westerwaldkreises,
MRE-Netzwerk der Landkreise
AltenkirchenWesterwald-Rhein-Lahn

***Jürgen Möckel

Gesundheitsamt des Rhein-Lahn-Kreises,
MRE Netzwerk der Landkreise
AltenkirchenWesterwald-Rhein-Lahn