

Verbesserung der Versorgungsqualität von mit multiresistenten Erregern betroffenen Personen

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

„Doctor of Public Health (Dr. PH)“

an der

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

der Universität Bielefeld

vorgelegt von

Dr. med. Annelene Kossow

aus Köln

Bonn, im Oktober 2019

Angefertigt mit Genehmigung
der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld

1. Gutachterin: Prof. Dr. Claudia Hornberg, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, AG 7 Umwelt und Gesundheit
2. Gutachter: Prof. Dr. Dr. Frank Kipp, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Universitätsklinikum, Institut für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene

Zusammenfassung

Antibiotikaresistente und multiresistente Erreger (MRE) stellen ein weltweit wachsendes Problem dar. Deren Auswirkungen tragen sowohl der_ die individuelle Patient_in als auch die Public Health. Bei einer Infektion mit MRE sind die Therapieoptionen eingeschränkt. Analysen zeigten zudem erhöhte direkte und indirekte Behandlungskosten. Schwieriger zu evaluieren sind die sogenannten intangiblen Kosten, die u. a. die Behandlungs- und Lebensqualität für den_ die Patient_in betreffen. Auswirkungen sind dabei sektorübergreifend zu spüren. Eine Analyse der Patient_innensicht kann Faktoren aufzeigen, die aufzugreifen sind, um die Versorgungsqualität der betroffenen Patient_innen zu verbessern. Innerhalb der Versorgungsforschung und basierend auf dem Prinzip der patientenzentrierten Versorgung nach Picker wurden deshalb betroffene Patient_innen als Expert_innen in einem leitfadengestützten Interview zu ihrer Versorgungssituation befragt. Die aus 14 Interviews gewonnenen Daten wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel analysiert und zusammengefasst. Insgesamt fielen die Antworten heterogen aus. Obwohl ein grundsätzliches Verständnis und eine hohe Motivation zur Einhaltung und Mitarbeit an den Hygienemaßnahmen vorhanden waren, wurden Einschränkungen wahrgenommen. Diese betrafen vor allem die Unterbringung in einem Einzelzimmer und die damit verbundene Bewegungseinschränkung. Häufig wurde über einen Rückgang der ärztlichen Kontakte oder eine verzögerte Pflege berichtet. Viele Patient_innen wären gerne umfassender informiert. Der Umgang mit Angehörigen und anderen betroffenen Personen ist hilfreich und sollte daher ermöglicht werden. Im ambulanten Bereich wurden selten Einschränkungen beschrieben. Von den Expert_innen geäußerte Lösungsvorschläge betrafen vor allem infrastrukturelle Maßnahmen. Basierend auf diesen Ergebnissen und vor dem Hintergrund des theoretischen Rahmens sowie des aktuellen Forschungsstands wurden 16 Handlungsempfehlungen für medizinisches Personal und Verantwortliche von medizinischen Einrichtungen sowie zehn Forschungsempfehlungen formuliert. Diese erfahren bereits erste Umsetzung in der Praxis.

Abstract

Multi-drug resistant organisms (MRE) are a growing public health challenge, burdening health care systems with increased costs. Whereas direct and indirect costs can be objectively measured, intangible costs, i.e. fear, stress and reduced quality of life, are borne by the patients. Patients colonized or infected by MRE are subjected to additional infection control measures like contact isolation and the use of gowns, gloves and face masks. A widely recognized decreased quality of care may lead to insecurities among affected patients and a need for information. The patients' point of view can reveal otherwise undetected factors that hinder high quality of care and adequate information about MRE. As patients participate in all medical interfaces, their experiences can help to improve infection control strategies to prevent MRE across different sectors. Fourteen semi-structured interviews with patients infected or colonized by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, vancomycin-resistant *Enterococci*, and multi-drug resistant gram-negative bacteria were analyzed. The study was set within the context of health service research, focusing on patient orientation. The interview guide was based on Picker's principle of patient-centered care with emphasis on quality of care and patient information. Interviews were analyzed using the qualitative content analysis of Gläser and Laudel. The interviews revealed that patients' experiences varied, with their social background and the presence of heterogeneous underlying diseases playing a role. Even though patients were highly motivated to comply with hygiene measures, restraints in the quality of care were experienced. Information can be improved, since there are several uncertainties, e.g. considering the contact to relatives. Protective clothing and inadequate implementation of hygiene measures have a strong effect on the experience of the quality of care. Patients see understaffing as the reason for constraints. Family and friends are important for the patient and contact should be made possible. Based on the results of the study, the theoretical background, and the current state of research, 16 fields of action were formulated, some of which are already being implemented. Ten further research questions evolving from this study are formulated and should answer the question, amongst others, of how to investigate and improve the quality of care of affected patients with a migration background, severe underlying diseases or mental illnesses. A concrete research project deals with the involvement of patients in infection control measures.

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	V
TABELLENVERZEICHNIS	VI
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VII
DANKSAGUNG	IX
1. PUBLIC HEALTH – RELEVANZ DES THEMAS	2
2. PROBLEMSTELLUNG UND HINTERGRUND	8
2.1 MULTIRESISTENTE ERREGER ALS SEKTORENÜBERGREIFENDES PROBLEMFELD.....	9
2.2 PROBLEMFELDER BEZÜGLICH DER PATIENT_INNENSICHT	11
3. FORSCHUNGSSTAND	13
4. ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG	23
5. DEFINITIONEN, GESETZLICHE UND INSTITUTIONELLE REGELUNGEN	25
5.1 ERREGER.....	28
5.1.1 MRSA	28
5.1.2 VRE.....	30
5.1.3 MRGN	31
5.2 GESETZLICHE REGELUNGEN	34
5.2.1 Infektionsschutzgesetz und Hygieneverordnung NRW	34
5.2.2 Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts	35
5.3 SITUATION IM GEWÄHLTEN SETTING.....	41
5.4 SCHNITTSTELLEN IM GESUNDHEITSWESEN	46
5.5 PATIENT_INNENINFORMATION	49
6 THEORETISCHER HINTERGRUND	51
6.1 VERSORGENGSFORSCHUNG	51
6.2 PATIENT_INNENORIENTIERUNG	55
6.3 EVALUATION VON QUALITÄT.....	56
6.4 PATIENT_INNENPARTIZIPATION	58
6.5 HEALTH LITERACY	62
6.6 DIE PATIENTENZENTRIERTE VERSORGUNG NACH PICKER	68

7 METHODEN	76
7.1 DATENERHEBUNG MITTELS LEITFADENGESTÜTZTER EXPERTENINTERVIEWS	77
7.2 INTERVIEWLEITFADEN	77
7.3 ETHIKVOTUM UND DATENSCHUTZ.....	84
7.4 REKRUTIERUNG DER TEILNEHMENDEN UND DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS.....	84
7.5 TRANSKRIPTION.....	85
7.6 AUSWERTUNG	86
7.7 DEDUKTIVE KATEGORIEN.....	88
7.8 KODIERUNG UND INDUKTIVE KATEGORIEN	90
7.9 AUFBEREITUNG UND ANALYSE.....	91
8 ERGEBNISSE.....	93
8.1 BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	93
8.2 BESCHREIBUNG DER INTERVIEWSITUATION	95
8.3 INDUKTIVE UND DEDUKTIVE KATEGORIEN	96
8.4 DARSTELLUNG DES KATEGORIENSYSTEMS INNERHALB DER THEMENKOMPLEXE	98
8.4.1 <i>Qualität</i>	98
8.4.2 <i>Information</i>	108
8.4.3 <i>Schnittstellenübergreifende Versorgung</i>	113
8.4.4 <i>Lösungsansätze</i>	117
8.5 ERGEBNISSE IN DEN THEMENKOMPLEXEN	118
8.5.1 <i>Qualität</i>	119
8.5.2 <i>Information</i>	137
8.5.3 <i>Schnittstellenübergreifende Versorgung</i>	150
8.5.4 <i>Lösungsansätze</i>	157
9 DISKUSSION.....	159
9.1 REFLEXION DER METHODIK.....	159
9.1.1 <i>Qualitativer Forschungsansatz</i>	159
9.1.2 <i>Patient_innen als Expert_innen</i>	159
9.1.3 <i>Sampling</i>	161
9.1.4 <i>Interviewsituation</i>	162
9.1.5 <i>Gütekriterien</i>	164
9.2 EINORDNUNG DER ERGEBNISSE IN DEN THEORETISCHEN RAHMEN UND KONTEXT DER LITERATUR	166
9.2.1 <i>Rücksicht auf individuelle Präferenzen und Respekt</i>	167
9.2.2 <i>Koordination</i>	172
9.2.3 <i>Kommunikation, Information, Anleitung</i>	175
9.2.4 <i>Leibliches Wohlbefinden</i>	182

9.2.5 Emotionale Zuwendung und Unterstützung	184
9.2.6 Einbeziehung von Familie und Freund_innen	187
9.2.7 Kontinuität der Versorgung	190
9.2.8 Zugang zu Versorgung	191
10 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE THEMENKOMPLEXE	193
10.1 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN AN DAS MEDIZINISCHE PERSONAL	193
10.2 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR VERANTWORTLICHE IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG	195
11 FAZIT UND AUSBLICK	197
11.1 KONSEQUENZEN IN DER INSTITUTION, IN DER DIE INTERVIEWS GEFÜHRT WURDEN	197
11.2 REICHWEITE DER VORLIEGENDEN STUDIE UND FORSCHUNGSPERSPEKTIVEN SOWIE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN AN FORSCHUNG UND WISSENSCHAFT	198
12 LITERATURVERZEICHNIS	203
13 ANHANG	X
13.1 ZUM ZEITPUNKT DER ERHEBUNG EXISTIERENDE INFORMATIONSBLÄTTER FÜR PATIENT_INNEN, KRANKENTRANSPORT UND WEITERBEHANDELNDE ÄRZT_INNEN	XI
13.1.1 Übergabebogen Krankentransportdienst	XI
13.1.2 Informationsblatt für Patient_innen zu MRSA	XII
13.1.3 Beschreibung der Dekolonisationstherapie und Dokumentationshilfe	XIV
13.1.4 MRSA-Informationsblatt für weiterbehandelnde Ärzt_innen, bei Entlassung oder Verlegung in andere Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Alten-/Pflegeheime	XVIII
13.1.5 Informationsblatt für Schwangere	XX
13.1.6 Vancomycin-resistente Enterokokken – Informationen für Patient_innen und Angehörige	XXII
13.1.7 MRGN-Informationsblatt für weiterbehandelnde Ärzt_innen, bei Entlassung oder Verlegung in andere Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Alten-/Pflegeheime	XXIV
13.2 INFORMATIONSBLETT ZUR FORSCHUNGSARBEIT	XXV
13.3 EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG	XXVII
13.4 GESPRÄCHSPROTOKOLL UND BEISPIELTRANSKRIPT	XXVIII
13.5 AUSWERTUNG IN DEN KATEGORIEN	XXXVIII
13.6 NEUGESTALTETER INFORMATIONSFLYER FÜR PATIENT_INNEN	CXVIII
13.7 EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG	CXX

Um die Formulierungen geschlechtergerecht zu wählen, wird in der vorliegenden Arbeit das im Leitfaden für eine geschlechtersensible und inklusive Sprache der Universität Köln empfohlene Gender Gap verwendet.¹ Das Gender-Portal der Universität Bielefeld verweist auf diesen Leitfaden². Zusätzlich werden die Empfehlungen in den „Informationen zu geschlechtergerechtem Sprechen und Schreiben“ der Medizinischen Hochschule Hannover verwendet. Darin wird explizit auf Beispiele aus dem medizinischen Bereich (z. B. „Ärzt_in“, „Patient_innen“) eingegangen.³

Bei wörtlichen Zitaten sowie Eigennamen und feststehenden Begriffen (z. B. „die patientenzentrierte Versorgung nach Picker“, „Weltärztebund“, „Experteninterviews“) wird auf eine gendergerechte Sprache verzichtet.

Literaturangaben erfolgen hauptsächlich im Text. Lediglich bei der Darstellung des Forschungsstandes und der Ergebnisse in den Themenkomplexen werden Literaturangaben und Verweise auf die Interviews teilweise in Fußnoten angeführt. Die Fülle der verwendeten Verweise erschwert bei einer Angabe im Text die Lesbarkeit.

¹ Die Gleichstellungsbeauftragte der Universität zu Köln (2013). Leitfaden für eine geschlechtersensible und inklusive Sprache Köln, Letzter Zugriff am 16.10.2019, https://www.uni-bielefeld.de/gleichstellungsbeauftragte/Uni_Koeln2013_Leitfaden_UeberzeueGENDEReSprache.pdf.

² Universität Bielefeld (2018). Gendersensible Sprache Letzter Zugriff am 16.10.2019, https://www.uni-bielefeld.de/gender/gendersensible_sprache.html?__xsl=/uni_portale_2017_print.xsl.

³ Bärbel Miemietz & Medizinische Hochschule Hannover (2019). Gender Gap und Glottal Stop – Information zu geschlechtergerechtem Sprechen und Schreiben. Hannover

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schnittstellen im Gesundheitswesen.	46
Abbildung 2: Das Throughput-Modell als systemtheoretisches Modell des Versorgungssystems.	53
Abbildung 3: Das Health-Literacy-Konzept nach Soerensen	63
Abbildung 4: Theoretischer Hintergrund der Dissertation: Beziehungen zwischen den erläuterten Modellen.....	68
Abbildung 5: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser & Laudel	87
Abbildung 6: Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung. Darstellung modifiziert nach Mayring	92

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Durchführung und Ergebnis der Literaturrecherche	14
Tabelle 2: Klassifizierung multiresistenter gramnegativer Stäbchen auf Basis ihrer phänotypischen Resistenzeigenschaften.....	31
Tabelle 3: Risikofaktoren, Epidemiologie und Übertragungswege MRGN.....	33
Tabelle 4: Empfehlungen zu über Standardhygienemaßnahmen hinausgehende Maßnahmen in Bezug auf MRGN	40
Tabelle 5: Empfehlungen der Hygienemaßnahmen im gewählten Setting zum Zeitpunkt der Datenerhebung	42
Tabelle 6: Qualitätseigenschaften von Gesundheitsgütern.....	57
Tabelle 7: Das Prinzip der patientenzentrierten Versorgung nach Picker in Bezug auf die Fragestellung	74
Tabelle 8: Zuordnung der Leitfragen zu den theoretischen Vorüberlegungen	78
Tabelle 9: Leitfaden für Interviews mit Expert_innen, bei denen ein MRE neu aufgetreten ist.....	80
Tabelle 10: Leitfaden für Expert_innen, die mit einem MRE wiederaufgenommen wurden.....	82
Tabelle 11: Risikofaktoren der Interviewpartner_innen für die jeweiligen Erreger	94
Tabelle 12: Subkategorien zu K1 „Individuelle Präferenzen“	99
Tabelle 13: Subkategorien zu K2 „Leibliches Wohlbefinden.....	102
Tabelle 14: Subkategorien zu K3 „Emotionales Wohlbefinden und Unterstützung.	104
Tabelle 15: Subkategorien zu K4 „Einbeziehen von Familie und Freund_innen“ ...	106
Tabelle 16: Subkategorien zu K5 „Zugang zu Versorgung im stationären Setting“	107
Tabelle 17: Subkategorien zu K6 „Kommunikation, Information und Anleitung der Patient_innen.....	109
Tabelle 18: Subkategorie zu K7 „Kommunikation, Information und Anleitung der Angehörigen“	113
Tabelle 19: Subkategorien zu K9 „Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung“	114
Tabelle 20: Subkategorien zu K10 „Zugang zu schnittstellenübergreifender, stationärer Versorgung“	117
Tabelle 21: Subkategorien zu K11 „Lösungsansätze“	118

Abkürzungsverzeichnis

<i>A. baumannii.</i>	<i>Acinetobacter baumannii</i>
Abs.	Absatz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
CA-MRSA	Community-acquired Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>
CDC	Centre for Disease Control and Prevention
DART 2020	Deutsche Antibiotikaresistenz Strategie
<i>E. coli</i>	<i>Escherichia coli</i>
<i>E. faecium</i>	<i>Enterococcus faecium</i>
ESBL	Extended spectrum betalactamase
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
HA-MRSA	Hospital-acquired Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>
HygMedVO	Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen im Landesrecht Nordrhein-Westfalens
IfSG	Infektionsschutzgesetz
K	Kategorie
<i>K. pneumoniae</i>	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut
LA-MRSA	Lifestock associated Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>
MNS	Mund-Nasen-Schutz
MRE	Multiresistente Erreger
MRGN	Multiresistente gramnegative Erreger
MRSA	Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i>
<i>P. aeruginosa</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
<i>S. aureus</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>
SGB	Sozialgesetzbuch
spp.	Subspezies
TRBA	Technische Regeln für biologische Arbeitsstoffe
u. a.	unter anderem
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
VRE	Vancomycin resistente Enterokokken
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei allen beteiligten Patient_innen für ihre Bereitschaft zu den Interviews und das mir damit entgegengebrachte Vertrauen bedanken. Vielen Dank für die nicht selbstverständliche Offenheit der Antworten.

Frau Prof. Claudia Hornberg danke ich für die Übernahme der Betreuung und die vielseitigen, konstruktiven und zielführenden Anregungen zu dieser Arbeit.

Mein Dank gilt auch Herrn Prof. Dr. Dr. Frank Kipp für die Anregung zu dieser Arbeit, die Begeisterung für das Thema und die stete Unterstützung und Förderung.

Den Mitarbeitenden des Instituts für Hygiene des Universitätsklinikums Münster danke ich für die große Unterstützung und Wertschätzung meiner Arbeit und Person.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie bedanken: Meinem Mann Eric Bernhard, ohne dessen Rückhalt und unermüdlichen Einsatz diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre, meinen Kindern Gabriel, Carl und Marten für den freudigen Ausgleich, den Verzicht an Zeit mit mir und Gabriel besonders für die konstanten Mittagsschläfe, meinen Eltern für das Babysitten und Gegenlesen der Arbeit.

1. Public Health – Relevanz des Themas

Infektionen gehören immer noch zu einer der Haupttodesursachen weltweit. Obwohl die meisten Todesfälle durch nicht übertragbare Krankheiten wie Herzinfarkte und kardiovaskuläre Erkrankungen verursacht werden, befinden sich unter den zehn häufigsten globalen Todesursachen 2016, die durch die Global-Burden-of-Disease-Studie herausgearbeitet wurden, vier Infektionskrankheiten. Hierzu zählen tiefe respiratorische Infektionen, HIV/AIDS, Durchfallerkrankungen und Malaria. In Subsahara-Afrika finden sich unter den zehn häufigsten Todesursachen sieben, die auf Infektionskrankheiten zurückzuführen sind (Collaborators 2017). In einigen afrikanischen Ländern liegt die Lebenserwartung unter der Lebenserwartung, die in Deutschland um das Jahr 1900 erreicht wurde (Statistisches Bundesamt Deutschland 2006, WHO 2006). Dieser Anstieg der Lebenserwartung in Deutschland lässt sich u. a. auf Public-Health-Maßnahmen zurückführen (Ferriman 2007). Eine große Errungenschaft der Public Health im Kampf gegen Infektionskrankheiten ist, neben der Einführung von Impfungen (Worboys 2007) und der Verbesserung der hygienischen Situation und sanitären Versorgung (Lenton et al. 2005), die Entwicklung und der Einsatz von Antibiotika als Mittel gegen bakteriell verursachte Infektionskrankheiten (Ferriman 2007).

Neben dem Nutzen für den individuellen Menschen spielen Antibiotika auch eine zentrale Rolle für die Public Health: Als Mittel gegen Infektionskrankheiten lindern sie Leiden, senken Morbidität und Mortalität und schränken Spätfolgen von Infektionskrankheiten ein. Patient_innen, deren Keimlast durch Antibiotika gesenkt wurde, oder die von einer übertragbaren Krankheit geheilt sind, können nicht mehr als Überträger einer Infektionskrankheit fungieren. So wird durch die Therapie eines einzelnen Menschen der Erkrankung mehrerer Kontaktpersonen vorgebeugt. Die Kosten der Therapie mit Basis-Antibiotika sind dabei gering. So belaufen sich die Kosten für eine tägliche Dosis (DDD, Defined Daily Dosis) Basis-Penicilline auf 1,14 € (GERMAP 2011: 9).

Die Einführung von Penicillin in den vierziger Jahren ließ auf eine Elimination der Infektionskrankheiten hoffen (Bud 2007). Eine Bedrohung dieses Fortschrittes stellt jedoch der wachsende Anteil antibiotikaresistenter Erreger dar.

Antibiotikaresistenzen entstanden bald nach der Entdeckung des Penicillins durch

Alexander Fleming im Jahr 1928 (CDC 2013). Mit der Entwicklung neuer Substanzen kamen immer neue Resistenzen hinzu. Im Jahr 2004 wurden schließlich erstmals panresistente *Acinetobacter baumannii* (*A. baumannii*) und *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) isoliert. Hier sind keine Antibiotika mehr wirksam, sodass sich eine Behandlung auf supportive Maßnahmen, ähnlich wie in der Zeit vor der Einführung von Antibiotika, beschränkt (CDC 2013). In seinem Vorwort zu dem im April 2013 vom Center of Disease Control and Prevention (CDC) herausgegebenen Bericht zur Bedrohung von antibiotikaresistenten Erregern in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) bezeichnet Tom Frieden, Direktor des CDCs, das Problem der Antibiotikaresistenzen als eine der schwerwiegendsten Gesundheitsbedrohungen unserer Zeit, der nur mit etablierten Public-Health-Maßnahmen wie Impfungen, Infektionskontrolle, Sicherung der Lebensmittelkette, Antibiotic-Stewardship-Programmen, der Verringerung des Risikos, dass sich Erreger von Mensch zu Mensch ausbreiten, erweiterten Behandlungsoptionen und Aufklärungsprogrammen begegnen könne (CDC 2013). Als Antwort auf diesen Bericht stellte die Zeitschrift „The Lancet“ in einem Editorial die Frage, wie es dazu kommen könne, dass einem Problem, das seit langem bekannt sei, nicht adäquat begegnet werde. In der Folge entwickelte sich dieses Problem langsam zu einer Katastrophe (The Lancet 2013). Antibiotikaresistente Erreger betreffen dabei sowohl die sich entwickelnden Länder als auch Industrienationen. Da Antibiotikaresistenzen nicht an Ländergrenzen gebunden sind und sich inmitten einer global mobilen Gesellschaft ausbreiten, sind resistente Erreger ein weltweites Thema, deren Vorbeugung weitreichenden Nutzen hat (ECDC/EMA 2009). In der EU ist die Krankheitslast an Infektionen durch MRE vergleichbar mit der Krankheitslast durch Influenza, HIV und Tuberkulose zusammen. Sie belief sich im Jahr 2015 auf ungefähr 670.000 Fälle, von denen die meisten mit nosokomialen Infektionen assoziiert waren. Infektionen mit MRE in Europa betreffen in erster Linie Säuglinge und Menschen über 65 Jahre (Cassini et al. 2018). Die Folgen für die Public Health sind zahlreich:

Da multiresistente Erreger (MRE) nicht mehr auf die üblichen Therapieregime reagieren, verlängert sich die Krankheitsdauer. Die Mortalität ist gesteigert (WHO 2011). Patient_innen bleiben aufgrund des Nichtansprechens einer initialen Therapie länger infektiös, wodurch das Risiko der Verbreitung von Erregern und Krankheiten steigt (WHO 2011). Zunehmende Resistenzen bringen zudem Errungenschaften und

Erfolge der modernen Medizin in Gefahr, da vormals kontrollierbare infektiöse Komplikationen bei Eingriffen wie Organtransplantationen, Chemotherapien und großen chirurgischen Operationen erneut zu einem Risiko werden (WHO 2011). So beschränkt sich das Problem nicht nur auf die Behandlung der üblichen Infektionskrankheiten, sondern minimiert auch die Behandlungsoptionen von sogenannten sekundären Infektionen, die als Komplikation anderer Erkrankungen auftreten.

Besonders im Bereich der gram-negativen Erreger steigen die Resistenzraten und stellen eine zunehmende Bedrohung im Bereich der Public Health dar (de Kraker et al. 2011, Suk & Semenza 2011, Dhillon & Clark 2012, Lye et al. 2012, Nordmann et al. 2012). Hier sind vor allem die drastisch reduzierten Therapieoptionen zu nennen, die jedoch erhöhte Nebenwirkungen und eine nicht immer zufriedenstellende Wirkung mit sich bringen (Wernli et al. 2011).

Die Limitierung der oralen Antibiotika stellt vor allem den ambulanten Bereich vor neue Herausforderungen. Ein unkomplizierter Harnwegsinfekt kann, wenn er durch einen Erreger mit besonderen Resistenzen verursacht wurde, beispielsweise nicht mehr mit den Standardantibiotika behandelt werden. Hier muss dann auf Substanzen zurückgegriffen werden, die eine geringere Verträglichkeit aufweisen und ggf. sogar intravenös appliziert werden müssen (ECDC/EMA 2009).

Obwohl die gesamten Auswirkungen multiresistenter Erreger in der Europäischen Union (EU) schlecht dokumentiert sind und wenig Daten zur Morbidität und Mortalität auf Grund von antibiotikaresistenten Erregern vorliegen (ECDC/EMA 2009), gehen Schätzungen davon aus, dass europaweit ungefähr 25.000 Patient_innen an einer Infektion, die durch resistente Erreger verursacht wurde, sterben (Leung et al. 2011). In der deutschen Antibiotikaresistenz-Strategie (DART 2020), die zuletzt im Jahr 2015 neu formuliert wurde, werden MRE mit den 400.000 bis 600.000 jährlich in Deutschland auftretenden Krankenhausinfektionen in Zusammenhang gebracht. Als Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen) werden Infektionen bezeichnet, die in einem Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung stehen. Hier gehen Schätzungen von 10.000–15.000 Todesfällen pro Jahr in Deutschland aus (Bundesministerium für Gesundheit et al. 2015: 3). In den sich entwickelnden Ländern ist dieser Anteil weitaus höher, sodass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu einer Priorität erklärt hat

(Pittet et al. 2008). Eine Veröffentlichung aus dem Jahr 2016 geht von 2,5 Mio. Krankenhausinfektionen in der EU und der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft aus. Hierbei verursachen die nosokomiale Pneumonie und primäre Sepsis die größte Krankheitslast. Insgesamt liegt die Krankheitslast der sechs häufigsten nosokomialen Infektionen in Europa über der aller anderen Infektionskrankheiten wie beispielsweise HIV/AIDS, invasive Meningokokken-Infektionen und Tuberkulose (Cassini et al. 2016). MRE spielen im Zusammenhang der nosokomialen Infektionen aufgrund der stark eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten eine besondere Rolle (Bundesministerium für Gesundheit et al. 2015: 3). Deswegen werden beim Auftreten von MRE im stationären und teilweise im ambulanten Bereich stringente Hygienemaßnahmen gefordert, um die Weiterverbreitung zu verhindern (Bundesministerium für Gesundheit et al. 2015: 16). Hierzu zählen u. a. Isolationsmaßnahmen für die betroffenen Patient_innen.

Ähnlich schwierig wie die Abschätzung der Krankheitslast durch MRE und nosokomiale Infektionen gestaltet sich auch die Abschätzung der mit MRE assoziierten Kosten (CDC 2013). Dabei teilen sich die assoziierten Kosten in direkte, indirekte und intangible Kosten auf. Direkte Kosten entstehen durch höhere Behandlungskosten, einen verlängerten Krankenhausaufenthalt und Kosten, die durch Isolationsmaßnahmen entstehen. In diesem Zusammenhang zu erwähnen sind auch die Mehrkosten, die durch ambulante Pflege entstehen. Indirekte Kosten beziehen sich auf die Arbeitseinschränkung und damit verbundene Minderung der Produktivität eines_einer Patient_in. Es wird davon ausgegangen, dass MRE in den USA 20 Milliarden US-Dollar zusätzliche Kosten verursachen (CDC 2013) und für acht Millionen zusätzliche Krankenhaustage verantwortlich sind (Leung et al. 2011). Dazu kommen geschätzte 35 Milliarden US-Dollar, die als indirekte Kosten durch die gesunkene Produktivität der Patient_innen entstehen (CDC 2013). Auch ein möglicher Imageverlust und dadurch ggf. geringere Behandlungszahlen für die behandelnde Einrichtung werden zu den indirekten Kosten gezählt (Hübner et al. 2009). Die assoziierten Kosten werden in Europa auf bis zu 1,5 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt (Leung et al. 2011).

Besonders bedeutend im Zusammenhang mit multiresistenten Erregern (MRE) sind die intangiblen Kosten, das heißt Einschränkungen der Lebensqualität sowie

vermehrtes Leid. Durch Kontaktisolierung haben Patient_innen weniger Kontakt zum Personal und sind mit der Behandlung unzufriedener. Darüber hinaus können durch die Isolierung Depressionen und Ängste entstehen (Morgan et al. 2009). Zudem sinkt das Vertrauen in das Gesundheitssystem. Intangible Kosten für die betroffenen Patient_innen sind jedoch schwer abschätzbar (Hübner et al. 2009).

