



## Endbericht

*(In den 3 euregionalen Sprachen einreichen und durch den offiziellen Vertreter jedes Partners, der im Antragsformular erwähnt wurde, unterzeichnen lassen)*

### 1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN :

**Projekttitel :** EurSafety Health-net EMR (euprevent-MRSA-Projekt) – Euregionales Netzwerk für Patientensicherheit und Infektionsschutz in der Euregio Maas Rhein

**Projektnummer :** EMR.INT 4-3.1-2008-09/025

**Dauer des Projekts :** 01.07.2009 – 30.06.2012

**Leadpartner :**

- **Institution :** Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg
- **Ansprechpartner :** Dr. med. Karl-Heinz Feldhoff

### Projektpartner

Institution	Offizieller Vertreter
<b>RWTH/Uniklinik Aachen – Institut für Hygiene und Umweltmedizin</b>	<b>Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Dott</b>
<b>RWTH/Uniklinik Aachen – Zentralbereich für Krankenhaushygiene und Infektiologie (ZfKI)</b>	<b>Prof. Dr. med. Sebastian Lemmen</b>
<b>Gesundheitsamt des Kreises Düren</b>	<b>Dr. med. Norbert Schnitzler</b>
<b>Gesundheitsamt der Städteregion Aachen</b> Anm.: Die im Projektantrag benannten Projektpartner 5 (Gesundheitsamt des Kreises Aachen) und 6 (Gesundheitsamt der Stadt Aachen) wurden im Laufe der Projektzeit zusammengelegt.	<b>Dr. med. Hubert Plum</b>
<b>Gesundheitsamt des Kreises Euskirchen</b>	<b>Dr. med. Bernhard Ziemer</b>

<b>Academisch Ziekenhuis Maastricht (aZM)</b>	<b>Prof. Dr. med. Paul Savelkoul</b>
<b>GGD Zuid Limburg</b>	<b>Dr. A.M.P.M. Fons Bovens</b>
<b>Université de Liège</b>	<b>Hr. Bernard Rentier</b>
<b>St. Nikolaus Krankenhaus Eupen</b>	<b>Hr. David Havenith vormals : Hr. Willi Heuschen</b>
<b>Öffentliches Sozialhilfezentrum Eupen</b>	<b>Hr. Elmar Krings</b>
<b>Provincie Limburg (B) – 2de directie Welzijn Hasselt</b>	<b>Hr. Frank Smeets Vormals : Frau E.Thijs</b>
<b>Landesuntersuchungsamt Rheinland-Pfalz</b>	<b>Dr. med. Manfred Vogt</b>

## **2. REALISIERUNG DES PROJEKTS**

### **Grenzüberschreitende Problematik, die durch dieses Projekt behandelt wurde und beigetragene Lösungen**

Eine der Schlüsselprioritäten der Europäischen Union ist es, den EU-Bürgern eine reelle Mobilität im Hinblick auf deren Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Europäische Patientenmobilität und grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung sind direkt miteinander verbunden. Die Direktiven der Europäischen Kommission und Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes der vergangenen Jahre unterstreichen die Bedeutung dieser euregionalen Gesundheitsversorgung (siehe auch die Richtlinie 2011/24/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung). In den vergangenen Jahren stellten Probleme in der Patientensicherheit und des Infektionsschutzes wesentliche Ursachen für die Behinderung der Mobilität der Bürgerinnen und Bürger der Euregio Maas Rhein (EMR) dar. Hierbei kommt der Verbreitung von sog. multiresistenten Erregern eine besondere Bedeutung zu. Weltweit stellt die Zunahme an Multiresistenzen bzw. Antibiotikaresistenzen die verschiedenen Gesundheitssysteme vor große Herausforderungen. Für die grenzüberschreitende medizinisch-pflegerische Versorgung der Bevölkerung der EMR ergaben sich daraus folgende Problemstellungen: In Anbetracht der höheren MRSA-Raten auf deutscher Seite werden deutsche Bürger/-innen, wenn sie sich in einem niederländischen Krankenhaus behandeln lassen wollen, zunächst bis zur Abklärung bez. einer Besiedlung mit einem multiresistenten Keim isoliert. Dies gilt ebenso für belgische Bürger/-innen. Demgegenüber birgt eine Behandlung in einem deutschen Krankenhaus für Patienten/-innen aus den Niederlanden ein erhöhtes Risiko, mit einem derartigen Krankheitserreger besiedelt zu werden, was deren Krankenhausaufenthalt signifikant verlängert.

Die Bekämpfung der Entstehung und Verbreitung von sog. multiresistenten Keimen war und ist zudem durch die Auswirkungen aus gesundheitsökonomischer Sicht geboten. Die Besiedlung mit derartigen Krankheitskeimen führt in den Krankenhäusern zu einer signifikanten Verlängerung der Liegedauer von bis zu 12 Tagen (Cosgrove et al. 2003 Clin Infect Dis; 36:53-9) und zu einer Erhöhung der Therapiekosten. Im Falle von Infektionen durch den MRSA-Erreger werden Mehrkosten zwischen 6.000,- € bis 20.000,- € pro Patient/-in beschrieben (Engemann et al. 2003 Clin Infect Dis; 36: 592-8, Wernitz et al. 2005 Clin Microbiol Infect; 11: 466-71). Abgesehen von den eben dargestellten wirtschaftlichen Auswirkungen auf die jeweiligen Gesundheitssysteme, kommt es bei behandlungsassoziierten MRSA-Infektionen zu einem Verlust von Arbeitstagen durch Verlängerung der Liegedauer von durchschnittlich 8,5 Tagen (Cosgrove et al. 2003).

Da die sog. primären Hindernisse, wie beispielsweise die Unterschiede zwischen den beteiligten Gesundheitssystemen sowie unterschiedlicher Finanzierungs- und Sozialversicherungssysteme, durch gegenseitige Abkommen überwunden wurden, bestand der nächste logische Schritt in der Verbesserung der grenzüberschreitenden Versorgungsqualität und Patientensicherheit im Hinblick auf den Erwerb und die Verbreitung von nosokomialen Infektionen. Dies bedeutete konkret, im Rahmen von EurSafety Health-net EMR ein Projekt im niederländisch-belgischen-deutschen Grenzgebiet zu etablieren, dessen Aktivitäten die Patienten bzw. Bürger vor Infektionsgefahren schützen kann.

Im Sinne des medizinischen Grundsatzes „Primum non nocere“ bestand das Hauptziel des Projektes in der Verbesserung der Patientensicherheit als höchstes Gut der grenzüberschreitenden medizinisch-pflegerischen Versorgung. Bezogen auf das Thema „Infektionsschutz“ bedeutete dies, mittels gemeinsam erarbeiteter und grenzüberschreitend umgesetzter Aktivitäten, die Verbreitung sowie die Entstehung von multiresistenten Krankheitserregern zu bekämpfen, um somit die Patientensicherheit und die Patientenmobilität zu gewährleisten.

Aus den bereits weltweit gemachten Erfahrungen und wissenschaftlichen Erkenntnissen bezüglich dieses Themas war sehr schnell klar, dass sich das Projekt auf mind.

zwei Kernaspekte fokussieren musste: die Einhaltung und Umsetzung der sog. Standard-Hygienemaßnahmen sowie die Einführung eines sog. euregionalen Antibiotic Stewardships, d.h. eines gemeinsamen, grenzüberschreitenden rationalen Antibiotika-Einsatzes im stationären (Krankenhaus/Altenheim)-Bereich.

Grundvoraussetzung für die Erreichung der benannten Ziele ist das Zusammenspiel aller Akteure im Gesundheitswesen. Daraus ergab sich die primäre Zielsetzung der Netzwerkbildung sowohl auf euregionaler als auch auf regionaler Ebene. Obwohl der Fokus bei der Bekämpfung der multiresistenten Erreger zunächst primär auf den Krankenhäusern lag, war von Anfang an im besten systemischen Sinne klar, dass eine Intervention in einem Subsystem Auswirkungen auf das gesamte System haben würde. D.h. die Netzwerke mussten alle am Gesundheitswesen Beteiligten miteinbeziehen. Im konkreten Projekt hieß das, dass neben den Krankenhäusern auch die Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulante Pflegedienste, niedergelassene Ärzte/-innen sowie Versicherungsträger und politische Entscheidungsträger involviert wurden. Da Wahrnehmung immer auch einen oder mehrere „blinde Flecke“ beinhaltet, stellte sich im Verlauf dieses Projektes heraus, dass man die etablierten Netzwerke im Sinne der Anschlussfähigkeit auch weiter denken musste. So erhielten einige Projektpartner Anfragen aus heilpädagogischen Einrichtungen bezüglich des Umgangs mit multiresistenten Erregern. Dies ist insofern nachvollziehbar, als bei Menschen mit schwerwiegender Mehrfachbehinderung Krankenhausaufenthalte mitunter häufig vorkommen und somit auch ein höheres Risiko der Keimbesiedelung besteht. Ein weiteres Beispiel ist die Einbeziehung der Justiz. Auf deutscher Seite hatten im Kreis Euskirchen zwei Amtsrichterinnen des Amtsgerichts Euskirchen ein hohes Interesse an der Netzwerkteilnahme, was im Übrigen auch speziell von den Vertretern/-innen der stationären Altenhilfe gewünscht wurde. Dort wurde dann u.a. die Frage diskutiert, ab wann die Isolierung eines Bewohners als Freiheitsberaubung zu werten sei. Die Beispiele ließen sich noch beliebig fortsetzen und zeigen die Lernfähigkeit der Netzwerke, die innerhalb der Projektlaufzeit etabliert wurden. Insgesamt wurden während der Projektlaufzeit fünf neue Netzwerke in Deutschland, sieben neue Netzwerke in Belgisch Limburg und ein euregionales MRE-Netzwerk errichtet. Im niederländischen Bereich, bereits seit einigen Jahren bestehendes Netzwerk, wurde eine Verstärkung erreicht.

Auf der Basis dieser euregional und regional etablierten MRSA-, später MRE-Netzwerke war die Erreichbarkeit der Akteure gewährleistet, so dass damit begonnen wurde, Fortbildungskampagnen zu planen und umzusetzen. Neben dem Vermitteln der pathophysiologischen Kenntnisse lag ein Schwerpunkt auf der Vermittlung der sog. Standardhygienemaßnahmen (= Basishygienemaßnahmen) mit Fokus auf der Händehygiene als evidenz-basierter Gold-Standard (Quelle: Scheithauer et al. – Händehygiene – einfach, aber nicht trivial, Krankenhaushygiene up2date 5, 2010, S. 81-92). Im Rahmen dieser edukativen Aktivitäten wurden von den teilnehmenden Einrichtungen auch Aktionstage zum Thema Händedesinfektion mehrfach durchgeführt sowie mehrere Öffentlichkeitskampagnen, um neben dem Fachpersonal auch die Bürgerinnen und Bürger zu informieren.

Ein weiterer wichtiger Gedanke im Rahmen der grenzüberschreitenden Netzwerkarbeit bestand und besteht im Austausch sog. „Best Practices“ mit dem Zweck der Harmonisierung der unterschiedlichen Vorgehensweisen. Zu diesem Zweck wurden im Laufe des Projektes mehrere, von der Stiftung euPrevent EMR und den Partnern organisierte Fachkongresse umgesetzt, zu denen auch Bürger/-innen der EMR sowie Patientenvertreter/-innen eingeladen waren. Auf diesen Veranstaltungen wurden euregional gültige Vorgehensweisen bei der Bekämpfung der multiresistenten Erreger vereinbart. Diese Art der Einbindung von Bürgerinteressen kann als ein Novum in der EMR angesehen werden, da es auch ein implizites Ziel war, therapeutisch Tätige und Patienten/-innen auf Augenhöhe kommunizieren zu lassen, um somit den Bürger/-innen der EMR die Möglichkeit zu geben, die Gesundheitsversorgung aktiv mitzugestalten.

Im Zusammenspiel mit den nördlich gelegenen Euregios im Rahmen des EurSafety Health-net Projektes wurde als eine weitere wichtige und, wie sich herausstellen sollte, sehr effiziente Maßnahme das Qualitätssiegel-Konzept entwickelt. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, lag der Hauptfokus zunächst auf den Krankenhäusern. Dies spiegelte sich auch bei der Entwicklung der Qualitätssiegel wieder. Inhalt waren

jeweils 10 Qualitätsziele mit dort benannten Kriterien, die von den teilnehmenden Häusern in allen Teilregionen erfüllt werden mussten. Im Rahmen eines Audit-Verfahrens wurden die jeweiligen Häuser anhand der Kriterien überprüft und bewertet. Die Auditoren waren auf deutscher Seite Amtsärzte/-innen aus den beteiligten Gesundheitsämtern, auf niederländischer Seite und belgischer Seite Lehrstuhlinhaber der beteiligten Universitätsklinik. Dabei wurden die deutschen Krankenhäuser eines Kreises jeweils von einem Amtsarzt eines benachbarten Kreises begutachtet. Dank des großen Engagements der Krankenhäuser und des daraus resultierenden Erfolges dieser Maßnahme meldeten auch andere Bereiche aus dem Gesundheitssystem ihr Interesse an diesem Verfahren an. So wurden in der Projektlaufzeit erste Qualitätssiegel für Altenpflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen entwickelt und umgesetzt. Ein Siegel für ambulante Pflegeeinrichtungen wurde während des Projektes grundlegend konzipiert.

Der Erfolg dieser Maßnahme lag u.a. darin begründet, dass die beteiligten Einrichtungen mit dem erworbenen Siegel ihren Patienten/Bewohnern und deren Angehörigen signalisieren konnten: in dieser Einrichtung werden die notwendigen Maßnahmen des Infektionsschutzes eingehalten und umgesetzt, was wiederum der Patientensicherheit sowie der Lebensqualität der Bürger/-innen der EMR zugutekommt. Damit konnte auch das Image der jeweiligen Institutionen im Rahmen der öffentlichen Rezeption deutlich gestärkt werden.

Neben diesen soeben beschriebenen Projektaktivitäten war es auch ein Anliegen des euPrevent-MRSA-Projektes, die Kenntnisse bezüglich dieser Krankheitserreger sowie die Möglichkeiten zu deren Erfassung zu optimieren. Zudem gaben die erhobenen Daten einen Überblick über die Verteilung von bestimmten Krankheitserregern in der EMR. Die daraus gewonnenen Daten dienten der weiteren Entwicklung u.a. von Behandlungsstrategien im Umgang mit multiresistenten Erregern.

### **Allgemeine Zielsetzungen, die im Antragsformular vorgesehen sind**

#### **Hauptziel:**

Wie bereits im vorigen Abschnitt erwähnt, bestand das Hauptziel des EurSafety Health-net EMR Projektes (euPrevent-MRSA-Projekt) in der Gewährleistung und Optimierung der Patientensicherheit im Hinblick auf den Infektionsschutz der Bürger/-innen der EMR. Die Patientensicherheit ist Grundbedingung ärztlichen und pflegerischen Handelns und stellt damit die Grundvoraussetzung für die von der Europäischen Union als Schlüsselpriorität bezeichnete Patientenmobilität dar.

Im Hinblick auf den Infektionsschutz stellt der Umgang mit sog. multiresistenten bzw. antibiotikaresistenten Krankheitserregern eine besondere Herausforderung dar. Auf der Basis der Erfahrungen des von Herrn Prof. Dr. med. Alexander Friedrich geleiteten EUREGIO MRSA-net-Projektes im Bereich Gronau/Enschede war die Etablierung eines Projektes, welches den gesamten deutsch-niederländisch-belgischen Grenzverlauf umfasste, eine logische und notwendige Konsequenz.

In fünf sog. Aktionsfeldern wurden in der Euregio Maas Rhein folgende Teilziele angestrebt:

#### **Teilziel 1:**

Bildung tragfähiger Netzwerke zwischen den Akteuren der verschiedenen Ebenen (Krankenhäuser, Senioreneinrichtungen, ambulanten Diensten, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Versicherungsträgern) mit Qualitätsnetzverbund, euregionaler Fort- und Weiterbildung der Akteure im Gesundheitswesen, Informationsforen für Medien und Bürgerinnen und Bürger, Öffentlichkeitskampagnen (z.B. Tage der Händehygiene etc.), Internetplattform (assoziiert mit Euregio Gronau/Enschede).

### **Teilziel 2:**

Die Erfassung von antibiotikaresistenten Mikroorganismen *sowie komplementär den Antibiotikaverbrauch* in stationären und ambulanten Einrichtungen in der EMR.

### **Teilziel 3:**

Die molekulare Epidemiologie von antibiotikaresistenten Mikroorganismen und deren Typisierung anhand abgestimmter Vergleichsmethoden.

### **Teilziel 4:**

Die Erfassung behandlungsassoziierter Infektionen außerhalb von Krankenhäusern und deren Behandlungsstrategien.

### **Teilziel 5:**

Die Etablierung eines euregionalen Surveillance-Systems zur Erfassung nosokomialer Infektionen (Eu-Niss).

Das in der EMR eingereichte Projekt war mit diesen oben genannten fünf Zielen eigenständiger Teil eines entlang der ganzen deutsch-niederländisch-belgischen Grenze unter Einbezug von Niedersachsen im Norden und Rheinland-Pfalz (Kreise Bitburg-Prüm und Vulkaneifel) im Süden umgesetzten Projektes zur Erhöhung der Patientensicherheit und zum Infektionsschutz und bearbeitete eigene und selbstständige, zum Gesamtprojekt EurSafety Health-net gehörenden Inhalte, die bei Abschluss im Sinne der Nachhaltigkeit einen wichtigen Beitrag zum Verschwinden von Hindernissen in der grenzüberschreitenden Versorgung geleistet hat.

Vom Projekt betroffene **Zielgruppen** waren:

- Patienten und Öffentlichkeit,
- Angehörige von Gesundheitsberufen,
- Gesundheitsversorger (Krankenhäuser, Universitäten, Forschungseinrichtungen, medizinische Labore),
- Gesundheitsorganisationen und Berufsverbände,
- Regionale und lokale Gesundheitsdienstleister/Behörden (z.B. stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen, Seniorenheime, ambulante Dienste, Krankentransporteinrichtungen, Gesundheitsämter, GGDen),
- Hausarztverbände, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Ärztekammer Nordrhein,
- Kranken- und Rentenversicherungen,
- Patientenorganisationen und -verbände (z.B. EPECS, Self-help EMR),
- Projektleiter, Projektkoordinatoren, Kooperationspartner, Aktionsfeld-Leiter in der EMR

## **Detaillierte Beschreibung der Verwirklichung des Projekts hinsichtlich der allgemeinen Zielsetzungen**

Die detaillierte Beschreibung der Verwirklichung der oben genannten Zielsetzungen im Rahmen des EurSafet Health-net EMR Projektes erfolgt in den nun folgenden Abschnitten. Kernaktivität war dabei die Schaffung euregionaler und regionaler MRSA-Netzwerke, später aufgrund der medizinischen Entwicklung in MRE-Netzwerke umbenannt, welche die Umsetzung weiterer Maßnahmen ermöglichte. Auf der Basis dieser Zusammenschlüsse konnten alle weiteren, in den Teilzielen formulierten Kriterien umgesetzt werden.