Der Umgang mit MRE-Patient_innen beschränkt sich nicht allein auf die Behandlung in Krankenhäusern, sondern schließt den Krankentransport sowie Alten- und Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen mit ein. Eine Studie zur Prävalenz von MRE in geriatrischen Kliniken, Altenheimen und ambulanten Pflegeeinrichtungen im Raum Frankfurt zeigte ein Vorkommen von MRE bei 20,1 % der Patient_innen (Gruber et al. 2013).

Antibiotikaresistente Erreger kommen nicht nur beim Menschen vor, sondern finden sich auch bei Tieren. Findet eine Übertragung vom Tier zum Menschen statt, wird von einer Zoonose gesprochen. Ein prominentes Beispiel hierfür ist der landwirtschafts-assoziierte Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) (siehe auch Unterkapitel 5.1.1 MRSA). So ist eine Kolonisierung mit MRSA bei Landwirten häufiger zu finden als bei Patient_innen ohne Kontakt zur Landwirtschaft (Köck et al. 2009). Dies ist im Zuge der Versorgung und Sicherung der Versorgungsqualität in Regionen mit einer hohen Dichte an Tierzuchtbetrieben von Bedeutung. Im Sinne der Humanökologie kann hier die Public Health dazu beitragen, eine Schnittstelle zwischen den Natur- und Sozialwissenschaften zu bilden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Antibiotikaresistenzen und die Prävention ihrer Verbreitung zu einer großen Herausforderung für die Public Health geworden sind (Tacconelli & Pezzani 2018). Wie der Direktor des CDC, Thomas Frieden, resümiert, ist dieses Problem seit über 60 Jahren bekannt, jedoch häufig übersehen worden, da immer neue Substanzen als Behandlungsoptionen vorhanden waren. Inzwischen existieren jedoch panresistente Erreger, die die Behandlungsoptionen auf supportive Maßnahmen beschränken. Somit fallen die Möglichkeiten der modernen Medizin teilweise auf den Stand vor der Entdeckung von Antibiotika zurück (Frieden 2010). Die Wissenschaftsminister der G8-Länder haben daher im Zuge des G8-Gipfels 2013 das Problemfeld als eine der Hauptherausforderungen für die

Gesundheitssicherung im 21. Jahrhundert erklärt (Gulland 2013). In einem von führenden Expert_innen formulierten „White Paper“ zur Public Health in Deutschland werden Antibiotikaresistenzen als eine der bestehenden und zukünftigen Herausforderungen für die Public Health in Deutschland genannt (Dragano et al. 2016). Die Public Health ist mit ihrer System- und Bevölkerungsorientierung sowie der Wahrnehmung von Gesundheit als öffentliche Aufgabe im Gegensatz zur klinischen Forschung, die sich auf Individuen bezieht, in der Lage, der Ausbreitung von Erregern sektorenübergreifend entgegenzutreten. Die Verbreitung der Resistenzen einzudämmen und durch Forschung im Public-Health-Bereich Maßnahmen zu etablieren, die die Verbreitung effektiv eindämmen können, wird deshalb in den nächsten Jahren zu einer unverzichtbaren Aufgabe werden (Rice 2007, Bundesministerium für Gesundheit 2011, Wernli et al. 2011). Die Public Health kann dabei interdisziplinär medizinische, epidemiologische, soziologische und ökonomische Gesichtspunkte der Problematik aufgreifen.

Die vorliegende Arbeit berührt mehrere Forschungsdisziplinen innerhalb der Public Health. Sie soll dabei auf verschiedene Faktoren eingehen, die von den Autoren des White Papers als gesundheitsfördernd herausgestellt werden.

Da die Public Health den Anspruch hat, die Bedürfnisse möglichst aller Personen einer Bevölkerung zu befriedigen, ohne individuelle Präferenzen und Bedürfnisse zu negieren, nimmt die Arbeit die erlebte Versorgungsqualität der Patient_innen in den Blickpunkt und siedelt sich somit in der Evaluation und Qualitätsbewertung von Gesundheitssystemen speziell in der Versorgungsforschung an (Schwartz 2012).

2. Problemstellung und Hintergrund

Bei Berechnungen der Kosten und des Nutzens von Präventionsprogrammen wird in erster Linie der betriebswirtschaftliche Aspekt wahrgenommen. Häufig beziehen sich Berechnungen auf einzelne Einrichtungen und schließen insbesondere die direkten Kosten ein. Um ein vollständiges Bild des volkswirtschaftlichen Schadens zu erheben, muss zum einen das gesamte Gesundheitssystem, einschließlich aller Sektoren, betrachtet werden und zum anderen müssen die indirekten und intangiblen Kosten miteinbezogen werden. Hübner et al. bezeichnen die Missachtung der intangiblen Kosten als „unsinnig und unethisch“ (Hübner et al. 2009).

Eine Kolonisation mit MRE betrifft in erster Linie die betroffenen Personen. Im stationären Bereich sehen sie sich konfrontiert mit speziellen und über die Standardhygienemaßnahmen hinausgehenden Hygienemaßnahmen, wie die Unterbringung im Einzelzimmer, Kittelpflege und Kittelpflicht für Angehörige. Zudem behandeln Funktionseinheiten die betroffenen Personen oft am Ende des Tagesprogrammes. Operationen werden ebenso am Ende des Tages geplant. Hierdurch entstehen Unsicherheiten und es ergibt sich ein gewisser Informationsbedarf. MRE-Besiedelungen haben oft psychische Folgen (Hübner et al. 2009). Weitere Unsicherheiten resultieren aus den unterschiedlichen Hygienemaßnahmen, die je nach Einrichtung ergriffen werden und in Krankenhäusern umfangreicher ausfallen als in Altenheimen (Robert Koch-Institut 2014b).

Verstärkt werden diese Unsicherheiten durch eine allgemein gewandelte Wahrnehmung der Patient_innen, die sich durch einen erleichterten Zugang zu medizinischem Wissen ergibt, beispielsweise durch Angebote im Internet und die Darstellung von Einrichtungen und Abläufen im Gesundheitssystem durch die Medien. Witzel et al. zeigten, dass die Angst einer behandelten Person vor einem kleinen chirurgischen Eingriff signifikant erhöht ist, wenn diese häufig Arztserien im Fernsehen ansieht (Witzel et al. 2008).

Ängste von mit MRE kolonisierten Personen betreffen auch die Gewährleistung einer gleichwertigen medizinischen Versorgung. Es wird befürchtet, dass die Versorgungsqualität von mit MRE besiedelten Personen im Vergleich zu nicht betroffenen Personen eingeschränkt ist (Peel et al. 1997).

Die Tatsache, dass keine validen Sanierungsmöglichkeiten für eine Besiedelung mit multiresistenten gramnegativen Erregern (MRGN) (siehe auch Unterkapitel 5.1.3 MRGN) existieren, kann leicht zu einer Stigmatisierung führen. Eine Folge dessen wäre eine nicht gewährleistete Versorgung, wenn beispielsweise ambulante Alten- und Pflegeheime sowie Rehabilitationseinrichtungen die Aufnahme einer kolonisierten Person vermeiden.

2.1 Multiresistente Erreger als sektorenübergreifendes Problemfeld

Mit MRE betroffene Personen müssen bestmöglich und über die verschiedenen Versorgungsbereiche und Schnittstellen (siehe auch Abschnitt 5.4 Schnittstellen im Gesundheitswesen) hinaus adäquat betreut und behandelt werden. Gleichzeitig müssen eine konsequente Kontrolle und die Prävention von MRE gewährleistet sein. Im stationären Bereich wird eine behandelte Person häufig von verschiedenen Fachdisziplinen und unterschiedlichen Abteilungen betreut. Die Behandlung von Personen mit MRE beschränkt sich nicht ausschließlich auf den stationären Bereich, sondern schließt ambulante Versorgende mit ein. Kostenanalysen beziehen sich häufig auf einzelne Einrichtungen und oft steht die Frage im Vordergrund, welchen Nutzen eine kostenverursachende Präventionsmaßnahme hat. Dies resultiert aus der besonderen Struktur des deutschen Gesundheitssystems, das klar zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor unterscheidet (Hübner et al. 2009).

Häufig bestehen auch in den betreffenden Einrichtungen Unsicherheiten in Bezug auf den Umgang mit einer mit MRE kolonisierten Person. Oft fehlen Standards zum Umgang mit MRE außerhalb von Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeheimen. Zudem beschränken sich die existierenden Standards oftmals auf den Umgang mit MRSA und schließen andere MRE nicht mit ein. Festgelegte Standards geben hierbei sowohl den betroffenen Personen als auch den Einrichtungen und deren Mitarbeitenden Sicherheit. Ein weiterer Schnittstellenbereich, in dem Unsicherheiten bestehen, ist die Versorgung durch Krankentransport und Rettungsdienste. In diesem Bereich existieren Standards. Diese werden jedoch häufig nur inkonsequent angewandt. Oft werden personelle und finanzielle Ressourcen nicht effektiv genutzt, indem Hygienemaßnahmen getroffen werden, die das nötige Maß übersteigen und keinen Nutzen für die Kontrolle antibiotikaresistenter Erreger haben. Ein weiteres

Problem ergibt sich beim Transport durch Taxen oder Liegendtaxen. Dahingehend stellt sich die Frage, ob der Transport von MRE-Patient_innen immer durch sogenannte „qualifizierte“ Transportdienste erfolgen muss und welcher Standard beim Transport von Patient_innen mit MRE umgesetzt werden muss. Hier ergibt sich auch das Problem der unterschiedlichen Standards in verschiedenen Kreisen und kreisfreien Städten – dies im besonderen Maße bei einem kreisübergreifenden Transport. Die Information über eine Kolonisation einer Person mit MRE ist häufig bekannt, wird jedoch im Falle einer Behandlung und Betreuung innerhalb mehrerer Versorgungsbereiche oft nicht weitergeben (Daniels-Haardt et al. 2006).

Die Thematik der MRE ist daher vielschichtig und komplex und betrifft zahlreiche Bereiche in der Versorgung von Menschen. Ein effizientes Schnittstellenmanagement ist somit unerlässlich (Bundesministerium für Gesundheit et al. 2015: 3).

Das Schnittstellenmanagement ist eine der Hauptfragestellungen innerhalb sogenannter MRE-Netzwerke. Diese MRE-Netzwerke wurden ausgehend von dem Ziel, die Prävention von MRSA zu verbessern, etabliert. Sie werden auf regionaler Ebene von den unteren Gesundheitsbehörden koordiniert und teilweise durch wissenschaftliche Projekte unterstützt (Daniels-Haardt et al. 2006, Hübner et al. 2018). Aufgrund der steigenden Verbreitung von MRGN richten sich die Netzwerke neben MRSA auch an die Prävention und Kontrolle weiterer antibiotikaresistenter Erreger wie MRGN oder *Clostridium difficile*. Diese Netzwerke bestehen zwischen den Krankenhäusern im stationären Bereich und dem niedergelassenen ärztlichen Personal sowie Alten- und Pflegeheimen im ambulanten Sektor. Darüber hinaus sind Rettungs- und Transportdienste wie auch Laboratorien eingeschlossen (Daniels-Haardt et al. 2006). In den Netzwerken sollten regionale Schwerpunktthemen etabliert werden, die die Versorgungsproblematik in einem bestimmten Behandlungssektor angehen und Schnittstellen zu anderen Sektoren bilden (Hübner et al. 2018). Eine weitere, bisher wenig beachtete Gruppe von Beteiligten innerhalb der Netzwerke, sind die Betroffenen selbst. Patient_innen sind als einzige Handelnde direkt an allen Schnittstellen der Gesundheitsversorgung beteiligt. Eine Analyse der Sicht von Betroffenen kann Faktoren aufzeigen, die bis jetzt nicht berücksichtigt wurden. In einer Vorarbeit wurden Verbesserungsmöglichkeiten in der Kommunikation mit MRSA-Betroffenen anhand von Erfahrungen der Angehörigen sowie Fachkräften aus dem professionellen Bereich festgestellt (Hanke 2011).

2.2 Problemfelder bezüglich der Patient_innensicht

Im Hinblick auf alle genannten Punkte ergibt sich daher die Frage, wie MRE-Betroffene die Versorgungsqualität einschätzen und in welchen Bereichen Unsicherheiten bestehen.

Die Beteiligung der Patient_innen selbst wird zunehmend als Bestandteil des Heilungsprozesses aufgefasst und trägt zu einer verbesserten Patient_innensicherheit bei. In vielen Bereichen, wie im Entscheidungsprozess oder in der Behandlung chronischer Erkrankungen, wird eine aktive Patient_innenbeteiligung bereits implementiert (Longtin et al. 2010). Partizipation und Empowerment werden auch von den Verfassern des White Papers zur Public Health in Deutschland als Faktoren gesehen, die die Gesundheit der Menschen fördern (Dragano et al. 2016).

Auch in der Prävention von Krankenhausinfektionen können Patient_innen eine größere Rolle einnehmen (Landers et al. 2012). Dies deckt sich mit dem Wunsch und der Wahrnehmung der Betroffenen, durch die Aufklärung über MRE in Präventionsprogramme eingebunden zu werden, um so bessere Entscheidungen bezüglich des Heilungsprozesses treffen zu können (Gudnadottir et al. 2013). Um die Gesundheitskompetenz zu stärken, sind verlässliche Informationen notwendig (Dragano et al. 2016) (siehe auch Abschnitt 6.5 Health Literacy). Besonders hilfreich ist es daher, die Sicht der Betroffenen bei der Erstellung von Informationsmaterial miteinzubeziehen. Informationen sollen zugänglich sein und die Erstellung sowie deren Inhalte müssen koordiniert werden. Dies ist auch ein Ziel in der DART-Strategie. Krankenhäuser sollen sich demnach verpflichten, verständliche und patient_innenrelevante Informationen, beispielweise zu Hygienestandards, zur Verfügung zu stellen (Bundesministerium für Gesundheit et al. 2015: 21).

Dies gilt auch im Hinblick auf die Informationsbereitstellung und -weitergabe innerhalb der sektorenübergreifenden Versorgung. Dort ist ein effizientes Schnittstellenmanagement unerlässlich, um eine adäquate Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen.

Ziel dieser Arbeit ist es daher, u. a. Faktoren im Schnittstellenmanagement aufzudecken, die zu einer Verbesserung der Versorgung von mit MRE besiedelten Menschen beitragen können. Obwohl besonders für von MRSA-Betroffene Strukturen und Standards existieren, sind diese oft lückenhaft oder nicht einheitlich.

Im Gegensatz dazu ist der Umgang mit Patient_innen, die mit MRGN kolonisiert sind, oft nicht geregelt. Häufig sind keine Standards oder Informationsmöglichkeiten für die Betroffenen gegeben. Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass im Fall von MRGN keine Dekolonisierungsmaßnahmen existieren. Zusammen mit der Steigerung des Anteils von MRGN, der in den letzten Jahren zu beobachten war, wird somit das Schnittstellenmanagement, besonders auch im Hinblick auf MRGN-Betroffene, in Zukunft unerlässlich sein.

Die Betroffenen spielen hier eine große Rolle, da sie an allen Schnittstellen beteiligt sind. Eine Analyse der Sicht von Menschen, die mit verschiedenen MRE kolonisiert oder infiziert sind, gibt es bisher nicht. Es ist bislang nicht untersucht worden, wie Menschen, die mit anderen Erregern außer MRSA besiedelt oder infiziert sind, ihre Versorgung wahrnehmen. Eine solche Analyse soll dabei helfen, eine gute Versorgung zu sichern.

Zusammengefasst hat die Sicht der Betroffenen einen entscheidenden Einfluss auf die Verbesserung der Versorgung von MRE-Patient_innen.

3. Forschungsstand

Um das Thema dieser Arbeit in den aktuellen Wissensstand einzuordnen, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, die in diesem Kapitel dargestellt wird. Da das Ergebnis der Literaturrecherche in den weiteren Forschungsprozess einbezogen wurde, erfolgen an dieser Stelle eine kurze Darstellung der Durchführung der Literaturrecherche und die Beschreibung der Ergebnisse.

Die Literaturrecherche wurde mit Hilfe der Datenbank PubMed erhoben. Zunächst erfolgte eine orientierende Recherche. Nach Abschluss und Analyse der Studie wurde dann im September 2016 eine systematische Recherche durchgeführt, um die Ergebnisse im Kontext der aktuellen wissenschaftlichen Literatur diskutieren zu können. Die Begriffe „Antimicrobial resist_“ und „Infection control“ wurden mit verschiedenen Begriffen der aufgezeigten Problemfelder kombiniert. Die Ergebnisse dieses Schrittes sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Literaturrecherche ergab 1941 Treffer. Nach Durchsicht der Titel, Abstracts und Artikel blieben 78 für das Literaturreview geeignete Artikel. Nach Abzug der Duplikate flossen 68 Reviews und Studien in die Beschreibung des Forschungsstands ein. Im Anschluss wurde die Literaturrecherche bis September 2019 monatlich wiederholt und es wurden neue, thematisch passende Studien in die Beschreibung des Forschungsstandes und in die Diskussion mitaufgenommen. Insgesamt betraf dies 15 Studien, sodass die Anzahl der dargestellten und diskutierten Artikel bei 83 liegt. In der Darstellung der Ergebnisse wird zunächst ausführlich auf fünf Reviews eingegangen. Darauf folgend werden die Ergebnisse der Literaturrecherche zusammengefasst. Sofern Studien die subjektive Patient_innenwahrnehmung thematisieren, erfolgt die Darstellung ausführlicher, da hierin die Hauptfragestellung der Dissertation besteht. Genauer besprochen werden auch aktuelle qualitative Studien.

Tabelle 1: Durchführung und Ergebnis der Literaturrecherche

Suchbegriffe				Anzahl der Treffer	Thematisch geeignet
1	Antimicrobial resist_ OR Multiresist_ OR MRSA OR VRE OR Healthcare associated infection OR Nosocomial	AND	Patient Participation OR Patient Knowledge OR Quality of care OR Patient Awareness OR Patient Satisfaction OR Patient Information	405	15
2	Antimicrobial resist_ OR Multiresist_ OR MRSA OR VRE OR Healthcare associated infection OR Nosocomial	AND	Qualitative	848	20
3	Infection control OR Contact Isolation OR Barrier Nursing	AND	Patient Participation OR Patient Knowledge OR Quality of care OR Patient Awareness OR Patient Satisfaction OR Patient Information	345	29
4	Infection control OR Contact Isolation OR Barrier Nursing	AND	Qualitative	343	14

Reviews

Fünf Reviews (Lewis et al. 1999, Morgan et al. 2009, Abad et al. 2010, Barratt et al. 2011, Rump et al. 2019) stellen die Auswirkungen von Isolierungsmaßnahmen auf die Betroffenen dar:

Lewis et al. fassen im Jahr 1999 die Argumente für und gegen Isolierungsmaßnahmen zusammen. Sie schließen mit der Feststellung, dass Isolationsmaßnahmen sowohl den Erreger als auch den betroffenen Menschen im Blick haben müssten. Das Vorgehen müsse je nach Ressourcen an den Rahmen der jeweiligen Situation angepasst werden. Sie fordern weitergehende Untersuchungen, inwieweit die negativen psychologischen Auswirkungen von Kontaktisolierung verbessert werden können: Als Beispiel zur Verbesserung geben sie die Vorabinformation des Betroffenen über die Art der Infektion und den Grund der Maßnahmen an (Lewis et al. 1999).

Ungünstige Folgen von Isolierungsmaßnahmen werden von Morgan et al. in einem Review, das 15 Veröffentlichungen berücksichtigt, zusammengefasst. Sie identifizieren darin vier Hauptfolgen: Weniger Kontakt von isolierten Patient_innen mit medizinischem Personal, Änderungen im Behandlungsablauf, die zu Verspätungen

und anderen negativen Effekten führen, vermehrte Symptome, die mit Angst und Depressionen in Zusammenhang stehen, sowie eine geringere Zufriedenheit der Betroffenen mit der Behandlung. Die Verfasserinnen bemerken, dass keine eindeutige Studie vorliege, die belege, dass Betroffene unter negativen Auswirkungen von Kontaktisolierung leiden, da alle Studien Limitationen unterlegen seien. Ebenso existiere keine Studie, die Menschen in Betracht ziehe, die auf Grund einer reinen Kolonisation und nicht einer Infektion isoliert seien. Hier empfehlen sie u. a., kolonisierte Menschen in Studien aufzunehmen, um einen Einfluss des Schweregrads der Infektion auf die Ergebnisse zu vermeiden. Sie erwähnen, dass die meisten Studien zu diesem Thema Observationsstudien seien. Abschließend empfehlen die Autor_innen, die Aufklärung der Betroffenen im Vorfeld einer Isolierungsmaßnahme zu verbessern und medizinisches Personal auf eventuelle negative Auswirkungen für die Betroffenen aufmerksam zu machen. Sie sprechen sich darüber hinaus für eine Überwachung aus, damit Betroffenen kein Nachteil aus der Kontaktisolierung entsteht (Morgan et al. 2009).

Abad et al. schließen 16 Artikel in ihre Analyse ein. Sie kommen zu dem Schluss, dass meist negative psychische Konsequenzen aus der Isolierung resultieren würden, deren Messung häufig mit Hilfe von Scores erfolge. Als Gründe dieser negativen Konsequenzen werden Unsicherheiten und Kontrollverlust herausgearbeitet. Hier sehen die Autoren die Aufklärung der Betroffenen als Lösung. Darüber hinaus stellt dieses Review einen weniger häufigen oder kürzeren Patient_innenkontakt der Mitarbeitenden fest. Offen bleibe die Frage, ob dieser auch mit einem schlechteren klinischen Outcome in Zusammenhang stehe (Abad et al. 2010).

Barratt et al. untersuchen die Auswirkungen der Isolierungsmaßnahmen auf das psychologische Wohlergehen, die Fähigkeit mit der Isolierung umzugehen, der sozialen Isolierung sowie der Kommunikation, der Information, der Ausstattung und der Qualität der Versorgung. Sie beschreiben den positiven Effekt des Einzelzimmers neben negativen psychologischen Auswirkungen und einer schlechteren Versorgung (Barratt et al. 2011).

Die Erfahrungen von Trägern multiresistenter Erreger werden von Rump et al. systematisch analysiert und zusammengefasst: Sie schließen 27 Artikel ein, die sowohl quantitative als auch qualitative Studien beschreiben. Die meisten davon

gehen auf Patient_innen mit MRSA ein. Darunter sind auch die zwei deutschen Studien, die in das Review einfließen. Zusammengefasst wird erwähnt, dass die Patient_innen Verzögerungen in der Pflege und Auswirkungen auf die Krankenhausaufenthaltsdauer erfahren würden. Es gebe zudem Einschränkungen in Bezug auf Rehabilitationsmaßnahmen. Als positiver Effekt wurde beschrieben, dass die Isolation helfe, im Krankenhaus besser schlafen zu können. Die Information der Betroffenen sei jedoch nicht ausreichend. Auswirkungen auf das emotionale Erleben seien meist negativ und würden Depressionen und Ängste miteinschließen. Betroffene würden eine Stigmatisierung erleben. Die Interaktion mit Angehörigen und anderen Menschen innerhalb des Krankenhauses sei durch die Isolierungsmaßnahmen eingeschränkt. Betroffene Patient_innen hätten Angst, anderen zu schaden. Daneben seien auch Mitarbeitende unsicher im Umgang mit Betroffenen. Weitere Forschung solle sich damit beschäftigen, diese Unsicherheiten zu erfassen und das ethische Dilemma von Isolationsmaßnahmen zu adressieren (Rump et al. 2019).

Psychische Folgen einer Kontaktisolierung

Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit den psychischen Folgen einer Kontaktisolierung⁴. Mit zwei Ausnahmen⁵ werden dabei durchgehend Ängste, Depression und Verunsicherung als Folgen beschrieben. Viele Studien fordern in der Konsequenz, Strategien zur Bewältigung einer Unterbringung in Isolierung zu entwickeln⁶. Eine Möglichkeit wird diesbezüglich in der Information der Patient_innen über die Hintergründe und den Ablauf der Isolierungsmaßnahmen gesehen⁷.

Information

Dass eine umfassende Information und die Einbringung der betroffenen Personen einen positiven Einfluss auf die Behandlung und die Infektionsprävention haben, wird

⁴ Guilley-Lerondeau, Bourigault, et al. 2016, Lewis, Gammon, et al. 1999, Morgan, Diekema, et al. 2009, Abad, Fearday, et al. 2010, Gammon 1998, Catalano, Houston, et al. 2003, Ward 2000, Newton, Constable, et al. 2001, Skyman, Bergbom, et al. 2014, Lupion-Mendoza, Antunez-Dominguez, et al. 2015, Hartmann 2006, Skyman, Sjostrom, et al. 2010, Andersson, Lindholm, et al. 2011, Webber, Macpherson, et al. 2012, Raupach-Rosin, Klett-Tammen, et al. 2015, Gleeson, Larkin, et al. 2016, Wiklund, Ortqvist, et al. 2018

⁵ Wilkins, Ellis, et al. 1988, Findik, Ozbas, et al. 2012

⁶ Gammon 1998, Catalano, Houston, et al. 2003, Hereng, Dinh, et al. 2019

⁷ Lewis, Gammon, et al. 1999, Morgan, Diekema, et al. 2009, Robinson, Edgley, et al. 2014, Newton, Constable, et al. 2001, Guilley-Lerondeau, Bourigault, et al. 2016

von mehreren Publikationen herausgestellt⁸. Der Wissensstand der Öffentlichkeit und der Betroffenen wird indes unterschiedlich eingeschätzt (Andersson et al. 2011). Hereng et al. stellen fest, dass die Patienten informiert gewesen seien; die Informationen hätten allerdings Mängel aufgewiesen (Hereng et al. 2019). Einige Veröffentlichungen stellen heraus, dass MRE-Betroffene oder die Öffentlichkeit nicht ausreichend informiert seien⁹ und sich weitere Informationen wünschen würden¹⁰. Die Medien werden in den meisten Veröffentlichungen als Hauptinformationsquelle von Nicht-Betroffenen angegeben¹¹. Zusätzlich zu den Hintergründen von Isolationsmaßnahmen möchten betroffene Personen offenbar Informationen über MRE in schriftlicher und mündlicher Form erhalten¹². Häufig hätten sie jedoch Probleme, an solche Informationen zu gelangen¹³. Vermittelte Informationen könnten zudem unverständlich sein und große Lücken hinterlassen¹⁴. Wie die Akzeptanz von vorhandenen Informationsmaterialien sowie der Zugang zu seriösen Quellen gesteigert werden können, wird als Gegenstand weiterer Untersuchungen gefordert (Gould et al. 2009). Es bedürfe weiterer Forschung darüber, wie Betroffene die Informationen verstehen und darauf reagieren (Sharp et al. 2014).

Patient_innenbeteiligung

Patient_innen haben grundsätzlich den Wunsch, durch Aufklärung über MRE in Präventionsprogramme eingebunden zu sein¹⁵. In der Prävention von Krankenhausinfektionen können Patient_innen eine große Rolle spielen. Ein Beispiel hierfür ist die Verbesserung der Händehygiene-Compliance¹⁶. Die Rolle der

⁸ Anderson, Ottum, et al. 2013, Landers, Abusalem, et al. 2012, Moller, Borregaard, et al. 2005, Easton, Marwick, et al. 2009, Gudnadottir, Fritz, et al. 2013, Gleeson, Larkin, et al. 2016

⁹ Gasink, Singer, et al. 2008, Wiklund, Hallberg, et al. 2013, Hawkings, Wood, et al. 2007, Easton, Marwick, et al. 2009, Currie, Knussen, et al. 2014, Brooks, Shaw, et al. 2008, Brookes-Howell, Elwyn, et al. 2012, Rump, Timen, et al. 2019, Wiklund, Ortqvist, et al. 2018

¹⁰ Webber, Macpherson, et al. 2012, Andersson, Lindholm, et al. 2011, Rohde und Ross-Gordon 2012, Newton, Constable, et al. 2001

¹¹ Gill, Kumar, et al. 2006, Gould, Drey, et al. 2009, Easton, Marwick, et al. 2009, Gleeson, Larkin, et al. 2016, Hamour, O'Bichere, et al. 2003, Wiklund, Hallberg, et al. 2013, Rohde und Ross-Gordon 2012, Hereng, Dinh, et al. 2019

¹² Easton, Marwick, et al. 2009, Gudnadottir, Fritz, et al. 2013, Wiklund, Ortqvist, et al. 2018

¹³ Skyman, Sjostrom, et al. 2010, Gould, Drey, et al. 2009

¹⁴ Hill, Evans, et al. 2013, Park und Seale 2017.

¹⁵ Seale, Chughtai, et al. 2015a, Gudnadottir, Fritz, et al. 2013

¹⁶ Lent, Eckstein, et al. 2009, Kim, Nam, et al. 2015, Bellissimo-Rodrigues, Pires, et al. 2016, Pan, Tien, et al. 2013, Duncan 2007, Bittle und LaMarche 2009, Landers, Abusalem, et al. 2012, McGuckin, Waterman, et al. 2001, McGuckin, Waterman, et al. 1999, McGuckin, Taylor, et al. 2004, McGuckin und Govednik 2014, McGuckin 2001, Lastinger, Gomez, et al. 2017, Caine, Pinkham, et al. 2016

Patient_innen in der Infektionsprävention werde dabei unterschätzt¹⁷. In zahlreichen Studien werden Faktoren untersucht, die Einfluss auf die Akzeptanz dieser Ansätze haben¹⁸. Um Patient_innen an der Infektionsprävention zu beteiligen, sei die Aufklärung der Schlüssel. Dies betreffe nicht nur die Patient_innen selbst, sondern auch die Mitarbeitenden, die häufig die Rolle der Patient_innen in der Infektionsprävention unterschätzen würden (Runy 2006).

Behandlungsqualität

Studien, die die Behandlungsqualität von isolierten und nicht isolierten Patient_innen vergleichen, kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Bei den meisten Studien handelt es sich hierbei um Beobachtungsstudien. Es werden sowohl negative Auswirkungen auf die Versorgung¹⁹ als auch nicht signifikante Unterschiede zwischen isolierten und nicht isolierten Patient_innen beschrieben²⁰. Bushuven et al. zufolge äußern Mitarbeitende, dass sie Patienten mit MRE vermeiden würden²¹.

Patient_innenzufriedenheit

Aus Patient_innensicht wird in mehreren Studien die Zufriedenheit der Betroffenen mit der Behandlung beschrieben. Auch hier fallen die Ergebnisse unterschiedlich aus. In einigen Studien zeigt sich eine erhöhte Unzufriedenheit bei isolierten Patient_innen²². Andere Untersuchungen zeigen hingegen keinen Einfluss der Isolierungsmaßnahmen auf die Zufriedenheit der Betroffenen²³. Die Erhebung der Patient_innenzufriedenheit erfolgte in beiden Fällen mit Hilfe von Fragebögen oder der Analyse von qualitativen Daten. Während des Ausbruchs des schweren akuten respiratorischen Syndroms (SARS) wurden in Asien mehrere Studien durchgeführt, die den Einfluss von infektionspräventiven Maßnahmen auf die Zufriedenheit der

¹⁷ Runy 2006, Davey, Pagliari, et al. 2002

¹⁸ Wyrer, Jackson, et al. 2015, Seale, Chughtai, et al. 2015a, Seale, Novytska, et al. 2015b, Skyman, Bergbom, et al. 2014, Sharp, Palmore, et al. 2014, Wiklund, Hallberg, et al. 2013, Ahmad, Iwami, et al. 2016

¹⁹ Morgan, Diekema, et al. 2009, Kirkland und Weinstein 1999, Evans, Shaffer, et al. 2003, Stelfox, Bates, et al. 2003, Lupion-Mendoza, Antunez-Dominguez, et al. 2015, Morgan, Day, et al. 2011, Siddiqui, Conway, et al. 2018, Rump, Timen, et al. 2019

²⁰ Cohen, Austin, et al. 2008, Morgan, Day, et al. 2011, Siddiqui, Conway, et al. 2018, Schrank, Snyder, et al. 2019, Gerbier-Colomban, Dananche, et al. 2019

²¹ Bushuven, Dietz, et al. 2019

²² Stelfox, Bates, et al. 2003, Morgan, Diekema, et al. 2009, Guilley-Lerondeau, Bourigault, et al. 2016, Mehrotra, Croft, et al. 2013

²³ Gasink, Singer, et al. 2008, Livorsi, Kundu, et al. 2015, Chittick, Koppisetty, et al. 2016, Schrank, Snyder, et al. 2019

Patient_innen untersuchten. Dabei wurde deutlich, dass die Schutzkleidung die Interaktion zwischen Ärzt_innen und Patient_innen beeinflusst. Trotzdem waren die meisten Patient_innen nach eigenen Angaben zufrieden mit der Behandlung²⁴.

Schnittstellenübergreifende Versorgung

Wenige Informationen existieren über die schnittstellenübergreifende Versorgung, die über den stationären Aufenthalt hinausgeht (Peel et al. 1997). In neueren Studien werden ein mangelnder Austausch zwischen den Sektoren sowie eine eingeschränkte Kontinuität der Behandlung beschrieben²⁵. Mondain et al. entwickelten ein Maßnahmenbündel, das aus verschiedenen Komponenten wie Behandlungsprotokollen, Patient_inneninformation, einer Checkliste und Briefvorlagen besteht. Diese Maßnahmen verbesserten die Behandlungsqualität von Patient_innen mit ESBL (Mondain et al. 2018).

Patient_innensicht

Mehrere Publikationen thematisieren die subjektive Sicht der Betroffenen auf das Thema MRE: Die Rate an nosokomialen Infektionen und die Hygiene haben in Deutschland Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses (Vonberg et al. 2008). MRSA wird von Patient_innen als eine undefinierbare Bedrohung wahrgenommen (Lindberg et al. 2014).

Teilweise wurde inkonsequentes Verhalten der Mitarbeitenden von MRSA-Betroffenen dahingehend bewertet, die Erkrankung nicht ernst zu nehmen. Zum einen berichteten die Betroffenen über Vorteile der Kontaktisolierung, zum anderen nahmen sie jedoch auch eine Vernachlässigung seitens des Pflegepersonals sowie Einsamkeit wahr²⁶. Ein stringenteres Einhalten von Hygienemaßnahmen wird von den Betroffenen wiederholt gefordert²⁷.

Patient_innen, die von einer nosokomialen Sepsis betroffen waren, klagten über eine schlechte Kommunikation und trauten sich nicht, Rückfragen zu stellen.

Personalmangel wurde von diesen Patient_innen als Ursache von nosokomialen

²⁴ Tang, Shakespeare, et al. 2005, Shakespeare, Tang, et al. 2007

²⁵ Raupach-Rosin, Klett-Tammen, et al. 2015, Dickmann, Wittgens, et al. 2016, Hereng, Dinh, et al. 2019, Gerbier-Colomban, Dananche, et al. 2019

²⁶ Newton, Constable, et al. 2001, Rump, Timen, et al. 2019

²⁷ Lindberg, Carlsson, et al. 2014, Webber, Macpherson, et al. 2012, Hartmann 2006

Infektionen gesehen und nosokomiale Infektionen wurden teilweise als häufige Nebenwirkung eines Krankenhausaufenthaltes erachtet (Burnett et al. 2010). Ambulante Patient_innen, die mit Erregern mit einer extended spectrum Betalactamase (ESBL) betroffen waren, erlebten nach der initialen emotionalen Reaktion der Angst bei Mitarbeitenden einen Mangel an Wissen. Sie hatten das Gefühl, selbst verantwortlich zu sein. Der Wunsch, Angehörige nicht belasten zu wollen, wurde ebenfalls geäußert²⁸. Zudem empfanden die Patient_innen eine Stigmatisierung aufgrund der ESBL-Infektion (Wiklund et al. 2013). In einer späteren Studie derselben Arbeitsgruppe war dies allerdings nicht mehr der Fall (Wiklund et al. 2018).

Auch von ambulanten MRSA-Betroffenen wurde eine Stigmatisierung im stationären Bereich, jedoch nicht in der ambulanten Versorgung, beschrieben (Raupach-Rosin et al. 2015).

Ähnliche Gefühle, bis hin zu Depressionen und Apathie, werden auch von Reha-Patient_innen mit MRSA beschrieben. Auch hier ruft das inkonsequente Verhalten der Mitarbeitenden Wut hervor (Webber et al. 2012).

Die Erfahrungen von nosokomial mit MRSA-infizierten und in der Folge isolierten Patient_innen werden von Skyman et al. wie folgt beschrieben: Es entstand ein Gefühl der Verletzbarkeit. Die Isolation wurde als traumatisch wahrgenommen, aber aus Pflichtbewusstsein hingenommen. Bei den Betroffenen stellte sich Angst vor der Reaktion der pflegerischen Mitarbeitenden, Familien und des Umfelds ein. Als Lösung schlagen die Autor_innen vor, die Isolation so kurz wie möglich zu gestalten (Skyman et al. 2010).

In einer qualitativen Arbeit mit 15 semistrukturierten Interviews mit ambulanten MRSA-Betroffenen zeigten die Teilnehmenden unterschiedliche Reaktionen auf die MRSA-Diagnose. Die Reaktionen reichten von Indifferenz, da MRSA für die jeweiligen Interviewpartner_innen keine Gefahr darstellte, bis hin zu Schock und traumatischen Erfahrungen sowie dem Gefühl von Scham oder Schmutz. Neben anderen Sorgen überwog die Sorge, andere Menschen anzustecken. Auch hier hatten die Teilnehmenden Angst vor der Reaktion des Umfelds. Die Betroffenen beschrieben auch diesbezüglich eingeschränktes Wissen und inkonsequentes

²⁸ Wiklund, Hallberg, et al. 2013, Wiklund, Ortqvist, et al. 2018

Verhalten von Seiten des Personals. Zudem wurden eine Beeinflussung des täglichen Lebens und Sorgen um die Zukunft beschrieben (Andersson et al. 2011). Eine qualitative Studie, in der die Erfahrungen von deutschen MRSA-Betroffenen beschrieben werden, stammt aus dem Jahr 2006. Hier werden mittels der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring zehn Kategorien herausgearbeitet, die das Erleben der Betroffenen beschreiben. Diese gehen auf den Kontrollverlust und die psychische Belastung der Isolierung, die Rolle des Personals und der Bezugspersonen (auch zur Befriedigung des Redebedürfnisses), die Auswirkungen der Schutzkleidung sowie auf Gefühle der Wut (u. a. durch mangelnde Kohärenz im Verhalten der Mitarbeitenden) und Aspekte bei der Kohortenisolierung ein (Hartmann 2006).

Die Wahrnehmung von nosokomialen Infektionen und der Infektionsprävention hängt jedoch auch von der Schwere der Grunderkrankung ab (Diorio et al. 2012). Zudem werden Antibiotikaresistenzen nicht als ein Problem wahrgenommen, das persönlich relevant werden könnte. Für MRSA werden nicht die medizinischen Mitarbeitenden, sondern übergeordnete Instanzen verantwortlich gemacht (Brooks et al. 2008).

Die Einzelzimmerunterbringung hat sowohl Vor- als auch Nachteile. So werde einerseits die Privatsphäre erhöht, andererseits bestehe aber auch der Wunsch nach Austausch mit Mitpatient_innen und Bewegung außerhalb des Krankenzimmers. Die Behandlung sei abgesehen von längeren Wartezeiten nicht eingeschränkt (Lupion-Mendoza et al. 2015).

Qualitative Studien

Die in der Darstellung erwähnten Reviews, die mehrere Themenbereiche behandeln, schließen teils qualitative Studien ein²⁹.

Qualitative Studien zum Thema der Dissertation befassen sich meist mit den Erfahrungen von MRSA-Betroffenen³⁰. Andere Studien beziehen sich dagegen auf nosokomiale Infektionen³¹, Isolierungsmaßnahmen ohne Angabe eines spezifischen

²⁹ Abad, Fearday, et al. 2010, Ahmad, Iwami, et al. 2016, Morgan, Diekema, et al. 2009, Barratt, Shaban, et al. 2011

³⁰ Andersson, Lindholm, et al. 2011, Lindberg, Carlsson, et al. 2014, Newton, Constable, et al. 2001, Raupach-Rosin, Klett-Tammen, et al. 2015, Skyman, Sjoström, et al. 2010, Webber, Macpherson, et al. 2012, Skyman, Bergbom, et al. 2014, Gleeson, Larkin, et al. 2016

³¹ Burnett, Lee, et al. 2010

Keimes³² oder Träger von ESBL³³. Currie et al. nehmen gezielt die Erfahrungen von Patient_innen mit dem MRSA-Screening in den Blickpunkt³⁴. Häufig werden in den Studien zu Patient_innenerfahrungen auch die Kommunikation und die Vermittlung von Informationen thematisiert. Qualitative Studien zum Wissen oder zur Informationsvermittlung existieren zu Antibiotikaresistenzen³⁵, zur Infektionsprävention³⁶ oder zu MRSA³⁷. Eine aktuelle Studie beschäftigt sich mit den Erfahrungen von Kindern und deren Eltern, die auf Grund eines Keimes isoliert waren³⁸. In einer französischen Studie wurden Patient_innen nach dem eigentlichen Krankenhausaufenthalt interviewt, die auf Grund einer Infektion mit multiresistenten Erregern isoliert waren. Sie schließt rein kolonisierte Patient_innen aus³⁹. Die qualitativen Studien aus Deutschland⁴⁰ beziehen sich auf MRSA. Eine Studie, die auch MRGN-Patient_innen einschließt, untersucht die Erfahrungen von pflegenden Angehörigen⁴¹. Eine weitere untersucht die Sicht des Personals⁴². Es besteht folglich eine Lücke im Wissensstand zu den Erfahrungen im deutschen Versorgungssystem von Personen, die von MRE inklusive Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) (siehe auch Unterkapitel 5.1.2 VRE) und MRGN betroffen sind und/oder auf Grund dieser Keime in Kontaktisolation behandelt werden. Konkrete Handlungsperspektiven werden von Webber et al. sowie Ward et al. entwickelt⁴³. Dennoch kommen die Autor_innen zu dem Schluss, dass es weiterer Forschung dahingehend bedürfe, um die Versorgung von MRE-Betroffenen zu verbessern. Die Lösungsansätze beziehen sich bei Ward et al. auf zwei Handlungsfelder: Die Kommunikation und die Ausstattung in der Behandlung von isolierten Personen⁴⁴.

³² Lupion-Mendoza, Antunez-Dominguez, et al. 2015, Ward 2000

³³ Wiklund, Hallberg, et al. 2013, Wiklund, Ortqvist, et al. 2018

³⁴ Currie, Knussen, et al. 2014

³⁵ Brookes-Howell, Elwyn, et al. 2012, Brooks, Shaw, et al. 2008, Hawkings, Wood, et al. 2007

³⁶ Diorio, Tomlinson, et al. 2012

³⁷ Brooks, Shaw, et al. 2008, Dickmann, Wittgens, et al. 2016, Hill, Evans, et al. 2013, Rohde und Ross-Gordon 2012

³⁸ Alvarez, Pike et al. 2019

³⁹ Hereng, Dinh, et al. 2019

⁴⁰ Dickmann, Wittgens, et al. 2016, Raupach-Rosin, Klett-Tammen, et al. 2015, Hartmann 2006

⁴¹ Heckel, Sturm, et al. 2017

⁴² Bushuven, Dietz, et al. 2019

⁴³ Webber, Macpherson, et al. 2012, Ward 2000

⁴⁴ Ward 2000

4. Zielsetzung und Fragestellung

Multiresistente Erreger und die damit verbundenen sektorenübergreifenden Probleme betreffen in erster Linie den/die betroffene_n Patient_in. Um ihnen eine bestmögliche Versorgung zu ermöglichen, soll in der vorliegenden Arbeit folgende Hauptfragestellung erörtert werden. Diese resultiert aus der Schilderung des Hintergrunds und basiert auf dem aktuellen Forschungsstand:

Wie kann die Versorgungsqualität von durch multiresistente Erreger betroffenen Personen verbessert werden?

Zur Klärung dieser Frage dienen weitere, auf dem oben dargestellten Problemaufriss basierende Themenkomplexe, auf die im Zuge des Forschungsprozesses eingegangen werden soll. Patient_innen sind an allen Schnittstellen im Gesundheitswesen beteiligt. Die Patient_innensicht spielt, wie in der Problemstellung beschrieben, hinsichtlich vieler Aspekte eine große Rolle. Daher wird die Fragestellung aus der Patient_innenperspektive bearbeitet und die Themenkomplexe bauen sich um die Patient_innensicht auf.

Themenkomplex 1: Versorgungsqualität

Wie nehmen Betroffene ihre Versorgung wahr? Sehen die Betroffenen Einschränkungen in ihrer Versorgung? Welche Faktoren können verbessert werden? Was kann dazu beitragen, die Versorgungsqualität zu verbessern?

Themenkomplex 2: Patient_innenbeteiligung und -information

Welchen Informationsstand haben Betroffene bezüglich multiresistenter Erreger, Antibiotika und Hygienemaßnahmen? Haben Betroffene den Wunsch nach Beteiligung? Wo gibt es bezüglich der Patient_inneninformationen Potenzial zur Verbesserung?

Themenkomplex 3: Schnittstellenübergreifende Versorgung

Wie erleben Betroffene die schnittstellenübergreifende Versorgung? Gibt es Bedarf zur Verbesserung? Welche Bereiche müssen und können verbessert werden?

Anhand der Beantwortung dieser Fragestellungen sollen nach Diskussion und unter Berücksichtigung des in der Literatur beschriebenen Wissensstandes Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, die dazu dienen, die Versorgungsqualität von MRE-Betroffenen zu verbessern.

5. Definitionen, gesetzliche und institutionelle Regelungen

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den Erfahrungen von Patient_innen, die aufgrund des Vorliegens antibiotikaresistenter Bakterienstämme (VRE, MRSA, 4MRGN) in Kontaktisolierung in einem Einzelzimmer untergebracht sind. Im Folgenden sollen daher für das Verständnis der Arbeit unerlässliche Begriffe erklärt und definiert werden. Darüber hinaus wird auf die jeweiligen Eigenschaften und das Vorkommen der ausgewählten Erreger eingegangen und es werden Richtlinien zur Prävention der Ausbreitung dieser Bakterien im Krankenhaus sowohl allgemein für Deutschland als auch im gewählten Setting erläutert.

Bakterien gehören neben Viren, Pilzen und Parasiten zu den Mikroorganismen. Als **Infektion** wird das Eindringen des Mikroorganismus in einen Makroorganismus (z. B. den Menschen) bezeichnet. Bakterien, die in der Lage sind, Infektionen hervorzurufen, werden als pathogen bezeichnet (Hof & Rüdiger 2005: 7). Von einer Infektion wird auch gesprochen, wenn neben dem Mikroorganismus in Körperflüssigkeiten und -geweben Zeichen der Infektion vorliegen oder Mikroorganismen in primär sterilen Flüssigkeiten oder Geweben zu finden sind (Lam et al. 1995). Demgegenüber wird das Vorliegen eines Krankheitserregers ohne das Vorliegen von Infektionszeichen als **Kolonisation** beschrieben (Lam et al. 1995). Ob eine Infektion auftritt, hängt sowohl von den Eigenschaften des Erregers als auch des Makroorganismus ab (Hof & Rüdiger 2005: 7). Besonders Menschen mit einem eingeschränkten Immunsystem haben ein erhöhtes Risiko für Infektionen mit einem schweren Verlauf (Pschyrembel 2013a).

Übertragungen von Krankheitserregern erfolgen auf verschiedenen Wegen (z. B. „Tröpfcheninfektion, Kontaktinfektion, über den Austausch von Körperflüssigkeiten, über blutsaugende Insekten“) (Pschyrembel 2013a).

Bakterielle Infektionen können mit Hilfe von antibakteriellen Chemotherapeutika behandelt werden, die in der Regel als **Antibiotika** bezeichnet werden. Je nach Wirkmechanismus werden Antibiotika in verschiedene Antibiotikaklassen eingeteilt (Hof & Rüdiger 2005: 280). Einzelne Antibiotika wirken nicht gegen alle Arten von Bakterien, sondern unterscheiden sich in ihrem Wirkspektrum. Als **resistent** werden Bakterien bezeichnet, die trotz des Vorliegens ausreichender Konzentrationen des jeweiligen Antibiotikums ihr Wachstum nicht einstellen. **Resistenzen** können durch

die natürlichen Eigenschaften eines Mikroorganismus gegeben sein (natürliche Resistenz) oder sekundär erworben und übertragen werden. Dies geschieht häufig über den Transfer oder durch die Induktion von Resistenzgenen. Resistente Bakterien haben bei der Therapie mit dem betreffenden Antibiotikum einen sogenannten Selektionsvorteil. Sie können sich dadurch, dass das Antibiotikum auf sie keine Auswirkungen hat, im Gegensatz zu den empfindlichen Bakterien weiter vermehren (Hof & Rüdiger 2005: 288). Liegen Resistenzen gegen mehrere Antibiotikaklassen vor, wird von **Multiresistenz** gesprochen (Pschyrembel 2013b). Dies schränkt die Möglichkeiten der Therapie stark ein. Beispiele für Bakterien mit besonderen Resistenzen sind **MRSA, VRE und MRGN**. Häufig resultieren diese Abkürzungen aus Resistenzen auf die für die jeweiligen Erreger festgelegten Leitsubstanzen, die häufig mit anderen Resistenzen einhergehen (Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*, Vancomycin-resistente Enterokokken) (Robert Koch-Institut 2012: 1312). Auf diese speziellen Erreger wird weiter unten näher eingegangen.

Tritt eine Infektion im zeitlichen Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt auf, wird dies als **nosokomiale Infektion** bezeichnet. Auch Kolonisationen, die im Zuge eines Krankenhausaufenthaltes erworben werden, werden als nosokomial bezeichnet (Pschyrembel 2013c). Die Gründe für den Erwerb einer Infektion oder Kolonisation sind vielfältig und liegen u. a. in der „Selektion u. Ausbreitung multiresistenter Erreger, [...] z. B. durch unkritischen Gebrauch von Chemotherapie (v. a. mit Breitband-Antibiotika), ungenügende Händehygiene, Mängel in Raum- und Medizintechnik sowie in Betriebsorganisation und Pflorgetechnik, höhere Anzahl infektionsanfälliger (inf. Resistenz- u. Immunschwäche), älterer und polytraumatisierter Patienten“ (Pschyrembel 2013c).

Das Auftreten aller nosokomialen Infektionen soll durch **Standard-Hygienemaßnahmen** verhindert werden. Hierzu zählen u. a., „immer strikte Händedesinfektion und Beachtung von Hygienevorschriften; ständige mikrobiologische Kontrolle bei Patienten, Einsatz von Krankenhaushygieniker, hygienebeauftragtem Arzt und Hygienefachkraft; Durchführung hygienischer Untersuchungen von medizinischen Geräten (auch Sterilisations-, Reinigungs- u. Desinfektionsautomaten), Oberflächen, Trinkwasser u. Wasser aus Klimaanlage, Beatmungs-, Aerosol- u. Dialysegeräten; Luftkeimzahlbestimmung insbesondere im

Operationssaal; Beachtung der Einwirkungszeit von Desinfektionsmitteln [...] bauliche Abgrenzung von Risikobereichen; Meldepflicht nach IfSG (§ 6) für gehäuftes Auftreten von nosokomialen Infektionen, bei denen epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird“ (Pschyrembel 2013c).

Da die Folgen auf Grund der limitierten Therapieoptionen für Patient_innen und Krankenhäuser besonders weitreichend sind und sich Erreger im Krankenhaus leicht verbreiten, werden bei Erregern mit besonderen Resistenzen **erweiterte Hygienemaßnahmen** angewendet (Pitten et al. 2012: 116).

Zu den sogenannten erweiterten Hygienemaßnahmen zählt die **Kontaktisolierung**. Hierbei wird der Betroffene auf einem Einzelzimmer untergebracht. Alternativ können auch mehrere mit demselben Erreger und weitestgehend ähnlichen Resistenzen Betroffenen zusammen untergebracht werden (Kohortenisolierung). In beiden Fällen dürfen die Patient_innenzimmer nur in Schutzkleidung betreten werden. Zur **Schutzkleidung** zählen Schutzkittel, Haarschutz, Handschuhe, Maske oder Gesichtsschutz. Der weiße Kittel stellt keine Schutzkleidung, sondern Arbeitskleidung dar. Die einzusetzende Schutzkleidung richtet sich nach dem Übertragungsweg des jeweiligen Erregers (Pitten et al. 2012: 123).

Die „Technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe“ (Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege TRBA 250) sowie die Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Benutzung persönlicher Schutzausrüstungen bei der Arbeit (PSA-Benutzungsverordnung) bilden einen arbeitsschutzrechtlichen Rahmen für den Einsatz von Schutzkleidung, die nach EU-Normen gefertigt sein muss (Robert Koch-Institut 2007). Unterschieden wird Schutzkleidung nach ihrem Zweck. Schutzkleidung kann zum einen dem Schutz des Personals dienen und fällt damit unter den Arbeitsschutz, zum anderen kann sie zur Hygiene- und Infektionsprävention eingesetzt werden und damit primär Patient_innen und Besucher_innen vor ansteckenden Krankheiten schützen (Robert Koch-Institut 2007).

Erreger, die dies betrifft, sind u. a. MRSA, VRE und MRGN. Die in dieser Studie interviewten Expert_innen sind auf Grund des Auftretens dieser Erreger im Einzelzimmer untergebracht. Im Folgenden werden daher, zum Verständnis der Arbeit, Definitionen sowie Risikofaktoren, mögliche Infektionen und die Epidemiologie für das Auftreten von MRSA, VRE und MRGN beschrieben.

5.1 Erreger

5.1.1 MRSA

MRSA sind gegen Methicillin als Leitsubstanz resistente Staphylokokken der Spezies *S. aureus*. Staphylokokken sind grampositive auf Haut und Schleimhäuten vorkommende Bakterien. Die Spezies *S. aureus* besitzt dabei die größte Fähigkeit, Krankheiten auszulösen (Robert Koch-Institut 2016).

MRSA werden unterschieden in „Hospital-acquired MRSA“ (HA-MRSA), die vor allem in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen zu finden sind, „Community-associated MRSA“ (CA-MRSA) als Erreger, die in der Allgemeinbevölkerung zu finden sind und sich auch außerhalb von Gesundheitseinrichtungen verbreiten, sowie „Lifestock-associated MRSA“ (LA-MRSA) als Erreger, die vor allem im Zusammenhang mit der Landwirtschaft stehen. Diese kommen in erster Linie bei landwirtschaftlichen Nutztieren vor, können jedoch auch den Menschen kolonisieren und Infektionen bei diesem auslösen (Köck et al. 2013). Im Krankenhaussetting liegen dem vermehrten Auftreten ein „Selektionsvorteil der MRSA bei Anwendung von Antibiotika [...], Fehler oder Inkonsequenz im Hygieneregime, Zunahme von MRSA-Infektionen bei prädisponierten Patienten, Zunahme intensivmedizinischer Maßnahmen und Implantationen [sowie] mangelnde Information der Nachfolgeeinrichtungen bei Verlegungen von MRSA-kolonisierten oder -infizierten Patienten innerhalb der eigenen Klinik oder in andere Einrichtungen einschließlich inkonsequenter Nachbetreuung“ zugrunde (Robert Koch-Institut 2016).

S. aureus lösen unabhängig von ihrer Methicillin-Resistenz Haut-, Weichteil- und Wundinfektionen sowie Pneumonien bei beatmeten Patient_innen und bei Einschwemmung in die Blutbahn Blutstrominfektionen aus (Robert Koch-Institut 2016).

Häufiger als Infektionen sind jedoch reine Besiedelungen mit dem Erreger. Körperregionen, in denen eine Besiedelung besonders häufig ist, sind der Nasenvorhof, der Rachen, die Leisten und die Achseln (Robert Koch-Institut 2016). Das RKI listet folgende Faktoren auf, die auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von MRSA hinweisen:

1. „Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese,
2. Patienten aus Regionen/Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz (z. B. Einrichtungen in Ländern mit hoher MRSA-Prävalenz oder Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz in Deutschland),
3. Dialysepatienten,
4. Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten (in einem Krankenhaus in Deutschland oder in anderen Ländern),
5. Patienten, die regelmäßig (beruflich) direkten Kontakt zu MRSA haben, wie z. B. Personen mit Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren (Schweine, Rinder, Geflügel),
6. Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA-Trägern hatten (z. B. bei Unterbringung im gleichen Zimmer)
7. Patienten mit chronischen Hautläsionen (z. B. Ulkus, chronische Wunden, tiefe Weichgewebeeinfektionen),
8. Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit (z. B. Immobilität, Störungen bei der Nahrungsaufnahme/Schluckstörungen, Inkontinenz, Pflegestufe und einem der nachfolgenden Risikofaktoren: Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten, liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle).“ (Robert Koch-Institut 2014b: 712).

In einem Review fassen Köck et al. die Häufigkeit des Auftretens von MRSA zusammen: Demnach stieg der Anteil von MRSA an *S. aureus*-Isolaten, die in Blutkulturen nachgewiesen wurden, im Laufe der 1990er Jahre rapide an und erreicht in der ersten Hälfte der Jahre 2000 ein stabiles Niveau von 16–20 %. Bei den Patient_innen, bei denen MRSA im Krankenhaus nachgewiesen wurden, war zu einem Großteil die Kolonisation bereits bekannt. Bei Bewohner_innen von Alten- und Pflegeheimen wurde eine Nachweisrate von 1–3 % festgestellt.

CA-MRSA werden in Deutschland selten nachgewiesen. CA-MRSA stellen ein größeres Problem in den USA dar, während in Europa Griechenland als ein Land mit erhöhtem Aufkommen von CA-MRSA gilt. Eine Reiseanamnese in Länder mit einem erhöhten Vorkommen wird als Risikofaktor angesehen.

LA-MRSA werden in 43–70 % der Schweinezuchtbetriebe nachgewiesen. Daneben gibt es auch Nachweise bei Rinder- und Geflügelbetrieben. Die meisten kolonisierten Tiere sind jedoch asymptomatische Träger. Bei Menschen kommen LA-MRSA vor allem bei Patient_innen mit Bezug zur Landwirtschaft vor. So wurden in 86 % der Schweinebauern LA-MRSA nachgewiesen. LA-MRSA können durch sie ins Gesundheitssystem eingebracht werden. Besonders häufig geschieht dies in Regionen mit einem hohen Schweinezuchtvorkommen. Für ganz Deutschland ist der Anteil von LA-MRSA in Krankenhäusern gering (Köck et al. 2011).