### **AKTION N°1 : (Koordination des Gesamtprojektes)**

**Beginndatum der Aktion: 01.07.2009**

**Enddatum der Aktion: 30.06.2012**

#### **Beschreibung der verwirklichten Aktion:**

##### **1. Einleitung**

Die Gesamtkoordination des Projektes wurde durch das Gesundheitsamt des Kreises Heinsberg durchgeführt. Es erfolgte zu Beginn der Projektlaufzeit die Etablierung einer Steuergruppe, in der alle relevanten administrativen und steuernden inhaltlichen Aktivitäten bearbeitet und erfasst wurden. In den jeweiligen den Workpackages zugeordneten Arbeitsgruppen wurden die einzelnen Ziele des Projektes bearbeitet und umgesetzt. Über die Gesamtkoordination erfolgte auch die Rückkoppelung mit der EMR – Interregbüro – und den beteiligten Ministerien und Provinzen auf deutscher und belgischer Seite, auf niederländischer Seite mit dem RIVM und der Provinz Limburg sowie der euregionalen strategischen Begleitgruppe Gesundheit der EMR, wo neben der COMAC – Gruppeninformation die jeweiligen Projektfortschritte kommuniziert wurden. Es sollte projektbegleitend wegen des hohen Stellenwertes der Patientensicherheit die laufende Information dazu beitragen, die Projektfortschritte in die interessierte politische Öffentlichkeit zu tragen.

##### **2. Methoden und beteiligte Institutionen**

Es wurde die Methode der Partizipation aller Beteiligten sowie die Netzwerkbildung eingesetzt. Beteiligt waren die Projektpartner, die politischen Gremien der EMR und der örtlichen Gremien sowie die Steuergruppe des Projektes der nördlichen Euregios zum Projekt Eursafety-Helth-net. Durch Mitgliedschaft des Leadpartner Kreis Heinsberg in der Steuergruppe in Enschede/Gronau war eine enge Kooperation sichergestellt.

##### **3. Ergebnis**

Durch die Anwendung der Netzwerkbildung und der Partizipation konnten zu allen Zeitpunkten des Projektes eine enge Verzahnung und weitere Fortschritte erzielt werden. Schwierigkeiten gab es mit den hohen Anforderungen an die Administration und sich mehrfach veränderten Bedingungen an die Einreichung von Unterlagen und Formularen seit Projektbeginn. Dennoch muss eine zufriedenstellende Bewältigung der Anforderungen berichtet werden, wenn auch zum Zeitpunkt der End-Abfassung dieses Berichtes noch nicht alle formalen Anforderungen als erledigt angesehen werden können.

## **AKTION N°2 : (Aufbau eines Qualitätsnetzwerkes in der EMR)**

**Beginndatum der Aktion: 01.07.2009**

**Enddatum der Aktion: 30.06.2012**

**Beschreibung der verwirklichten Aktion:**

### **1) Einleitung**

Ein Kernstück des EurSafety Health-net EMR (euPrevent MRSA) Projektes war die Schaffung eines grenzüberschreitenden Netzwerkes in der EMR zwischen den öffentlichen Gesundheitsdiensten, den Krankenhäusern, den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, den Rettungsdiensten, den niedergelassenen Ärzten, den untersuchenden Laboren diesseits und jenseits der Grenze sowie den Leistungserbringern im Hinblick auf die Vorbeugung gegen und Versorgung von Patienten mit multiresistenten Erregern. Dazu wurden Netzwerke mit unterschiedlichen Akteuren in den einzelnen Regionen und grenzübergreifend eingerichtet. Das Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit der Universität Bonn und das Land Rheinland-Pfalz nehmen als extraeuregionale Partner teil.

### **2) Methoden / teilnehmende Institutionen**

Zunächst mussten die für eine Netzwerkbildung relevanten Partner und Gruppen definiert und die Organisationsstruktur festgelegt werden. Es sollten Netzwerkstrukturen auf Kreisebene, d. h. auf der Ebene eines zuständigen Gesundheitsamtes (auf deutscher Seite), auf Provinzebene (Belgien), sowie im Einzugsgebiet eines GGD (Niederlande) gebildet werden. Jedem dieser Teilregionen war eine MRSA-Koordinierungsstelle zugeordnet. Diese Koordinatoren wiederum trafen sich regelmäßig zu Koordinatorentreffen, teilweise nur regional, teilweise euregional. Koordiniert wurde die Netzwerkbildung vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin des Universitätsklinikums Aachen unter der Leitung von Prof. Dr. rer. nat. W. Dott.

Es wurden gemeinsam wichtige Institutionen /Gruppen festgelegt, die unbedingt an der Netzwerkbildung beteiligt werden sollten. Da sind in erster Linie die Krankenhäuser, aber auch die Alten- und Pflegeheime und die Rettungsdienste zu nennen. Eine weitere wichtige Gruppe waren die niedergelassenen Ärzte, bzw. deren Vertretungen, z. B. kassenärztliche Vereinigungen (auf deutscher Seite). Die verschiedenen wichtigen Gruppen wurden in Netzwerken organisiert, je nach Größe des Kreises teilweise interdisziplinär, von denen regelmäßige Treffen ausgingen.

### **3) Ergebnis**

Das Gestalten der Netzwerke gestaltete sich am Anfang vor allem in Deutschland recht schwierig, da die Vorbehalte gegenüber den anderen Gruppen im Gesundheitswesen (Krankenhäuser vs. Niedergelassenen, Krankenhäuser vs. Gesundheitsamt, usw.) sehr groß waren. In den Niederlanden und in Belgien waren diese Anfangsprobleme geringer, zum einen wegen der insbesondere in den Niederlanden schon vorhandenen Erfahrungen und auf der belgischen Seite schon vorhandenen Netzwerkes unter universitärer Leitung und zum anderen aufgrund der unterschiedlichen Struktur des Gesundheitssystems.

Schon nach kurzer Zeit konnten in allen Teilregionen regionale Runde Tische etabliert werden. In einigen Teilregionen wurden Runde Tische für einzelne Institutionen geschaffen, z.B. Runder Tisch der Krankenhäuser, Runder Tisch der Alten – und Pflegeeinrichtungen, teilweise, vor allem bei kleineren Teilregionen, wurden sehr früh auch interdisziplinäre Runde Tische eingerichtet. In größeren Teilregionen können diese interdisziplinären Runden Tische nur mit Vertretern aus den jeweiligen Gruppen gebildet werden, um die Zahl der Mitglieder für ein handlungsfähiges Gremium nicht zu überschreiten. Im Sinne der Nachhaltigkeit wurde bereits bei der Etablierung des Netzwerkes darauf geachtet, dass die Strukturen auch nach dem Wegfall der Koordinatoren erhalten bleiben können.

Die MRSA-Koordinatoren der Netzwerke trafen sich regelmäßig auf regionaler und euregionaler Ebene. Dabei wurde das gemeinsame Vorgehen bei Kampagnen, bei dem Erarbeiten von Standards usw. besprochen. Dabei erwies sich der grenzüberschreitende Austausch mit dem damit verbundenen inhaltlichen Input als großer Vorteil für die Projektarbeit.

Im Laufe des Projektes wurde deutlich, dass vor allem die Krankenhäuser sehr an einem Krankenhaussiegel als äußeres Zeichen eines einheitlichen Vorgehens bei der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. In Weiterentwicklung des Krankenhaussiegels der nördlichen Netzwerkregion EurSafetyHealthNet hat der wissenschaftliche Beirat des EurSafety-Health-net EMR Projektes ein euregionales Krankenhaussiegel erstellt.

Vor allem die Punkte QZ8 - QZ10 (Qz8:Präventionsmaßnahmen „Händehygiene“, QZ9: Implementierung eines Antibiotikamanagements, QZ10: Sicherstellung der Strukturqualität) sind neu entwickelt worden und spiegeln die Bedeutung dieser Punkte in der modernen Krankenhaushygiene, aber auch in der neuen deutschen Hygienegesetzgebung wieder. Gerade diese Punkte zeigten aber auch wie befruchtend die grenzüberschreitende Zusammenarbeit und der Vergleich mit anderen Ländern in der Euregio, z.B. im Hinblick auf das Antibiotikamanagement oder die Strukturqualität (Ausstattung mit Hygienepersonal, Pflegeschlüssel etc.) sein kann. Es folgte die Vorstellung des Siegels in allen drei Teilregionen auf regionaler Ebene in zu diesem Zeitpunkt bereits gut etablierten Runden Tischen. Gemeinsam mit der Euregionale Akademie für Patientensicherheit und Infektionsschutz (Süd) wurde eine Auditorenschulung entwickelt und die Auditoren der verschiedenen Gesundheitsämter geschult. Im März 2012 konnten 24 Siegel (22 deutsche Krankenhäuser, ein belgisches Krankenhaus, ein niederländisches Krankenhaus) in einer festlichen euregionalen Veranstaltung in Aachen überreicht werden.

Gemeinsam mit EurSafetyHealthNet wurde auch ein euregionales Siegel für Altenheime entwickelt. Die Vergabe des offiziellen Siegels in den stationären Pflegeeinrichtungen erfolgte in den meisten deutschen Teilregionen im Herbst 2012, in den Niederlanden und in Belgien erfolgte diese Implementierung bereits im Frühjahr 2012.

#### **4) Indikatoren**

- 5 neue Netzwerke in Deutschland: Städteregion Aachen, Kreis Düren, Kreis Heinsberg, Kreis Euskirchen, Kreis Vulkaneifel
- 7 neue Netzwerke in Belgisch Limburg um „woonzorgcentra“
- 1 euregionales Netzwerk zur Infektionsprävention
- involvierte Institutionen: ca. 30 Krankenhäuser, 100 Altenpflegeeinrichtungen, Rettungsdienste der beteiligten Gebietskörperschaften, niedergelassene Ärzte, 5 Patientenorganisationen (EPECS, DPWV(Region Aachen), Huis voor de Zorg(NL); indirect Vlaams Patienten belang(Flandern), Patienten Rat und Treff (Ostbelgien)
- 10 grenzüberschreitende Kooperationen im Gesundheitswesen:  
EDUCAP (Gemeinsame Fortbildungsakademie von MINC (NL), VINC (BE), Akademie Süd (D) und KH Limburg), Kooperationen zwischen Krankenhäusern (NL-D-B), drei Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Altenheimen (NL-D, NL-B (Flandern), NL-B (Wallonie), euregionales Netzwerk zwischen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens

#### **5) Zusammenfassung**

Mit Hilfe dieses Arbeitspaketes ist es gelungen, die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen nicht nur regional, sondern auch euregional zusammenzubringen, Vorurteile abzubauen und Wissen auszutauschen. Es sind Netzwerke auf regionaler und euregionaler Ebene mit den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem gegründet worden. Mit dem euregionalen Krankenhaussiegel für Hygiene und Infektionsschutz ist ein großes Ziel, die Vernetzung und langfristige Qualitätssicherung in diesem Projekt zu erreichen, umgesetzt worden. Durch die Etablierung des Siegels auch im Altenpflegebereich (stationäre Pflege), die in den NL und Belgien noch während der Projektlaufzeit erfolgen konnte, wurde im Herbst 2012 auch eine

zertifizierte Netzwerk- und Qualitätsbildung unter diesen Institutionen mit Erfüllung euregionaler vereinbarter Qualitätsziele erreicht.

## **AKTION N°3 : (Überwachung von antibiotikaresistenten Mikroorganismen)**

### **Beginndatum der Aktion:**

### **Enddatum der Aktion:**

### **Beschreibung der verwirklichten Aktion:**

## **Überwachung von antibiotikaresistenten Mikroorganismen**

### **1) Einleitung**

Die Unterschiede in der Prävalenz von antibiotikaresistenten Mikroorganismen innerhalb der Euregio Maas-Rhein, Belgien, Deutschland und Niederlande ist ein hinderlicher Faktor für Patienten bei ihrer Entscheidung, auf der anderen Seite der Grenze zum Arzt zu gehen oder sich in ein Krankenhaus einliefern zu lassen. Eine der Zielsetzungen des euPrevent-Projektes ist die Realisierung von „*free acces to health care facilities at both sites of the border*“.

Im Rahmen des 3. Arbeitspakets des euPrevent MSRA-Projektes soll die Prävalenz von antibiotikaresistenten Mikroorganismen in Krankenhäusern, Altersheimen und unter Patienten in der Euregio, die zum Hausarzt gehen, inventarisiert werden, so dass man nach einer Lösung für die Cross-Border-Problematik gesucht werden kann. Um die Resistenzproblematik für diese Region genau zu erfassen, müssen die drei Populationen untersucht werden. Untersucht wird der „gesunde“ Patient, der lediglich zum Hausarzt geht, die Bewohner von Altersheimen und Krankenhauspatienten. Zu den letzteren zählen Patienten, die relativ gesehen „gesund“ sind und nur vorübergehend auf der Ambulanz verweilen sowie Patienten, die auf der Intensivstation liegen.

### **2) Methoden / teilnehmende Institutionen**

#### **Krankenhäuser**

In allen drei Ländern der Euregio wurden Krankenhäuser zur Teilnahme aufgefordert.

\* In den Niederlanden handelte es sich um folgende Einrichtungen:

- Viecurie MC in Venlo,
- Atrium MC in Heerlen sowie
- MUMC in Maastricht.

\* In Belgien:

- AZ Vesalius in Tongeren,
- Jessa Krankenhaus in Hasselt sowie
- Centre Hospitalier Universitaire in Lüttich.

\* In Deutschland wurden die Isolate durch das Medizinische Versorgungszentrum Dr. Stein + Kollegen aus Mönchengladbach genommen. Dieses Zentrum kümmert sich um die Mikrobiologie von Gesundheitseinrichtungen, Hausärzten und Altersheimen im deutschen Teil der Euregio. Die Isolate wurden in den folgenden Krankenhäusern gesammelt:

- Hermann-Josef-Krankenhaus in Erkelenz,
- St. Antonius-Hospital in Eschweiler,
- St. Marien-Hospital in Düren sowie
- das Marienhospital in Aachen.

In jedem Krankenhaus wurden Bakterienisolate auf den Intensivstationen und der ambulanten Urologie gesammelt.

### **Hausärzte**

Die Hausärzte in den Niederlanden wurden aktiv von Mitgliedern der Projektgruppe kontaktiert. In Belgien (sowohl im flämischen als auch französischsprachigem Teil) wurden die Hausärzte durch den Hausarzt Dr. Bamelis sowie den Mikrobiologen des beteiligten Krankenhauses kontaktiert. In Deutschland erfolgte die Kontaktaufnahme über das oben genannte Medizinische Versorgungszentrum Dr. Stein + Kollegen sowie über Dr. Feldhoff, den Projektleiter.

### **Altersheime**

Um die niederländischen Altersheime zur Teilnahme zu motivieren, war ein längerer Weg nötig. Nach telefonischer und schriftlicher Kontaktaufnahme mit den Altersheimen wurde der Vorschlag zunächst dem Patientenrat und dem Management des jeweiligen Altersheims unterbreitet. Wenn beide Instanzen positiv auf den Vorschlag reagierten, wurde ein Termin vor Ort vereinbart. Ein Mitglied der Projektgruppe erläuterte dazu den genauen Ablaufplan und teilte den Bewohnern des Altersheims entsprechendes Informationsmaterial bzw. eine Einverständniserklärung aus. Proben wurden nur von Bewohnern entnommen, die die Einverständniserklärung unterzeichnet hatten.

In Belgien wurden die Altersheime, für deren Mikrobiologie das Jessa Krankenhaus verantwortlich ist, mit Hilfe von Herrn Magerman dazu aufgefordert, an der Studie teilzunehmen. Nachdem der Vorschlag von der Ethikkommission des Krankenhauses angenommen wurde, und die Pflegeärzte ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, ausgedrückt hatten, wurde der Aktionsplan in Gang gesetzt. Die Vorgehensweise war dabei vergleichbar mit der in den niederländischen Altersheimen.

In Deutschland wurden interessierte Altersheime vom Gesundheitsamt in Daun sowie von Herrn Grimm in der Region Euskirchen angeschrieben. Bei positiver Rückmeldung wurden Termine zur Probennahme vereinbart.

### **Proben(nahme)**

Die Probennahme der Hausarztpatienten und der Bewohner der Altersheime mittels Wattestäbchen erfolgte durch die Mitglieder der Projektgruppe. Die Urinproben hingegen wurden von den Hausärzten oder deren Personal bzw. durch das Pflegepersonal in den Altersheimen genommen.

### **Mikroorganismen**

Es wurden zwei Bakterienstämme untersucht: *Escherichia coli* und *Staphylococcus aureus*, diese repräsentieren gramnegative bzw. grampositive Bakterien.

Bei den Mikroorganismen handelte es sich um klinische Isolate der Krankenhauspopulation sowie um kommensale Bakterien der Hausarztpatienten bzw. der Bewohner der Altersheime. Um die letztgenannten Populationen auf kommensale Bakterien zu untersuchen, liegt darin begründet, dass ihre Infektionen meistens durch eigene Bakterien ausgelöst werden.

### **Antibiotika-Empfindlichkeit**

Die Antibiotika-Empfindlichkeit der isolierten Mikroorganismen wurde quantitativ mit der Microbroth-Verdünnung bestimmt. Für die Interpretation der MIC-Werte wurden die EUCAST-Kriterien herangezogen.

### **3) Ergebnisse**

#### ***Staphylococcus aureus***

Eine Übersicht über die Anzahl der Nasenproben sowie der isolierten Mikroorganismen kann der Tabelle 1 bzw. 2 entnommen werden.

Die Prävalenz von *S. aureus* unter den Hausarztpatienten und den Bewohnern der Altersheime ist in den Niederlanden und Belgien vergleichbar. In Deutschland hingegen war die Prävalenz unter Hausarztpatienten (26%) geringer als die in den Altersheimen (36%,  $p=0.003$ ).

Die Prävalenz von MRSA unter Hausarztpatienten betrug in Belgien 3% und 4% für den Teil Limburgs bzw. Lüttichs. Es wurden keine MRSA von niederländischen bzw. deutschen Hausarztpatienten isoliert.