5.1.2 VRE

VRE bezeichnet eine Gruppe von ebenfalls grampositiven Keimen, den Enterokokken, die durch eine Resistenz gegenüber dem Antibiotikum Vancomycin gekennzeichnet sind (Lam et al. 1995). *E. faecalis* und *E. faecium* sind die Spezies, die am häufigsten klinische Relevanz haben (Murray 1997), wobei *E. faecium* weitaus häufiger vorkommt und Vancomycin-Resistenzen aufweist (Robert Koch-Institut 2015a). VRE wurden 1987 erstmals in Europa nachgewiesen (von Baum et al. 2006). Der Anteil Vancomycin-resistenter Isolate an allen klinisch nachgewiesenen *E. faecium* ist in den letzten Jahren stark auf über 10 % angestiegen. Dabei wird zwischen 2012 (16,2 %) und 2013 (14,5 %) ein leichter Rückgang beschrieben (Robert Koch-Institut 2015a). Infektionen, die durch Enterokokken, also auch VRE, hervorgerufen werden, umfassen u. a. Harnwegsinfekte, Bakteriämien und Wundinfektionen (Lam et al. 1995, von Baum et al. 2006).

Als patient_inneneigene Risikofaktoren für eine VRE-Besiedelung nennen Vonberg et al. eine „vorherige Behandlung durch Antibiotika mit nur mäßiger oder keiner Wirksamkeit auf Enterokokken bzw. durch Glykopeptide, [einen] längere[n] Aufenthalt im Krankenhaus, schwere Grunderkrankung(en) und chirurgische Eingriffe.“ Zu den Risikopatient_innen zählen „Patienten mit schweren Grundkrankheiten und/oder mit besonderer Immunsuppression (z. B. in onkologischen und in Transplantationseinheiten, Hämatologie, Nephrologie), Patienten mit intraabdominellen oder Herz-Thorax-Operationen, Patienten mit Kathetern (Harnwegs- oder zentraler Venenkatheter) und Patienten mit langem Krankenhausaufenthalt oder vielgestaltiger antibakterieller Antibiotikatherapie bzw. Glykopeptidtherapie“ (Vonberg et al. 2007).

Daneben tragen eine mangelhafte Händehygiene des Personals und der Kontakt zu kontaminierten Gegenständen zur Übertragung bei (Vonberg et al. 2007), da Enterokokken durch eine hohe Tenazität gekennzeichnet sind (von Baum et al. 2006). Eine offizielle Empfehlung des RKIs zum Umgang mit VRE im Gesundheitswesen existierte zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht. Eine Veröffentlichung erfolgte im Herbst 2018 (Robert Koch-Institut 2018). Daher wird an dieser Stelle auf eine Darstellung verzichtet.

5.1.3 MRGN

Unter der Bezeichnung MRGN wird eine Vielzahl verschiedener gramnegativer Erreger mit besonderen Resistenzen zusammengefasst. Diese Bezeichnung wurde vom RKI im Jahr 2012 in einer Empfehlung veröffentlicht und geprägt. Für jeden in Frage kommenden Erreger sind Leitantibiotika festgelegt. Beim Auftreten von Resistenzen gegen mehrere der jeweiligen Substanzen erfolgt dann die Einteilung in einen 3- oder 4MRGN-Erreger. Die Einteilung ist in Tabelle 2 dargestellt:

Tabelle 2: Klassifizierung multiresistenter gramnegativer Stäbchen auf Basis ihrer phänotypischen Resenzeigenschaften (R = resistent oder intermediär empfindlich, S = sensibel) nach (Robert Koch-Institut 2012: 1313)

Antibiotika-gruppe	Leitsubstanz	Enterobakterien		Pseudomonas aeruginosa		Acinetobacter baumannii	
		3MRGN	4MRGN	3MRGN	4MRGN	3MRGN	4MRGN
Acylureido-penicilline 3./4. Generations Cephalosporin	Piperacillin	R	R	Nur eine der vier Antibiotika-klassen wirksam (sensibel)	R	R	R
	Cefotaxim und/oder Ceftazidim	R	R		R	R	R
Carbapeneme	Imipenem und/oder Meropenem	S	R		R	S	R
Fluorchinolone	Ciprofloxacin	R	R		R	R	R

Im stationären Bereich nimmt vor allem der Anteil der 3MRGN bei *E. coli* und *K. pneumoniae* zu, während bei diesen Erregern der Anteil an 4MRGN noch relativ gering ist. Bei *P. aeruginosa* liegt der Anteil jeweils höher, unterliegt jedoch keiner großen Zunahme (Robert Koch-Institut: ARS 2016). Bei *A. baumannii* ist die

Steigerung deutlicher zu spüren, besonders fällt dies auf Intensivstationen ins Gewicht (Robert Koch-Institut 2014c).

Allen MRGN gemein sind die Gefährdung für Risikopatient_innen, etwa Patient_innen mit Immunsuppression, und die stark limitierten therapeutischen Möglichkeiten im Falle einer Infektion.

In der Empfehlung des RKI werden ebenfalls Risikofaktoren für jeden einzelnen Erreger genannt und Daten zur Epidemiologie und zu Übertragungswegen zusammengefasst. Aus Gründen der Lesbarkeit werden diese hier ebenfalls tabellarisch dargestellt.

Tabelle 3: Risikofaktoren, Epidemiologie und Übertragungswege von 3- und 4MRGN (Robert Koch-Institut 2012: 1344)

Erreger	Risikofaktoren	Epidemiologie und Übertragungswege
<i>E. coli</i>	Kontaminierte Nahrungsmittel, Immunsuppression, langer Krankenhausaufenthalt, Fremdkörper (Dauerkatheter), Aufenthalt in Ländern mit endemischen Vorkommen, Antibiotikatherapie.	Verbreitung außerhalb von Gesundheitseinrichtungen. Durch Kontakt mit Lebensmitteln. Im Krankenhaus bei Lücken im Hygieneregime.
<i>Klebsiella spp.</i>	Vorrausgegangene Antibiotikatherapie (3- und 4MRGN), Neugeborene (3MRGN), Krankenhausaufenthalt, v. a. in Endemiegebieten (4MRGN), invasive Eingriffe (4MRGN).	Übertragung von Mensch zu Mensch. Ggf. Reservoir in der Umwelt. Hohe Infektionsrate (40 %) bei Risikopatient_innen. Zunahme von 3MRGN, keine Zunahme von 4MRGN in Deutschland, jedoch international. 4MRGN <i>K. pneumoniae</i> vor allem im stationären Sektor.
<i>Enterobacter spp.</i>	Patienteneigene Faktoren, vorausgegangene Antibiotikatherapie (3- und 4MRGN), Neugeborene (3MRGN), Import aus Ländern mit endemischen Vorkommen (4MRGN).	Kaum Übertragung im Krankenhaus. Individuelle Fälle. Ausbrüche und Übertragung von Patient_in zu Patient_in bei Hygienemängeln möglich. Infektionsrate 10–25 %.
Andere Enterobakterien	Vorrausgegangene Antibiotikatherapie, Neugeborene (Serratien).	Umweltreservoirs (Serratien), sonst: Darm als Reservoir und Übertragung von Mensch zu Mensch. Spärliche Daten. Persistenz im Krankenhaus bei <i>Serratia spp.</i>
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Patient_inneneigene Faktoren, vorausgegangene Antibiotikatherapie, Aufenthalt auf Intensivstationen.	Epidemiologie offen. Infektionsrate bis zu 50 % in Risikopatient_innen. Hohe Mortalität. Verbreitung im Krankenhaus möglich und durch Selektionsdruck begünstigt.
<i>Acinetobacter baumannii</i>	Aufenthalt auf Intensivstationen.	Meist symptomatische Besiedelung. Höhere Mortalität bei 4MRGN. Verbreitung von 4MRGN im Krankenhaus ausgehend von belebter und unbelebter Umwelt.

Auf Grund der Risikoabschätzung empfiehlt das RKI, folgende Personen bei Aufnahme in ein Krankenhaus auf MRGN zu untersuchen (screenen) und ggf. bis zum Ausschluss einer Kolonisation zu isolieren:

- „Patienten mit Kontakt zum Gesundheitssystem in Ländern mit endemischem Auftreten von 4MRGN in den letzten 12 Monaten;
- [Patienten] mit Kontakt zu Patienten, für die eine Besiedlung mit 4MRGN nachgewiesen wurde (Pflege im gleichen Zimmer) (Robert Koch-Institut 2012: 1339);
- Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten in einer Region mit erhöhter 4MRGN-Prävalenz.“ (Robert Koch-Institut 2014c)

5.2 Gesetzliche Regelungen

5.2.1 Infektionsschutzgesetz und Hygieneverordnung NRW

Gesetzliche Regelungen zur Vermeidung von Infektionskrankheiten sind in Deutschland durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) gegeben. Nach § 17 Abs. 4 und § 23 Abs. 8 werden diese durch Rechtsverordnungen der Länder, in Nordrhein-Westfalen durch die Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen im Landesrecht Nordrhein-Westfalen (HygMedVO) (Ministerium für Inneres und Kommunales Nordrhein-Westfalen 2012), ergänzt. In § 23 des IfSG ist u. a. festgehalten, dass „die Leiter folgender Einrichtungen sicherzustellen [haben], dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden.“ Hierbei sind Krankenhäuser, neben anderen medizinischen Einrichtungen, in der Liste an erster Stelle genannt. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass die getroffenen Maßnahmen dann dem Stand der Wissenschaft entsprechen, „wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der ‚Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut‘ (KRINKO) und der Kommission ‚Antinfektiva, Resistenz und Therapie‘ (ART) beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.“ Die Leitung einer Klinik ist somit gesetzlich verpflichtet, diese Empfehlungen zu beachten und umzusetzen. Die

Empfehlungen werden jeweils in der Zeitschrift Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz veröffentlicht und sind zudem über das Internet zugänglich (Robert Koch-Institut 2014a).

In der HygMedVO ist in erster Linie die personelle Ausstattung und Qualifikation zur Sicherstellung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen geregelt. Darüber hinaus wird hier auch auf die Zusammensetzung der Hygienekommission und das Schnittstellenmanagement (siehe Abschnitt 5.4 Schnittstellen im Gesundheitswesen) eingegangen (Ministerium für Inneres und Kommunales Nordrhein-Westfalen 2012).

5.2.2 Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts

Die KRINKO gibt in regelmäßigen Abständen Empfehlungen bezüglich der Infektionsprävention und Krankenhaushygiene heraus. Diese behandeln allgemeine Themen, wie beispielsweise Aufbereitungsprozesse und Abfallentsorgung. Darüber hinaus gehen sie auch auf einzelne spezielle Themen ein. Im Kapitel „Bekämpfung und Kontrolle“ sind u. a. Empfehlungen zum Umgang mit MRSA- und MRGN-Betroffenen enthalten. In diesen Veröffentlichungen wird jeweils der aktuelle Stand der Wissenschaft zusammengefasst und es werden Empfehlungen gegeben (Robert Koch-Institut 2014a). Zu Hygienemaßnahmen in Bezug auf VRE existiert seit Herbst 2018 eine offizielle Empfehlung (Robert Koch-Institut 2018). Zum Zeitpunkt der Datenerhebung und Auswertung verwies das RKI auf weiterführende Veröffentlichungen oder Veröffentlichungen im Epidemiologischen Bulletin (Robert Koch-Institut 2015b). Im Folgenden werden die zum Zeitpunkt der Datenerhebung vorhandenen Empfehlungen zu den jeweiligen Erregern kurz zusammengefasst.

MRSA

Neben Empfehlungen zur Basishygiene, die sich nicht grundsätzlich von den Hygieneempfehlungen für die Behandlungen von Nicht-Betroffenen unterscheiden, werden in der KRINKO-Empfehlung folgende Empfehlungen für die Behandlung von MRSA-positiven Patient_innen gegeben (Robert Koch-Institut 2014b):

Personal mit Patient_innenkontakt muss im Umgang mit MRSA-Patient_innen geschult werden und die Hygienemaßnahmen einhalten. Informationen müssen an das Hygienefachpersonal weitergegeben werden. Explizit erwähnt wird der mögliche Einsatz eines Vermerkes in der Krankenakte. Beschrieben ist auch eine adäquate

Information der Patient_innen unter Einbeziehung der Angehörigen. Dazu wird der Einsatz von Informationsbögen empfohlen.

Zusätzlich ist auch festgelegt, dass es jeder medizinischen Einrichtung grundsätzlich möglich sein muss, betroffene Personen zu behandeln. Diese dürfen nicht aufgrund ihrer Besiedelung mit MRSA abgewiesen werden.

Jede medizinische Einrichtung muss eine Risikoeinschätzung vornehmen und entsprechende Hygienemaßnahmen festlegen. Bei allen MRSA-Betroffenen muss geprüft werden, ob eine Dekolonisierungstherapie durchgeführt werden kann.

Für den Übergang zwischen verschiedenen Bereichen wird empfohlen, eine Verlegung oder Entlassung unabhängig vom MRSA-Status durchzuführen und die jeweilige Zieleinrichtung über den Status zu informieren. Hierzu ist der Gebrauch von Übergabebögen angeraten. Eine Informationsweitergabe zwischen Ziel- und Ursprungseinrichtung soll auch erfolgen, wenn die MRSA-Trägerschaft erst in der Zieleinrichtung bekannt wird. Für den sektorübergreifenden Austausch wird die Teilnahme an Netzwerken empfohlen.

Darüber hinaus werden einrichtungsunabhängige Empfehlungen zum Verhalten während eines Häufungsgeschehens und bei Auftreten beim Personal gegeben. Da diese Situationen nicht primär in der Fragestellung der Arbeit behandelt werden, wird hierauf nicht im Detail eingegangen.

Für die verschiedenen Einrichtungsarten gibt die KRINKO jeweils spezielle Empfehlungen. Diese gliedern sich in jeweilige Empfehlungen für Krankenhäuser, Schwangere und Gebärende, Alten- und Pflegeheime, Rehabilitationskliniken, Dialysepraxen, Arztpraxen und sonstige nichtstationäre Einrichtungen, ambulante Pflegedienste, Rettungsdienst und Krankentransport und Empfehlungen für sonstige medizinische Fachberufe. Da die Situation von Schwangeren und Gebärenden nicht Gegenstand dieser Arbeit ist, wird auf die Darstellung dieser Empfehlungen verzichtet.

Für Krankenhäuser wird empfohlen, betroffene Personen räumlich getrennt von Nicht-Betroffenen unterzubringen. Hierbei dürfen mehrere betroffene Personen gemeinsam untergebracht sein. Möglichst soll in dem Zimmer eine Nasszelle vorhanden sein. Trotz der räumlichen Trennung soll die Qualität der Versorgung gleichwertig zu der von nicht betroffenen Personen sein. Es wird darauf hingewiesen, dass sich Betroffene, die ein ausreichendes Verständnis haben, außerhalb des Zimmers aufhalten dürfen, wenn eine korrekte Händedesinfektion bei Verlassen des

Zimmers durchgeführt wurde, die Wunden abgedeckt sind und sichergestellt ist, dass in pflegerischen und therapeutischen Bereichen ein Mund-Nasen-Schutz (MNS) getragen wird. Die räumliche Trennung kann beendet werden, wenn nach einer Dekolonisierungstherapie drei an aufeinanderfolgenden Tagen entnommene Abstrichserien von Nase, Rachen und Wunden sowie bekannten Besiedelungsorten negativ ausfallen.

Bei Wiederaufnahme von Personen, bei denen ein MRSA-Trägerstatus bekannt ist, müssen aktuelle negative Untersuchungsergebnisse vorliegen oder es muss eine räumliche Trennung durchgeführt werden, bis eine Besiedelung ausgeschlossen ist. In Bezug auf Barrieremaßnahmen sollen Schutzkittel und MNS getragen werden, wenn ärztliche, therapeutische, physiotherapeutische, pflegerische und sonstige medizinische Maßnahmen und Reinigungsmaßnahmen durchgeführt werden. Diese Schutzausrüstung soll vor Verlassen des Zimmers abgelegt werden und anschließend ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

Besucher_innen und Betroffene sollen ebenfalls in die Hygienemaßnahmen eingewiesen werden und vor Verlassen des Zimmers eine Händedesinfektion durchführen.

Patient_innennahe Flächen sollen täglich desinfiziert werden.

Die Einrichtung muss festlegen, in welchem Umfang ein Screening auf MRSA-Besiedelung bei Aufnahme in die Einrichtung durchzuführen ist. Dieses soll mindestens bei Risikopopulationen (siehe Unterkapitel 5.1.1 MRSA) erfolgen.

Bei Transport und Behandlung in anderen Fachabteilungen müssen Mitarbeitende bei ärztlichem, pflegerischem, therapeutischem, sonstigem medizinischen sowie engem Kontakt bei Transporten einen Schutzkittel und MNS an- und nach dem Kontakt wieder ablegen sowie eine Händedesinfektion durchführen. Flächen, die potenziell Kontakt mit der betroffenen Person hatten, müssen ebenso wie Transportmittel im Anschluss desinfiziert werden und können wieder benutzt werden, wenn die Oberflächen nach der Desinfektion abgetrocknet sind.

In Rehabilitationseinrichtungen muss ebenfalls eine Risikoanalyse durchgeführt werden. Hierbei soll darauf geachtet werden, dass ein Kompromiss zwischen Barrieremaßnahmen und der Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen getroffen wird. Es soll dabei festgelegt werden, welche Rehabilitationsmaßnahmen außerhalb des Zimmers wahrgenommen werden können und bei welchen Maßnahmen eine Teilnahme untersagt ist. Grundsätzlich ist die Teilnahme an

Rehabilitationsmaßnahmen möglich, wenn im Anschluss eine Wischdesinfizierung der gebrauchten Gegenstände und Geräte erfolgt. Dies ist auch möglich bei der Nutzung von Schwimmbädern. Von der Durchführung von Therapien unter Beteiligung von Tieren wird explizit abgeraten (Robert Koch-Institut 2014b: 721). Für Dialysepraxen gelten neben den allgemeinen Empfehlungen die Hygieneleitlinien als Ergänzung zum Dialysestandard. Diese decken sich in weiten Teilen mit den allgemeinen Empfehlungen. Sie fordern ebenfalls eine räumliche Trennung zwischen MRSA-Trägern und nicht betroffenen Patient_innen (Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie e.V. 2008).

Die Empfehlungen für Arztpraxen und sonstige nichtstationäre Einrichtungen sehen ebenfalls das Tragen von Schutzkitteln und MNS sowie eine Hände- und Flächendesinfektion im Anschluss an die Behandlung eines MRSA-Betroffenen vor (Robert Koch-Institut 2014b: 721 f.).

Bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und bei Inanspruchnahme eines nicht qualifizierten Krankentransportes gelten keine Einschränkungen. Für den qualifizierten Krankentransport sind jedoch neben den allgemeinen Empfehlungen folgende Empfehlungen zu berücksichtigen: Der Transport soll grundsätzlich von geschultem Personal durchgeführt werden. Die Zieleinrichtung und der Transportdienst sind über den Trägerstatus zu informieren. Betroffene sollen beim Transport frische Wäsche tragen. Wunden sollen abgedeckt sein. Nach Möglichkeit ist empfohlen, dass Betroffene einen MNS tragen und eine Händedesinfektion vor dem Transport durchführen. Wenn davon auszugehen ist, dass direkter Kontakt zu den Betroffenen erfolgen wird, wird dem Personal angeraten, einen Schutzkittel sowie Einmalhandschuhe zu tragen. Die Schutzausrüstung ist vor Betreten des Führerhauses abzulegen. Hier sollen, wie auch nach dem Transport, eine Händedesinfektion durch das Personal und eine Flächendesinfektion der Kontaktflächen erfolgen (Robert Koch-Institut 2014b: 722).

Für den Umgang mit MRSA-Betroffenen in Pflege- und Altenheimen existiert eine eigene Empfehlung. Auf diese Empfehlung wird zudem in Bezug auf ambulante Pflegedienste verwiesen. In dieser Empfehlung wird darauf hingewiesen, dass in Heimen die Standardhygienemaßnahmen grundsätzlich ausreichen, um eine Übertragung in dieser Umgebung zu vermeiden. Gegebenenfalls soll eine Risikoanpassung erfolgen. Generell ist kein Einzelzimmer erforderlich. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass keine in Pflege- und Altenheimen lebenden

Menschen mit chronischen Hautläsionen oder Kathetern, Sonden und Tracheostoma im selben Zimmer untergebracht sind. Soziale Kontakte sollen nicht eingeschränkt sein. Hierbei ist lediglich zu empfehlen, offene Wunden abzudecken, harnableitende Systeme geschlossen zu halten und die betroffenen Personen zur Händehygiene anzuleiten. Pflegerische Tätigkeiten an MRSA-Betroffenen sollen nach der Pflege von Nicht-Betroffenen durchgeführt werden. Hier ist eine Händedesinfektion selbstverständlich. Ggf. kann das Tragen eines Schutzkittels oder einer Einmalschürze sinnvoll sein. In Ausnahmefällen ist ebenfalls ein MNS angeraten. Hilfsmittel müssen nach der Anwendung bei MRSA-Betroffenen desinfiziert werden. Die Flächendesinfektion erfolgt routinemäßig, jedoch am Ende eines Durchganges (Robert Koch-Institut 2005).

Für Pflegestationen wie auch Schwer-/und Schwerstpflegeeinrichtungen gelten die gleichen Empfehlungen wie für Krankenhäuser (Robert Koch-Institut 2014b: 721).

VRE

Für die zu treffenden Maßnahmen bei der Behandlung von Personen mit VRE gab es zum Zeitpunkt der Erhebung der Daten keine offizielle Empfehlung der KRINKO. Daher erfolgt hier die Darstellung der zu dem Zeitpunkt existierenden Literatur. Auf den Seiten des RKI wurde auf eine Publikation aus dem Jahr 2007 verwiesen, in der die Ergebnisse eines Workshops der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie zusammengefasst werden (Vonberg et al. 2007). Als Hygienemaßnahme wird hier ebenfalls die Unterbringung in einem Einzelzimmer oder als Kohortenisolierung mit eigener Toilette genannt. Bei direktem Kontakt wird das Tragen eines Schutzkittels empfohlen. Als zentrale Hygienemaßnahme werden das Tragen von Handschuhen bei Kontakt mit kontaminierten Materialien und die Händedesinfektion erwähnt. Eine regelmäßige Flächendesinfektion ist ebenfalls empfohlen. Mitarbeitende sollen im Umgang mit betroffenen Personen geschult werden. Zudem wird empfohlen, Antibiotika nur nach strenger Indikationsstellung einzusetzen, um eine Selektion zu vermeiden. Bei Entlassung soll das Zimmer abschließend desinfiziert werden und es sollen weiterbehandelnde Instanzen informiert werden (Vonberg et al. 2007). Ähnliche Empfehlungen sind für den Raum Baden-Württemberg formuliert. Hier wird auch auf die Einzel- oder Kohortenisolierung in einem Zimmer mit Nasszelle hingewiesen. Maßnahmen sollen möglichst im Patient_innenzimmer stattfinden und Materialien patient_innenbezogen

eingesetzt werden. Als Schutzkleidung sind Handschuhe und Schutzkittel, jedoch kein MNS empfohlen. Der Transport soll in einem frisch bezogenen Bett erfolgen und das Transportpersonal sowie die Zielabteilung sind über den Trägerstatus zu informieren. Betroffene dürfen grundsätzlich das Zimmer verlassen, wenn sie sich kooperativ verhalten und eine Händedesinfektion durchführen (von Baum et al. 2006).

Ein generelles Aufnahmescreening ist nur in Risikobereichen empfohlen (Vonberg et al. 2007). Darüber hinaus empfiehlt die für Baden-Württemberg formulierte Empfehlung ein Screening vor einer Transplantation und bei einer bekannten VRE-Anamnese, sowie im Rahmen von Ausbrüchen (von Baum et al. 2006).

Im Jahr 2018 erschien eine Empfehlung des RKIs zum Umgang mit Patient_innen mit Enterokokken mit besonderen Resistenzen. Hier wird ein an die epidemiologische Situation angepasstes Vorgehen für Präventionsmaßnahmen empfohlen, das eine Einzelzimmerisolierung beinhalten kann.

MRGN

Für MRGN existieren seit 2012 Empfehlungen bezüglich Hygienemaßnahmen im Umgang mit betroffenen Personen (Robert Koch-Institut 2012). Hygienemaßnahmen werden je nach Erreger risikoadaptiert empfohlen. In Tabelle 3 ist in Bezug auf die jeweiligen Erreger zusammengefasst, in welchen Bereichen beim Auftreten von 3MRGN und 4MRGN eine Einzelunterbringung erfolgen muss:

Tabelle 4: Empfehlungen zu über Standardhygienemaßnahmen hinausgehende Maßnahmen in Bezug auf MRGN nach (Robert Koch-Institut 2012: 1333)

Erreger	3MRGN	4MRGN
<i>E. coli</i>	In Risikobereichen	In allen Bereichen
<i>Klebsiella spp.</i>	Mindestens in Risikobereichen	In allen Bereichen
<i>Enterobacter spp.</i>	Nein	In allen Bereichen
<i>Andere Enterobakterien</i>	Nein	In allen Bereichen
<i>P. aeruginosa</i>	In Risikobereichen	In allen Bereichen
<i>A. baumannii</i>	Mindestens in Risikobereichen	In allen Bereichen

Als Risikobereiche zählen hierbei Stationen, auf denen Personen mit einer erhöhten Infektionsgefahr gepflegt werden.

Daneben wird für alle Erreger die Empfehlung ausgesprochen, eine Risikoanalyse durchzuführen, alle Maßnahmen schriftlich in Hygieneplänen festzuhalten, sowie die Mitarbeitenden zu schulen, um so die Compliance zu erhöhen, das Vorkommen der Erreger zu überwachen und risikoadaptiert zu screenen, Isolierungsmaßnahmen durchzuführen, Informationen weiterzugeben und ein Antibiotikamanagement zu etablieren.

Über die offiziellen Empfehlungen hinaus wird in der Publikation der KRINKO auf die Basismaßnahmen hingewiesen und erläutert, welche Zusatzmaßnahmen im Falle der Durchführung von Isolierungsmaßnahmen ebenfalls angeraten sind. Dazu zählen die Unterbringung im Einzelzimmer mit eigener Nasszelle sowie das Tragen eines Schutzkittels bei Tätigkeiten mit direktem Patient_innenkontakt. Bei Kontakt zu Körperflüssigkeiten sollen zusätzlich Handschuhe getragen werden. Eine Informationsweitergabe soll an behandelnde oder aufnehmende Abteilungen erfolgen (Robert Koch-Institut 2012: 1343 ff.).

Gesonderte Empfehlungen für spezielle Bereiche oder ambulante Versorgungseinheiten liegen für MRGN nicht vor.

5.3 Situation im gewählten Setting

Am Universitätsklinikum Münster, an dem die Betroffenenentsicht erörtert wurde, kann durch jeden Mitarbeitenden im Intranet-Auftritt der Klinik auf das sogenannte „Infektionshandbuch“ zugegriffen werden. Hier finden sich die jeweils erforderlichen Hygienemaßnahmen zu den Erregern sowie zusätzliche Dokumente beispielsweise zur Patient_inneninformation und Informationsweitergabe als Links oder zum Download. Diese werden an dieser Stelle erläutert, um die Situation in dem gewählten Setting nachvollziehbar zu machen. Aufgrund des großen Umfangs dieser Dokumente, die sich in weiten Teilen an den Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes orientieren, werden die zur Einschätzung der Situation relevanten Hygienemaßnahmen tabellarisch dargestellt (Tabelle 4).