Im Vergleich zu den Hausarztpatienten wiesen Altersheimbewohner eine höhere Prävalenz von MRSA auf. Dies traf sowohl auf Deutschland, Belgien als auch die Niederlande zu, wobei auf Variationen zwischen 1,5% in den Niederlanden bis 18% im belgischen Limburg hinzuweisen ist.

Innerhalb der Krankenhauspopulation wurde die höchste MRSA-Prävalenz (42%) auf den Intensivstationen (Deutschland) festgestellt. Für den Bereich der ambulanten Urologie erzielte Belgien mit 36% den höchsten Wert.

Die Resistenz der isolierten *S. aureus* gegenüber den relevanten Antibiotika wird in Tabelle 3 wiedergegeben. Unter den Hausarztisolaten der belgischen Patienten beträgt die Resistenz gegenüber Fusidinsäure 10% und ist damit höher als die festgestellten 5% in den Niederlanden bzw. Deutschland.

Sowohl in Belgien, Deutschland und den Niederlanden wurde eine relativ hohe Resistenz gegenüber Ciprofloxacin unter den Altersheimisolaten festgestellt. Diese betrug jeweils 19%, 56% bzw. 11%.

Unter den Isolaten der Intensivstation war die Resistenz gegenüber Ciprofloxacin bei deutschen Proben mit 43% höher als die der niederländischen bzw. belgischen (30% bzw. 25%). Gleiches trifft auf andere getestete Antibiotika zu. Die Resistenz gegenüber Ciprofloxacin war bei deutschen Isolaten der Intensivstation höher als bei deutschen Isolaten der Altersheime (56% gegenüber 43%, siehe auch Tabelle 3).

Tabel 1

<i>S. aureus</i>					
Unit	Regio	Aantal neuswatten	Prevalentie	Aantal isolaten	Aantal MRSA (%)
Huisarts	Nederland	315	32%	98	0 (0%)
	België – Limburg	298	33%	101	3 (3%)
	België – Luik	233	31%	74	3 (4%)
	Duitsland	300	26%	76	0 (0%)
Verpleeghuis	Nederland	356	32%	121	2 (1.5%)
	België – Limburg	253	34%	90	16 (18%)
	Duitsland	360	36%	136	20 (15%)

Tabel 2

<i>S. aureus</i>			
Unit	Regio	Aantal isolaten	Aantal MRSA (%)
ICU	Nederland	37	3 (8%)
	België	48	11 (23%)
	Duitsland	36	15 (42%)
Urologie	Nederland	10	0 (0%)
	België	22	8 (36%)
	Duitsland	5	1 (20%)

Tabel 3

<i>S. aureus</i>					
Unit	Regio	Clinda	Cipro	Fusidine	Tetra
Huisarts	Nederland	1%	0%	2%	1%
	België	5%	3%	10%	5%
	Duitsland	0%	3%	0%	3%
Verpleeghuis	Nederland	0%	25%	6%	2%
	België	0%	30%	1%	10%
	Duitsland	16%	43%	3%	1%
ICU	Nederland	3%	11%		8%
	België	10%	19%		4%
	Duitsland	25%	56%		6%

Clinda = clindamycine, Cipro = ciprofloxacin, Fusidine = fusidine zuur, Tetra = tetracycline

## Escherichia coli

Insgesamt wurden innerhalb der Region Lüttich 80 und in den Niederlanden 345 Urinproben eingeschickt. In diesen Proben wurden 26 bzw. 184 *E. coli* Isolate festgestellt (siehe Tabelle 4). Lediglich in der Urinprobe eines deutschen Hausarztpatienten konnte ESBL isoliert werden.

Andererseits wurden im belgischen Limburg 252 und in Deutschland 339 eingesammelt. In 144 bzw. 231 der Proben konnten *E. coli* Isolate festgestellt werden. Die ESBL-Prävalenz betrug in belgischen Altersheimen 6%, in deutschen Einrichtungen 4% und unter niederländischen Patienten 2%.

ESBL konnte auch in den Intensivstation- bzw. den Urologie-Isolaten nachgewiesen werden. Bei den niederländischen Isolaten gab es dabei einen auffälligen Unterschied. 7% konnten auf den Intensivstationen nachgewiesen werden und keine in den Isolaten der Urologie.

Für Deutschland und Belgien war die Prävalenz auf den Intensivstationen und der Urologie vergleichbar. In Deutschland betrug die Prävalenz in beiden Populationen 6%. In Belgien hingegen betrug die Prävalenz ebenfalls 6% auf den Intensivstationen und 10% in der Urologie.

Die Resistenz gegenüber anderen relevanten Antibiotika ist in Tabelle 6 wiedergegeben. Im Vergleich zu den niederländischen und belgischen Hausarztisolaten verzeichneten die deutschen Proben die höchste Resistenz gegenüber Antibiotika.

Die Resistenz der Isolate aus den Altersheimen war für alle drei Länder nahezu vergleichbar. Der größte Unterschied wurde lediglich in der Resistenz gegenüber Ciprofloxacin festgestellt. Diese betrug 16% in den Niederlanden und 28% in Belgien ( $p=0.003$ ).

Für die Krankenhausisolate gilt, dass die höchste Resistenz gegenüber Ciprofloxacin und Cotrimoxazol auf den belgischen Intensivstationen angetroffen wird (35% bzw. 39%). In Deutschland und den Niederlanden liegt die Resistenzrate mit 12/13% bzw. 26% deutlich darunter. Vergleichbares gilt für die Isolate der Urologie (Tabelle 6).

### Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Unterschied in der Antibiotikaresistenz in den drei Ländern der Euregio verzeichnet werden kann. Dieser Unterschied trifft sowohl auf *E. coli* als auch auf *S. aureus* zu, die in Krankenhäusern, Altersheimen und unter Hausarztpatienten isoliert wurden. Die geringste Resistenz wird bei den niederländischen Patienten angetroffen.

Tabel 4

<i>E. coli</i>					
Unit	Regio	Aantal urines	Prevalentie	Aantal isolaten	Aantal ESBL (%)
Huisarts	Nederland	345	51%	184	0 (0%)
	België – Limburg	288	55%	171	0 (0%)
	België – Luik	80	31%	26	0 (0%)
	Duitsland	300	24%	76	1 (1%)
Verpleeghuis	Nederland	315	56%	211	2 (1%)
	België – Limburg	252	62%	144	6 (4%)
	Duitsland	339	58%	231	4 (2%)

Tabel 5

<i>E. coli</i>			
Unit	Regio	Aantal isolaten	Aantal ESBL (%)
ICU	Nederland	70	5 (7%)
	België	58	6 (10%)
	Duitsland	52	3 (6%)
Urologie	Nederland	176	3 (0%)
	België	126	9 (7%)
	Duitsland	119	7 (6%)

Tabel 6

<i>E. coli</i>					
Unit	Regio	Nitro	Amoxy-clav	Co-trim	Cipro
Huisarts	Nederland	1%	11%	23%	6%
	België	0%	18%	19%	9%
	Duitsland	0%	24%	24%	11%
Verpleeghuis	Nederland	1%	24%	19%	16%
	België	0%	22%	21%	28%
	Duitsland	0%	21%	18%	20%
ICU	Nederland	1%	31%	26%	13%
	België	0%	42%	39%	25%
	Duitsland	0%	48%	26%	12%
Urologie	Nederland	5%	24%	21%	20%
	België	5%	39%	34%	36%
	Duitsland	2%	27%	30%	28%

Nitro = nitrofurantoïne, Amoxy-clav = amoxicilline met clavulaanzuur, Co-trim = co-trimoxazole, Cipro = ciprofloxacine

## **AKTION N°4: (Molekulare Epidemiologie von Antibiotikaresistenten Mikroorganismen)**

**Beginndatum der Aktion: 01.10.2010**

**Enddatum der Aktion: 30.06.2011**

**Beschreibung der verwirklichten Aktion:**

### **1) Einleitung**

Die Unterschiede in der Prävalenz von antibiotikaresistenten Mikroorganismen in der Euregio Maas-Rhein (Belgien, Deutschland und die Niederlande) schreckt Patienten davon ab, sich auf der anderen Seite der Grenze durch einen Arzt oder im Krankenhaus behandeln zu lassen. Eines der Ziele des euPrevent-Projektes ist es daher, einen „free acces to health care facilities at both sites of the border“ zu bewerkstelligen.

WP4 zielt darauf ab, die Ausbreitung der antibiotikaresistenten Bakterien zu inventarisieren und damit einen Einblick in die potentielle Ausbreitung innerhalb und zwischen den unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen der drei Länder in der Euregio zu erhalten.

## **2) Methoden / teilnehmende Einrichtungen**

### **Krankenhäuser**

In allen drei Ländern der Euregio wurden Krankenhäuser zur Teilnahme aufgefordert:

\* In den Niederlanden handelte es sich um folgende Einrichtungen:

- Viecurie MC in Venlo,
- Atrium MC in Heerlen sowie
- MUMC in Maastricht.

\* In Belgien:

- AZ Vesalius in Tongeren,
- Jessa Krankenhaus in Hasselt und
- Centre Hospitalier Universitaire in Lüttich.

\* In Deutschland wurden die Isolate durch das Medizinische Versorgungszentrum Dr. Stein + Kollegen aus Mönchengladbach genommen. Dieses Zentrum kümmert sich um die Mikrobiologie von Gesundheitseinrichtungen, Hausärzten und Altersheimen im deutschen Teil der Euregio. Die Isolate wurden in den folgenden Krankenhäusern gesammelt:

- Hermann-Josef-Krankenhaus in Erkelenz,
- St. Antonius-Hospital in Eschweiler,
- St. Marien-Hospital in Düren sowie
- das Marienhospital in Aachen.

In jedem Krankenhaus wurden Bakterienisolate auf den Intensivstationen und der ambulanten Urologie gesammelt.

### **Hausärzte**

Die Hausärzte in den Niederlanden wurden aktiv von Mitgliedern der Projektgruppe kontaktiert. In Belgien (sowohl im flämischen als auch französischsprachigem Teil) wurden die Hausärzte durch den Hausarzt Dr. Bamelis sowie den Mikrobiologen des beteiligten Krankenhauses kontaktiert. In Deutschland erfolgte die Kontaktaufnahme über das oben genannte Medizinische Versorgungszentrum Dr. Stein + Kollegen sowie über Dr. Feldhoff, den Projektleiter.

### **Altersheime**

Um die niederländischen Altersheime zur Teilnahme zu motivieren, war ein längerer Weg nötig. Nach telefonischer und schriftlicher Kontaktaufnahme mit den Altersheimen wurde der Vorschlag zunächst dem Patientenrat und dem Management des jeweiligen Altersheims unterbreitet. Wenn beide Instanzen positiv auf den Vorschlag reagierten, wurde ein Termin vor Ort vereinbart. Ein Mitglied der Projektgruppe erläuterte dazu den genauen Ablaufplan und teilte den Bewohnern des Altersheims entsprechendes Informationsmaterial bzw. eine Einverständniserklärung aus. Proben wurden nur von Bewohnern entnommen, die die Einverständniserklärung unterzeichnet hatten.

In Belgien wurden die Altersheime, für deren Mikrobiologie das Jessa Krankenhaus verantwortlich ist, mit Hilfe von Herrn Magerman dazu aufgefordert, an der Studie teilzunehmen. Nachdem der Vorschlag von der Ethikkommission des Krankenhauses angenommen wurde, und die Pflegeärzte ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, ausgedrückt hatten, wurde der Aktionsplan in Gang gesetzt. Die Vorgehensweise war dabei vergleichbar mit der in den niederländischen Altersheimen.

In Deutschland wurden interessierte Altersheime vom Gesundheitsamt in Daun sowie von Herrn Grimm in der Region Euskirchen angeschrieben. Bei positiver Rückmeldung wurden Termine zur Probennahme vereinbart.

### **Proben(nahme)**

Die Probennahme der Hausarztpatienten und der Bewohner der Altersheime mittels Wattestäbchen erfolgte durch die Mitglieder der Projektgruppe. Die Urinproben hingegen wurden von den Hausärzten oder deren Personal bzw. durch das Pflegepersonal in den Altersheimen genommen.

### **Mikroorganismen**

Es wurden zwei Bakterienstämme untersucht: *Escherichia coli* und *Staphylococcus aureus*, diese repräsentieren gramnegative bzw. grampositive Bakterien.

Bei den Mikroorganismen handelte es sich um klinische Isolate der Krankenhauspopulation sowie um kommensale Bakterien der Hausarztpatienten bzw. der Bewohner der Altersheime. Um die letztgenannten Populationen auf kommensale Bakterien zu untersuchen, liegt darin begründet, dass ihre Infektionen meistens durch eigene Bakterien ausgelöst werden.

### **Typisierung**

Für die genetische Typisierung von *S. aureus* wurde die *spa*-Typisierung angewendet. Für *E. coli* hingegen fand PFGE (Pulsed Field Gel Electroforese) sowie MLST (Multi Locus Sequence Typing) Anwendung.

## **3) Ergebnisse**

### ***Staphylococcus aureus***

Eine Übersicht über die Anzahl der Nasenproben sowie der isolierten Mikroorganismen kann der Tabelle 1 bzw. 2 entnommen werden.

Die Prävalenz von *S. aureus* unter den Hausarztpatienten und den Bewohnern der Altersheime ist in den Niederlanden und Belgien vergleichbar. In Deutschland hingegen war die Prävalenz unter Hausarztpatienten (26%) geringer als die in den Altersheimen (36%,  $p=0.003$ ).

Die häufigsten vorkommenden *spa*-Typen in den drei Populationen sind in Tabelle 7 wiedergegeben.

Tabel 7

	Huisarts	Verpleeghuis	ICU
Nederland	t002, t012, t091, t127	t008, t091, t026	t002, t056, t084, t091, t548
België	t002, t012, t171	t002, t740, t038	t012, t003, t008
Duitsland	t091, t084, t021	t003, t091, t157	t003, t032, t005, t190

Overzicht van de meest voorkomende *spa* types per populatie per regio

*spa*-Typ t002 wurde in Isolaten von niederländischen und belgischen Hausarztpatienten und auf niederländischen Intensivstationen sowie belgischen Altersheimen detektiert.

*spa*-Typ t003 kam auf belgischen Intensivstationen und in deutschen Altersheimen vor.

## **Escherichia coli**

Insgesamt wurden innerhalb der Region Lüttich 80 und in den Niederlanden 345 Urinproben eingeschickt. In diesen Proben wurden 26 bzw. 184 *E. coli* Isolate festgestellt (siehe Tabelle 4). Lediglich in der Urinprobe eines deutschen Hausarztpatienten konnte ESBL isoliert werden.

Andererseits wurden im belgischen Limburg 252 und in Deutschland 339 eingesammelt. In 144 bzw. 231 der Proben konnten *E. coli* Isolate festgestellt werden. Die ESBL-Prävalenz betrug in belgischen Altersheimen 6%, in deutschen Einrichtungen 4% und unter niederländischen Patienten 2%.

ESBL konnte auch in den Intensivstation- bzw. den Urologie-Isolaten nachgewiesen werden. Bei den niederländischen Isolaten gab es dabei einen auffälligen Unterschied. 7% konnten auf den Intensivstationen nachgewiesen werden und keine in den Isolaten der Urologie.

Für Deutschland und Belgien war die Prävalenz auf den Intensivstationen und der Urologie vergleichbar. In Deutschland betrug die Prävalenz in beiden Populationen 6%. In Belgien hingegen betrug die Prävalenz ebenfalls 6% auf den Intensivstationen und 10% in der Urologie.

Die MLST-Typisierung wurde an 180 multiresistenten *E. coli* Isolaten der drei Populationen der gesamten Euregio angewendet. Es konnten 45 unterschiedliche ST nachgewiesen werden, von denen ST131 am häufigsten auftrat (n=73). Deutlich seltener kamen ST393 sowie ST88 vor, jeweils nur 10 bzw. 9 Mal. Die beiden letztgenannten ST sowie eine Auswahl der ST131 Isolate wurden zusätzlich mit Hilfe der PFGE typisiert. Die ST393-Isolate sowie die ST131-Stämme zeigten ein verwandtes, vergleichbares Muster. Die ST88 hingegen wiesen ein abwechslungsreicheres Muster vor.

### **4) Schlussfolgerung**

Die Typisierung der isolierten *S. aureus* und *E. coli* zeigt, dass die Ausbreitung dieser Mikroorganismen nicht nur innerhalb der einzelnen Gesundheitseinrichtungen stattfindet, sondern auch zwischen den Einrichtungen in der Euregio.

Die Erkenntnisse aus WP3 und WP4 unterstreichen die Notwendigkeit, gemeinsam mit den betroffenen Partnern der Euregio eine Infektionspräventionsstrategie zu schaffen und umzusetzen, so dass „*cross border health care*“ gefördert wird. Die Erteilung eines euregionalen Qualitätssiegels ist daher der erste Schritt in die richtige Richtung.

## **[AKTION N°5 : \(Überwachung behandlungsassoziierter Infektionen außerhalb von Krankenhäusern\)](#)**

**Beginndatum der Aktion: 01.01.2010**

**Enddatum der Aktion: 30.06.2011**

**Beschreibung der verwirklichten Aktion:**

### **1) Einleitung**

Infektionen außerhalb eines Krankenhauses entstehen entweder durch Kontakt mit der „Community“ oder als Folge eines rezenten Krankenhausaufenthaltes. Die immer kürzeren Krankenhausaufenthalte sorgen dafür, dass viele Infektionen nicht mehr während sondern nach der Behandlung im Krankenhaus auftreten. Um ein zuverlässiges Bild über die post-operativen Wundinfektionen nach einem

chirurgischen Eingriff zu erhalten, ist eine Überwachung (Surveillance) während des und nach dem Krankenhausaufenthalt(es) relevant.

Eine Registrierung der post-operativen Wundinfektionen außerhalb des Krankenhausbereiches ist aus logistischer Sicht nicht einfach zu organisieren. In diesem WP haben wir daher die Infektionen eines Krankenhauses in den Niederlanden inventarisiert und abgebildet.

## **2) Vorgehensweise / Methodik**

Patienten, an denen ein bauchchirurgischer Eingriff im MUMC (Maastricht) vorgenommen wurde, wurden nicht nur während des stationären Aufenthaltes, sondern auch bis 30 Tage nach Entlassung auf das Auftreten einer postoperativen Wundinfektion untersucht und registriert. Die angewandten Kriterien waren konsistent mit den Definitionen des CDC (*Centre for Disease Control and Prevention*). Wenn nötig, wurden diese an die sogenannten PREZIES-Richtlinien angepasst.