Tabelle 5: Empfehlungen der Hygienemaßnahmen im gewählten Setting zum Zeitpunkt der Datenerhebung

Bereich	MRSA	VRE	4MRGN
Unterbringung	<p>Einzelunterbringung erforderlich; Kohortenisolierung ist grundsätzlich möglich. Eine Kohortenisolierung kann auch erfolgen, wenn die MRSA-Stämme ein unterschiedliches Resistogramm oder einen unterschiedlichen genetischen Fingerabdruck haben. Ausnahmen hiervon:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Panton-Valentine-Leukozidin-Toxin positive MRSA, 2.) Patient_innen mit MRSA-Nachweis nur durch Schnelltest-PCR solange eine kulturelle Bestätigung aussteht, 3.) Patient_innen, die außer mit MRSA gleichzeitig durch weitere multi-resistente Erreger besiedelt sind. Für diese Patient_innen ist eine Isolation im Einzelzimmer vorzunehmen. 	<p>Einzelunterbringung erforderlich; im Einzelfall Rücksprache mit dem Institut für Hygiene. Eigene Toilette erforderlich; wenn eigene Toilette nicht vorhanden, dann Nachtstuhl, Urinflasche oder Steckbecken patient_innenbezogen verwenden; Entsorgung über das Steckbeckenspülgerät.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der/die Patient_in muss nach jeder Toilettenbenutzung vor dem Händewaschen eine hygienische Händedesinfektion durchführen. • Die Toilette muss nach jeder Benutzung mit einem mit Flächendesinfektionsmittel der Gruppe I getränkten Einmallappen abgewischt werden. Desinfektionslösung täglich wechseln; beim Abwischen Einmalhandschuhe tragen; danach Händedesinfektion; <p>Kohortenisolierung ist möglich unabhängig von der Vancomycin-Resistenz (Van A, Van B).</p>	<p>Einzelzimmerunterbringung erforderlich. Kohortenisolierung möglich, sofern Infektion/Besiedlung mit demselben MRGN-Erreger (dieselbe Spezies und dasselbe Resistenzmuster in den vier resistenzdefinierenden Antibiotikagruppen (Acylureidopenicilline, Cephalosporine der 3. und 4. Generation, Carbapenem und Fluochinolone).</p>
Dauer der nachfolgenden Maßnahmen	<p>Dauer der Erkrankung/Besiedlung; Die Isolierung kann erst dann aufgehoben werden, wenn der Erregernachweis negativ ausfällt; Dazu werden an drei aufeinander folgenden Tagen jeweils die folgenden Abstriche entnommen: Nasenvorhof/Rachen, Axilla/Leiste, ggf. Wunden, ggf. weitere vormals positive Abstrichlokalisation. Die Abstriche dürfen frühestens drei Tage nach Ende einer Dekolonisationstherapie abgenommen werden.</p>	<p>Aufhebung der Einzelzimmerunterbringung, wenn 3 Abstrichserien (Rektal- oder Analabstrich; ggf. Abstriche von Wunden, ggf. Trachealsekret, ggf. sonstige zuvor besiedelte Stellen), die in einem Antibiosefreien Intervall im Abstand von mindestens einer Woche gewonnen wurden, negativ bleiben.</p>	<p>Dauer der Maßnahmen: Aufhebung der Einzelzimmerunterbringung, wenn 3 Abstrichserien (mindestens Rachen und Rektalabstrich; ggf. Abstriche von Wunden, ggf. Trachealsekret, ggf. sonstige zuvor besiedelte Stellen), die in einem Antibiosefreien Intervall im Abstand von mindestens einer Woche gewonnen wurden, negativ bleiben.</p>
Schutzkittel und Handschuhe	<p>Erforderlich; vor Betreten des Zimmers anlegen. Handschuhe erforderlich bei Kontakt zu kontaminierten Objekten, Körperflüssigkeiten.</p>	<p>Erforderlich; vor Betreten des Zimmers anlegen. Handschuhe erforderlich bei Kontakt zu kontaminierten Objekten, Körperflüssigkeiten.</p>	<p>Erforderlich; vor Betreten des Zimmers anlegen. Handschuhe erforderlich bei Kontakt zu kontaminierten Objekten, Körperflüssigkeiten.</p>

Bereich	MRSA	VRE	4MRGN
	Patient_in: kein Schutzkittel erforderlich bei Transport in andere Abteilung.	Patient_in: kein Schutzkittel erforderlich bei Transport in andere Abteilung.	Patient_in: kein Schutzkittel erforderlich bei Transport in andere Abteilung.
Mund- /Nasenschutz	Personal: OP-Gesichtsmaske erforderlich, Anlage vor dem Betreten des Zimmers. Patient_in: OP-Gesichtsmaske (MNS) erforderlich zum Verlassen des Zimmers.	Nicht erforderlich aus hygienischer Sicht; empfehlenswert bei Durchführung aerosolisierender Tätigkeiten (z. B. Absaugung usw.)	Nicht erforderlich aus hygienischer Sicht; empfehlenswert bei Durchführung aerosolisierender Tätigkeiten (z. B. Absaugung usw.)
Schutzbrille	Nicht erforderlich aus hygienischer Sicht	Nicht erforderlich aus hygienischer Sicht	Nicht erforderlich aus hygienischer Sicht
Haarschutz	Nicht erforderlich	Nicht erforderlich	Nicht erforderlich
Händedesinfektion	Nach jedem Kontakt mit kontaminierten Gegenständen und Material; nach dem Ausziehen der Handschuhe bzw. des Schutzkittels; vor dem Verlassen des Patient_innenzimmers; Händedesinfektionsmittel der Gruppe I Patient_in: vor jedem Verlassen des Patient_innenzimmers.	Nach jedem Kontakt mit kontaminierten Gegenständen und Material; nach dem Ausziehen der Handschuhe bzw. des Schutzkittels; vor dem Verlassen des Patient_innenzimmers; Händedesinfektionsmittel der Gruppe I Patient_in: vor jedem Verlassen des Patient_innenzimmers.	Nach jedem Kontakt mit kontaminierten Gegenständen und Material; nach dem Ausziehen der Handschuhe bzw. des Schutzkittels; vor dem Verlassen des Patient_innenzimmers; Händedesinfektionsmittel der Gruppe I Patient_in: vor jedem Verlassen des Patient_innenzimmers.
Wiederaufnahme von Patient_innen bei bekannter Anamnese	Eine prophylaktische Isolation der Patient_innen bei Aufnahme kann nur dann unterbleiben, wenn der/die Betroffene Ergebnisse von Abstrichuntersuchungen vorlegt, die die oben genannten Kriterien erfüllen (d. h. mindestens kombinierter Rachen/Nasenabstrich, kombinierter Achsel/Leistenabstrich, Abstriche aller Wunden und aller zuvor als MRSA positiv bekannten Lokalisationen) UND wenn diese Ergebnisse nicht älter als 4 Wochen sind. (Dienstanweisung)	Wird ein_e Betroffene_r mit bekannter VRE-Anamnese erneut stationär aufgenommen, so erfolgt eine prophylaktische Isolierung bis zum Ausschluss einer weiterbestehenden Besiedlung. Zur Überprüfung einer weiterbestehenden Besiedlung sollten bei Aufnahme folgende mikrobiologische Untersuchungen durchgeführt werden: Rektalabstrich, Abstriche aller (chronischen) Wunden und aller zuvor als VRE positiv bekannten Lokalisationen. Die Untersuchungen müssen in einem antibiotikafreien Intervall durchgeführt werden	Wird ein_e Patient_in mit bekannter 4MRGN-Anamnese erneut stationär aufgenommen, so erfolgt eine prophylaktische Isolierung bis zum Ausschluss einer weiterbestehenden Besiedlung. Zur Überprüfung einer weiterbestehenden Besiedlung sollten bei Aufnahme folgende mikrobiologische Untersuchungen durchgeführt werden: Rachenabstrich, Rektalabstrich, Abstriche aller (chronischen) Wunden und aller zuvor als 4MRGN positiv bekannten Lokalisationen. Die Untersuchungen müssen in einem antibiotikafreien Intervall durchgeführt werden.

In einer Dienstanweisung sind zusätzlich weitere Details für die Behandlung von MRSA-Betroffenen festgelegt.

In diesem Dokument wird näher auf das Verlassen des Zimmers durch MRSA-Betroffene eingegangen: MRSA-Betroffene müssen demnach Information über die Vermeidung der Verbreitung des Erregers erhalten. Außerdem ist sicherzustellen, dass sich die Patient_innen angemessen verhalten. Den Patient_innen ist es jedoch nicht erlaubt, Gemeinschaftseinrichtungen wie die Cafeteria oder Raucherinseln zu besuchen. Als Schutzkleidung ist ein MNS vorgesehen und Wunden sollen abgedeckt sein.

Ein weiterer Punkt, der in der Dienstanweisung aufgegriffen wird, ist das Eingangsscreening, das alle stationär aufgenommenen und ambulant operierten Patient_innen betrifft. Es wird angegeben, dass das Screening möglichst vor dem Aufenthalt, jedoch maximal vier Wochen vor Aufnahme erfolgen soll. Aus Abrechnungsgründen führen Hausärzt_innen dieses Screening selten durch. Für MRGN erfolgt das Screening gemäß den Empfehlungen des RKIs. Bei VRE wird kein generelles Eingangsscreening durchgeführt.

Im gewählten Setting wurden die Empfehlungen zur Unterbringung von MRGN-Betroffenen, wie in der RKI-Empfehlung vorgesehen, an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Da für das Klinikum mit Hilfe von genetischen Analysen eine schnelle Detektion und Surveillance von möglichen Häufungsgeschehen möglich ist, wird hier auf Isolierungsmaßnahmen bei Personen mit 3MRGN, auch in Risikobereichen, verzichtet. Deshalb wird in der vorliegenden Arbeit ausschließlich auf Personen mit 4MRGN eingegangen.

Informationen für die Patient_innen und weiterbehandelnde Einrichtungen

Für den Krankentransport existiert ein erregerübergreifender Übergabebogen, bei dem die den Transport anfordernde Person den jeweiligen Erreger in eine Kategorie einordnet, nach der die Hygienemaßnahmen veranlasst werden (siehe Anhang 13.1.1). Die in dieser Arbeit aufgenommenen Erreger werden alle in die Kategorie IIB eingeordnet. Hier ist Schutzkleidung empfohlen.

Für MRSA steht ein Informationsblatt für Patient_innen zur Verfügung, das ausgedruckt und den Patient_innen ausgehändigt werden kann (siehe Anhang

13.1.2). Darin werden den Patient_innen allgemeine Informationen über MRSA, Risiken einer Besiedelung und die Übertragungswege gegeben. Die Möglichkeit einer Dekolonisationstherapie wird erklärt und die Durchführung im Anschluss erläutert. Daneben findet sich auch eine ausführliche Beschreibung der Dekolonisationstherapie für das Personal und/oder weiterbehandelnde Instanzen, die durch die „Dokumentationshilfe – Ablauf der Dekolonisationstherapie bei MRSA“ ergänzt wird (siehe Anhang 13.1.3). Hier kann das Personal schematisch die Dekolonisierungstherapie nachvollziehen und dokumentieren. Zur Dokumentation dient ebenfalls das „MRSA Informationsblatt für weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte, bei Entlassung oder Verlegung in andere Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Alten-/Pflegeheime“ (siehe Anhang 13.1.4). Auf diesem kann das Personal in der stationären Versorgung angeben, an welchem Punkt der Dekolonisierungstherapie sich der Betroffene befindet, und die Fortführung dokumentieren. Zudem ist angegeben, welche Schritte bei einer Neuaufnahme der betroffenen Person notwendig sind. Ergänzt werden diese Informationen durch das „MRSA Merkblatt für die Schwangerenbetreuung, Geburtshilfe und Neonatologie“, das die Besonderheiten bei Besiedelung einer betreffenden Patientin erläutert (siehe Anhang 13.1.5). Es finden sich Regelungen zu Hygienemaßnahmen vor, unter und nach der Geburt sowie zur Dekolonisierungstherapie.

Für VRE kann ein Informationsblatt für die betroffene Person ausgedruckt werden, das durch die MRE-Netzwerke in NRW erstellt wurde (siehe Anhang 13.1.6). Darin wird erklärt, wodurch VRE charakterisiert sind, wie sie übertragen werden und welche Risikofaktoren für eine Besiedelung bestehen. Darüber hinaus werden Informationen zur Behandlung einer VRE-Infektion gegeben und es wird darüber aufgeklärt, dass eine Behandlung einer Besiedelung nicht möglich ist. Zudem sind Hygienemaßnahmen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses aufgeführt und es wird darauf hingewiesen, bei Angehörigen mit Risikofaktoren die Rücksprache mit ärztlichem Personal zu suchen. Ein Überleitungsbogen existierte zum Zeitpunkt der Erhebung nicht.

Für MRGN stehen keine Informationsmaterialien für Patient_innen zur Verfügung. Ein „MRGN Informationsblatt für weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte, bei Entlassung oder Verlegung in andere Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Alten-/Pflegeheime“ kann heruntergeladen und ausgedruckt werden (siehe Anhang

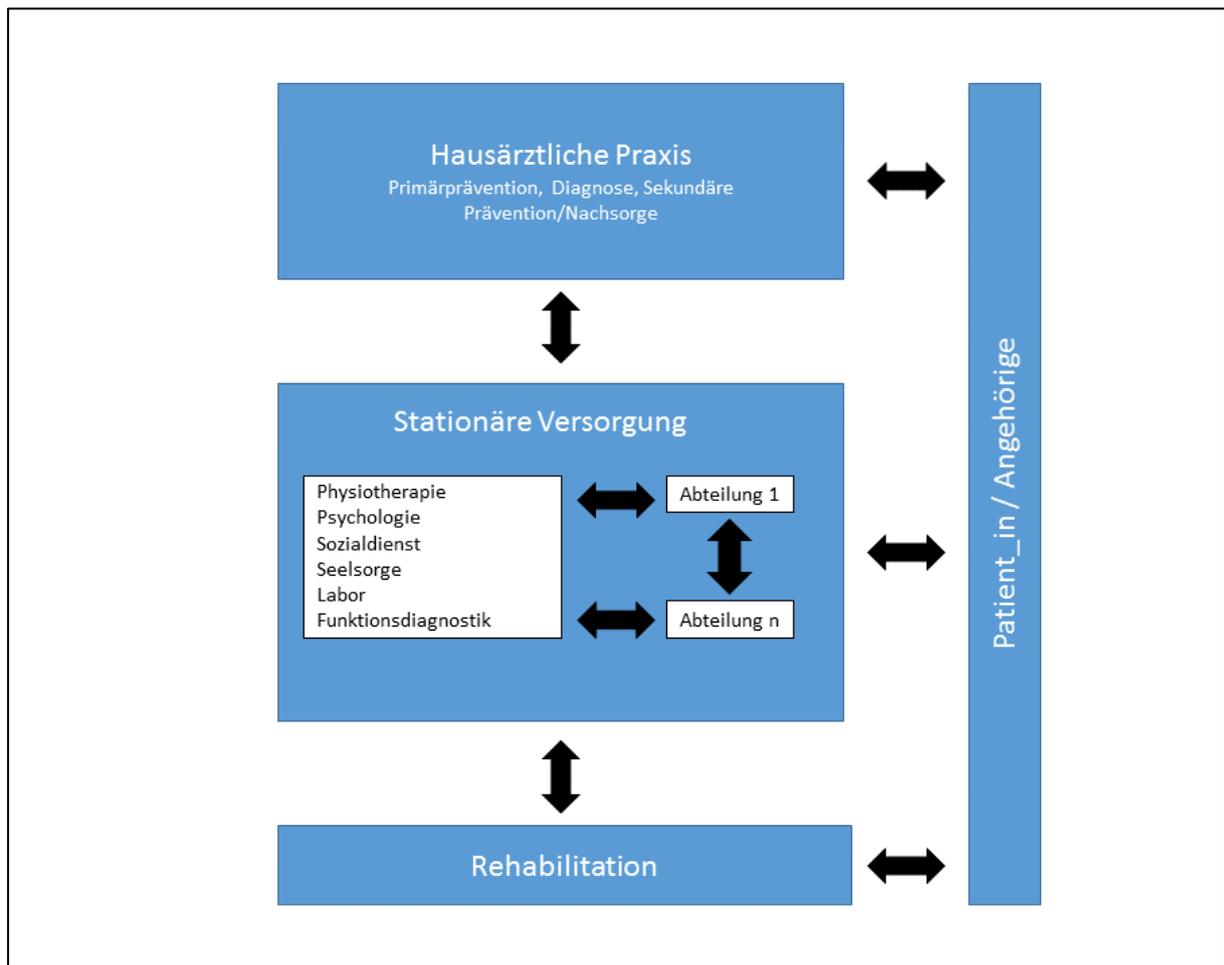
13.1.7). Hier kann angekreuzt und so nachvollzogen werden, um welchen Erreger es sich handelt, an welcher Lokalisation der Nachweis erfolgte und ob eine systemische Antibiotikatherapie zur Therapie geführt hat, bzw. wie viele Kontrollabstriche im Anschluss erfolgt sind.

5.4 Schnittstellen im Gesundheitswesen

Eine besondere Problematik in der Behandlung von MRE-Betroffenen ergibt sich, wie dargestellt, im Bereich der Schnittstellen. Im stationären Setting werden Patient_innen in verschiedenen Bereichen behandelt. Außerhalb des Krankenhauses gibt es ebenfalls mehrere Berührungspunkte mit dem Gesundheitswesen.

Schnittstellen bestehen daher zwischen den verschiedenen Institutionen sowie zwischen den Institutionen und den Betroffenen. Daneben gibt es die erwähnten Schnittstellen innerhalb einer Organisation. Zur Veranschaulichung dient Abbildung 1:

Abbildung 1: Schnittstellen im Gesundheitswesen. Eigene Darstellung nach (Sänger 2010: 70)



Eine gute Kooperation der unterschiedlichen Sektoren ist für eine gute Qualität der Versorgung im Hinblick auf verschiedene Aspekte ausschlaggebend (Pfaff et al. 2011: VII).

Dierks et al. fordern in ihrem Gutachten zur Patient_innensouveränität eine Sicherstellung der Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung sowie von Rehabilitationseinrichtungen (Dierks & Schwartz 2001: 212).

Die Patient_innen selbst wünschen sich eine umfassende und kontinuierliche Versorgung (Kossow 2006: 79). Dierks und Schaeffer beschreiben, dass Patient_innen in dem „Nebeneinander der verschiedenen Versorgungseinrichtungen“ des Gesundheitswesens nicht zurechtkommen würden. Dies betreffe vor allem durchsetzungsschwache Patient_innen, die keine Hilfe von Angehörigen hätten (Dierks & Schaeffer 2012).

Die Kontinuität der Versorgung wird auch in der 1981 vom Weltärztebund formulierten Lissabon Erklärung der Patient_innenrechte (WMA 1981) und in der WHO-Erklärung zur Förderung der Patient_innenrechte in Europa (WHO 1994) gefordert.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung von Entwicklungen im Gesundheitswesen kommt zu dem Fazit, dass die sektorenübergreifende Versorgung durch zahlreiche Schnittstellenproblematiken behindert werde. Dies führe zu Versorgungsbrüchen, die Komplikationen zur Folge haben könnten. Probleme bestünden vor allem bei der Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: 139).

Versorgungsbrüche, vor allem beim Entlassmanagement, können die Patient_innensicherheit gefährden (Sänger 2010: 71).

Für eine kontinuierliche Versorgung ist daher ein sogenanntes Schnittstellenmanagement erforderlich. „Es bietet einen Rahmen, um die Übergänge zwischen Praxis und Krankenhaus so zu gestalten, dass eine gute individuelle Patientenversorgung ohne Hemmnisse im Behandlungsverlauf gewährleistet und somit die Patientensicherheit erhöht werden kann“ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin 2013).

Im Sozialgesetzbuch (SGB) V ist das Schnittstellenmanagement an verschiedenen Stellen verankert. In § 11 Absatz 4 ist der Anspruch auf ein

Versorgungsmanagement gesichert. Dieses bezieht sich vor allem auf den Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen (SGB V § 11 Abs.4). In § 112 des SGB V sind Einzelheiten zu den Verträgen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Trägervereinigungen der Krankenkassen vorgeschrieben und geregelt. Hierin enthalten ist auch der „nahtlose Übergang“ vom Krankenhaus in Rehabilitation und Pflege (SGB V § 112 Abs 2). In § 39 Abs 1 des SGB ist geregelt, dass die Krankenhausbehandlung „auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung“ umfasst.

Zu einem Schnittstellenmanagement von Seiten der stationär arbeitenden ärztlichen Mitarbeitenden gehört vor allem die Weitergabe von Informationen an weiterbehandelnde Stellen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: 140).

Auch in der HygMedVO ist ein funktionierendes Schnittstellenmanagement gesetzlich etabliert. Die HygMedVO sieht hierin eine Notwendigkeit zur Kontrolle von Antibiotikaresistenzen. Deshalb legt sie fest, dass sicherzustellen ist, „dass bei Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patientinnen und Patienten Informationen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind, in unmittelbarem Zusammenhang mit der Maßnahme an Einrichtungen, die Notfallrettung und Krankentransport betreiben, die aufnehmende Einrichtung oder an die weiterbehandelnde niedergelassene Ärztin/den weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt unverzüglich weitergegeben werden“ (sektorübergreifender Informationsaustausch) (Ministerium für Inneres und Kommunales Nordrhein-Westfalen 2012).

Neben den ärztlichen Mitarbeitenden sind im stationärem Bereich vor allem auch der Sozialdienst und die pflegerischen Mitarbeitenden am Entlassungsmanagement beteiligt (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: 158). Für den pflegerischen Bereich existiert mit dem Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege“ ein evidenzbasiertes Konzept, das nach den drei Qualitätskriterien Struktur, Prozess und Ergebnis gegliedert ist. Mit diesem Standard sollen vor allem Patient_innen mit einem erhöhten Risiko poststationärer Versorgungsprobleme identifiziert und gemeinsam mit ihren

Angehörigen unterstützt werden (DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) 2009).

Daneben existieren Ansätze von externen Entlassdiensten sowie Casemanagement und Übergangsversorgungsansätze (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: 163 f.).

Der Sachverständigenrat fasst zusammen, dass besonders im Bereich der Pflege viele Innovationen im Bereich der Schnittstellenversorgung existieren. Diese würden jedoch im internationalen Vergleich nur langsam implementiert. Er fordert daher eine konkretere Verankerung im SGB V sowie die effiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen, die Verbesserung der Personalausstattung und organisatorische Verbesserungen. Er fordert außerdem den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Weitergabe von Informationen und zum Dokumentenaustausch.

5.5 Patient_inneninformation

Dierks et al. empfehlen in ihrem Gutachten zur Patient_innensouveränität, dem Thema Information und Kommunikation einen hohen Stellenwert in der Organisation und den Abläufen in den Versorgungsorganisationen einzuräumen (Dierks & Schwartz 2001: 208). Informationen seien eine Voraussetzung für die Patient_innensouveränität und sollten verfügbar, gut zu erreichen und verständlich formuliert sein (Dierks & Schwartz 2001: 213).

Diese Forderung ist auch in der Erklärung von Lissabon und in der Erklärung zur Förderung von Patient_innenrechten in Europa der WHO enthalten (WMA 1981, WHO 1994).

Gesetzliche Regelungen zur Patient_innenaufklärung und -information finden sich in Deutschland seit 2013 im Patientenrechtegesetz (§ 630e Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), ferner § 630c BGB): „Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche, für die Behandlung wesentliche, Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen“ (§ 630c BGB). Informationen für Patient_innen umfassen Informationen zur Gesundheitsvorsorge, zu Ärzt_innen, zur festgestellten Erkrankung und zu Behandlungsmöglichkeiten (Bürger 2003: xiv). Dort ist festgelegt, dass ein_e Patient_in wissen muss, „was

medizinisch mit ihm [/ihr], mit welchen Mitteln und mit welchen Risiken und Folgen geschehen soll“ (Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern 2016). Danach hat der/die Behandelnde sowohl eine Informationspflicht als auch die Pflicht, eine Einwilligungsaufklärung im Sinne einer Risikoaufklärung zu leisten. Unter die Informationspflicht fällt, den/die Patient_in über seinem Gesundheitszustand angemessenes Verhalten zu informieren. Darüber hinaus besteht u. a. eine Informationspflicht über Kosten und mögliche Behandlungsfehler. Neben der Regelung im Patientenrechtegesetz, zählt die Aufklärung und Information der Patient_innen zur Berufspflicht der Ärzteschaft, die in den Berufsordnungen des Landesärztekammern festgelegt ist (Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern 2016).

6 Theoretischer Hintergrund

Nach der Begriffserklärung und Erläuterung der Situation in der Klinik, in der die Expert_innen rekrutiert und interviewt wurden, wird nun der theoretische Hintergrund des Forschungsthemas ausgeführt. So wird die Arbeit in den theoretischen Kontext eingeordnet und ein Rahmen gegeben. In diesem Rahmen vor dem aktuellen Forschungsstand sowie den gesetzlichen und institutionellen Regelungen werden die Ergebnisse der Erhebung eingeordnet und diskutiert.

6.1 Versorgungsforschung

Innerhalb der Public Health fällt das Dissertationsthema in den Bereich der Versorgungsforschung. Die Versorgungsforschung untersucht Gesundheitssysteme auf der Mikroebene, das heißt im Bereich der individuellen Versorgungseinheiten wie Krankenhäuser oder Arztpraxen (Schwartz & Busse 2012: 561f). Die Versorgungsforschung beschäftigt sich als Disziplin mit Versorgungsprozessen sowie deren Strukturen und den zugrundeliegenden Ursachen und Wirkungen. International wird die Versorgungsforschung als „Health Service Research“ bezeichnet (Pfaff et al. 2011: 2f). Dieser Begriff wurde in den 1960er Jahren in den USA geprägt. Damals lag der Schwerpunkt darauf, Methoden zu entwickeln, die den Zugang zum Gesundheitswesen verbessern und die Effektivität des Gesundheitswesens sichern. Es galt sicherzustellen, ein Gesundheitswesen so zu gestalten, dass alle Bürger von den Erkenntnissen biomedizinischer Forschung profitieren. Später wurde die Multidisziplinarität betont und der Bezug zu sowohl Individuen als auch zu Gesamtgesellschaften hergestellt. Im Jahr 2000 gab der Vorstand der Association for Health Service Research eine neue Definition heraus:

„Health service research is the multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, financing systems, organizational structures and processes, health technologies, and personal behaviors affect access to health care, the quality and cost of health care, and ultimately our health and well-being. Its research domains are individuals, families, organizations, institutions, communities, and populations.“ (Lohr & Steinwachs 2002)

Diese Definition ist noch weiter gefasst und bezieht nun persönliche Verhaltensweisen und soziale Faktoren als bedeutsame Einflussfaktoren mit ein. Somit ist die Disziplin noch umfangreicher geworden und die Einflüsse von Familie,

Organisationen, Institutionen und Gemeinschaften auf die Annahme und Wirkungen von Gesundheitsleistungen werden betont (Lohr & Steinwachs 2002).

Die in Deutschland gängigste Definition stammt von Pfaff aus dem Jahr 2003:

„Versorgungsforschung kann definiert werden als ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert.“ (Pfaff 2003: 13)

Beide Definitionen beziehen drei Grundkonzepte mit ein: Die Ergebnisorientierung, die Multidisziplinarität und die Patient_innenorientierung. Eine weitere zentrale Rolle spielt der Alltagsaspekt, das heißt die Untersuchung der Versorgung unter Alltagsbedingungen (Pfaff et al. 2011: 2f).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob Patient_innen, die mit MRE besiedelt oder infiziert sind, adäquat versorgt werden, womit eine ergebnisorientierte sowie eine patient_innenorientierte Ausrichtung gegeben ist. Als individuelle Versorgungseinheit ist das Universitätsklinikum Münster als Klinik der Maximalversorgung als Setting gewählt. Es wird der Einfluss einer MRE-Besiedelung auf die Qualität der Versorgung in dem gewählten Setting, d. h. unter Alltagsbedingungen, untersucht. Aus der Patient_innensicht soll erschlossen werden, welche Faktoren die Qualität und somit das Ergebnis der Versorgung dieser Patient_innengruppe beeinflussen. Dabei soll zunächst erörtert werden, wie die Betroffenen selbst ihre Versorgung erfahren und ob die Patient_innen mit der Versorgung zufrieden sind oder Verbesserungspotential besteht. Aus der Literatur gehen Einschränkungen in der Qualität der Versorgung hervor (siehe Kapitel 3: Forschungsstand). Ziel der Arbeit ist es, herauszuarbeiten, ob und an welchen Punkten die Betroffenen konkrete Einschränkungen erfahren. Aus der Analyse heraus können dann Empfehlungen gegeben werden, wie die Versorgung ggf. ein besseres Ergebnis erzielen und die Patient_innen in den Mittelpunkt stellen kann. Diese Punkte greift der erste Themenkomplex der Fragestellung auf.

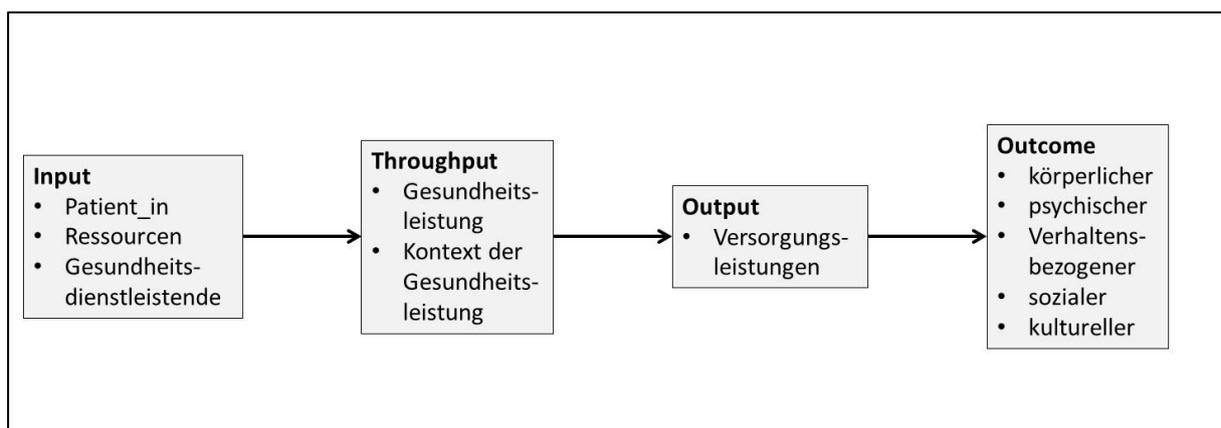
Ergebnisorientierung

Einer der wichtigsten Aspekte der Versorgungsforschung ist die Ergebnisqualität als zentrale Variable. Gegenstand der Forschung ist es, herauszufinden, ob eine Methode oder Maßnahme in der Patient_innenversorgung Wirksamkeit hat. Dabei muss bei der Umsetzung von Maßnahmen die „Effectiveness Gap“, also die Differenz zwischen der „Efficacy“ als absolute Wirksamkeit im kontrollierten Versuch und der „Effectiveness“, als Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen in Betracht gezogen werden (Pfaff et al. 2011: 3). So kann es vorkommen, dass Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung der Ausbreitung multiresistenter Erreger zu Lasten der Versorgung gehen oder zu Unsicherheiten betroffener Patient_innen führen, oder Informationen, die Patient_innen erhalten, nicht verstanden werden oder nicht zugänglich sind.