In der Überwachungsphase nach der Entlassung wurde das Auftreten von Wundinfektionen während einer ambulanten Untersuchung registriert. Sofern notwendig, wurden der Hausarzt und der individuelle Patient auch telefonisch kontaktiert. Auch die Mikrobiologie der Wundinfektionen wurde inventarisiert.

Es wurde zwischen Mikroorganismen unterschieden, die innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme und erst 48 Stunden nach Aufnahme kultiviert wurden. Die Registrierung im Zeitraum von Juli 2008 bis Dezember 2011 wurde von einem unabhängigen Infektionspräventionsmitarbeiter durchgeführt.

## **3) Ergebnisse**

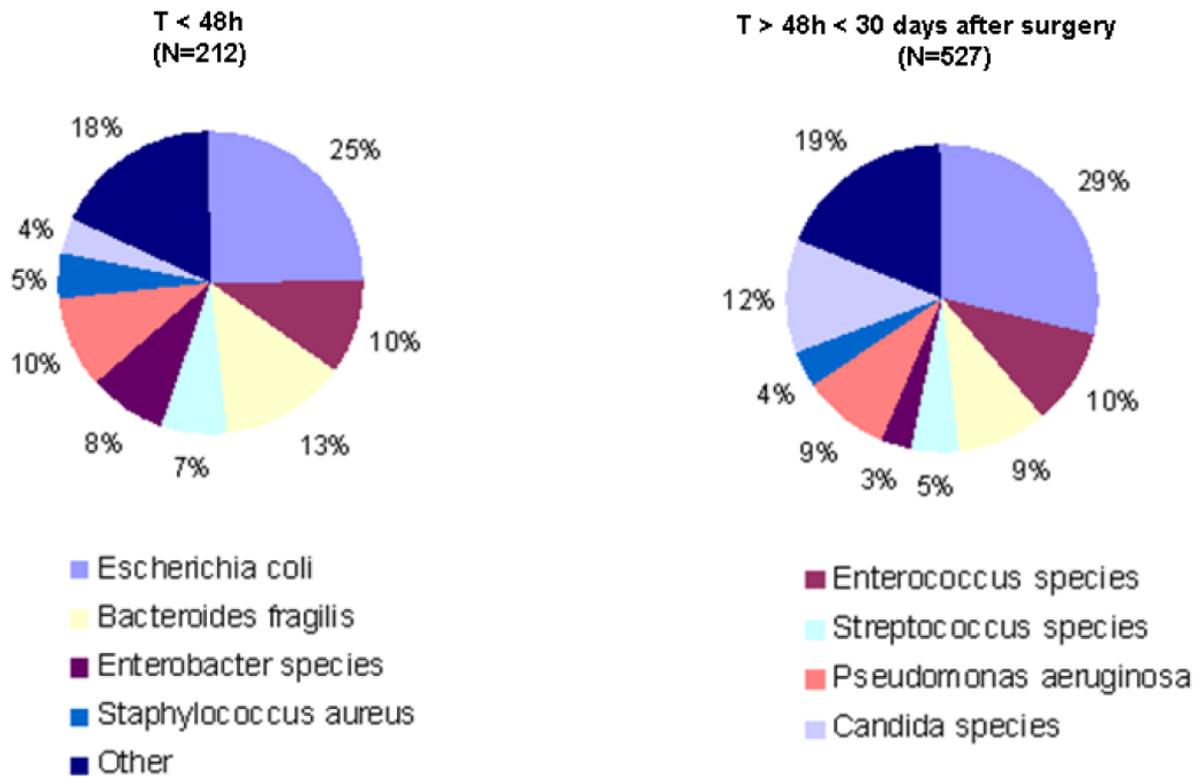
Während der Studie wurde das Auftreten von postoperativen Wundinfektionen nach insgesamt 2156 chirurgischen Eingriffen während des Krankenhausaufenthaltes oder nach der Entlassung registriert. In 485 Fällen (22,5%) konnte eine postoperative Infektion verzeichnet werden. In wiederum 30% der Fälle traten die Infektionen erst nach der Entlassung auf.

Die häufigsten Verursacher der aufgezeichneten postoperativen Wundinfektionen konnte *E. coli* (alleine oder in Kombination mit *Bacteroides fragilis*) zugeschrieben werden. Die Art der Wundinfektion spielte dabei keine Rolle (Abbildung 1). Die Ergebnisse zeigen einen Rückgang der Antibiotika-Empfindlichkeit der Kulturen, die 48 Stunden nach der Aufnahme genommen wurden gegenüber den Kulturen, die innerhalb der ersten 48 Stunden der Aufnahme genommen wurden (Abbildung 2).

## **4) Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung und Relevanz der Registrierung von postoperativen Wundinfektionen nicht nur während des Krankenhausaufenthaltes, sondern nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Um eine Vorstellung von der Größenordnung des Problems zu erhalten, ist die Fortsetzung der Überwachung unbedingt notwendig. Eine mögliche Zunahme der Infektionen durch multiresistente Mikroorganismen können dadurch rechtzeitig erkannt werden.

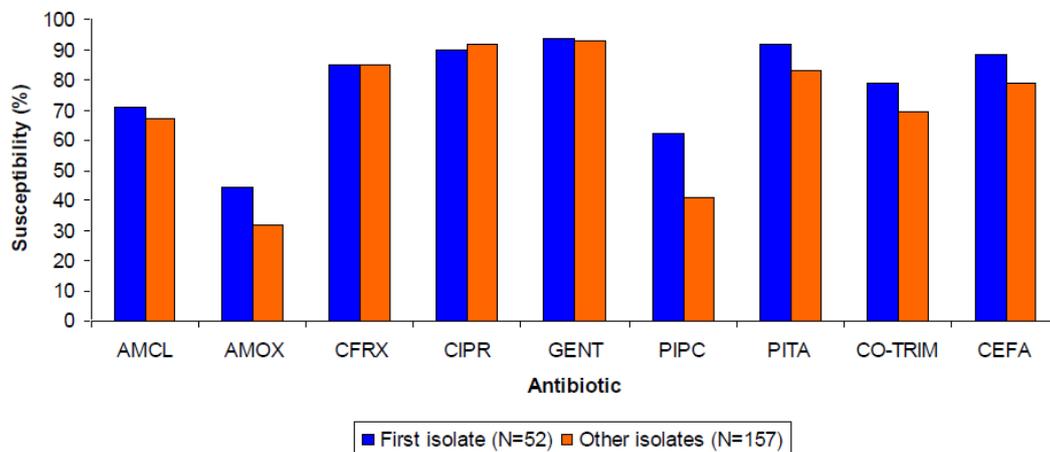
Figuur 1



Veroorzakend micro-organisme van wondinfectie gekweekt binnen 48 uur en na 48 uur na opname

Figuur 2

**E.coli** susceptibility patterns: first wound isolates <48h vs. all other wound isolates >48h<30 days after surgery



\* AMCL = co-amoxiclav, AMOX = amoxicillin, CFRX = cefuroxim, CIPR = ciprofloxacin, GENT = gentamicin, PIPC = piperacillin, PITA = piperacillin/tazobactam, CO-TRIM = co-trimoxazole, CEFA = cefazolin

## **AKTION N°6 : (Aufbau eines euregionalen Überwachungssystems zur Erfassung der nosokomialen Infektionen in der EMR-EuNiss)**

**Beginndatum der Aktion: 01.07.2009**

**Enddatum der Aktion: 30.06.2012**

### **Beschreibung der verwirklichten Aktion:**

#### **1. Einleitung**

Nosokomiale Infektionen bedeuten für Patienten und deren Angehörige häufig großes Leid; sie erhöhen die Sterblichkeit, verlängern den Krankenhausaufenthalt und verursachen entsprechende Kosten.

Durch eine systematische Erfassung, Analyse und Bewertung (Surveillance/Überwachung) von im Krankenhaus erworbenen Infektionen lassen sich Infektionsprobleme erkennen und Präventionsmaßnahmen gezielt intensivieren. In Deutschland konnte gezeigt werden, dass durch diese Maßnahmen Infektionsraten um ca. 30% gesenkt werden können.

Im Rahmen von euPrevent sollen nosokomiale beatmungsassoziierte Pneumonien und katheter-assoziierte Sepsisfälle auf Intensivstationen von Krankenhäusern aus der EMR-Region erfasst werden. Durch Berechnung der Infektionsraten und deren Vergleich mit Referenzdaten ist erstmals ein Vergleich für device-assoziierte Infektionen in der Euregio möglich. Die Daten der Überwachung werden anonym diskutiert und als Basis für eine Optimierung im Qualitätsmanagement in der Krankenhaushygiene verwendet.

#### **2. Vorgehensweise/Methodik**

Nach einer Schulung in der Erfassung nosokomialer device-assoziiierter Infektionen (Beatmungspneumonie und ZVK-assoziiierter Sepsis) erfassten die Teilnehmer für mindestens 6 bis maximal 11 Monate (1. Surveillance-Phase) die device-Tage, -Anwendungsraten, sowie die Infektionsraten und übermittelten diese Daten monatlich an das Studienzentrum. Nach Abschluss dieser 1. Erfassungsphase wurden den Krankenhäusern die jeweiligen Ergebnisse Anwendungs- und Infektionsraten mitgeteilt. Es erfolgte eine Schulung zur Prävention der Beatmungsassoziierten Pneumonie und ZVK-assoziierten Sepsis, entsprechende Leitlinien wurden ausgehändigt mit der Vorgabe, diese auf den Intensivstationen zu implementieren. Anschließend startete die 2. Erfassungsphase. Ziel dieser Intervention war die Reduktion der Infektionsraten.

Den Teilnehmern wurden die CDC-Definitionen für nosokomiale Infektionen des NRZ für Krankenhaushygiene und Überwachung ausgehändigt, sowie die erforderlichen Bögen zur Datendokumentation, dies waren ein MONATSBOGEN zur Erfassung der Devicetage und Patiententage, ein Patientenerfassungsbogen und ein Infektionsmeldebogen.

Um Teilnehmer für das Arbeitspaket 6 zu gewinnen, wurde ein Flyer in den Sprachen Deutsch, Französisch und Niederländisch erstellt (s. Anhang: Flyer EUPrevent, Wp6), in dem das Projekt präsentiert wurde. Mit der Aufforderung zur Teilnahme an Arbeitspaket 6 wurden die Flyer an die ärztlichen Direktoren und Hygienefachkräfte der Krankenhäuser der Regio Aachen und Rheinland-Pfalz sowie der deutschsprachigen Gemeinschaft von Belgien verschickt. In Deutschland wurden die Krankenhäuser zusätzlich über die Gesundheitsämter zur Teilnahme aufgerufen. In den Niederlanden und den übrigen belgischen Provinzen erfolgte das Anwerben der Krankenhäuser durch die jeweiligen Leadpartner. Zeitlicher Ablauf des Projektes:

## **Zeitlicher Ablauf des Projektes:**

- Erstellung eines Flyers, Aquisition von Krankenhäusern 06/09 – 11/09
- Teilnehmerschulung 08.12.2009 und 09.02.2010
- 1. Erfassungsphase (Präinterventionsphase) 2 /10 - 12/10
- Ergebnissberechnung/Leitlinienerstellung 1/11 - 4/11
- Datenpräsentation sowie Schulung in der Berechnung und Analyse von Surveillancedaten, Schulung in der Prävention device-assoziiertes Pneumonien und Sepsisfällen (Leitlinien) 12.04.2011
- 2. Erfassungsphase (Postinterventionsphase) 5/11 - 3/12
- Ergebnissberechnung, Datenanalyse, Präsentationserstellung 4/12 - 6/12
- Abschlussveranstaltung mit Ergebnispräsentation 20.06.2012

## **3. Teilnehmende Organisationen**

Insgesamt nahmen an der ersten Erfassungsphase 16 deutsche Krankenhäuser und ein belgisches Krankenhaus teil; diese waren: Medizinisches Zentrum, Städteregion Aachen BT Bardenberg, Medizinisches Zentrum, Städteregion Aachen, BT Marienhöhe Würselen, Maria-Hilf Krankenhaus Daun, Hermann-Josef Krankenhaus Erkelenz, St. Marienhospital Euskirchen, Franziskushospital Aachen, Städtisches Krankenhaus Heinsberg, St. Elisabeth Krankenhaus Jülich, St. Josef-Krankenhaus Linnich, Kreis-krankenhaus Mechernich GmbH, St. Antonius Krankenhaus Schleiden, SMK Düren, Birkesdorf, Städtisches Krankenhaus Düren, SAK Düren, Sankt Antonius Wegberg, Universitätsklinikum Aachen und St. Nikolaus Hospital Eupen, Belgien.

In der 2. Erfassungsphase (Postinterventionsphase) nahmen zusätzlich 2 deutsche Krankenhäuser teil:

St. Antonius Hospital Eschweiler, St. Brigida Krankenhaus Simmerath

Die Strukturen der Krankenhäuser inklusive der Intensivstationen waren sehr inhomogen (Gesamtbettenanzahl: 124 -1300, Anzahl Intensivbetten: 4-28); ein Datenvergleich ist von Krankenhaus zu Krankenhaus daher nicht zulässig.

## **4. Wissenschaftliche Resultate**

Die Ergebnisse der 1. Erfassungsphase fielen erfreulich gut aus. Bezogen auf den arithmetischen Mittelwert ergaben sich nahezu identische Infektionsraten für die beatmungsassoziierte Pneumonie bei den KISS- und Euprevent- Krankenhäusern. Die ZVK-assoziierte Sepsisrate lag in der Summe bei den Eupreventhäusern etwas oberhalb der KISS-Referenzdaten (s. Abb.1).

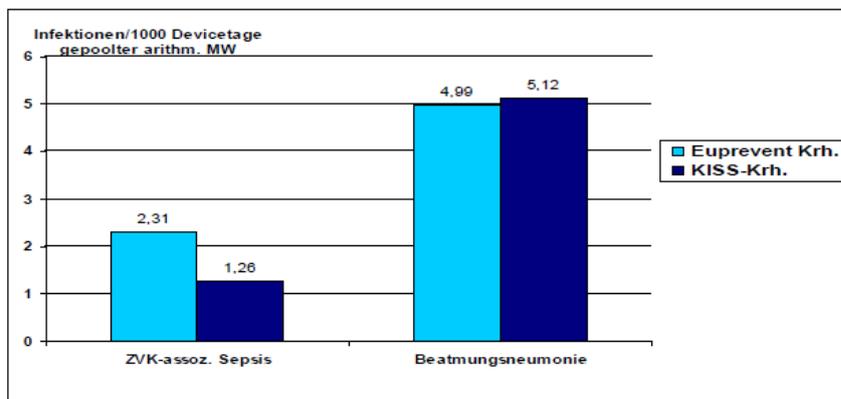


Abb.1 : Vergleich der Infektionsraten (arithmetischen MW) der Euprevent-Krankenhäuser mit den nationalen deutschen Referenzdaten von KISS

Nach Implementierung der Leitlinien in den Krankenhäusern durch die Ärzte und Hygienefachkräfte konnten in der 2. Erfassungsphase die Infektionsraten deutlich reduziert werden (Abb. 2a, 2b). Insgesamt konnten 61,8% der teilnehmenden Intensivstationen ihre beatmungsassoziierte Pneumonierate und 75% ihre ZVK-assoziierte Sepsisrate reduzieren. Die Krankenhäuser mit einer nachgewiesenen Infektionsreduktion sind mit einem „smiley“ gekennzeichnet. Die beiden grau abgebildeten Häuser (R und S) nahmen nur an der 2. Erfassungsphase teil, ein Datenvergleich war somit nicht möglich. Ein Krankenhaus lieferte in der Postinterventionsphase lediglich Daten für 2 Monate und wurde daher bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

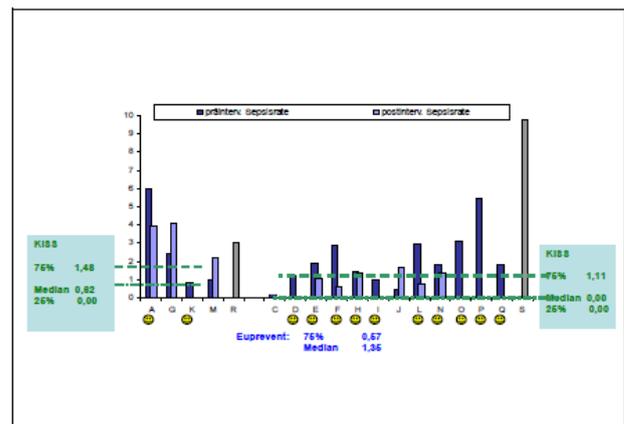
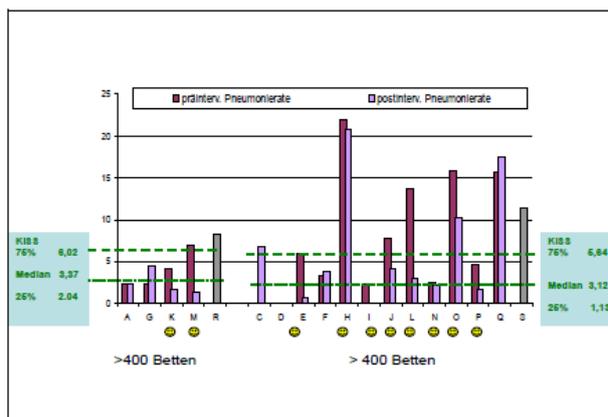


Abb. 2a, 2b: Vergleich der device-assoziierten Pneumonie- und Sepsisraten, Prä- vs. Postinterventionsphase

Zusammenfassend konnte eine deutliche Reduktion beider Infektionsraten nach Implementierung der Leitlinien gezeigt werden (Abb. 3). Die Sepsisrate sank von 2,13 auf 1,47/1000 ZVK-Tage, dies entspricht einer Reduktion um 32%. Die Rate der Beatmungsneumonien konnte um 39,7% gesenkt werden, von 4,99 auf 3,01/1000 Beatmungstage.