Throughput-Modell

Um dieses Umsetzungsdefizit zu systematisieren, hat sich das systemtheoretische Throughput-Modell herausgebildet, das sich auf die Fragestellung der Dissertation übertragen lässt (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Das Throughput-Modell als systemtheoretisches Modell des Versorgungssystems. Eigene Darstellung nach (Pfaff 2003: 15, Pfaff et al. 2011: 4)



Der Input bezeichnet zum einen die Patient_innen und deren Gesundheitszustand, zum anderen ressourcenbezogene Faktoren. Diese umfassen sowohl finanzielle Ressourcen als auch die sachliche und personelle Ausstattung sowie organisatorische Strukturen. Der Throughput, der im Mittelpunkt des Modells steht, umfasst die Prozesse, die im Gesundheitssystem ablaufen. Die Ergebnisse dieser

Prozesse beinhalten sowohl die zählbaren Prozesse im Rahmen des Outputs als auch langfristige Resultate (Schwartz & Busse 2012: 561f).

Das Throughput-Modell lässt sich auf die Hauptfragestellungen der Dissertation übertragen. Der „Output“ und das „Outcome“ sollen anhand der Patient_innensicht erfasst und analysiert werden. Als Output steht hierbei im Vordergrund, inwieweit von MRE betroffene Personen die ihnen gebotene Versorgungsqualität einschätzen. Das Outcome in Bezug auf die Versorgung von MRE-Betroffenen ist vielschichtig: In dieser Arbeit zentral sind die intangiblen Kosten (siehe Kapitel

1. Public Health – Relevanz des Themas), das heißt Einschränkungen der Lebensqualität sowie vermehrtes Leid (Hübner et al. 2009). Oft bestehen Unsicherheiten und Informationsbedarf.

Diese Frage behandelt der erste Themenkomplex der Fragestellung, der die Versorgungsqualität in den Mittelpunkt stellt. Darüber hinaus nimmt der dritte Themenkomplex die schnittstellenübergreifende Versorgung in den Fokus. Neben der Qualität der schnittstellenübergreifenden Versorgung als Output, kann eine gut funktionierende Schnittstellenmanagement als Input im Throughput-Modell gesehen werden.

Auch der zweite Themenkomplex der Fragestellung, der sich mit der Patient_innenbeteiligung und -information beschäftigt, steht im Zusammenhang mit dem Throughput-Modell. Basierend auf den Aussagen der Betroffenen soll der Input angepasst werden. Einerseits gelingt dies durch eine Verbesserung der Ressourcen wie beispielsweise Informationsmaterial, das den Betroffenen zugänglich und verständlich ist. Andererseits soll an den Stellen im Schnittstellenmanagement, die aus Patient_innensicht als besonders kritisch identifiziert wurden, angesetzt werden. Um zu beantworten, wie der Input in Form von Informationen oder Beteiligung der Betroffenen angepasst werden kann, wird zunächst erörtert, welchen Informationsstand die Patient_innen bezüglich multiresistenter Erreger, Hygienemaßnahmen und Antibiotika haben. Es soll geklärt werden, wie die Patient_innen die Aufklärung durch die Behandelnden erfahren. Anhand der Analyse dieser Fragestellung können dann Punkte erarbeitet werden, die als Input in Form von Patient_inneninformation und -beteiligung verbessert werden können.

6.2 Patient_innenorientierung

Die Behandelten selbst sind Gegenstand der Versorgungsforschung. Daneben nehmen sie auch im Behandlungsprozess eine immer aktivere Rolle ein. Die Interessen der Behandelten sind somit unmittelbar Teil der Versorgungsforschung. Neben biologischen Bedürfnissen erstrecken sich die Grundbedürfnisse der Patient_innen auch auf die psychische und die soziale Ebene (Schwartz et al. 2012: 728).

Nach Pfaff geschieht die Fokussierung auf den/die Patient_in innerhalb der Versorgungsforschung vornehmlich auf drei Ebenen (Pfaff et al. 2011: 6). Die erste

Ebene bildet der Begriff „Patient Reported Outcome (PRO)“ (Valderas & Alonso 2008). Im Throughput-Modell wird dies durch das von den Patient_innen beurteilte Outcome dargestellt. Die zweite Ebene beschreibt den „Patienten als Ko-Therapeut“. Diese Ebene wird im Verlauf unter dem Begriff „Patient_innenpartizipation“ erläutert. Die dritte Ebene bezeichnet Pfaff als „Health Consumerism“, bei der die Patient_innen als Kund_innen im Gesundheitswesen gesehen werden. Die vorliegende Arbeit behandelt diese drei Aspekte, fokussiert sich jedoch auf PRO als von den Patient_innen selbst wahrgenommene Qualität der Behandlung und Versorgung.

6.3 Evaluation von Qualität

Sowohl in der Ergebnisorientierung als auch in der Patient_innenorientierung bewertet die Versorgungsforschung ihre Gegenstände im Rahmen einer Evaluation (Schwartz & Busse 2012: 563). In der vorliegenden Arbeit wird die Versorgungsqualität von Patient_innen mit MRE aus der Patient_innensicht untersucht.

Eine verbreitete Klassifikation zur Beurteilung von Gesundheitsleistungen ist das Modell zur Beurteilung und Überwachung von Qualität von Avedis Donabedian (Bitzer & Dierks 2001: 150, Pfaff et al. 2011: 68).

Donabedian definiert drei Dimensionen von Qualität: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1980, Bitzer & Wohlfahrt 2012: 744). Relativ leicht zu messen ist die Strukturqualität von Gesundheitsgütern. Sie umfasst die räumliche, technische und personelle Ausstattung von Institutionen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: 179). Daneben fließen auch das Vorhandensein einer Krankenversicherung und die geographische Verteilung von Gesundheitsanbietern in die Strukturqualität mit ein (Donabedian 1980: 81). Zur Prozessqualität zählen alle Handlungen zwischen Behandelnden und Patient_innen (Donabedian 1980: 79). Zudem umfasst die Prozessqualität die behandlungsbezogenen Versorgungsleistungen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: 179). Hierzu zählen Prozesse der Vorsorge, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge. Darunter fallen auch die Koordination und Kontinuität der Behandlung (Donabedian 1980: 135). Die Ergebnisqualität beinhaltet zum einen Gesundheitsergebnisse wie Therapieerfolge,

die sich in Mortalitätsraten, dem Auftreten von Komplikationen, der Lebenserwartung, der Lebensqualität und der Wiederherstellung körperlicher und sozialer Funktionen zeigen. Zum anderen zählt zur Ergebnisqualität die Zufriedenheit sowohl von Seiten der Patient_innen als auch der Mitarbeitenden.

Faktoren, die sowohl zur Prozess- als auch zur Ergebnisqualität gezählt werden können, sind Beschwerden, die Compliance, das Wissen der Patient_innen und der Umfang sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Donabedian 1980: 133). Tabelle 6 stellt weitere Beispiele der Qualitätsdimensionen im Gesundheitswesen dar:

Tabelle 6: Qualitätseigenschaften von Gesundheitsgütern modifiziert nach (Bürger 2003: 44). Die für die Fragestellung relevanten Faktoren sind grau hinterlegt.

Strukturqualität		Prozessqualität	Ergebnisqualität
Persönlich	Sachlich		
<u>Ärztliche Mitarbeitende</u> <ul style="list-style-type: none"> • Durch Aus-, Fort- und Weiterbildung erworbene fachliche Qualifikation, • medizinische Spezialisierung, • persönliche Qualifikation, • Fremdsprachenkenntnisse <u>Mitarbeitende</u> <ul style="list-style-type: none"> • fachliche Qualifikation, • persönliche Qualifikation. 	<u>Ausstattung</u> <ul style="list-style-type: none"> • Medizinisch-technische Ausstattung, • Ausstattung der Wartebereiche, • Ausstattung der Behandlungsräume. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgehensweise bei der Diagnosestellung und Therapie, • Einsatz medizinisch-technischer Hilfsmittel, • interne Zusammenarbeit, • Zusammenarbeit mit Ärzt_innen und externen Institutionen des Gesundheitswesens, • Hygiene, • Wartezeiten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungserfolg, • Angemessenheit diagnostischer und therapeutischer Aktivitäten, • Komplikationen im Behandlungsverlauf, • Mortalität des Patient_innenklientels, • Patient_innen-zufriedenheit.

Während die Prozessqualität eine direkte Möglichkeit ist, die Qualität zu evaluieren, stellen Struktur- und Ergebnisqualität indirekte Indikatoren dar. So können strukturelle Merkmale die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten guter Qualität erhöhen oder herabsetzen. Allerdings kann die strukturelle Dimension nur Tendenzen zum Qualitätsassessment wiedergeben, obwohl es sich hierbei um ein zentrales Instrument handelt, mit dem Qualität erreicht werden kann.

Struktur beeinflusst also die Prozessdimension, die wiederum einen Einfluss auf die Ergebnisqualität hat. Dieses Modell setzt allerdings voraus, dass die Verbesserung des Gesundheitszustands das Ziel der Gesundheitsversorgung darstellt (Donabedian 1980: 81-83).

Die vorliegende Studie ist ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation von mit MRE Betroffenen. Die Qualität der Versorgung dieser Patient_innengruppe soll erfasst und verbessert werden.

Hierbei werden sowohl Indikatoren der Prozess- als auch der Ergebnisqualität untersucht. Die Kontinuität und die Koordination fallen in den Bereich der Prozessqualität. Daneben wird der Informationsstand der Betroffenen untersucht. Die Vermittlung von Wissen und Information sowie die Aufklärung der Betroffenen können zur Prozessqualität gerechnet werden. Im Bereich der Ergebnisqualität wird in den Interviews zudem auf die Lebensqualität, die soziale Funktionalität und die Zufriedenheit der Betroffenen eingegangen.

Patient_innenzufriedenheitsuntersuchungen dienen als direktes Maß der Versorgungsqualität, da sie die erlebte Versorgungsqualität widerspiegeln (Pfaff et al. 2011: 68).

Somit leistet die vorliegende Arbeit einen Beitrag zum Qualitätsassessment von Gesundheitsleistungen. Hierbei werden sowohl Faktoren der Prozessqualität als direkte Indikatoren von Qualität herangezogen als auch Faktoren der Ergebnisqualität als indirekte Indikatoren untersucht.

Nach Klemperer sind die Patient_innenpartizipation und -information wesentliche Elemente der Definition von Versorgungsqualität (Klemperer 2012).

6.4 Patient_innenpartizipation

In engem Zusammenhang mit der Patient_innenorientierung steht das Konzept der Patient_innenpartizipation. Partizipation ist eine „Voraussetzung für Qualität“ (Klemperer 2012). Klemperer sieht keinen Zweifel daran, dass die Partizipation der Patient_innen zur Verbesserung der Versorgungsqualität beiträgt (Klemperer 2012). Das komplexe Konzept der Patient_innenpartizipation entstand in den 1960er Jahren im Zuge der Verbraucherbewegung. In den letzten Jahren wird die Patient_innenpartizipation vermehrt als Bestandteil in der Gestaltung des Gesundheitsprozesses gesehen. Als besonders erfolgreich erwies sich die Anwendung in der Behandlung von chronischen Krankheiten und zur Verbesserung der Patient_innensicherheit (Longtin et al. 2010).

Obwohl umfangreiche Literatur zum Thema Patient_innenpartizipation vorhanden ist, ist der Begriff nicht ausreichend definiert. Aus diesem Grund resümieren Longtin et

al. in einem Review die Definitionen und entwickeln daraus ein Modell, das die Einflüsse auf die Patient_innenpartizipation zusammenfasst. Sie gehen dabei auf die Patient_innenpartizipation sowohl im Hinblick auf das Treffen von Entscheidungen als auch im Hinblick auf andere Aspekte bezüglich der Gesundheitsversorgung ein: Die zentrale Rolle bei der Patient_innenpartizipation spielt eine Neudefinition der Rolle der Patient_innen. Diese entwickelt sich von der traditionellen Rolle als passive Teilnehmende im eigenen Heilungsprozess hin zu einer Schlüsselrolle (Longtin et al. 2010). Dieser Rollenwechsel beruht auf verschiedenen Einflüssen. Ein humanistischer Ansatz befürwortet den/die Patient_in als Menschen mit eigenem Willen und einem Recht zur Selbstbestimmung (Gillon 1994). Zudem hat der konsumeristische Blickwinkel die Rolle der Patient_innen verändert. Als Kund_innen im Gesundheitssystem können Patient_innen Qualität in der Behandlung verlangen und durch das Äußern von Beschwerden das Gesundheitssystem verbessern (Longtin et al. 2010).

Neben der technischen Qualität beeinflusst vor allem die Patient_innenerfahrung und -zufriedenheit die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Gerteis 1993b: 3). Diese neue Rolle der Patient_innen wurde von mehreren Seiten befürwortet und von der WHO als Mittel anerkannt, um das Gesundheitssystem zu stärken (Longtin et al. 2010).

Longtin et al. gehen auch auf die Frage ein, inwieweit Patient_innen diese neue Rolle akzeptieren, und fassen folgende Einflussfaktoren auf eine aktive Patient_innenpartizipation zusammen:

- Die Akzeptanz der neuen Patient_innenrolle,
- der Grad an Health Literacy und der Umfang an Wissen,
- das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten,
- die Art der geforderten Entscheidung,
- der Anteil am wahrscheinlichen Resultat,
- die Art der Erkrankung und Nebenerkrankungen,
- das Alter,
- das Geschlecht,
- der sozioökonomische Status,
- der ethnische Hintergrund,
- der Einsatz von alternativen Heilmethoden,
- die Fachrichtung des Mitarbeitenden im Gesundheitswesen (Longtin et al. 2010).

Einer aktiven Patient_innenpartizipation im Weg stehen hierbei, neben der ablehnenden Haltung zur neuen Rolle der Patient_innen, vor allem eine geringe Health Literacy und ein niedriger Wissensstand. Informierte Patient_innen haben mehr Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung. Zudem wird hierdurch die Patient_innen-Behandler_innen-Interaktion gestärkt (Longtin et al. 2010).

Entscheidungen mit geringeren Konsequenzen werden eher dem/der Ärzt_in überlassen als weitergehende Entscheidungen. Schwerer erkrankte Menschen überlassen Entscheidungen lieber der Ärzteschaft als Patient_innen mit leichten Erkrankungen. Ebenso nehmen ältere Patient_innen weniger häufig am Entscheidungsprozess teil. Patient_innen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status werden häufig weniger aktiv in Entscheidungen miteinbezogen (Longtin et al. 2010).

Neben diesen patient_innenbezogenen Faktoren stehen auch Faktoren auf der Seite des Behandelnden einer aktiven Patient_innenpartizipation im Weg. Longtin et al. fassen sie wie folgt zusammen:

- Der Wunsch, die Kontrolle zu behalten,
- die Zeit, die benötigt wird, um die Patient_innen weiterzubilden und auf sie einzugehen,
- die Art der Erkrankung,
- die persönlichen Überzeugungen,
- die Fachrichtung,
- der ethnische Hintergrund,
- eine ungenügende Ausbildung im Hinblick auf Patient_innenpartizipation (Longtin et al. 2010).

Anwendung fand das Konzept der Patient_innenpartizipation bisher vor allem im Bereich der chronischen Erkrankungen. Durch ein höheres Maß an Schulungen soll die Kontrolle über die Erkrankung verbessert werden (Longtin et al. 2010). Ein weiterer Vorschlag für die Verwendung wird im Bereich der Patient_innensicherheit zur Vermeidung von Fehlern gemacht. Eine große Rolle im Bereich der Patient_innensicherheit spielen nosokomiale Infektionen. Diesbezüglich wurden auf dem Gebiet der Händehygiene bereits Erfahrungen gesammelt, wie durch Aufklärung und Ermutigung der Patient_innen das Händehygieneverhalten des medizinischen Personals verbessert werden kann (McGuckin et al. 1999, McGuckin et al. 2001, McGuckin et al. 2004, Caine et al. 2016, Lastinger et al. 2017).

Patient_innen mit MRE sind daher eine relevante Zielgruppe für das Konzept der Patient_innenpartizipation. Dieses Thema ist eng verknüpft mit dem Gebiet der nosokomialen Infektionen und Hygiene. Eine Kolonisation mit MRE stellt keine chronische Erkrankung dar. In einigen Fällen, wie beispielsweise missglückten Sanierungsversuchen oder einer dauerhaften Besiedelung mit MRGN oder VRE, liegt jedoch ein chronischer Status vor. Dies hat teils weitreichende Folgen für die Patient_innen. Eine Stärkung der Partizipation dieser Patient_innen soll dazu beitragen, diese Patient_innengruppe und das Versorgungssystem im Hinblick auf diese Zielgruppe zu stärken.

6.5 Health Literacy

Health Literacy wird im Konzept der Patient_innenpartizipation als einer der Hauptpunkte genannt, die einen Einfluss auf die Partizipation haben. Mangelnde Health Literacy, die häufig auch als Gesundheitskompetenz übersetzt wird (Pelikan & Ganahl 2017: 93), steht einer aktiven Teilnahme der Patient_innen im Behandlungsprozess entgegen (Longtin et al. 2010). Informierte Patient_innen genießen hingegen weitreichende Vorteile (Ellers 1993a: 97, Klemperer 2012). Health Literacy gilt als Voraussetzung zur Gesundheitserhaltung (Schaeffer & Pelikan 2017a: 12) und trägt somit zum Empowerment der Patient_innen bei (Schaeffer & Pelikan 2017a: 11). Das Konzept der Health Literacy entstand in den 1970er Jahren in den USA. Es beschäftigt sich mit dem Wissen und den Kompetenzen, die den Menschen dazu befähigen, den komplexen Anforderungen an Gesundheit in einer modernen Gesellschaft zu begegnen (Sorensen et al. 2012). Die WHO bestätigt die 2012 entwickelte Definition des European Health Literacy Consortium:

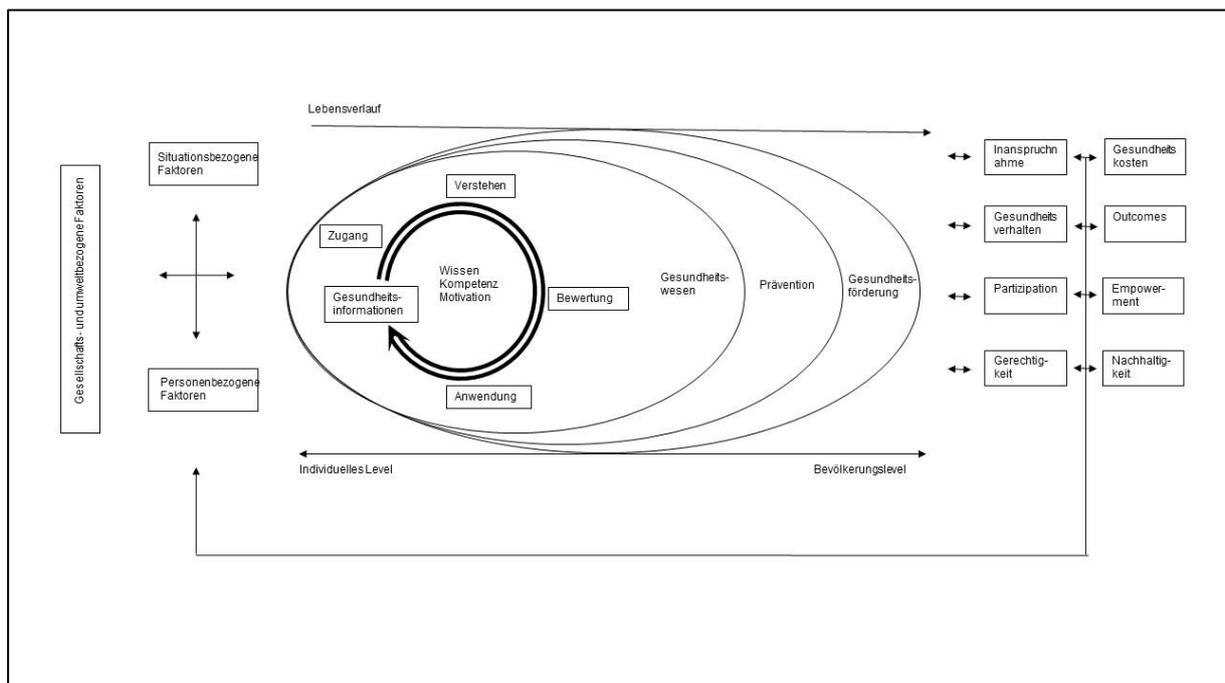
„Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course” (WHO 2013).

Die European Health Literacy Survey greift auf ein von Sorensen et al. entwickeltes Modell zurück, das etabliert wurde, um einen Konsens zwischen den vielfach existierenden Konzepten zu schaffen (Sorensen et al. 2012). Bei diesem auch im deutschsprachigen Raum verbreiteten Konzept wird Health Literacy als Voraussetzung und Grundlage verstanden, die einen kompetenten Umgang mit Gesundheitsinformationen gewährleistet, um im Alltag gesundheitlichen Herausforderungen gewachsen zu sein und diesbezügliche Entscheidungen treffen zu können (Schaeffer & Pelikan 2017a: 12).

Im Zentrum dieses Modells stehen Kernkompetenzen im Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen. Zusammenfassend lassen sich die einzelnen Komponenten der Health Literacy in die Schritte „Informationen finden“, „Informationen verstehen“, „Informationen beurteilen“ und „Informationen verwenden und nutzen“ einteilen (Messer et al. 2017: 194ff). Der Zugang zu Informationen

umfasst die Fähigkeit, Wissen zu suchen, zu finden und zu erlangen. Dieses Wissen muss zusätzlich, wenn es gewonnen wurde, verstanden und bewertet werden (Sorensen et al. 2012, Osborne & Beauchamp 2017: 72, Schmidt-Kaehler 2017: 283). Schließlich müssen die erhaltenen Informationen kommuniziert werden, um durch sie die Gesundheit erhalten oder verbessern zu können. Jede dieser Kompetenzen ist ein entscheidender Teil von Health Literacy. Durch diesen Informationsgewinn werden Menschen befähigt, sich in den drei Dimensionen des Gesundheitsprozesses zu bewegen: Als kranker Mensch oder als Patient_in in einer Gesundheitseinrichtung, als Risikoperson im Rahmen von Präventionsprogrammen oder innerhalb der Gesellschaft als Zielgruppe von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Die Fähigkeiten und Kompetenzen entwickeln sich dabei in einem lebenslangen Prozess (Sorensen et al. 2012, Dierks & Seidel 2017: 291). Der Rahmen dieses Prozesses bewegt sich von der individuellen Ebene hin zur Gesellschaftsperspektive und vereint somit den medizinischen mit dem Public-Health-Ansatz der Health-Literacy-Konzepte. So können sich die Prozesse des Informationsgewinns, der Verarbeitung und der Anwendung von einer individuellen hin zu einer gesellschaftlichen Dimension entwickeln (siehe Abbildung 3) (Sorensen et al. 2012)

Abbildung 3: Das Health-Literacy-Konzept nach (Sorensen et al. 2012)



Ein anderes Modell beschreibt ein dreistufiges Schema, das die Ebenen der funktionalen, der kommunikativen und der kritischen Gesundheitskompetenz enthält (Nutbeam 2000). Health Literacy wird nicht nur von den Fähigkeiten des/der Einzelnen beeinflusst, sondern auch von den strukturellen und sozialen Gegebenheiten (Rudd 2017: 23). So müssen Informationen in der richtigen Form sowie zu einem passenden Zeitpunkt zugänglich sein, damit die Betroffenen diese angemessen verarbeiten können (Ewers et al. 2017: 249). Zudem muss der/die Einzelne in der Lage sein, Information nach deren Qualität zu filtern. Hier bedarf es einer Qualitätssicherung und nutzerfreundlichen Aufbereitung der jeweiligen Information (Rudd 2017: 26, Schaeffer & Pelikan 2017a: 12 f.).

Zudem wird Health Literacy sowohl von den kommunikativen Fähigkeiten des Personals als auch dem sozialen Umfeld beeinflusst (Osborne & Beauchamp 2017: 73). Ebenso helfen unabhängige Unterstützungsangebote (Schmidt-Kaehler 2017: 285).

Für die Erstellung eines „Health Literacy Questionnaires“ stellen Osborne et al. neun Dimensionen heraus, die die Health Literacy beeinflussen:

1. Personen fühlen sich im Gesundheitswesen verstanden und unterstützt.
2. Die Information ist ausreichend.
3. Personen sind aktiv in ihrer Gesundheitsfürsorge.
4. Soziale Unterstützung in Bezug auf Gesundheit ist gegeben.
5. Gesundheitsinformationen können differenziert werden.
6. Die Möglichkeit, aktiv mit dem Personal zu interagieren, besteht.
7. Personen können sich im Gesundheitssystem zurechtfinden.
8. Der Zugang zu guter Information ist gewährleistet.
9. Information wird verstanden (Osborne & Beauchamp 2017: 75 f.).

Für Deutschland wurde der Grad der Health Literacy in der Bevölkerung zunächst im Rahmen der „Europäischen Studie zur Gesundheitskompetenz (HLS-EU)“ von 2009–2012 erfasst (Pelikan & Ganahl 2017: 93-125). Innerhalb der acht teilnehmenden Länder war Deutschland durch Teilnehmende aus Nordrhein-Westfalen vertreten. In dieser Gruppe hatten 11,0 % der Befragten eine inadäquate Gesundheitskompetenz. Bei 35,3 % war die Gesundheitskompetenz problematisch und bei 34,1 %

ausreichend ausgeprägt. 19,6 % wiesen eine exzellente Gesundheitskompetenz auf (Pelikan & Ganahl 2017: 111). Es zeigte sich ferner, dass eine schlechtere Gesundheitskompetenz mit einem schlechteren sozioökonomischen Status einhergeht (Pelikan & Ganahl 2017: 121). Um die Ergebnisse für Deutschland zu präzisieren, wurde die Studie zur Health Literacy in Deutschland (HLS-GER) durchgeführt (Schaeffer et al. 2017a). Hier wurde ersichtlich, dass im Zusammenhang mit Health Literacy ein großes Problem für die Public Health besteht (Schaeffer et al. 2017b: 131). So hatten in dieser Studie 54,3 % der Bevölkerung Schwierigkeiten, mit Gesundheitsinformationen umzugehen. Dies betraf besonders Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit niedriger Bildung, Menschen im höheren Lebensalter ab 65 Jahren und Menschen mit chronischer Krankheit (Berens et al. 2016, Schaeffer et al. 2017b: 135 ff.). Auf diesen Ergebnissen basierend wurde der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ erarbeitet. Das Ziel dieses Aktionsplans besteht darin, die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu stärken. Dabei soll sowohl bei der „persönlichen“ als auch der „systemischen oder organisationalen Gesundheitskompetenz“ angesetzt werden. Beide Ansätze seien dabei gleich bedeutend und sollten „am besten kombiniert werden“ (Schaeffer et al. 2018: 14).

Dazu wurden 15 konkrete Empfehlungen gegeben:

1. „Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen
2. Die Gesundheitskompetenz im Beruf und am Arbeitsplatz fördern
3. Die Gesundheitskompetenz im Umgang mit Konsum- und Ernährungsangeboten stärken
4. Den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien erleichtern
5. Die Kommunen befähigen, in den Wohnumfeldern die Gesundheitskompetenz ihrer Bewohner zu stärken
6. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern
7. Die Navigation im Gesundheitssystem erleichtern, Transparenz erhöhen und administrative Hürden abbauen

8. Die Kommunikation zwischen den Gesundheitsprofessionen und Nutzern verständlich und wirksam gestalten
9. Gesundheitsinformationen nutzerfreundlich gestalten
10. Die Partizipation von Patienten erleichtern und stärken
11. Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung integrieren
12. Einen gesundheitskompetenten Umgang mit dem Krankheitsgeschehen und seinen Folgen ermöglichen und unterstützen
13. Fähigkeit zum Selbstmanagement von Menschen mit chronischer Erkrankung und ihren Familien stärken
14. Gesundheitskompetenz zur Bewältigung des Alltags mit chronischer Erkrankung fördern
15. Die Forschung zur Gesundheitskompetenz ausbauen“ (Schaeffer et al. 2018: 56 f.)