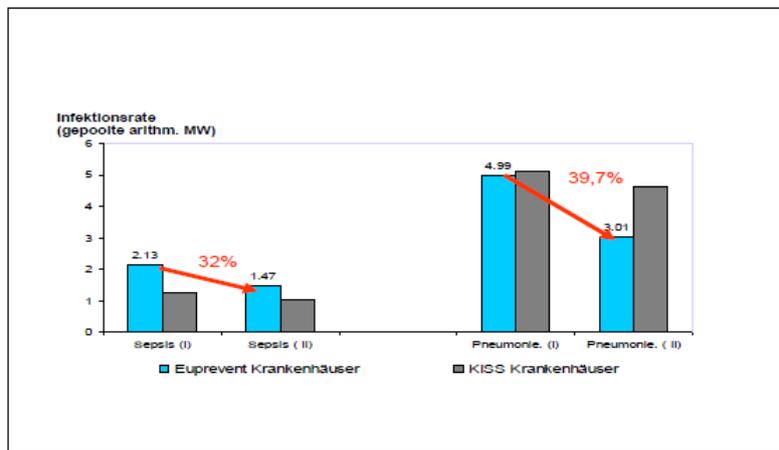


Abb. 3: Reduktion der device-assoziierten Sepsis- und Pneumonierate nach Leitlinienimplementierung

## 5. Anzahl der durchgeführten (Poster)Präsentationen, inkl. Ort und Datum des Vortrages, Anzahl der Publikationen etc.

- Flyer (in 3 Sprachen): **Flyer EUPrevent, Wp6 (s. Anhang)**
- 1. und 2. Schulung: 08.12.2009 und 09.02.2010 Surveillance 8-12-2009 (s. Anhang)
- 1. Datenpräsentation: 12.04.2011 (s. Anhang)
- 2. Datenpräsentation, Abschlusstreffen: 20.06.2012 (s. Anhang)

### Vorträge:

1. Kick-off-meeting Hasselt, 18.06.2009
2. Kick-off-meeting Eupen,
3. Kick-off-meeting Daun 24.02.2010: Herausforderungen durch nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger? Erfordernis des gemeinsamen Handelns im Gesundheitswesen! Forum Daun
4. Gesellschaft für Hygiene und Prävention(GHUP-Tagung), Aachen, 2.10.2010
5. Siegelvergabe
6. COMAC-Treffen, Eupen (20.06.2012): Ergebnispräsentation

## 6. Schlussfolgerung

Insgesamt konnten 19 Krankenhäuser in der Surveillance nosokomialer Infektionen geschult werden. Die eindruckliche Reduktion sowohl der Sepsis- als auch Beatmungspneumonierate nach Implementierung der Leitlinien kann als großer Erfolg im Sinne einer verbesserten Patientensicherheit und Qualitätssicherung gewertet werden und bestärkt die Krankenhäuser in der Sinnhaftigkeit und Fortführung dieser erlernten Methodik. Ein euregionaler Abgleich von Surveillance Daten konnte aufgrund der Beteiligung eines einzigen belgischen und keines niederländischen Krankenhauses leider nicht geführt werden.

## **AKTION N°7 : (Öffentlichkeitsarbeit )**

**Beginndatum der Aktion: 01.07.2009**

**Enddatum der Aktion: 30.06.2012**

### **Beschreibung der verwirklichten Aktion:**

#### **1) Einleitung**

Der Erfolg von Netzwerken im Bereich der Gesundheitsversorgung ist eng verknüpft mit der Darstellung des Netzwerks in der Öffentlichkeit. Je nach Zielgruppe und zu transportierender Information standen den Akteuren verschiedene Kommunikationsmittel zur Verfügung: Öffentliche Kampagnen (Händehygiene, MRE-Prävention, Patientenmobilität) wurden ebenso wie Presseerklärungen, Flyer, Poster oder moderne Kommunikationsmittel (Gestalten einer Website, Beteiligung an sozialen Netzwerken wie z. B. Facebook) genutzt, um die Inhalte zu transportieren.

#### **2) Methoden**

Das Vorgehen und die Zielgruppen werden durch den Kommunikationsplan im Rahmen des INTERREG IV A-Projektes „EurSafety Health-net EMR (euPrevent MRSA)“ festgelegt.

Ziel des Kommunikationsplanes ist

- die Darstellung des MRSA-Netzwerkes in der Öffentlichkeit
- Die Prozessbegleitung durch strukturierte Öffentlichkeitsmaßnahmen
- Einheitliche Händehygiene in der EMR
- Kampagnen zur Prävention von MRSA / MRE
- Kampagnen zur Patientenmobilität und Patientensicherheit unter Bezug auf MRSA und andere multiresistente Erreger
- Die Präsentation vor Ort in den Teilregionen sowie bei Messen etc. und bei den teilnehmenden Partnern

Dabei werden verschiedene Zielgruppen definiert:

**Interne Zielgruppen:** Projektpartner, Leadpartner, Projektmanagement, Projektmitarbeiter, Arbeitsgruppen

**Externe Zielgruppen:** Medien, allgemeine Öffentlichkeit, Patienten, Gesundheitsorganisationen und -einrichtungen, Euregio Maas Rhein, die Politik und die Projekte euPrevent und euSafetyHealthnet.

#### **3) Teilnehmende Institutionen**

Der Kreis der teilnehmenden Institutionen und Personen war und ist sehr groß. Er umfasst alle Beteiligten des Projektes, Mitglieder von Nachbarprojekten und die Mitglieder aus allen genannten Zielgruppen. Leiter dieses „workpackage7“ war Herr Prof. Dr. rer. nat. W. Dott, Institutsdirektor des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin, Universitätsklinikum Aachen.

#### **4) Ergebnis**

Die Arbeit des „Workpackage 7“ führte zu einer deutlichen Steigerung des Bekanntheitsgrades der schwerpunktmäßig im Projekt euPrevent MRSA behandelten Themen. Es wurde auch erreicht, dass die erfolgte Netzwerkbildung in der EMR als neu etablierte Struktur zur Sicherung der Nachhaltigkeit unter dem Dach der euregionalen Stiftung euPrevent (als operationeller Arm der EMR) wahrgenommen wird. Es wurden drei Kampagnen durchgeführt:

## **a) Händehygiene**

Für die Händehygienekampagne wurden verschiedene Ansätze gewählt und verschiedene Zielgruppen ins Auge gefasst. Eine Zielgruppe war das medizinische Personal. Es wurde ein Flyer, Aufkleber und Poster mit dem Spruch „Händehygiene-Wir machen mit!“ entworfen. Das Poster und die Aufkleber enthielten den Spruch in allen drei Sprachen, um den Euregionalen Charakter der Aktion zu unterstreichen. Mit dem Informationsmaterial war euPrevent bei den Aktionstagen zur Händehygiene präsent. Außerdem wurden Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Händehygiene durchgeführt.

Eine zweite Zielgruppe bei der Händehygiene (Händewaschen) war die Allgemeinbevölkerung. Es wurde ein Flyer entworfen, der allgemeinverständlich die Indikationen für das Händewaschen im Alltag darstellt.

Die dritte Zielgruppe bei der Händehygiene waren Grundschul Kinder. Es wurde kindgerechtes Material zum Thema Händewaschen, Hygiene und Infektionsprävention aus der Euregio (deutsch, niederländisch, flämisch, französisch, englisch) zusammengetragen und den Schulen der Euregio zur Verfügung gestellt und ein Malwettbewerb veranstaltet.

## **b) Antibiotika und MRSA-Prävention**

Im Zentrum der Antibiotikakampagne stand wiederum der Bürger. Gemeinsam mit dem euregionalen Zusammenschluss der Patientenorganisationen EPECS wurde ein Flyer mit zehn Punkten erarbeitet, den die Bürger bei der Anwendung von Antibiotika beachten müssen. Außerdem stehen den Bürgern, aber auch dem medizinischen Personal, nun Flyer zu den multiresistenten Erregern MRSA, VRE und ESBL zur Verfügung. Diese Flyer gibt es neben den Projektsprachen noch in Englisch, Russisch und Türkisch. Außerdem fanden verschiedene Veranstaltungen auf lokaler, regionaler und euregionaler Ebene für Bürger und für Fachpersonal zu Fragen der Antibiotikanwendung und dem Umgang mit multiresistenten Erregern statt.

## **c) Patientenmobilität und Patientensicherheit**

Alle Aktionen zur Verringerung von Resistenzen und zur Verbesserung der Hygiene dienen auch der Patientensicherheit. Daher sind alle Aktionen von a) und b) hier ebenfalls zu erwähnen. Im Rahmen anderer Arbeitspakete wurden verschiedene Beiträge zur Erleichterung der Patientenmobilität geleistet (z.B. Vereinheitlichung des Surveillancesystems, Vereinheitlichung von Hygienestandards, Untersuchung von MRE in allen Ländern der Euregio). Im Rahmen der Arbeit dieses Arbeitspakets wurden die Ergebnisse mit den Zielgruppen kommuniziert.

Es wurde auch eine Website etabliert. Diese Website dient(e) als Verbindungsmedium zwischen den verschiedenen Akteuren und zwischen den Akteuren und der interessierten Bevölkerung. Durch die FAQs wurde Wissen über MRE, vor allem MRSA, für verschiedene Gruppen (Allgemeinbevölkerung, Mitarbeiter des Gesundheitswesens) zur Verfügung gestellt. Veranstaltungen wurden hier angekündigt. Die erarbeiteten Materialien und Standards wurden dort hinterlegt und können von dort heruntergeladen werden. Dadurch sichert die Website auch die Nachhaltigkeit des Projektes. Mit jugendgerechten Inhalten ist euPrevent MRSA auch auf Twitter und Facebook präsent.

## **5. Indikatoren**

- a) Veranstaltungen: 4 euregionale Veranstaltungen, zahlreiche regionale
- b) Flyer: 9 Flyer
- c) Presseveröffentlichungen: mind. 10 zu verschiedenen Themen
- d) Pressekonferenz: eine Pressekonferenz (Verleihung Krankenhaussiegel)
- e) Website: [www.euprevent.eu](http://www.euprevent.eu)
- f) 3 Newsletter

## **6. Zusammenfassung**

Im Rahmen des Projektes ist es gelungen, anhand von ausgewählten Themen der Patientensicherheit und des Infektionsschutzes grenzüberschreitend Aufmerksamkeit auf dieses wichtige Thema zu lenken. Eine Diskussion über die verschiedenen Gesundheitssysteme und den unterschiedlichen Umgang mit MRE konnte in Gang gebracht werden und das Verständnis für Nachbarn durch das gemeinsame Erarbeiten von Kampagnen und Informationsmaterial gestärkt werden. Im Sinne der Nachhaltigkeit wurde die Stiftung euPrevent als operationeller Arm der EMR beauftragt, die Belange der Patientensicherheit in einer eigenen Programmlinie zu sichern.

**Quantitative Verwirklichung der Zielsetzungen:**

Output-Indikatoren:

<b><u>Betroffenes operationelles Ziel</u></b>	<b>Vorgesehener Zielwert</b>	<b>Realisierung</b>
1. Anzahl Aktionen zur Harmonisierung der Präventionsmaßnahmen und Kampf gegen Suchtverhalten, Erfassung von Infektionsraten multiresistenter Erreger in den Partnerregionen und teilnehmenden Institutionen	42	50
2. Anzahl geschaffener Netzwerke	5	13
3. Anzahl durch das Projekt betroffene Pflegeanstalten, Medizinische Dienstleister, Patientenvereinigungen	25	42
4. Anzahl der grenzüberschreitenden Kooperationen zwischen Einrichtungen	10	10
5. Anzahl der Kooperationen zur Bildung von Kompetenzzentren	3	3
6. Zahl der Krankenhäuser und Praxen, die an der Erfassung von Infektionen, MRSA teilnehmen	15	20
7. Erfüllung der Qualitätskriterien (MRSA-net Qualitäts- und Transparenzsiegel)	10	37

<b><u>Projektspezifische Indikatoren</u></b>	<b>Vorgesehener Zielwert</b>	<b>Realisierung</b>
1. Anzahl der grenzüberschreitenden Kooperationen zwischen Einrichtungen	10	10
2. Anzahl der Kooperationen zur Bildung von Kompetenzzentren	3	3
3. Zahl der Krankenhäuser und Praxen, die an der Erfassung von Infektionen, MRSA teilnehmen	15	20
4. Erfüllung der Qualitätskriterien (MRSA-net Qualitäts- und Transparenzsiegel)	10	37

<b><u>Betroffene Priorität</u></b>	<b>Vorgesehener Zielwert</b>	<b>Realisierung</b>
1. Anzahl Organisationen, die Partner in den Zusammenarbeitsprojekten sind	14	14
2. Anzahl neuer grenzüberschreitender kultureller Produkte und Veranstaltungen	42	42
3. Anzahl grenzüberschreitender Studien und Pläne	6	6
4. Anzahl geschaffener Arbeitsplätze	9	9

Schaffung oder Sicherung von Arbeitsplätzen während der ganzen Laufzeit des Projekts:

<b>Partner</b>	<b>Lead-partn.</b>	<b>Part 2</b>	<b>Part 3</b>	<b>Part 4</b>	<b>Part 5</b>	<b>Part 6</b>	<b>Part 7</b>	<b>Part 8</b>	<b>Part 9</b>	<b>Part 10</b>	<b>Part 11</b>	<b>Part 12</b>	<b>Part 13</b>	<b>Part 14</b>	<b><u>GESAMT</u></b>
<b>Anzahl geschaffene Arbeitsplätze</b>		<b>2</b>	<b>1</b>					<b>2</b>							
<b>Anzahl erhaltene Arbeitsplätze</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>		<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,5</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>9</b>

***Verwirklichung der Zielsetzungen gemäß der Planung:***

<b><u>AKTION</u></b>	<b><u>Verwirklichung (nicht, teilweise, ganz )</u></b>	<b><u>Erklärungen</u></b>
<b>Aktion 1</b>	<b>Ganz</b>	
<b>Aktion 2</b>	<b>Ganz</b>	
<b>Aktion 3</b>	<b>Ganz</b>	
<b>Aktion 4</b>	<b>Ganz</b>	
<b>Aktion 5</b>	<b>Ganz</b>	
<b>Aktion 6</b>	<b>Ganz</b>	
<b>Aktion 7</b>	<b>Ganz</b>	
<b>Aktion 8</b>	<b>Ganz</b>	
<b>Aktion 9</b>	<b>Ganz</b>	
<b>Aktion 10</b>	<b>Ganz</b>	

### 3. Aufgetretene PROBLEME UND AUSWIRKUNGEN AUF DAS PROJEKT

Im Rahmen der Netzwerkbildung waren auf deutscher Seite zunächst einige Vorbehalte unter den Akteuren spürbar. Dies lässt sich u.a. auf die Konkurrenz-Situationen zurückzuführen, in denen sich die Einrichtungen im deutschen Gesundheitswesen nach wie vor befinden.

Daher kam dem Abbau dieser Ressentiments zunächst eine primäre Bedeutung zu. In den einzelnen Kreisen wurden daher zunächst runde Tische für die einzelnen Gesundheitseinrichtungen, wie beispielsweise Krankenhäuser, eingerichtet. Durch diese und weitere damit verbundene vertrauensbildende Maßnahmen wurden die Vorbehalte sukzessiv abgebaut, so dass in einem weiteren Schritt zunehmend interdisziplinäre runde Tische sowohl auf regionaler als auch auf euregionaler Ebene eingerichtet wurden, an denen alle relevanten Akteure teilnehmen konnten.

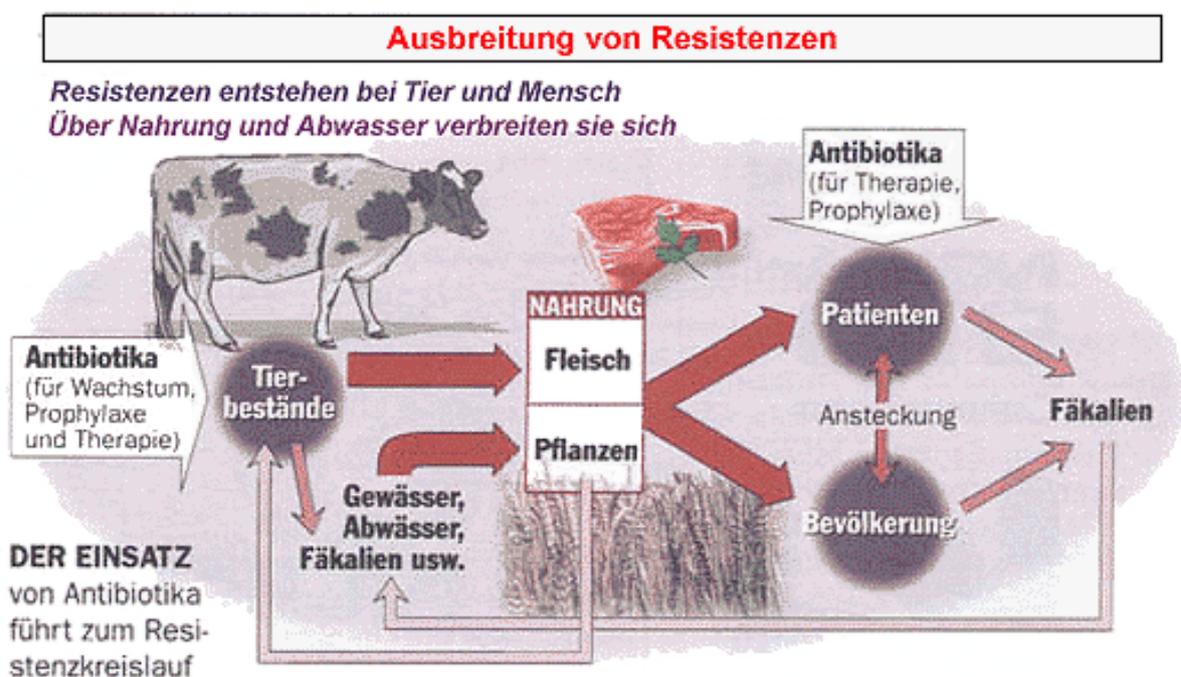
Negative Auswirkungen waren dadurch nicht zu verzeichnen, im Gegenteil: durch diese schrittweise Annäherung konnte eine festere Basis gebildet werden, auf der der weitere Ausbau der Netzwerke umgesetzt werden konnte.

Die angestrebte vermehrte Mobilität des Personals konnte in allen euregionalen Teilregionen zwar aus infektiologischer Sicht verbessert werden, wird jedoch durch den Faktor Fachkräftemangel in Deutschland, Belgien und den Niederlanden gegenseitig wieder aufgehoben.

### 4. UMWELTSCHUTZ

**Beschreiben Sie kurz, wie Ihr Projekt dazu beigetragen hat, die Umwelt zu schützen (positive oder neutrale Wirkung)**

Wie die unten stehende Abbildung „Ausbreitung von Resistenzen“ (Fundstelle: [www.zum.de/Faecher/Materialien/beck/13/bs13-8.htm](http://www.zum.de/Faecher/Materialien/beck/13/bs13-8.htm)) verdeutlicht, stellen multiresistente Erreger ein Umweltproblem dar. Dabei gelangen diese Krankheitserreger in den Nahrungskreislauf von Mensch und Tier. Die immer mehr an die Öffentlichkeit getragenen Diskussionen bezüglich der rasanten Ausbreitung im Bereich der Tiermast belegen dies nachdrücklich.