Dabei gelten fünf „grundlegende Prinzipien für die Umsetzung der Empfehlungen in gute Praxis:

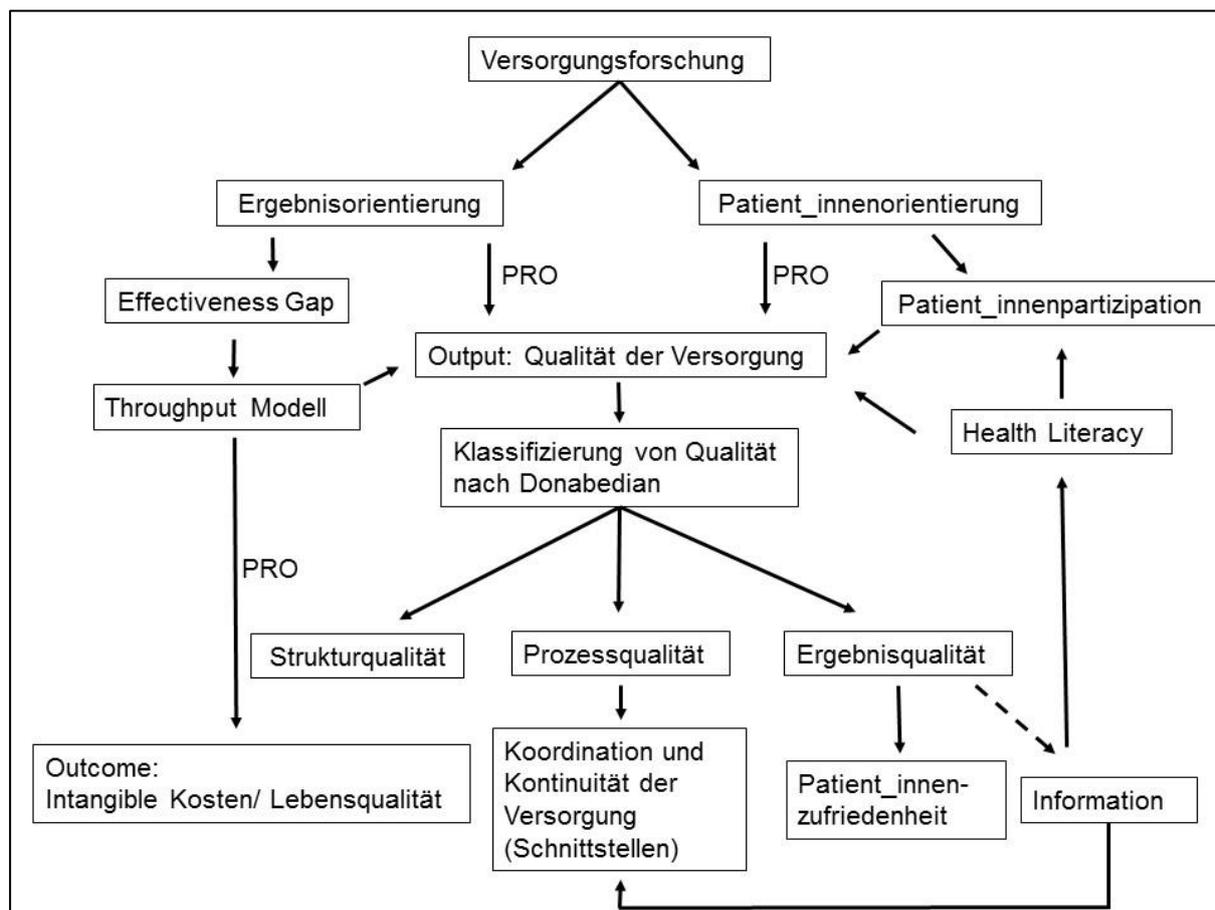
1. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit verringern
2. Sowohl die individuellen als auch die strukturellen Bedingungen verändern
3. Partizipation und Teilhabe ermöglichen
4. Chancen der Digitalisierung nutzen
5. Die Kooperation von Akteuren aus allen Bereichen der Gesellschaft herstellen.“ (Schaeffer et al. 2018: 57)

Im Hinblick auf die Health Literacy soll die Dissertation erfassen, an welcher Stelle sich MRE-Betroffene im Prozess des Informationsgewinns befinden, um dann Möglichkeiten entwickeln zu können, diesen Prozess zu verbessern. Dies ist im Zusammenhang mit MRE auch dahingehend relevant, dass MRE häufig ältere Menschen sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen betreffen, die zu den besonders vulnerablen Gruppen in Bezug auf die Health Literacy identifiziert wurden (Schaeffer et al. 2017b: 137).

Der primäre Ansatz gründet auf dem Level der Gesundheitseinrichtungen. Es werden Handlungsempfehlungen erarbeitet, die strukturelle und organisatorische Verbesserungen einleiten (Rudd & Anderson 2006, Schaeffer & Pelikan 2017a: 16), um so die Health Literacy auf dem Gebiet der MRE zu steigern. Hierbei soll auch evaluiert werden, ob vorhandene Informationen von den Betroffenen verstanden werden. Eine zentrale Rolle spielen dabei auch die kommunikativen Fähigkeiten der Mitarbeitenden (Rudd 2017: 26 ff.). Dies betrifft nicht nur das ärztliche Personal, sondern insbesondere auch die Pflege (Ewers et al. 2017: 237 ff., Schaeffer & Pelikan 2017b: 318). Ebenfalls wird auf die Punkte des Vertrauens zum Personal sowie die Möglichkeit zu sozialen Kontakten eingegangen, da diese einen positiven Einfluss auf die Health Literacy haben können (Osborne & Beauchamp 2017: 76, Schulz & Hartung 2017: 86). Auch in Bezug auf die Schnittstellen im Gesundheitswesen spielt Health Literacy eine Rolle. Im Hinblick auf die Weiterversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt entstehen oft Fragen, für deren Beantwortung umfassende Informationen benötigt werden (Ewers et al. 2017: 240 + 250). Dies trifft auch für den Umgang mit MRE im ambulanten Setting zu.

Zur Zusammenfassung dient das folgende Schaubild, ausgehend von der Einordnung der Arbeit in die Versorgungsforschung, der Veranschaulichung der Zusammenhänge der vorgestellten theoretischen Modelle:

Abbildung 4: Theoretischer Hintergrund der Dissertation: Beziehungen zwischen den erläuterten Modellen. Die Information der Patient_innen kann als Faktor der Ergebnisqualität gesehen werden, obwohl nicht explizit erwähnt. Daher erfolgt die Darstellung mit gestrichelten Pfeilen. PRO: Patient reported outcomes.



In obigem Schaubild wird deutlich, dass die von den Patient_innen erlebte Qualität der Versorgung im Mittelpunkt steht. Die Verbesserung der Patient_innenversorgung ist Ziel der vorliegenden Arbeit. In diesem Kontext wurden drei Themenkomplexe herausgestellt: Die intangiblen Kosten einer MRE-Besiedelung mit besonderem Fokus auf die Lebens- und Behandlungsqualität sowie die Patient_innenzufriedenheit, die Patient_inneninformation wie auch die Koordination und Kontinuität der schnittstellenübergreifenden Versorgung.

6.6 Die patientenzentrierte Versorgung nach Picker

Ein anwendungsbezogenes Modell, das die zuvor beschriebenen Modelle beinhaltet, ist das Prinzip der patientenzentrierten Versorgung nach Picker. Jeder der genannten Schwerpunkte ist Teil der einzelnen Dimensionen dieses Ansatzes. Dies gilt sowohl für die Patient_innenorientierung als auch – damit enger verknüpft – für

die Patient_innenpartizipation. Das Modell hebt die patientenzentrierte Versorgung von der klassischen Fokussierung auf die Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung auf ein institutionelles Level. Dabei orientiert es sich an den Wünschen und Erfahrungen der Patient_innen. Die Autoren setzen ein besseres Outcome bei Patient_innen voraus, die im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung behandelt wurden (Daley 1993: 75). Es steht im Zentrum der theoretischen Orientierung der vorliegenden Arbeit und bildet die Basis für den Leitfaden der Expert_inneninterviews. Im Anschluss erfolgt daher eine detaillierte Darstellung:

Neben den technischen Gegebenheiten beeinflussen die individuelle Erfahrung und die subjektive Wahrnehmung der Patient_innen zu großen Teilen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Gerteis 1993b: 3). Seit dem Jahr 1987 beschäftigt sich das Picker/Commonwealth-Programm für patientenzentrierte Versorgung damit, die Patient_innenperspektiven und -wünsche bezüglich ihrer Versorgung festzuhalten. Durch Fokusgruppen, Literaturrecherchen und Diskussionen mit Mitarbeitenden im Gesundheitswesen entstanden zunächst sieben Dimensionen, auf die sich die patientenzentrierte Versorgung stützen soll (Suchman 1994):

1. Rücksicht auf individuelle Präferenzen und Respekt,
2. Kommunikation, Information, Anleitung,
3. Koordination,
4. leibliches Wohlbefinden,
5. emotionale Zuwendung und Unterstützung,
6. Einbeziehung von Partner_innen, Familie und Freund_innen,
7. Kontinuität der Versorgung (Schmidt et al. 2003).

Um diese Prinzipien konkret zu erfassen, wurden im Anschluss mit Hilfe eines auf den Ergebnissen der Fokusgruppen basierenden Fragebogens 6000 Patient_innen aus 62 US-Amerikanischen Krankenhäusern sowie 2000 Angehörige interviewt. Daneben wurden 20 Krankenhäuser visitiert (Gerteis 1993b: xii). Die sieben Dimensionen wurden später um eine achte Dimension ergänzt:

8. Zugang zur Versorgung (Picker Institute).

Mit der Ergänzung um die achte Dimension erfolgte auch die Umbenennung in „Picker Prinzipien für eine patientenzentrierte Versorgung.“

Im Folgenden werden diese Prinzipien im Einzelnen erläutert.

Rücksicht auf individuelle Präferenzen und Respekt

Patient_innen möchten an der Entscheidungsfindung beteiligt sein und über ihren Gesundheitsstatus informiert werden. Darüber hinaus gaben die Patient_innen den Wunsch an, in einer Atmosphäre behandelt zu werden, die sie als Individuen anerkennt. Krankheit bringt oft eine Einschränkung der Lebensqualität mit sich. Dies sollte im Umgang mit Patient_innen berücksichtigt werden. Ein zentraler Punkt der patientenzentrierten Versorgung ist die gemeinsame Entscheidungsfindung, die auf guten Informationen beruht. Daneben sollen der kulturelle Hintergrund und die Würde der Patient_innen berücksichtigt und respektiert werden (Picker Institute). Von Bedeutung ist auch die Frage, wie die Lebensqualität durch die Erkrankung beeinflusst wird und wie Autonomie erhalten bleiben kann (Gerteis 1993b: 6).

Koordination

Verletzlichkeit und Ohnmacht sind typische Gefühle für Patient_innen. Entlastend wirkt daher eine gute Koordination der Versorgung. Besonders entscheidend ist dies in den Feldern der klinischen Versorgung, der weiterführenden und unterstützenden Versorgung und der direkten Patient_innenversorgung durch das Pflegepersonal (Picker Institute , Gerteis 1993b: 6 f.). Patient_innen wünschen sich auch, dass die Botschaften und Informationen, die übermittelt werden, konsistent sind. Eine Informationsweitergabe hat, genau wie eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Bereichen, einen positiven Einfluss (Gerteis 1993b: 7).

Kommunikation, Information, Anleitung

Patient_innen haben oft Ängste, dass ihnen Informationen über ihren Gesundheitszustand oder eine Prognose vorenthalten werden. In Patient_inneninterviews wurde herausgestellt, dass Krankenhäuser diese Ängste dadurch mindern können, dass sie Informationen über den klinischen Status, den Gesundheitsprozess und die Prognose, das Behandlungsverfahren und eine

Anleitung, wie Autonomie erhalten werden kann, zur Verfügung stellen (Picker Institute). Die zur Verfügung gestellten Informationen sollen dabei verständlich sein (Gerteis 1993b: 7). Patient_innen wünschen sich außerdem Angebote der Gesundheitsförderung (Picker Institute).

Leibliches Wohlbefinden

Einen hohen Stellenwert für die Erfahrung von Patient_innen hat das körperliche Wohlbefinden. Pflege, die das körperliche Wohlbefinden fördert, ist aus Patient_innensicht besonders bei einer akuten Erkrankung ein elementarer Bestandteil der Versorgung. Drei Bereiche sind hierbei vor allem relevant:

- Schmerzbehandlung,
- Hilfe bei Tätigkeiten und Handlungen des Tagesablaufs,
- die Krankenhausumgebung und Umwelt.

In der zuletzt genannten Dimension soll sichergestellt werden, dass dem Bedürfnis nach Privatsphäre entgegenkommen wird und Patient_innenbereiche sauber und ansprechend gestaltet sind. Es sollen Möglichkeiten für Besuche durch Angehörige und Familie gegeben sein (Picker Institute , Gerteis 1993b: 8).

Emotionale Zuwendung und Unterstützung

Angst und Sorge, die mit einer Krankheit einhergehen, können genauso hemmend sein wie physische Einschränkungen. Daher sollten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung folgende Punkte beachten:

- Ängste, die den klinischen Status, die Behandlung und die Prognose betreffen,
- Ängste, die die Auswirkungen der Krankheit auf die Patient_innen selbst und die Angehörigen betreffen,
- Angst über finanzielle Auswirkungen der Erkrankung (Picker Institute , Gerteis 1993b: 9).

Einbeziehung von Familie und Angehörigen

Betroffene haben mehrfach die Rolle von Angehörigen in ihren Erfahrungen als Patient_innen betont. Oft wurden Sorgen über die Auswirkungen der Erkrankung auf die Familie und Freund_innen geäußert. Folgende Punkte sind für die patient_innennahe Versorgung im Hinblick auf Familie und Freund_innen herausgearbeitet worden:

- Das Entgegenkommen von klinischen Mitarbeitenden und Versorgungseinrichtungen gegenüber Angehörigen, auf die die Patient_innen wegen sozialer und emotionaler Unterstützung angewiesen sind,
- Respekt und Anerkennung für die Rolle als „Anwält_in“ der Patient_innen bei der Entscheidungsfindung,
- Unterstützung bei der Versorgung durch Angehörige,
- das Erkennen der Bedürfnisse von Angehörigen (Picker Institute , Gerteis 1993b: 9 f.).

Kontinuität der Versorgung

Patient_innen äußern häufig ernstzunehmende Ängste über ihre eigenen Möglichkeiten, sich nach der Entlassung zu versorgen. Eine patientenzentrierte Versorgung sollte daher folgenden Kriterien entsprechen:

- Es müssen verständliche und umfangreiche Informationen über Medikation, körperliche Beeinträchtigung, Ernährungsvorschriften usw. zur Verfügung gestellt werden.
- Die weiterführende Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus sollte geplant und koordiniert sein. Dafür muss sichergestellt sein, dass die Patient_innen und die Angehörigen diese Informationen verstehen.
- Kontinuierliche Informationen bezüglich klinischer, sozialer, körperlicher und finanzieller Unterstützung sollten bereitgestellt werden (Picker Institute 10 f., Gerteis 1993b).

Zugang zu Versorgung

Patient_innen benötigen die Sicherheit des Zugangs zu bedarfsgerechter medizinischer Versorgung. Beachtung finden sollen auch die Zeit bis zur stationären Aufnahme und die Zeit zwischen Aufnahme und tatsächlicher Zuweisung eines Bettes auf einer Station.

In Bezug auf die ambulante Versorgung ergeben sich folgende Punkte:

- Zugang zu den Örtlichkeiten von Krankenhäusern, Kliniken und Praxen,
- Transportmöglichkeiten,
- einfach zu vereinbarende Termine,
- bedarfsgerechte Terminvergabe,
- Zugang zu Fachärzt_innen, wenn eine Überweisung vorliegt,
- klare Anleitungen, wie und wann eine Überweisung erfolgt (Picker Institute).

Die vorliegende Studie stützt sich auf die Prinzipien der patientenzentrierten Versorgung. Jedes der acht Prinzipien hat Berührungspunkte mit der besonderen Situation von MRE-Patient_innen. Diese sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Das Prinzip der patientenzentrierten Versorgung nach Picker in Bezug auf die Fragestellung

Dimension	Besondere Aspekte	Bezug zur Fragestellung
Rücksicht auf individuelle Präferenzen und Respekt	<ul style="list-style-type: none"> • Patient_innen wünschen sich gute Informationen. • Krankheit bedeutet oftmals eine Einschränkung der Lebensqualität. • Zusammenarbeit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Werden Patient_innen über MRE und Hygienemaßnahmen ausreichend und verständlich informiert? • Welchen Einfluss hat eine Besiedelung/Infektion mit MRE auf die Lebensqualität von Patient_innen? • Erleben die Betroffenen eine gute Zusammenarbeit?
Kommunikation, Information, Anleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Ängsten kann durch verständliche Information vorgebeugt werden. • Patient_innen wünschen sich Angebote zur Gesundheitsförderung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Werden Patient_innen über MRE und Hygienemaßnahmen ausreichend und verständlich informiert? • Besteht Vorwissen zur MRE-Problematik?
Koordination	<ul style="list-style-type: none"> • Eine gute Koordination entlastet Patient_innen. • Konsistente Botschaften. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es einheitliche Regelungen zur Versorgung von MRE-Patient_innen und werden diese eingehalten? • Wird eine Sanierung mit den weiterbehandelnden Mitarbeitenden koordiniert? • Wird innerhalb einer Institution in gleicher Weise mit MRE-Patient_innen verfahren? • Sind den Patient_innen die Gründe für Unterschiede bewusst?
Leibliches Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliches Wohlbefinden • Handlungen des Tagesablaufs sollen ermöglicht werden. • Möglichkeiten des Besuchs durch Angehörige. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinflussen Hygienemaßnahmen das körperliche Wohlbefinden? • Werden Kontakte zu Angehörigen beeinflusst?
Emotionale Zuwendung und Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus auf Ängste bezüglich der Erkrankung, Behandlung und Prognose. • Fokus auf Ängste bezüglich Auswirkungen der Krankheit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existieren Ängste bezüglich der MRE-Besiedelung, Hygienemaßnahmen und der Prognose? • Existieren Ängste über Auswirkungen der MRE-Besiedelung? • Wird Ängsten bezüglich der Auswirkungen von MRE begegnet?
Einbeziehung von Familie und Freund_innen	<ul style="list-style-type: none"> • Sorgen über Auswirkungen der Erkrankung auf Angehörige. • Angehörige als sozial und emotional Unterstützende sowie als Fürsprechende. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hat die MRE-Besiedelung Auswirkungen auf MRE-Patient_innen? • Haben die MRE-Besiedelung oder die Hygienemaßnahmen Einfluss auf die Rolle der Angehörigen?

Dimension	Besondere Aspekte	Bezug zur Fragestellung
	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei der Versorgung durch Angehörige. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Informationen für pflegende Angehörige über Verhalten bezüglich der MRE-Besiedelung?
Kontinuität der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Es müssen verständliche und umfangreiche Informationen zur Verfügung gestellt werden. • Koordination und Planung der weiterführenden Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus: Es muss sichergestellt sein, dass die Patient_innen und ihre Angehörigen diese Informationen verstehen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Werden Patient_innen über MRE und Hygienemaßnahmen ausreichend und verständlich informiert? • Ist die weiterführende Versorgung geplant und koordiniert? • Verstehen die Patient_innen und ihre Angehörige die Informationen? • Ist das Thema schon mit vorbehandelndem Personal thematisiert worden?
Zugang zu Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Zeit bis zur stationären Aufnahme und die Zeit zwischen Aufnahme und tatsächlicher Zuweisung eines Bettes auf einer Station. • Zugang zu den Örtlichkeiten von Krankenhäusern, Kliniken und Praxen. • Transportmöglichkeiten. • einfach zu vereinbarende Termine. • bedarfsgerechte Terminvergabe. • Zugang zu Fachärzt_innen, wenn eine Überweisung vorliegt. • klare Anleitungen, wie und wann eine Überweisung erfolgt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist der Zugang zur Versorgung durch die MRE-Besiedelung beeinflusst?

Das Prinzip der patientenzentrierten Versorgung nach Picker wird ausführlich von Gerteis et al. dargestellt. Dabei werden detailliert Aspekte genannt, die förderlich für eine patientenzentrierte Versorgung sind. Vor dem Hintergrund dieser detaillierten Darstellung werden die Ergebnisse diskutiert (Gerteis 1993b).

7 Methoden

Die vorliegende Arbeit soll dazu beitragen, die Versorgungssituation MRE-betroffener Patient_innen zu verbessern. Patient_innen stehen dabei im Zentrum der Versorgung. Qualitative Forschung kann patient_inneneigene Sichtweisen in die Versorgungsforschung einbringen. Flick nennt explizit als Beispiel für die Einsatzmöglichkeit qualitativer Forschung die „Zufriedenheit mit bestimmten Versorgungsleistungen“ (Flick 2007: 25).

Bei der Bearbeitung der Forschungsfragen werden zunächst die Versorgungssituation und der Informationsstand von MRE-Betroffenen in den Blick genommen. Der Untersuchungsgegenstand ist als komplex zu bezeichnen. Es wird angestrebt, die Situation der Patient_innen nicht nur zu beschreiben, sondern die erlebten Prozesse nachzuvollziehen, um sie analysieren zu können (Mayring 2010: 19). Patient_innen werden als Befragte in den Interviews als Expert_innen selbst zur Sprache kommen (Mayring 2010: 9).

Die Beantwortung der Forschungsfrage erfordert ein offenes Vorgehen, das Antworten in verschiedenen Ausprägungen zulässt. Um der Offenheit Rechnung zu tragen, wird ein qualitatives Vorgehen gewählt. Nach Flick trägt qualitative Forschung zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten bei. Sie gilt als „konkreter“ und „plastischer“ als standardisierte, quantitative Methoden und eröffnet die Darstellung persönlicher Bewertungen (Flick 2007: 17). Zwar sollen Vorannahmen nicht in den Forschungsprozess miteinfließen, dennoch soll Vorwissen nicht ausgeschlossen werden und es soll an bestehende Erfahrungen angeknüpft werden. Daher ist eine theoriegeleitete Methode erforderlich (Mayring 2010: 13). Damit die Ergebnisse rekonstruiert werden können, wird ein regelgeleitetes Vorgehen benötigt (Gläser & Laudel 2010: 31).

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurden leitfadengestützte Experteninterviews als Ansatz gewählt. Diese werden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel ausgewertet.

7.1 Datenerhebung mittels leitfadengestützter Experteninterviews

Das Experteninterview ist eine Sonderform des Leitfadeninterviews. In dieser Interviewform bringt die interviewende Person Fragen oder Stichworte in Form eines Leitfadens mit in das Interview, anhand derer das Interview selbst flexibel gestaltet werden kann (Hellferich 2011: 36). In Experteninterviews werden die Interviewten auf Grund des eigenen Wissens für ein definiertes Handlungsfeld und als „Repräsentanten einer Gruppe“ ausgewählt (Mayer 2013: 38). In dieser Arbeit wird der Ansatz des „theoriegenerierenden Experteninterviews“ nach Bogner und Menz gewählt (Bogner & Menz 2009). Diese Methode verfolgt das Ziel, ausgehend von impliziertem Wissen der Interviewten sowie Ansichten und Handlungen der Expert_innen und mit Hilfe von qualitativer Forschung, theoretischem Sampling sowie einer vergleichenden Analyse eine formale Theorie zu entwickeln. Dabei wird Deutungswissen erhoben, das heißt subjektive Relevanzen, Regeln und Sichtweisen sowie Interpretationen der Expert_innen (Bogner & Menz 2009: 66).

7.2 Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde anhand des „SPSS-Prinzips“ von Hellferich erstellt (Hellferich 2011: 182 ff.). Dabei wurde wie folgt vorgegangen:

In einem Brainstorming wurden vor dem theoretischen Hintergrund zunächst möglichst viele Fragen gesammelt („**S**ammeln von Fragen“). Diese Fragen wurden danach unter Aspekten der Offenheit und des Vorwissens der Forscherin geprüft („**P**rüfen“). Hierbei wurde besonders darauf geachtet, dass auch unerwartete Antworten seitens der Befragten möglich sind. Aufgrund der beruflichen Tätigkeit der Interviewenden bestehen Vorannahmen zum Thema. Diese sollten jedoch nicht in den Prozess einfließen; die Interviews wurden aus der objektiven Position der Forscherin geführt. Nach dem Prüfen wurden die Fragen thematisch sortiert („**S**ortieren“) und zu einem tabellarischen Leitfaden zusammengefasst, der mit in das Interview genommen wurde („**S**ubsumieren“).

Der Interviewleitfaden sollte sich auf den Gesprächsgegenstand der MRE-Besiedelung fokussieren. Er begründet sich theoretisch an den Prinzipien der patientenzentrierten Versorgung nach Picker. Dazu wurde die Tabelle, die die patientenzentrierten Prinzipien nach Picker auf die Fragestellung der Forschungsarbeit bezieht, um die jeweiligen Leitfragen erweitert (Tabelle 8).

Tabelle 8: Zuordnung der Leitfragen zu den theoretischen Vorüberlegungen

Prinzip	Bezug zur Fragestellung der Dissertation	Leitfrage
Rücksicht auf individuelle Präferenzen und Respekt	<ul style="list-style-type: none"> • Welchen Einfluss hat eine Besiedelung/Infektion mit MRE auf die Lebensqualität der Patient_innen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie erleben Sie diese Situation? <ul style="list-style-type: none"> • Wie schätzen Sie Ihre Lebensqualität ein?
Kommunikation, Information, Anleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Werden Patient_innen über MRE und Hygienemaßnahmen ausreichend und verständlich informiert? • Besteht Vorwissen zur MRE-Problematik? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wurden Sie über „den Keim“ und die notwendigen Hygienemaßnahmen informiert? <ul style="list-style-type: none"> • Waren die Informationen verständlich? • Kannten Sie das Problem der resistenten Bakterien oder Krankenhauskeime, bevor Sie selbst betroffen waren?
Koordination	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es einheitliche Regelungen zur Versorgung von MRE-Patient_innen und werden diese eingehalten? • Wird eine Sanierung mit den weiterbehandelnden Ärzt_innen koordiniert? • Wird in einer Institution in gleicher Weise mit MRE-Patient_innen verfahren • Sind den Patient_innen Gründe für Unterschiede bewusst? • Erleben die Patient_innen eine gute Zusammenarbeit? 	<ul style="list-style-type: none"> • Gab es Unterschiede in der Behandlung durch den/die Hausarzt_in oder weiterbehandelnde Ärzt_innen und Einrichtungen? Wenn ja, warum? • Können Sie beschreiben, was man tun kann, um den Keim wieder loszuwerden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenarbeit Hausarzt_in und ambulante Pflege • Behandlung durch unterschiedliche Berufsgruppen (Ärzt_innen, Pflege, Krankengymnastik, Service, Reinigung): Gibt es Unterschiede? • Wurden Sie im Hinblick auf das Verhalten zu Hause beraten? • Zusammenarbeit zwischen Sektoren? • Information an ambulante Versorgende?
Leibliches Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> • Beeinflussen Hygienemaßnahmen das körperliche Wohlbefinden? • Werden Kontakte zu Angehörigen beeinflusst? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie erleben Sie diese Situation? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirkung der Hygienemaßnahmen • Was haben Sie Ihren Angehörigen erzählt? • Wie haben Ihre Angehörigen reagiert?
Emotionale Zuwendung und Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Existieren Ängste bezüglich der MRE Besiedelung, Hygienemaßnahmen und der Prognose? • Existieren Ängste über Auswirkungen der MRE-Besiedelung? • Wird Ängsten bezüglich der Auswirkungen von MRE begegnet? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie erleben Sie die Situation? • Wie sehen Sie der Zeit nach dem Klinikaufenthalt entgegen? • Haben das Verhalten des Personals oder Gespräche dazu beigetragen, Ihnen Sorgen zu nehmen/Sie zu beruhigen?
Einbeziehung von Familie und Freund_innen	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Ängste über Auswirkungen der MRE-Besiedelung? • Hat die MRE-Besiedelung/Haben die Hygienemaßnahmen Einfluss auf die Rolle der Angehörigen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Ihre Angehörigen reagiert? • Wie sind Sie zu Hause versorgt/wie leben Sie? • Haben Sie pflegebedürftige Angehörige? • Wurden die Angehörigen informiert?