Gemäß der Zielsetzung dieses Projektes tragen die umgesetzten Aktivitäten, insbesondere der Reduzierung von Antibiotikaverbräuchen in den stationären

Einrichtungen, dazu bei, dass die Verbreitung dieser Krankheitserreger eingedämmt wird und somit auch in reduzierter Form in die Umwelt getragen wird. Durch einen damit geringeren Eintrag der Abbauprodukte über die Kanalisation in die Kläranlagen und dann wegen fehlender Abbaubarkeit in die Umwelt wurde im Projekt unmittelbar ein umweltschonender Akzent gesetzt.

## **5. BEACHTUNG DER CHANCENGLEICHHEIT**

**Beschreiben Sie kurz, wie Ihr Projekt dazu beigetragen hat, die Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen zu verbessern (positive oder neutrale Wirkung)**

Im Rahmen der Besetzung von Arbeitsplätzen zur Erledigung der Aktionen 2 bis 6 wurden Ausschreibungen durchgeführt, die für sich stets die Möglichkeit der Beschäftigung von benachteiligten/behinderten Bewerbern beinhalteten. Darüber hinaus erfolgte durch die Etablierung der Krankenhaussiegel und der Altenheimsiegel eine absolute Chancengleichheit aller weiblichen und männlichen Patientinnen/Patienten/Bewohnerinnen/Bewohner durch Anwendung gleicher Qualitätskriterien.

## **6. BEITRAG ZUR NACHHALTIGEN ENTWICKLUNG**

**Beschreiben Sie kurz, wie Ihr Projekt dazu beigetragen hat, die nachhaltige Entwicklung in seinen 3 Komponenten zu verstärken: soziale Integration, wirtschaftliche und ökologische Entwicklung.**

Das Projekt zielte auf eine positive Wettbewerbsfähigkeit der gesamten EMR in den Institutionen des Gesundheitswesens ab, durch erhöhte Mobilität der Fachkräfte im pflegerischen und medizinischen Bereich in infektiologischer Sicht wurden unmittelbar der Wissenstransfer und der Dienstleistungstransfer wesentlich erleichtert. Durch den etablierten Wettbewerbsvorteil durch Anwendung gleicher Qualitätskriterien konnte die wirtschaftliche Entwicklung indirekt positiv beeinflusst werden, da durch Reduktion der Aufnahmetage, der Sepsisraten und Lungenentzündungsraten auch eine Reduktion der Krankenhausverweildauer erreicht worden ist. Im ökologischen Bereich führt jede Reduktion von Antibiotikagebrauch im stationären Bereich unmittelbar zur Ressourcenschonung in den nachgeschalteten Kläranlagen und weiteren Ökostufen.

**Positive oder neutrale Auswirkung der Aktionen auf die 3 horizontalen Zielsetzungen:**

<b><u>AKTION</u></b>	<b><u>Umweltschutz</u></b>	<b><u>Chancengleichheit</u></b>	<b><u>Nachhaltige Entwicklung</u></b>
<b>Aktion 1</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>
<b>Aktion 2</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>
<b>Aktion 3</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>
<b>Aktion 4</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>
<b>Aktion 5</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>
<b>Aktion 6</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>
<b>Aktion 7</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>
<b>Aktion 8</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>	<b>Pos.</b>

## **7. INFORMATION UND PUBLIZITÄT (PR-Aktivitäten)**

**Beschreiben Sie die verwirklichten PR-Aktivitäten und fügen Sie als Anhang alle nützlichen Dokumente bei, die Ihre Erklärungen unterstützen (z.B.: Einladungen, Kopien von Teilnehmerlisten an Veranstaltungen, Folder, Broschüren, Presseartikel, Newsletters...).**

Das Workpackage 7 „Öffentlichkeitsarbeit“ beinhaltete alle PR-Aktivitäten bezüglich des durchgeführten Projektes. Daher verweisen wir im Hinblick auf die Beschreibung der einzelnen Aktivitäten auf die unter Aktion No. 7 hinterlegten Darstellungen. Zusammenfassend konnten sowohl das Fachpersonal als auch die Bürgerinnen und Bürger unmittelbar über die Aktivitäten und Erfordernisse infektionsprophylaktischer Maßnahmen unterrichtet und mit einbezogen werden. Die öffentlichkeitswirksame Etablierung der Krankenhaussiegeleinführung führte zu einer weiteren wahrgenommenen Umsetzung von Qualitätssicherung und Patientensicherheit. In den beteiligten Krankenhäusern können sich die Besucher seitdem laufend über das Erreichte informieren. Im Sinne der nachhaltigen Auswirkung wird darauf hingewiesen, dass im Jahre 2014 die Krankenhäuser erneut (zum zweiten Male) zertifiziert wurden, sodass die erneuerte Qualitätssiegelvergabe in den drei Teilregionen die Wahrnehmung für jeden Krankenhausbesucher in den beteiligten Häusern ermöglicht. Gleiches gilt für die Altenpflegeheime, die sich der Qualitätsprüfung im Hinblick auf die hygienischen Anforderungen in besonderem Maße unterworfen haben. Hier hat das öffentlichkeitswirksam in den jeweiligen Teilregionen und Kommunen ausgegebene Qualitätssiegel euPrevent Infektionsschutz MRE dazu beigetragen, dass die Bevölkerung Anteil nehmen kann, wenn sie zu Nutzern der Einrichtungen wird.

<b>PR-INDIKATOREN</b>	<b>Vorgesehener Zielwert</b>	<b>Realisierung</b>
<b>Broschüren / Folder</b>	<b>Nicht bestimmt</b>	<b>9</b>
<b>Veranstaltungen</b> (z.B. Ausstellungen, Symposium)	<b>Nicht bestimmt</b>	<b>4</b>
<b>Hinweisschild / Erinnerungstafel</b> (bei Infrastrukturarbeiten)	<b>Nicht bestimmt</b>	
<b>Pressemitteilungen</b>	<b>Nicht bestimmt</b>	<b>10</b>
<b>Pressekonferenzen</b>	<b>Nicht bestimmt</b>	<b>1</b>
<b>Website zum Projekt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Newsletter</b> (gedruckt / digital)	<b>Nicht bestimmt</b>	<b>3</b>
<b>Anzeigen</b>	<b>Nicht bestimmt</b>	<b>0</b>

## **8. GRENZÜBERSCHREITENDE ZUSAMMENARBEIT**

**Beschreiben Sie den grenzüberschreitenden Charakter sowie den grenzüberschreitenden Mehrwert Ihres Projekts.**

Vor Beginn der Aktivitäten in diesem Projekt ergaben sich eklatante Unterschiede in den Häufigkeiten erworbener und in die Krankenhäuser mitgebrachter MRSA-Infektionen. Zwingend war daher zur Verbesserung der unzureichenden Hygienebedingungen die Etablierung der grenzüberschreitenden Netzwerkbildung neben den Netzwerken in den Teilregionen. Durch den intensiven Austausch der gegenseitigen Strategien konnten Erkenntnisse über Häufigkeiten und Verbreitung der MRSA-Infektionsraten erreicht werden, durch Einführung angeglicher Vorgehensweisen auf der deutschen Seite eine deutliche Senkung der Sepsisrate und der erworbenen Lungenentzündungen auf den Intensivstationen und eine Reduktion von Kranken-

haustagen erreicht werden. Die durch Kenntniskern und veränderte Vorgehensweise erhöhte Mobilität des Personals und die etablierten Qualitätskriterien sowohl im Krankenhausbereich als auch in der stationären Heimpflege konnten grenzüberschreitend angewendet werden. Nur durch den gegenseitigen Austausch konnte dieses Ergebnis, das positiv nachhaltige Auswirkungen auf den Patiententransfer zeigt, erreicht werden. Die verwandten Informationsmaterialien wurden aufgrund der grenzüberschreitenden Erfahrungen entwickelt und berücksichtigen die jeweiligen Besonderheiten der Vorgehensweisen hin zu dem beabsichtigten Ziel grenzübergreifender Patientensicherheit und eines gelebten euregionalen Infektionsschutzes. Der damit erreichte Mehrwert für alle Beteiligten führte zur Etablierung der Stiftung euPrevent, wo im Sinne der Nachhaltigkeit alle Aspekte der euregionalen Patientensicherheit und des Infektionsschutzes euregional umgesetzt werden (EPECS, self-help EMR, Zusammenschluss der Selbsthilfeorganisationen). Das entstandene Netzwerk auf der euregionalen Ebene ermöglicht nunmehr auch einen schnellen Informationsaustausch zu wichtigen und infektiologisch kritischen Erkrankungen durch die Einführung eines Meldebogens, der euregional zur Anwendung kommt. Eine Ausweitung auf die nördlichen Euregios wurde im Frühjahr 2015 etabliert. Voraussetzung dafür sind die im Projekt etablierten Netzwerke, die sich als dauerhaft tragfähig erweisen.

***Beschreiben Sie Ihre positiven und/oder negativen Erfahrungen hinsichtlich dieser grenzüberschreitenden Zusammenarbeit und an der Zusammenarbeit mit Partnern der anderen Seite der Grenze. Es kann sich sowohl um interne Faktoren als auch um externe Faktoren handeln.***

Das Projekt zur Patientensicherheit und zum Infektionsschutz in der EMR lebte und lebt in seiner Nachhaltigkeit von vertrauensvoller Zusammenarbeit in funktionierenden Netzwerken. Als positive Erfahrungen aus diesem Projekt sind die institutionellen Vereinbarungen zur Netzwerkbildung im Rahmen der Projektarbeit, die gleichgerichteten Zielvorstellungen im Projekt in allen Teilregionen, die gleichgerichteten Maßnahmen und insbesondere die vertrauensvolle Zusammenarbeit der Verantwortlichen zu benennen. Erschwerend auch in diesem Projekt sind Änderungen in der Besetzung von Leitungsfunktionen, die administrativ zu erheblichem Mehraufwand aufgrund der Vorschrift zur Abwicklung eines Interreg-Programms führen. Negativ zu werten sind auch die euregional unterschiedlichen Bewertungen in den Abrechnungen zu den Personalaufwendungen im Hinblick auf vertraglich festgelegte Freitage (so musste z.B. nachgewiesen werden, dass in Deutschland der 2. Osterfeiertag ein arbeitsfreier Tag ist!!!) und Vorlage von Urkunden zur Beamtenernennungen. Dies sind für eine rasche administrative Abwicklung ungeeignete Prüfverfahren, die die Durchführung eines euregionalen Projektes erschweren. Diese Kritikpunkte berühren jedoch weniger die Zusammenarbeit unter den Partnern als vielmehr die Zusammenarbeit mit den Prüfungsinstanzen.

- **Welche Schritte sind bis heute unternommen worden, um eine dauerhafte und nachhaltige Zusammenarbeit nach der Projektlaufzeit zu erreichen?**
- **Welches sind, Ihres Erachtens nach, die Chancen einer fruchtbaren Zusammenarbeit über dieses Projekt hinaus? Auf welchen Elementen beruht Ihre Einschätzung?**

Bereits während der Laufzeit des Projektes wurde zur Sicherung der Nachhaltigkeit im Februar 2011 die Stiftung euPrevent in Maastricht gegründet. Ihr gehören im Vorstand alle fünf Teilregionen an und sichern in sechs Programmlinien seither den Fortbestand der Netzwerke, etablieren neue Schwerpunkte gemäß dem Aktionsplan 2020 der Euregio-Maas-Rhein im Gesundheitswesen und bilden den operationellen Arm der Stiftung EMR für euregionale Angelegenheiten des Gesundheitswesens. Dazu gehören auch die Organisation von Gesundheitskonferenzen u.a. zu Themen des Infektionsschutzes und der Patientensicherheit. Als Programmlinien werden derzeit geführt: PL Infektionsschutz (infectious diseases), PL Kinder- und Jugendgesundheit (Health for children and youth), PL Patient Empowerment, PL Umwelthygiene (Environmental affairs), PL Geistig-Seelische Gesundheit (Mental Health), PL Sucht und Drogen (Drug affairs). Außerhalb von euPrevent wird das Health Forum als Zusammenschluss der euregionalen Krankenkassen in ständiger Zusammenarbeit mit euPrevent inhaltlich begleitet. Durch die Etablierung dieser Programmlinien wird eine auf Dauer angelegte fruchtbare Zusammenarbeit ermöglicht. Durch die Verzahnung sowohl inhaltlicher als auch personeller Art ist die Fortsetzung dieser vernetzten Arbeit in zukunftsfähiger Form angelegt.

**Erklären Sie auf einer A4-Seite (eine Seite pro Partner):**

- **Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**
- **Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**
- **Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

Im Rahmen der Gesamtkoordination wurde von Anfang an auf eine fruchtbare und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller euregionalen Partner gesetzt. Dies hat sich in den Jahren der Projektarbeit und - wie die nachfolgenden Jahre zeigen - auch für die Nachhaltigkeit bewährt. Die Schaffung fest etablierter Netzwerkstrukturen sichern nunmehr die Zusammenarbeit der euregionalen Partner nicht nur in den infektiologischen Themen, sondern auch in den Themen der Patientensicherheit, dem Patienten Empowerment und in der Entwicklung der seelischen Gesundheit.

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Die sehr unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen bei der MRSA – Problematik in den Teilregionen zu Projektbeginn führte im Rahmen der einzelnen Arbeitspakete in den zeitlich nacheinander geschalteten Aktivitäten zur Problemfindung und- lösung zu euregional etablierten Strukturen zur schnellen Erfassung und Behandlung von MRSA-Besiedelungen und Erfassung von Risikopatienten. Insbesondere im Projektteil zur Erfassung von Häufigkeiten von mit medizinischem Geräteinsatz verbundenen Infektionen konnte eine wesentliche Reduzierung von Sepsisfällen und Lungenentzündungen erreicht werden. Im Rahmen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit wurden Instrumente zur Erfassung und Bewertung eingesetzt, die durch intensive Problembeschreibung und -erkennung bei den professionell Tätigen diese wesentliche Veränderung für die Patientinnen und Patienten erreicht haben. Darüber hinaus muss die feste Etablierung des euregionalen Netzwerkes zur Infektionsprävention im Sinne der nunmehr durch das Projekt erreichten Verstetigung benannt werden, sodass auch die institutionalisierte Zusammenarbeit erreicht werden konnte.

**Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

Durch die leitende Funktion im Projekt konnte die Notwendigkeit funktionierender Netzwerke sowohl auf euregionaler als auch auf regionaler und lokaler Ebene gezeigt und fest etabliert werden. Damit verbunden ist beim Leadpartner eine dauerhafte Aufstockung einer Arbeitsstelle zur Vernetzung im Sinne der infektiologischen Aktivitäten auf der kommunalen Ebene. Die EMR mit ihren Unterstützungsmöglichkeiten wird von hier als unverzichtbarer Teil zur Etablierung funktionierender Netzwerke im Sinne des gemeinsamen euregionalen Daches wahrgenommen und als solches auch stetig in den Entscheidungsprozess zur Sicherung der Nachhaltigkeit einbezogen. Die erfahrene politische Unterstützung aus der Stiftung EMR bei der Etablierung der zur Nachhaltigkeit der Interreg-Projekte gegründeten Stiftung euPrevent zeigte und zeigt für alle Verantwortlichen die Unverzichtbarkeit funktionierender, ein Dach bildender Organisationsstrukturen. Trotz sehr schmal ausgestatteter Personalressourcen in der Verwaltungsstruktur der EMR kann für dieses Projekt breite Unterstützung berichtet werden.

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

Das Projekt war auf die Etablierung euregionaler und regionaler und lokaler Netzwerke ausgerichtet. Dieses ist voll umfänglich gelungen. Als herausragendes Element dieser euregionalen Netzwerkbildung zur Patientensicherheit und zum Infektionsschutz konnte die Etablierung einer eigenständigen Stiftung euPrevent erreicht werden, die nun die Nachhaltigkeit aller Projektaktivitäten sichert. Im Hinblick auf die Öffentlichkeitsarbeit konnten die Bürgerinnen und Bürger von den entwickelten, frei zugänglichen Informationsmaterialien profitieren. Die im Rahmen des Projektes etablierten Qualitätssiegel im Krankenhausbereich und im Altenheimbereich sichern die erreichten Ergebnisse weit über die Projektlaufzeit hinaus, da die Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen sich in regelmäßigen Abständen der qualitätssichernden Überprüfung durch Auditoren auf freiwilliger Basis unterziehen. Dieser Erfolg beruht im Wesentlichen auf der Überzeugung aller Handelnden zur gezielten euregionalen Zusammenarbeit in einem funktionierenden Netzwerk.

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Durch das Projekt konnte im Rahmen der Partnervereinbarungen erstmals für alle Teilregionen ein funktionierendes euregionales Netzwerk und korrespondierend dazu entsprechende regionale Netzwerke entwickelt und etabliert werden. Die in früheren Jahren fehlende Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen konnten verstetigt werden und sind als Netzwerk überführt worden in die o.g. Stiftung euPrevent.

**Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

Das Projekt ermöglichte auch innerhalb des Klinikums eine fokussierte Sichtweise auf die MRSA und späterhin MRE Problematik im Hinblick auf eine gezielte euregionale Zusammenarbeit. Damit konnten Patientenbehandlungspfade positiv beeinflusst werden und eine intersektorale Zusammenarbeit der Akteure sowohl auf der regionalen Ebene wie auch euregional fest etabliert werden. Die EMR wurde aufgrund der von dort angestoßenen Mitwirkung bei Konferenzen und Bürgertagen als Mittler zu den Bürgern und der Politik wahrgenommen.

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

Herausragendes Ergebnis ist die Reduzierung von schweren Verlaufsformen entzündungsbedingter Erkrankungen (Sepsis und Sepsisverläufe) auf den beteiligten Intensivstationen nach Erhebung der Ausgangsvoraussetzungen, Unterrichtungen und nachfolgender erneuter Datenerhebungen. Auch die deutliche Reduzierung von Lungenentzündungen, die auf Intensivstationen entstanden waren durch notwendige Medizinprodukteanwendungen, zeigten die Sinnhaftigkeit und den Nutzen unmittelbar für die Patientinnen und Patienten. Der Erfolg konnte erreicht werden durch die vernetzte Zusammenarbeit aller Beteiligten bei gleichgearteten Fragestellungen im Hinblick auf die Patientenversorgung und der Infektionskontrolle.

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Durch die deutliche Reduktion der auf deutscher Seite vorhandenen Infektionsfälle wurden Instrumente etabliert, die langfristig eine Annäherung an niederländische Verhältnisse und Infektionsraten erwarten lassen. Die kurze Projektzeit konnte ein Angleichen der auseinandergedrifteten Zahlen naturgemäß noch nicht erreichen, jedoch eine wesentliche Reduktion der Sepsisfälle und Lungenentzündungen auf Intensivstationen.

**Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

Das Projekt hat deutlich zu Tage gebracht, dass durch gezielte Datenerhebung, daraus abgeleitete intensive Schulungen und eine Nachuntersuchung der Erfolg von Interventionen unmittelbar der Patientensicherheit zugutekommen kann. Die Schulung des Personals war entscheidender Schlüsselfaktor zur Erreichung der reduzierten Infektionsraten mit der Folge reduziertem Antibiotikaverbrauchs und Liegedauerverkürzung auf der Intensivstation. Die Wahrnehmung der EMR als Organisationsstruktur erfolgte eher am Rande, da dies durch den Leadpartner in Zusammenarbeit mit der EMR im Wesentlichen sichergestellt wurde.

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

- Kooperation der Krankenhäuser im Kreis Düren über Wettbewerbsgrenzen hinweg
- Zahlreiche Fortbildungen für unterschiedliche Zielgruppen, die sehr angenommen wurden- Pflege, Krankenhauspersonal, Rettungsdienst, ambulant tätige Ärzte
- Standards im Rettungsdienst
- Aktionstage für die Öffentlichkeit
- Patientenbroschüre
- gemeinsame Standards in den Krankenhäusern
- Siegel für Pflegeeinrichtungen

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Der unterschiedliche Umgang mit der MRSA Problematik in verschiedenen Einrichtungen wurde thematisiert und konnte in gemeinsam erarbeiteten Standards aufgelöst werden.

**Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

Alle Partner konnten von den Erfahrungen, Ideen und Maßnahmen der anderen profitieren- ein sehr gutes Miteinander- "man musste das Rad nicht jedes Mal neu erfinden".

Informationen über Gegebenheiten, Ideen und Gepflogenheiten in der Regio Maas Rhein wurden thematisiert; letztlich ergaben sich in der Kooperation immer wieder Impulse für die eigene Arbeit.

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

- Intensivierung der Zusammenarbeit mit Krankenhäusern, niedergelassener Ärzteschaft, Pflegeheimen, Pflegediensten und Rettungsdienst durch Intensivierung vorhandener Strukturen oder durch Schaffung neuer Strukturen (runde Tische)
- Sensibilisierung der oben genannten Gruppen und der Bevölkerung für das Thema MRSA/MRE und die Notwendigkeit einer Grundhygiene im stationären, ambulanten und häuslichen Bereich
- Gute Teilnahme von Krankenhäusern und Pflegeheimen am Siegelerwerb
- Gute themenzentrierte und stadt- /kreisgrenzüberschreitende Zusammenarbeit der Gesundheitsämter der Regio Aachen
- Kennenlernen einiger wichtiger Ansprechpartner auf belgischer und niederländischer Seite

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Auf Ebene des Gesundheitsamtes konnte kein grenzüberschreitendes Problem gelöst werden.

**Welchen Nutzen hatte das grenzüberschreitende Projekt für Sie?**

- Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema der multiresistenten Erreger konnte das Wissen innerhalb der Institution deutlich vertieft werden
- Das Gesundheitsamt wird als Ansprechpartner für die oben genannten Institutionen und die Bevölkerung zum Thema multiresistente Erreger und Hygiene wahrgenommen
- Durch die Schaffung eines MRSA-Netzwerkes in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung können die Themen der Fortbildung für die niedergelassene Ärzteschaft mitbestimmt werden
- Die geschaffenen Strukturen können zukünftig auch für neue Themen unproblematisch genutzt werden

**In welchem Maß hat das Projekt dazu beigetragen, dass sich die Wahrnehmung Ihres Unternehmens über die Euregio Maas-Rhein geändert hat?**

Diese Frage kann naturgemäß nicht durch die Institution selbst belastbar beantwortet werden sondern ausschließlich durch Dritte.

PARTNER 7:

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

Etablierung von Runden Tischen zur Intensivierung der Zusammenarbeit der ambulanten Pflegedienste, stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanter ärztlicher Versorgung, Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser auf der Basis eines euregionalen Standards im Bereich Infektionsschutz und Hygiene.

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Kommunikation zu niedergelassenen niederländischen und belgischen Gesundheitseinrichtungen. Im Kreis Euskirchen gibt es keine ausgeprägte Nutzung von grenzüberschreitender ärztlicher Behandlung.

**Welchen Nutzen hatte das grenzüberschreitende Projekt für Sie?**

Impulse zur besseren Zusammenarbeit der Akteure im Bereich Infektionsschutz und Hygiene. Motivation zur Verbesserung des Patientenschutzes hinsichtlich Infektion und Hygiene in den Krankenhäusern.

**In welchem Maß hat das Projekt dazu beigetragen, dass sich die Wahrnehmung Ihres Unternehmens über die Euregio Maas-Rhein geändert hat?**

Die lokalen Akteure konnten hier in ihrem medizinisch-klinischen Arbeitsbereich erstmalig gelebtes Europa erfahren. Neue Gesichtspunkte bei der Bewältigung von hygienischen Problemen werden erkannt und angenommen.

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

Im Rahmen des Projektes kam es zur intensiven Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern in Deutschland, Belgien und Niederlande, die es bisher noch nicht gegeben hatte zur Frage möglicher MRSA- Besiedlungen von Bewohnern und Patientinnen und Patienten und vorhandenen Resistenzen. Die Aufbereitung der erhobenen Daten auf euregionaler Basis war eine für die EMR herausragende Herausforderung, um zum ersten Male die unterschiedlichen Besiedlungs- und Infektionshäufigkeiten zu erfassen. Für das hiesige Institut an der Universität Maastricht ergaben sich darüber hinaus wichtige Impulse auch zur Zusammenarbeit mit dem gleichnamigen Institut für Mikrobiologie des Universitätsklinikums Lüttich. Dort erfolgten die Spezifizierungen der in der EMR eingesammelten Urine, sodass erstmals in einer euregionalen Kooperation Datenbasen zum Vergleich der drei Teilregionen vorgelegt werden können.

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Durch die euregionalen Datenvergleiche konnte im Rahmen des Projektes festgestellt werden, dass die Besiedlungsraten an MRSA und anderen Keimen bei den untersuchten Probanden höchst unterschiedlich im Hinblick auf die Häufigkeiten festzustellen waren. Die bislang behaupteten unterschiedlichen Keimarten konnten nun bei den in dem Projekt untersuchten Patientinnen und Patienten nicht nachgewiesen werden. Dies ist ein wesentlicher neuer Impuls für das weitere euregionale Zusammenwirken in der Beherrschung von Multiresistenzen. Interessanterweise stammen die vorgefundenen Stämme in der EMR aus nur zwei bis drei unterschiedlichen genetischen Phänotypen von MRSA, was auf eine regionale Verwandtschaft der Besiedlungen schließen läßt. Dies war aufgrund der bisherigen Datenlage in keiner Weise zu erwarten und ist Anlass, die Infektionswege in Zukunft noch intensiver nachzuverfolgen.

Als besonderer Problembereich hat sich der ambulante Versorgungssektor herausgestellt, wo offensichtlich ohne vorherige Resistenzbestimmungen die Verordnung von Antibiotika erfolgt. Dies konnte jedoch im Rahmen dieses Projektes nicht weiter untersucht werden und soll zukünftigen euregionalen Vorgehensweisen als Grundlage und Handlungsoption gelten.

**Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

Dieses Projekt hat für das hiesige Institut wichtige Impulse zur zukünftigen Datenerfassung und -auswertung im Hinblick auf die Resistenzlage regional und euregional hervorgebracht. Darüber hinaus konnte durch die intensive Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Lüttich auf mikrobiologischem Gebiet eine Anpassung der Untersuchungsmethodik und mit dem auf der deutschen Seite tätigen Institut für Laboratoriumsmedizin die erforderliche Aufbereitungs- und Einsammeltechnik euregional abgestimmt werden.

Die Verbindung mit der EMR als Institution war für unser Institut in dieser Intensität Premiere, obwohl schon seit vielen Jahren das Klinikum in Maastricht mit dem Klinikum in Lüttich und Aachen zusammenarbeitet. Durch die in diesem Projekt gelungene Verknüpfung mit den Gremien der EMR aufgrund der Berichte zum Projektfortschritt wurde eine neue Qualität der Zusammenarbeit begonnen, die sich nunmehr durch die aktive Teilnahme an den Aktivitäten der Stiftung euPrevent nachhaltig gestaltet. Die Leitung der gegründeten Programmlinie Infektionsverhütung und Patientensicherheit wird durch die ehemalige Mitarbeiterin des hiesigen Institutes Frau Dr. Stobberingh, jetzt RIVM in Bilthoven(NL), wahrgenommen.

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

Die Umsetzung der Programmziele in diesem Projekt erforderte für den GGD ZL in Zusammenarbeit mit dem Institut für Mikrobiologie und der für das Projekt zuständigen Verantwortlichen, Frau Dr. Stobberingh eine bisher nicht geübte intensive abgestimmte Vorgehensweise im Hinblick auf Rekrutierung von stationären Pflegeeinrichtungen. Das für den Krankenhausbereich auf niederländischer Seite bereits bestehende Netzwerk wurde ergänzt durch die Zusammenarbeit mit den stationären Pflegeeinrichtungen, aus denen sich die Untersuchungsmaterialien für das Institut in Aachen und Maastricht sowie Lüttich rekrutierten. Die Ergebnisse zeigten wegen der bislang behaupteten gravierenden Unterschiede in den Häufigkeiten, die sich nicht bestätigen ließen, jedoch die Notwendigkeit der intensiven Einflussnahme auf Verschreibungsverhalten und Fallerrfassung. Als wesentliches Produkt im Sinne der Nachhaltigkeit wurde daher auf euregionaler Ebene ein neues Meldesystem entwickelt, in dem nicht nur häufige oder/und gravierende Infektionserkrankungen erfasst werden, sondern auch Mitteilungen über Resistenzen von überregionaler Bedeutung erfasst werden. Als Problempunkt kristallisierte sich der ambulante Sektor heraus, der jedoch im Rahmen dieses Projektes euPrevent- MRSA nicht weiter bearbeitet werden konnte. Als wesentlicher Gewinn für den GGD ZL war die Zusammenarbeit auch mit den deutschen GGD und den belgischen Meldestellen für Infektionserkrankungen, aus der nunmehr das ALERT- Melde-System im Sinne der Nachhaltigkeit zur Zusammenarbeit entwickelt worden ist. (Hinweis: Dieses System findet seit Juli 2015 entlang der gesamten deutsch-niederländischen Grenze Anwendung.)

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Bereits seit vielen Jahren besteht mit den Meldestellen für Infektionskrankheiten in der EMR eine Zusammenarbeit. Das Projekt hat jedoch die bisher eher unverbindliche Zusammenarbeit in eine verbindliche Zusammenarbeit mit einem euregionalen Meldebogen für die EMR hervorgebracht und wird seit Juli 2015 entlang der ganzen deutsch-niederländischen Grenze eingesetzt bei wichtigen und/oder gefährlichen Infektionserkrankungen.

**Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

Das Projekt hat die Bedeutung der euregionalen Zusammenarbeit im Sinne einer höheren und nachhaltigen Verbindlichkeit wesentlich beflügelt und positiv beeinflusst. Die intensive Kooperation mit dem Klinikum in Maastricht, hier dem Institut für Mikrobiologie für dieses Projekt, hat für den GGD ZL einen weiteren zusätzlichen Akzent neben den bisherigen Kooperationen mit der Universität gesetzt.

Im Rahmen des Projektes wurde im Sinne der Gewährleistung von Nachhaltigkeit die Stiftung euPrevent gegründet, wo sich der GGD ZL als Gründungsmitglied und Partner ständig einbringt. Durch dieses enge Zusammenwirken wird nicht nur dem regionalen Aspekt Rechnung getragen, sondern auch der notwendigen Kooperation mit der EMR, wo der GGD ZL in weiteren Gremien mitwirkt, u.a. in der Strategischen Begleitgruppe Gesundheit und in der Strategischen Begleitgruppe Öffentliche Sicherheit und Ordnung. Die koordinierende Rolle der EMR war für den GGD auch in den Vorjahren schon deutlich geworden und hat durch das jetzige Projekt die Bestätigung dafür erfahren.

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

Das Institut für Mikrobiologie des Universitätsklinikums Lüttich als Projektteilnehmer auf der inhaltlichen Seite bei offizieller Projektmitgliedschaft der Universität Lüttich hat in diesem Projekt seine Expertise bei den notwendigen Untersuchungen von Urinen aus allen drei euregionalen Teilregionen einbringen können. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Institut für Mikrobiologie der Universität Maastricht ermöglichte die Analyse der in den Teilregionen eingesammelten Materialien aus stationären Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. In enger Kooperation mit dem Hausärzteverband in Belgisch Limburg wurde darüber hinaus ein weiteres Netzwerk unterstützt, um dem Problem der MRSA – Besiedlungen und möglichen Resistenzen näher zu kommen. Der in der Wallonie und der Deutschsprachigen Gemeinschaft bereits vorhandenen Netzwerke der Krankenhäuser, Altenheime und niedergelassenen Ärzte wurden die Inhalte des Projektes vorgestellt unter Beteiligung der niederländischen und deutschen Partner, um eine gleichmäßige Bearbeitung und Ergebnisbeurteilung zu ermöglichen. Das euPrevent-MRSA Projekt hat für das hiesige Institut aufgrund der Ergebnisse deutlich gemacht, wie sehr es zukünftig auf das Einwirken von Verschreibungsverhalten und Anforderungsverhalten der Bürgerinnen und Bürger im Hinblick auf mögliche Resistenzentwicklungen im ambulanten Bereich ankommen wird. Dies konnte im Rahmen dieses Projektes nicht untersucht werden.

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Im Rahmen dieses Projektes konnte erstmals durch ein abgestimmtes labortechnisches Verfahren eine einheitliche Analysetechnik zur Untersuchung der eingesammelten Materialien zur Anwendung kommen. Damit wurde der Grundstein für eine euregional abgestimmte Labortechnik im Hinblick auf Resistenzfassung und- beurteilung gelegt, den es zukünftig weiter auszubauen gilt. Darüber hinaus wurde durch die Unterstützung eines weiteren Netzwerkes in Belgisch Limburg durch unser Institut das Thema Infektiologie weiter verstärkt.

**Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

Die Universität Lüttich pflegt seit vielen Jahren eine Zusammenarbeit mit der EMR, jedoch wurde in diesem Projekt nun erstmals auch ein Institut der Universitätsklinik, hier das Institut für Mikrobiologie, in eine enge Zusammenarbeit euregional eingebunden. Durch die regelmäßige Berichterstattung in Gremien der EMR kam es darüber hinaus auch zu Erörterungen zu anderen euregional gesundheitsrelevanten Themen, was die Notwendigkeit der Zusammenarbeit deutlich machte (Intensivierung des Patientenschutzes, Einführung eines Sofortmeldesystems, Erfassung ambulanter Versorgungsstrukturen).

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

Das St. Nikolaus Krankenhaus in Eupen partizipierte im Wesentlichen von den auf euregionaler Ebene entwickelten Vorgehensweisen zur Erfassung nosokomialer Infektionen und Komplikationen in Ergänzung der auf der belgischen Seite bereits vorhandenen Systeme. Das Krankenhaus in Eupen konnte daher mit großem Erfolg sich dem Audit zur Qualitätssicherung der hygienischen Vorgehensweise unterziehen und hatte gleich im ersten Anlauf die notwendigen Kriterien zur Erlangung des Krankenhaussiegels- 1. Stufe – vollständig erfüllen können. Vorangegangen waren Schulungen zur Erfassung nosokomialer Infektionen auf der Intensivstation und nach sechsmonatiger Intervention eine Nacherfassung. Durch die Einbindung in das regionale Netzwerk unter Federführung des Universitätsklinikums Lüttich erfolgte im Rahmen des Projektes eine weitere Vertiefung der abgestimmten Vorgehensweisen bei MRSA- Besiedlungen und MRSA – Infektionen. Ein im Krankenhaus Eupen eingeführtes Qualitätsmanagement im Hinblick auf den Antibiotikaeinsatz konnte vorbildhaft für die 2.Stufe des Krankenhaussiegels euregional eingeführt werden. Das Projekt euPrevent MRSA hat für das Krankenhaus Eupen deutlich machen können, dass durch intensive Beteiligung an euregionalen Netzwerken, einem hohen Engagement bei der Qualitätssicherung und einem weit entwickelten Qualitätsmanagement auf hygienischem Gebiet ein großes Maß an Patientensicherheit für die Bürgerinnen und Bürger der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens erreichbar ist. Das Krankenhaus Eupen sichert die Nachhaltigkeit des Projektes durch die informelle Partnerschaft mit der Stiftung euPrevent, um die erzielten Erfolge auch für die geplante 3. Krankenhaussiegelstufe unmittelbar wieder einsetzen zu können.

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Im Rahmen des Projektes sollte auch erreicht werden, dass eine Verlegung in ein niederländisches oder deutsches Krankenhaus im Hinblick auf eine mögliche Keimbesiedlung der Patienten erleichtert werden kann. Durch die vereinbarten abgestimmten Vorgehensweisen zur Erfassung und Behandlung betroffenen Patienten konnte die Verlegungsmanagement wesentlich vereinfacht werden. Einheitliche Erfassungskriterien und Bewertungen lassen tagelange Isolierungen verzichtbar werden und tragen so zur Verkürzung von Liegezeiten und Behandlungszeiten bei. Im Rahmen der entstandenen Netzwerkzusammenarbeit erfolgen nun zeitnah notwendige euregionale Austausch zum Abgleich vereinbarter Vorgehensweisen. Davon profitieren in der DG auch die stationären Pflegeeinrichtungen und die niedergelassenen Ärzte und das Überleitungsmanagement in besonderem Maße. Die Auswertung der Resistenzstatistiken im Rahmen der Siegelvergabe ergab jedoch auch das zukünftig in den Vordergrund rückende Problem der Resistenzentwicklung im ambulanten Bereich bei ungezielten Antibiotikaanwendungen. Dieses konnte im Rahmen dieses Projektes nicht behandelt werden.

**Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

Eine Zusammenarbeit mit der EMR erfolgt schon seit vielen Jahren. In diesem Projekt wurde noch einmal die erforderliche Klammer zu den Gremien der EMR deutlicher, da dort eine regelmäßige Berichterstattung über das Projekt erfolgte. Den Nachhaltigkeitserfolg dieses Projektes sehen wir in der Mitgliedschaft als informeller Partner der Stiftung euPrevent, die im Rahmen ihrer Aufgabenstellung für das Thema Patientensicherheit und Infektionsschutz eine eigene Programmlinie eingerichtet hat und diese Themen inhaltlich federführend für die gesamte EMR bearbeitet. Durch die Verknüpfung mit der Strategischen Begleitgruppe Gesundheit der EMR wird für das Krankenhaus Eupen die koordinierende Funktion der EMR noch einmal deutlich hervorgehoben.

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

Das ostbelgische Sozialhilfezentrum der Deutschsprachigen Gemeinschaft war in das Projekt durch den Versorgungsauftrag für stationärer Pflegeeinrichtungen und die Verbindung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der DG eingebunden. Die in den stationären Pflegeeinrichtungen erfolgende Vorgehensweise bei MRSA-Besiedlungen erfuhr im Rahmen des Projektes eine weitere Vertiefung und Vereinheitlichung. Durch intensive Schulungsmaßnahmen des Personals durch eine verantwortliche Ärztin konnte in den stationären Einrichtungen eine veränderte Vorgehensweise, angepasst an das vereinbarte euregionale Vorgehen, erreicht werden. Damit konnte dem Problem der Patientensicherheit und dem Infektionsschutz in den stationären Pflegeeinrichtungen ein besonderer Schwerpunkt gewidmet werden. Die Einbeziehung der Patientenvertretungen in den Einrichtungen erwies sich als unbedingt erforderlich, um dem Ziel der Nachhaltigkeit der festgelegten Vorgehensweisen Nachdruck zu geben.

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Erleichtert wurde durch das Projekt die Verlegung von der stationären Krankenhausversorgung in die stationäre Pflege und umgekehrt durch die vereinbarten Informationen beim Überleitungsmanagement. Dies war auch ein Gegenstand der 1. Siegelstufe des Krankenhaussiegels, an der sich das St. Nikolaus Krankenhaus in Eupen beteiligte und damit wesentlich für die stationären Einrichtungen der DG zur qualitätsgesicherten Überleitung beitragen konnte. Das ostbelgische Sozialhilfezentrum der DG sichert durch seine Netzwerkpartizipation in der MRSA – Thematik für die in seinen Einrichtungen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner nachhaltig eine hohe Versorgungsqualität auch im Hinblick auf hygienische Belange, was als herausragendes Ergebnis dieses Projektes bewertet wird.

**Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

Eine direkte Zusammenarbeit mit den Gremien der EMR hat es vor dem Projektstart nicht dauerhaft gegeben. Durch die ständige Berichterstattung während der Projektlaufzeit erfolgte für das OSHZ eine deutlich sichtbare Verknüpfung mit den durch das Projekt verfolgten Zielstellungen in der EMR und koordiniert begleitet durch die EMR.

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

Der Provinz Limburg kam in diesem Projekt im Wesentlichen eine koordinierende Funktion für die gesamte Region Flanderns im Zuständigkeitsbereich für die vielfältigen Zielstellungen in dem Projekt zu. Die Beteiligung an den Arbeitspaketen zur Erhebung von Surveillancedaten, zur Erfassung von Komplikationen bei erworbenen MRSA- Infektionen auf Intensivstationen und die aus den Datenerhebungen erfolgten Veränderungen in den Vorgehensweisen waren herausragendes Ergebnis. Auch erfolgte eine Beteiligung an den Öffentlichkeitskampagnen zur Verbesserung der Handhygiene.

Durch eine intensive Netzwerkbildung mit den niedergelassenen Ärzten, die durch das Projekt eine Verstetigung erfahren hat, konnte das Überleitungsmanagement wesentlich verbessert werden. Sowohl das Krankenhaus in Tongeren als auch das Krankenhaus in Hasselt beteiligten sich an dem Erwerb des 1. euregionalen Krankenhaussiegels und konnte im Rahmen der durch die niederländische Seite vorkommenen Auditierung gleich im ersten Anlauf den Nachweis geforderter qualitätssichernder Maßnahmen erbringen. Darüber hinaus erfolgte die Beteiligung von stationären Pflegeeinrichtungen zur Erfassung dortiger MRSA-assoziierter Infektionen, deren Auswertung durch die Universitätskliniken in Lüttich und Maastricht erfolgten. Eine intensive Zusammenarbeit der mikrobiologischen Institute in Hasselt und Maastricht mit Lüttich ermöglichten rasche und zielführende Bewertungen zum Erreichen hoher Patientensicherheit.

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Durch das Projekt konnte in der euregionalen Zusammenarbeit zum ersten Mal die tatsächliche gemeinsam getragene Auswertung und Bewertung erhobener Daten zur Häufigkeit der Infektionsraten erfolgen und für entsprechende Gegenmaßnahmen abgestimmte Vorgehensweisen verabredet werden. Die Auswertung erhobener Befunde in diesem Projekt erfolgte in Maastricht und in Lüttich mit anschließender Befundmitteilung an die jeweiligen Institutionen. Die neu geschaffenen Verbindungen auch mit der Wallonie mit dem dort von der Universitätsklinik in Lüttich unterstütztem Netzwerk der niedergelassenen Ärzte konnten zum weiteren gemeinsamen Vorgehen auf belgischer und euregionaler Seite genutzt werden. Das Projekt verwirklichte aus Sicht der Provinz die notwendigen euregionalen Schritte zur Umsetzung der Maßnahmen zur Patientensicherheit in vorbildlicher Weise.

**Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

Aufgrund der Aufgabenstellung der Provinzregierung war schon vor Projektbeginn eine enge Zusammenarbeit mit der EMR die Regel. Durch die erfolgende ständige Berichterstattung auch in den Gremien der EMR über das Projekt erfolgte auch eine inhaltliche Verknüpfung mit den Aufgaben der EMR und der Provinz. Die Sicherung der Nachhaltigkeit wird durch die Provinz durch Mitgliedschaft in der neu gegründeten Stiftung euPrevent gesichert, wodurch eine weitere enge Verknüpfung mit der EMR hergestellt worden ist.

**Welche ist die wichtigste Projektverwirklichung, auf die Sie am meisten stolz sind? Und Warum?**

Der Bezirksregierung in Koblenz als Vertreterin des Landes Rheinland-Pfalz in der EMR kam in erster Linie koordinierende Funktion in der Zielverwirklichung des Projektes zu. Es konnte die aktive Beteiligung der Landkreise Vulkaneifel und Bitburg-Prüm erreicht werden. Letzterer Kreis musste sich aus personellen Gründen aus der aktiven Umsetzung zurückziehen, war jedoch in die Überlegungen zur landesweiten Ausdehnung der erarbeiteten Qualitätsziele mit eingebunden. Der Schwerpunkt der Umsetzung erfolgte im Kreis Vulkaneifel, wo sowohl Erhebungen im stationären Krankenhausbereich und im stationären Altenheimbereich unter aktiver Mitwirkung des dortigen Gesundheitsamtes erfolgten. Sowohl das Krankenhaus in Daun wie auch das Krankenhaus Gerolstein konnten sowohl die 1. Siegelstufe als auch die 2. Siegelstufe des Krankenhaussiegels in einem vereinbarten Auditierungsverfahren erreichen. Die ebenfalls noch in der Projektzeit eingeleiteten Siegelvergaben für die stationären Pflegeeinrichtungen erreichten im KreisVulkaneifel ebenfalls eine bemerkenswerte Beteiligung. Die Bezirksregierung Koblenz konnte die in der EMR erreichten Ergebnisse auf ihren ganzen Zuständigkeitsbereich übertragen und nutzt die im Projekt vereinbarten Qualitätsziele als Grundlage zum abgestimmten regionalen Vorgehen. So konnte das in der EMR etablierte Netzwerk der Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen als Beispiel für die Etablierung der regionalen Netzwerke unter Einbeziehung niedergelassener Ärzte eingeführt und genutzt werden.

**Welches besondere grenzüberschreitende Problem hat Ihr Projekt gelöst?**

Der grenzüberschreitende Charakter für dieses Projekt wurde durch die euregionale Auswertung der erhobenen Daten in den Krankenhäusern und Altenheimen zum Ausdruck gebracht: die Datensammlung erfolgte mit Hilfe des örtlichen Gesundheitsamtes, die Auswertungen erfolgten in Aachen, Maastricht und Lüttich. So wurde für alle Beteiligten die Bedeutung euregionaler Strukturen transparent und wurden entsprechend genutzt.

**Was hat Ihr grenzüberschreitendes Projekt Ihnen gebracht und in welchem Maß hat das Projekt die Wahrnehmung der Euregio Maas-Rhein in Ihrer Organisation verändert?**

Für die Bezirksregierung ergibt sich aufgrund ihrer Aufgabenstellung per se eine enge Zusammenarbeit mit der EMR. In diesem Projekt wurde im Gesundheitsbereich erstmals eine enge inhaltliche Abstimmung zur Lösung gemeinsam auftretender Probleme praktiziert, wobei der EMR als Institution eine lenkende und koordinierende Aufgabe im Rahmen der Gremienarbeit zukam. Der beteiligte Kreis Vulkaneifel wurde zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Projektes Partner der neu gegründeten Stiftung euPrevent, wodurch sich eine Verzahnung mit der Aufgabenstellung der EMR auch über das Projekt hinaus ergeben hat.

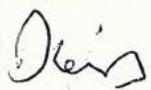
**9. UNTERSCHRIFTEN DES SCHLUSSBERICHTES DURCH ALLE PARTNER  
DES PROJEKTS « ..... »**

	<b>NAME</b>	<b>STEMPEL</b>	<b>UNTERSCHRIFT</b>
<p><b><u>Leadpartner :</u></b> <b><u>Gesundheitsamt</u></b> <b><u>des Kreises</u></b> <b><u>Heinsberg</u></b></p>	<p>Herr Dr. med. Feldhoff</p>	<p>Kreis Heinsberg Der Landrat - Gesundheitsamt - Valkenburger Str. 45 52525 Heinsberg</p>	<p>  Dr. Feldhoff Ltd. Kreismedizinalldirektor</p>
	<p>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich Dr. Feldhoff, Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation Gesundheitsamt Kreis Heinsberg, dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</p>		

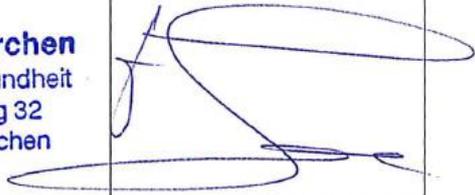
	<b><u>NAME</u></b>	<b><u>STEMPEL</u></b>	<b><u>UNTERSCHRIFT</u></b>
<p><b><u>Partner 2 :</u></b></p> <p><b><u>RWTH/Uniklinik Aachen – Institut für Hygiene und Umweltmedizin</u></b></p>	<p><b>Univ. Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Dott</b></p>		
	<p><b>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich Prof. Dr. rer. Nat. Wolfgang Dott, Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation RWTH/Uniklinik Aachen – Institut für Hygiene und Umweltmedizin, dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</b></p>		

	<b>NAME</b>	<b>STEMPEL</b>	<b>UNTERSCHRIFT</b>
<b><u>Partner 3 :</u></b> <b><u>Zentralbereich</u></b> <b><u>für Krankenhaus-</u></b> <b><u>hygiene und</u></b> <b><u>Infektiologie</u></b> <b><u>(ZfKI)</u></b>	Herr Prof. Dr. med. Lemmen		
	<b>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich [Name], Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation [Name der Organisation], dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</b>		

	<b>NAME</b>	<b>STEMPEL</b>	<b>UNTERSCHRIFT</b>
<b><u>Partner 4 :</u></b> <b><u>Gesundheitsamt</u></b> <b><u>des Kreises</u></b> <b><u>Düren</u></b>	<b>Herr Dr. med. Schnitzler</b>	PD Dr. med. Norbert Schnitzler Amtsleiter Gesundheitsamt Bismarckstraße 16 52351 Düren Tel. 02421 / 22 - 2410 • Fax 22 - 2409	
	<b>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich [Name], Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation [Name der Organisation], dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</b>		

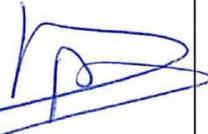
	<u>NAME</u>	<u>STEMPEL</u>	<u>UNTERSCHRIFT</u>
<b><u>Partner 5 :</u></b>  <b><u>Gesundheitsamt</u></b> <b><u>der Städteregion</u></b> <b><u>Aachen</u></b> <b><u>(vormals Kreis</u></b> <b><u>Aachen)</u></b>	<b>Herr Dr. med.</b> <b>Plum</b>  <b>Herr Dr. Körlings</b> <b>(Kommissarische</b> <b>Amtsleitung)</b>	StädteRegion Aachen Der Städteregionsrat A 53 • Gesundheitsamt	 <b>(DR. KÖRLINGS)</b>
	<p>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich Dr. Karlo Körlings, Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation Gesundheitsamt der StädteRegion Aachen (vormals Kreis Aachen), dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</p>		

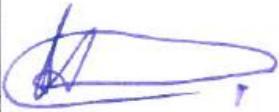
	<u>NAME</u>	<u>STEMPEL</u>	<u>UNTERSCHRIFT</u>
<b><u>Partner 6 :</u></b>  <b><u>Stadt Aachen</u></b> <b><u>- entfällt, da</u></b> <b><u>übergegangen in</u></b> <b><u>Partner 5/</u></b> <b><u>StReg Aachen -</u></b>	./	./	./
	<p>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich <b>[Name]</b>, Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation <b>[Name der Organisation]</b>, dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</p>		

	<b><u>NAME</u></b>	<b><u>STEMPEL</u></b>	<b><u>UNTERSCHRIFT</u></b>
<b><u>Partner 7 :</u></b> <b><u>Gesundheitsamt</u></b> <b><u>des Kreises</u></b> <b><u>Euskirchen</u></b>	<b>Herr Dr. med.</b> <b>Zierner</b>	<b>Kreis Euskirchen</b> Abteilung Gesundheit Jülicher Ring 32 53879 Euskirchen	
	<b>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich Dr. Bernhard Zierner, Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation Abteilung Gesundheit des Kreises Euskirchen, dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</b>		

	<b>NAME</b>	<b>STEMPEL</b>	<b>UNTERSCHRIFT</b>
<b><u>Partner 8 :</u></b>  <b><u>Academisch</u></b> <b><u>Ziekenhuis</u></b> <b><u>Maastricht azM</u></b>	<b>Herr. Prof. Dr.</b> <b>P.H.M. Savelkoul</b>		
	<b>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich , P.H.M. Savelkoul Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation Academisch Ziekenhuis Maastricht azM, dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</b>		

	NAAM	STEMPEL	HANDTEKENING
<b><u>Partner 9 :</u></b>  <b><u>GGD Zuid</u></b> <b><u>Limburg</u></b>	<b>Fons Bovens</b> Directeur GGD Zuid Limburg		
	<p>Met de ondertekening van dit eindrapport verklaar ik Fons Bovens, tekenbevoegde namens de organisatie GGD Zuid Limburg, dat alles belangrijke gemeenschappelijke voorschriften zoals overheidssteun, duurzame ontwikkeling, gelijke kansen voor man en vrouw, gerespecteerd zijn.</p> <p>De toelichting op deze verplichtingen zijn opgenomen in de verordening (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 en 17 alsmede in de „Handleiding voor administratieve en financiële uitvoering van projecten” en in de „Catalogus voor subsidiabele kosten”.</p>		

	<u>NOM</u>	<u>CACHET</u>	<u>SIGNATURE</u>
<b><u>Partenaire 10 :</u></b>  <b><u>Université de Liège</u></b>	Prof. P. Melin		 P. Melin
	<b>En signant ce rapport je, soussigné &lt; <del>nom</del> &gt;, dûment mandaté(e) pour signer de la part de l'organisation Université de Liège, déclare que toutes les exigences communautaires importantes comme les aides d'Etat, le développement durable, et l'égalité des chances entre hommes et femmes ont été respectées. Le texte détaillant ces obligations est repris dans le Règlement (CE) n° 1083/2006, articles 16 et 17 et précisé dans 'Le manuel administratif et financier pour la mise en oeuvre des projets' et dans 'Le catalogue des dépenses éligibles'</b>		

	<b><u>NAME</u></b>	<b><u>STEMPEL</u></b>	<b><u>UNTERSCHRIFT</u></b>
<b><u>Partner 11 :</u></b>  <b><u>St. Nikolaus</u></b> <b><u>Krankenhaus</u></b> <b><u>Eupen</u></b>	Herr Havenith	 Danny Havenith Direktor - Directeur St. Nikolaus - Hospital Eupen	
	<p>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich <b>[Name]</b>, Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation <b>[Name der Organisation]</b>, dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</p>		

	<b><u>NAME</u></b>	<b><u>STEMPEL</u></b>	<b><u>UNTERSCHRIFT</u></b>
<b><u>Partner 12 :</u></b>  <b><u>Öffentliches</u></b> <b><u>Sozialhilfezentrum</u></b>	Herr Krings		
	<p>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich Elmar Krings, Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation Öffentliches Sozialhilfezentrum, dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</p>		

	<u>NAME</u>	<u>STEMPEL</u>	<u>UNTERSCHRIFT</u>
<u>Partner 13 :</u>  <u>Provincie</u> <u>Limberg (B) -</u> <u>2de directie</u> <u>Welzijn Hasselt</u>	Herr Smeets	Frank Smeets Gedeputeerde	
	<p>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich [Name], Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation [Name der Organisation], dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</p>		

	<u>NAME</u>	<u>STEMPEL</u>	<u>UNTERSCHRIFT</u>
<p><b><u>Partner 14 :</u></b></p> <p><b><u>Landesunter-</u></b> <b><u>suchungsamt</u></b> <b><u>Rheinland-Pfalz</u></b></p>	<p>Herr Dr. med. Vogt</p>	<p>Landesuntersuchungsamt Mainzer Str. 112, 56068 Koblenz Postfach 30 05 55, 56028 Koblenz</p>	
	<p>Mit Unterzeichnung dieses Schlussberichts erkläre ich <b>[Name]</b>, Unterschriftsberechtigter im Auftrag der Organisation <b>[Name der Organisation]</b>, dass alle wichtigen Gemeinschaftlichen Vorschriften wie staatliche Beihilfe, nachhaltige Entwicklung, Gleichberechtigung von Männern und Frauen erfüllt wurden. Erläuterungen dieser Verpflichtungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 1083/2006, Artikel 16 und 17 sowie im „Leitfaden für die administrative und finanzielle Durchführung der Projekte“ und im „Katalog der förderfähigen Kosten“ enthalten.</p>		