Prinzip	Bezug zur Fragestellung der Dissertation	Leitfrage
	<ul style="list-style-type: none"> • Existieren Informationen für pflegende Angehörige über Verhalten bezüglich MRE-Besiedelung? 	
Kontinuität der Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Werden Patient_innen über MRE und Hygienemaßnahmen ausreichend und verständlich informiert? • Ist die weiterführende Versorgung geplant und koordiniert? • Verstehen Angehörige die Informationen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden Sie im Hinblick auf das Verhalten zu Hause beraten? • Haben Sie jetzt und bevor Sie das letzte Mal entlassen wurden Informationen erhalten? Waren diese verständlich? Erfolgte eine Beratung? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bezüglich des Krankentransports? ▪ Bezüglich anderer Einrichtungen? z. B. Altenheim, ambulante Pflege • Wie läuft die Zusammenarbeit zwischen Sektoren? • Gibt es Informationen für ambulante Versorgende? • Gibt es Informationen für die Angehörigen?
Zugang zu Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Ist der Zugang zur Versorgung durch die MRE-Besiedelung beeinflusst? 	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie jetzt und bevor Sie das letzte Mal entlassen wurden Informationen erhalten? Waren diese verständlich? <ul style="list-style-type: none"> • Bezüglich Krankentransport, • Bezüglich anderer Einrichtungen? z. B. Altenheim, ambulante Pflege, • Zusammenarbeit zwischen Sektoren? • Information an ambulante Versorgende? • Hatte Ihre Besiedelung Ihrer Meinung nach Auswirkungen auf Ihre Behandlung?

Ausgehend von diesen Fragen wurde ein Leitfaden erstellt. Hierbei wurden die Leitfragen lediglich um die Frage nach der Lebensqualität ergänzt. Auf die Notierung von Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen wurde verzichtet. Bei der Erstellung des Leitfadens zeigte sich, dass eine Aufteilung in zwei Leitfäden, die sich nach Erstkontakt mit MRE oder wiederaufgenommenen Patient_innen mit MRE aufgliedern, praktikabel ist. Nach den ersten beiden Interviews, die mit 15 Minuten sehr kurz ausfielen, wurde der Leitfaden angepasst und mit einer offenen Frage zum Einstieg ergänzt.

Tabelle 9: Leitfaden für Interviews mit Expert_innen, bei denen ein MRE neu aufgetreten ist

<u>Teil</u>	<u>Leitfrage</u> (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen! Formulierung anpassen	Konkrete Fragen – an passender Stelle (auch am Ende möglich) Möglichst in dieser Formulierung stellen
	Wie geht es Ihnen? Können Sie beschreiben, warum Sie in einem Einzelzimmer untergebracht wurden?		
I	Wie wurden Sie über „den Keim“ und die notwendigen Hygienemaßnahmen informiert?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie, wann, wer? • Welche Art Informationen? • Information der Angehörigen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte bewerten Sie die Informationen, die Sie erhalten haben! <ul style="list-style-type: none"> ○ Art und Umfang ○ Verständlich? ○ Hilfreich? • Haben Sie Verbesserungsvorschläge oder kritische Anmerkungen für die Informationsweitergabe?
II	Wie erleben Sie diese Situation?	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühle • Wirkung der Hygienemaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Was haben Sie Ihren Angehörigen erzählt? • Wie haben Ihre Angehörigen reagiert? • Wie schätzen Sie die Möglichkeiten ein, an der Behandlung aktiv mitzuwirken? • Hatte die Besiedelung Auswirkungen auf Ihre Lebensqualität? • Hat das Verhalten des Personals oder haben Gespräche dazu beigetragen, Ihnen Sorgen zu nehmen/Sie zu beruhigen?
III	Sehen Sie Unterschiede im Tagesablauf zu sonstigen Krankenhausaufenthalten bzw. zu den vorherigen Tagen, die Sie im Krankenhaus verbracht haben? Wenn ja, welche, verglichen mit „Normal“-Patient_innen?	<ul style="list-style-type: none"> • An welchen Punkten spielt Ihre Besiedelung eine Rolle im Krankenhaus-Alltag? • Unterschiede <ul style="list-style-type: none"> ○ Zu anderen Patient_innen ○ Vorher/nachher • Behandlung durch unterschiedliche Berufsgruppen (Ärzt_innen, Pflege, Krankengymnastik, Service, Reinigung) -> Unterschiede? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hatte Ihre Besiedelung Ihrer Meinung nach Auswirkungen auf Ihre Behandlung? • Wie würden Sie sich den Umgang mit Ihnen als betroffene_r Patient_in wünschen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Erstinformation/Aufklärung ○ Umgang mit Ängsten ○ Stationäre Versorgung und Behandlung ○ Änderungs-/Verbesserungsvorschläge • Fühlen Sie sich durch die Mitarbeitenden ernst genommen und gut betreut? <ul style="list-style-type: none"> ○ Macht die Besiedelung einen Unterschied?

<u>Teil</u>	<u>Leitfrage</u> (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen! Formulierung anpassen	Konkrete Fragen – an passender Stelle (auch am Ende möglich) Möglichst in dieser Formulierung stellen
IV	Wie sehen Sie der Zeit nach dem Klinikaufenthalt entgegen?	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen erhalten? Verständlich? • Krankentransport • Andere Einrichtungen? Z. B. Altenheim, ambulante Pflege • Zusammenarbeit zwischen Sektoren? • Information an ambulante Versorgende? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sind Sie zu Hause versorgt/Wie leben Sie? • Wurden Sie im Hinblick auf das Verhalten zu Hause beraten? • Haben Sie pflegebedürftige Angehörige? <ul style="list-style-type: none"> ○ Umgang?
Zusatz	<p>Was denken Sie über Antibiotika?</p> <p>Kannten Sie das Problem der resistenten Bakterien oder Krankenhauskeime, bevor Sie selbst betroffen waren?</p> <p>Bei MRSA: Können Sie beschreiben, was man tun kann, um den Keim wieder loszuwerden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie häufig nehmen Sie Antibiotika ein? • Wie lange? • Wirkungsweise • Zusammenhang Antibiotika-Einnahme und Entstehung von multiresistenten Erregern? <ul style="list-style-type: none"> • Sanierung? • Informationen • Zusammenarbeit Hausarzt_in ambulante Pflege 	

Tabelle 10: Leitfaden für Expert_innen, die mit einem MRE wiederaufgenommen wurden

<u>Teil</u>	<u>Leitfrage</u> (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen! Formulierung anpassen	Konkrete Fragen – an passender Stelle (auch am Ende möglich) Möglichst in dieser Formulierung stellen
	Wie geht es Ihnen? Können Sie beschreiben, warum Sie in einem Einzelzimmer untergebracht wurden?		
I	Wie wurden Sie über „den Keim“ und die notwendigen Hygienemaßnahmen informiert?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie, wann, wer? • Welche Art Informationen? • Information der Angehörigen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte bewerten Sie die Informationen, die Sie erhalten haben! <ul style="list-style-type: none"> ○ Art und Umfang ○ Verständlich? ○ Hilfreich? • Haben Sie Verbesserungsvorschläge oder kritische Anmerkungen für die Informationsweitergabe
II	Wie erleben Sie diese Situation?	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühle • Wirkung der Hygienemaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Was haben Sie Ihren Angehörigen erzählt? • Wie haben Ihre Angehörigen reagiert? • Wie schätzen Sie die Möglichkeiten ein, an der Behandlung aktiv mitzuwirken? • Hatte die Besiedelung Auswirkungen auf Ihre Lebensqualität? • Hat das Verhalten des Personals oder haben Gespräche mit dem Personal dazu beigetragen, Ihnen Sorgen zu nehmen/Sie zu beruhigen?
III	Sehen Sie Unterschiede im Tagesablauf zu sonstigen Krankenhausaufenthalten vor der Besiedelung?	<ul style="list-style-type: none"> • An welchen Punkten spielt Ihre Besiedelung eine Rolle im Krankenhaus-Alltag? • Unterschiede <ul style="list-style-type: none"> ○ Zu anderen Patient_innen ○ Vorher/nachher • Behandlung durch unterschiedliche Berufsgruppen (Ärzt_innen, Pflege, KG, Service, Reinigung): Unterschiede? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hatte Ihre Besiedelung Ihrer Meinung nach Auswirkungen auf Ihre Behandlung? • Wie würden Sie sich den Umgang mit betroffenen Patient_innen wünschen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Erstinformation/Aufklärung ○ Umgang mit Ängsten ○ Stationäre Versorgung und Behandlung ○ Änderungs-/Verbesserungsvorschläge • Fühlen Sie sich durch die Mitarbeitenden ernst genommen und gut betreut? <ul style="list-style-type: none"> ○ Macht die Besiedelung einen Unterschied?

<u>Teil</u>	<u>Leitfrage</u> (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen! Formulierung anpassen	Konkrete Fragen – an passender Stelle (auch am Ende möglich) Möglichst in dieser Formulierung stellen
IV	<p>Wie sah die Zeit zwischen den Klinikaufenthalten im Hinblick auf Ihre Besiedelung aus? Wie wurden Sie behandelt?</p> <p>Wie sehen Sie der Zeit nach dem Klinikaufenthalt entgegen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jetzt und bevor Sie das letzte Mal entlassen wurden Informationen erhalten? Verständlich? Beratung? • Krankentransport • Andere Einrichtungen? Z. B. Altenheim, ambulante Pflege • Zusammenarbeit zwischen Sektoren? • Information an ambulante Versorgende? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sind Sie zu Hause versorgt/Wie leben Sie? • Wurden Sie im Hinblick auf das Verhalten zu Hause beraten? • Haben Sie pflegebedürftige Angehörige? <ul style="list-style-type: none"> ◦ Umgang? • Welchen Stellenwert hat der/die Hausärzt_in oder der Pflegedienst? • Gab es Unterschiede in der Behandlung durch den/die Hausärzt_in oder weiterbehandelnde/n Ärzt_in und Einrichtungen? Wenn ja, warum? • Haben Sie Verbesserungsvorschläge?
Zusatz	<p>Was denken Sie über Antibiotika?</p> <p>Kannten Sie das Problem der resistenten Bakterien oder Krankenhauskeime, bevor Sie selbst betroffen waren?</p> <p>Bei MRSA:</p> <p>Können Sie beschreiben, was man tun kann, um den Keim wieder loszuwerden?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie häufig nehmen Sie Antibiotika ein? • Wie lange? • Wirkungsweise • Zusammenhang Antibiotika-Einnahme und Entstehung von multiresistenten Erregern? • Sanierung? • Informationen • Zusammenarbeit Hausärzt_in ambulante Pflege 	

7.3 Ethikvotum und Datenschutz

In Zusammenarbeit mit der stellvertretenden Datenschutzbeauftragten der Universität Bielefeld wurden ein Informationsblatt sowie die Einwilligungserklärung verfasst (siehe Anhang 13.2 und 13.3). Es bestehen keine grundsätzlichen datenschutzrechtlichen Einwände. Die Erklärung seitens der Datenschutzbeauftragten wurde zusammen mit einem Antrag (EUB 2015-041) zur Begutachtung der Ethikkommission der Universität Bielefeld vorgelegt. Die Ethikkommission der Universität Bielefeld hat den Antrag nach den ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e. V. und des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. begutachtet. Sie hält die Durchführung der Studie auf der Grundlage der eingereichten Unterlagen für ethisch unbedenklich.

7.4 Rekrutierung der Teilnehmenden und Durchführung der Interviews

Ein grundsätzliches Problem qualitativer Forschung stellt die Verallgemeinerbarkeit und damit die Wahl der Stichprobe dar (Helffferich 2011: 117 f.). Das Kriterium der Repräsentativität ist für die qualitative Fragestellung nicht sinnvoll. Die Auswahl der Fälle soll jedoch die Beantwortung der Forschungsfrage ermöglichen. Daher können Variablen und Einflussfaktoren variieren (Gläser & Laudel 2010: 117 f.). Im Hinblick darauf erfolgt das Sampling schrittweise in Anlehnung an das Prinzip der theoretischen Sättigung. Im Prozess der Untersuchung wird entschieden, welche Patient_innen als Interviewpartner_innen eingeschlossen werden, um eine möglichst heterogene Fallauswahl zu erreichen. Ergeben sich aus den Interviews keine neuen Aspekte und sind möglichst viele der festgelegten Charakteristika vertreten, wird die Datenerhebung beendet (Strübing 2014: 9 ff.).

Als Interviewpartner_innen wurden Patient_innen des Universitätsklinikums Münster, die mit MRE kolonisiert oder infiziert waren, rekrutiert.

Das erste Auswahlkriterium für die Stichprobe war die Besiedelung oder Infektion mit einem MRE. Innerhalb dieser engen Fassung wurde eine möglichst breite Variation angestrebt. Die ersten Interviewpartner_innen wurden so gewählt, dass von den Patient_innen mit MRSA, MRGN und VRE je ein_e Patient_in neubesiedelt/-infiziert und je ein_e Patient_in bei Wiederaufnahme oder mit bekannter MRE-Anamnese vertreten war. Daneben sollten die Kriterien Alter (<50 Jahre, 51–65 Jahre, >65

Jahre), Geschlecht (m/w), Risikopatient_in/Nicht-Risikopatient_in (siehe Unterkapitel 5.1 Erreger) sowie chronisch und akut Kranke miteingeschlossen werden. Die Stichprobe wurde im Laufe der Studie nach diesen Kriterien vervollständigt.

Es war zunächst ein Stichprobenumfang von zehn Interviews angestrebt. Diese Anzahl erschien sowohl für die angestrebte Verallgemeinerbarkeit und Variation als auch in Anbetracht der zu Grunde liegenden Ressourcen angemessen, konnte jedoch im laufenden Verfahren angepasst werden. Die endgültige Zahl wurde im Studienverlauf festgelegt.

Die Rekrutierung erfolgte über das Institut für Hygiene des Universitätsklinikums Münster, an dem die Promovendin als Ärztin tätig war. Da alle neuen MRSA-, VRE- und MRGN- sowie wiederaufgenommenen MRSA- und MRGN-Patient_innen elektronisch erfasst werden, wurden die im Erhebungszeitraum gemeldeten Patient_innen in der Klinik aufgesucht. Es erfolgte eine Vorabinformation und die Aushändigung des Informationsblattes, in dem Zielsetzung und Vorgehen der Studie erklärt wurden (siehe Anhang 13.2). Wenn sich die Patient_innen zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt hatten, wurden die Rahmenbedingungen wie die Bitte um Tonmitschnitt sowie Dauer und Vorgehen erklärt und das Informationsblatt wurde noch einmal erläutert. Die Einverständniserklärung wurde mit den Teilnehmenden besprochen und vor jedem Interview unterschrieben. Die Dauer der Interviews sollte eine Stunde nicht überschreiten. Die Interviews fanden im klinischen Umfeld statt.

7.5 Transkription

Zur Transkription wurde das Programm „f4transkript“ verwendet.

Als Transkribierungssystem wurde ein von Dresing und Pehl entwickeltes System angewandt (Dresing & Pehl 2013: 21). Sie orientieren sich an einem von Kuckartz entwickelten System, das seinen Schwerpunkt auf den Inhalt der Interviews legt (Kuckartz et al. 2007: 43). Dieses System wurde gewählt, da in der Analyse der Interviews ebenfalls der Inhalt im Vordergrund steht. Es sollte leicht zugänglich und lesbar sein und sich für die EDV-gestützte Analyse eignen:

In einem Punkt wurde vom Transkribierungssystem von Dresing und Pehl jedoch abgewichen. Die interviewende Person ist durch ein „I:“, die befragte Person durch den ihr zugeordneten Code gekennzeichnet. Statt die befragte Person mit einem B und einer fortlaufenden Nummer zu kennzeichnen, wurde eine alternative

Bezeichnung gewählt, da eine Zuordnung des/der Interviewten zu dem jeweiligen Keim und der Einteilung in Wiederaufnahme/Neuauftreten relevant für die Auswertung ist. Die Kürzel der Expert_innen setzen sich wie folgt zusammen: Zunächst wird die bereits genannte Abkürzung des entsprechenden Keimes verwendet. Danach folgt entweder der Buchstabe „N“ oder „W“, wobei „N“ für eine/n Expert_in steht, bei dem/der der Keim neuauftreten ist. „W“ indiziert, dass bereits bei einem vorherigen stationären Aufenthalt bekannt war, dass der/die Expert_in von dem Keim betroffen ist. Danach folgt eine Ziffer in chronologischer Reihenfolge der geführten Interviews (z. B. MRSA_W_1).

7.6 Auswertung

Trotz der Systematisierung und Offenlegung bleibt das Fremdverstehen immer eine interpretative Darstellung von bereits subjektiv gedeuteter Wirklichkeit (Hellferich 2011: S. 83 ff.). Zudem trifft in der Analyse das Fremdverstehen auf das bereits vorhandene Vorverständnis der Untersuchenden.

Die Analyse wurde im Anschluss an die Dokumentation (Transkription) und Aufbereitung der Daten nach der qualitativen Inhaltsanalyse gemäß Gläser und Laudel vorgenommen (Gläser & Laudel 2010).

Die Auswertung erfolgte computergestützt unter Verwendung des Programms MAXQda (VERBI Software GmbH, Berlin, Deutschland).

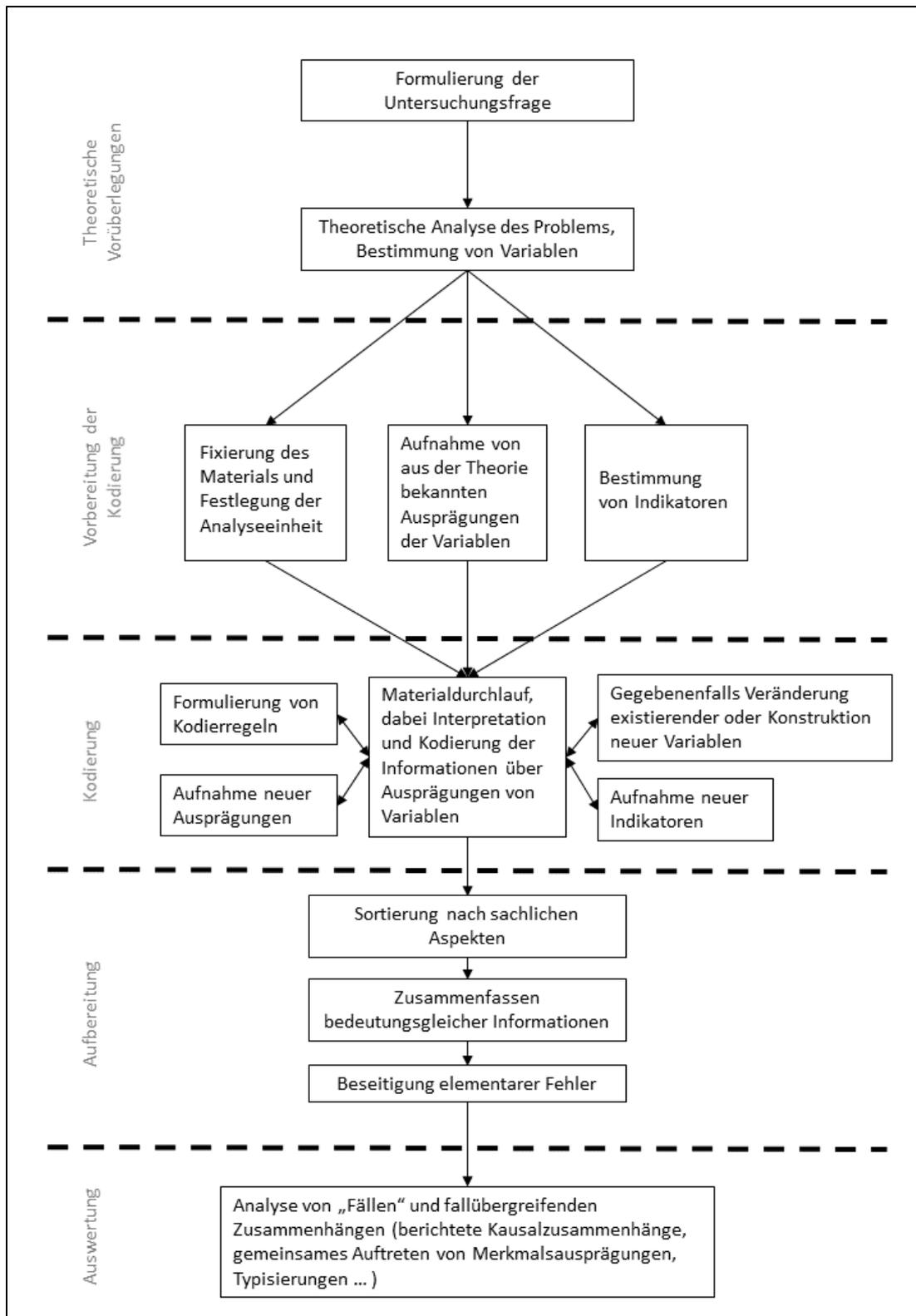
Die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel entwickelte sich aus der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring bildete sich wiederum aus der Forderung nach offenen Untersuchungen, bei denen die Interviewten selbst zur Sprache kommen, und deren interpretativen Methoden (Mayring 2010). Das Vorgehen nach Mayring wird von Gläser und Laudel allerdings dahingehend kritisiert, dass es nicht offen genug sei (Gläser & Laudel 2010: 198 f.). Kategorien werden in diesem Verfahren deduktiv gebildet und nach einem Probedurchgang von 30–50 % des Materials ggf. angepasst. Danach ist keine Anpassung mehr vorgesehen (Mayring 2010: 48 ff.).

Aufgrund der vergleichsweise kleinen Stichprobe wurde daher, um ein möglichst umfangreiches Ergebnis zu erzielen, das offenere Verfahren von Gläser und Laudel verwendet. Im Mittelpunkt steht dabei die sogenannte „Extraktion“ von Informationen aus dem Material mit Hilfe eines „Suchrasters“. Der Begriff „Extraktion“ wird anstelle des gebräuchlichen und auch von Mayring verwendeten Begriffs des „Kodierens“

verwendet. In dieser Arbeit wird jedoch der Begriff „Kodieren“ beibehalten, da dieser Begriff von dem verwendeten Computerprogramm benutzt wird.

Der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse ist in Abbildung 5 dargestellt:

Abbildung 5: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse modifiziert nach (Gläser & Laudel 2010: 203)



7.7 Deduktive Kategorien

Nach den theoretischen Vorüberlegungen wurden, zur Vorbereitung des Kodierens, das Material fixiert und die Analyseeinheit festgelegt. Als Analyseeinheit wurde ein Textabsatz definiert.

Als Suchraster dienten zunächst Kategorien, die aus den theoretischen Vorüberlegungen gebildet wurden. Anhand der Prinzipien der patientenzentrierten Versorgung nach Picker und des Interviewleitfadens wurden daher zwölf deduktive Kategorien gebildet, die unter die Themenkomplexe Qualität, Information, Schnittstellen und Lösungsvorschläge zusammengefasst wurden. Jeder der zwölf Kategorien wurden dann Ausprägungen (Subkategorien) zugeordnet. Diese Kategorien samt Ausprägungen dienten dann als Kategorieleitfaden.

Mit Hilfe dieses Suchrasters wurde der Text durchgegangen, um daraufhin zu entscheiden, welche Informationen entnommen werden:

Qualität

K1 Rücksicht auf individuelle Präferenzen:

- Lebensqualität
- Würde
- Beteiligung an der Entscheidungsfindung

K2 Leibliches Wohlbefinden:

- Hilfe bei Tätigkeiten und Handlungen des Tagesablaufs
- Privatsphäre
- Ansprechende und saubere Atmosphäre
- Besuch durch Angehörige.

K3 Emotionales Wohlbefinden und Unterstützung:

- Ängste, die den klinischen Status, die Behandlung und die Prognose betreffen
- Ängste, die die Auswirkungen der Krankheit für die Patient_innen selbst und die Angehörigen betreffen
- Angst über finanzielle Auswirkungen der Erkrankung

K4 Einbeziehen von Familie und Freund_innen:

- Sorgen über die Auswirkungen der Erkrankung auf Familie und Freund_innen
- Möglichkeit der sozialen und emotionalen Unterstützung der Angehörigen
- Möglichkeit der Angehörigen, die Rolle des/der „Anwält_in“ des/der Patient_in bei der Entscheidungsfindung einzunehmen

K5 Zugang zur Versorgung innerhalb des stationären Settings:

- Zugang zur Versorgung innerhalb des stationären Settings
- Zugang zu Fachabteilungen
- Terminvergabe
- Transport

Information

K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen:

- Wer hat wann und wie informiert?
- Informationen über den klinischen Status, den Gesundheitsprozess und die Prognose sowie das Behandlungsverfahren
- Stehen Anleitungen, wie Autonomie erhalten werden kann, zur Verfügung?
- Die zur Verfügung gestellten Informationen sollen verständlich sein
- Patient_innen wünschen sich Angebote der Gesundheitsförderung
- Sachwissen des/der Patient_innen
- Konsistenz der übermittelten Botschaften und der übermittelten Informationen

K7 Kommunikation, Information und Anleitung der Angehörigen:

- Wer hat wann und auf welche Initiative die Angehörigen informiert?

K8 Vorwissen:

- Wissen, bevor der/die Patient_in selbst betroffen war

Schnittstellenübergreifende Versorgung

K9 Koordination:

- Konsistenz der übermittelten Botschaften
- Konsistenz der übermittelten Informationen

- Zusammenarbeit zwischen den Bereichen
- Koordination der Versorgung

K10 Kontinuität der Versorgung:

- Information über Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus u. a. über Medikation, körperliche Beeinträchtigung, Ernährungsvorschriften
- Koordination und Planung der weiterführenden Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus
- Bereitstellung von kontinuierlichen Informationen bezüglich klinischer, sozialer körperlicher und finanzieller Unterstützung

K11 Zugang zu schnittstellenübergreifender Versorgung:

- Zugang zur Versorgung außerhalb des stationären Settings:
 - Zugang zu Fachärzt_innen
 - Terminvergabe
 - Transport
- Zeit bis zur stationären Aufnahme und Zeit zwischen Aufnahme und tatsächlicher Zuweisung eines Bettes auf einer Station

Lösungsansätze

K12 Lösungsansätze:

- Lösungsvorschläge der Patient_innen im Hinblick auf die Qualität der Versorgung
- Lösungsvorschläge der Patient_innen im Hinblick auf die Informationen
- Lösungsvorschläge der Patient_innen im Hinblick auf die schnittstellenübergreifende Versorgung

7.8 Kodierung und induktive Kategorien

Bei der Kodierung sind folgende Kodierregeln festgelegt worden:

Eine Analyseeinheit kann mehreren Kategorien zugeordnet werden. Dies dient der Offenheit, sodass eine Analyseeinheit nicht auf eine Kategorie beschränkt ist. Da ein Textabschnitt mehrere Themen enthalten kann, ist folglich besonders bei der

thematischen Kodierung, die hier Anwendung findet, auch die Kodierung mit mehreren Kategorien möglich (Kuckartz 2014: 80 f.).

Der Schwerpunkt auf der Offenheit zeigt sich auch darin, dass jederzeit Kategorien verändert und hinzugefügt werden können, sofern sich das Material nicht in die deduktiv gebildeten Kategorien einfügen lässt. Die Theorie wird jedoch nicht verworfen, da keine Kategorien entfernt werden können. Zudem werden die Merkmalsausprägungen nicht im Vorhinein, sondern während des Kodierens frei formuliert (Gläser & Laudel 2010: 205).

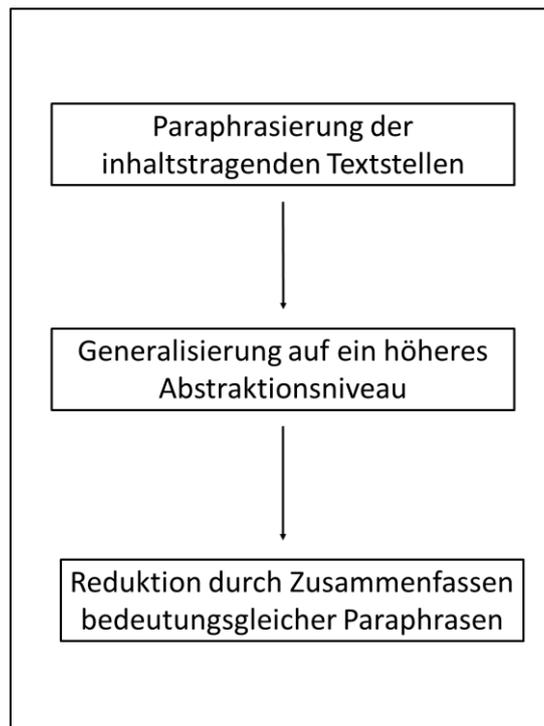
Die Darstellung der induktiv gewonnenen Kategorien erfolgt im Ergebnisteil, da induktive Kategorien bereits ein Teilergebnis der Auswertung sind.

7.9 Aufbereitung und Analyse

Nach dem Kodieren erfolgte die Aufbereitung der Informationen in Form von Sortierungen, einer Zusammenfassung und der Beseitigung elementarer Fehler. Im Anschluss wurden die Informationen ausgewertet und die einzelnen Aussagen miteinander verglichen (siehe Abbildung 5) (Gläser & Laudel 2010: 202).

Für die Aufbereitung und Analyse geben Gläser und Laudel in der Beschreibung der qualitativen Inhaltsanalyse keine klaren Regeln an, sondern schlagen stattdessen für beide Schritte ein kreatives Vorgehen vor (Gläser & Laudel 2010: 232). Die Aufbereitung dient der Verbesserung der Qualität der Daten und der Reduzierung des Materials. Sie erfolgt daher in Anlehnung an die Aufbereitungsschritte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2010: 67 ff.). Hier werden die extrahierten Textabschnitte zunächst paraphrasiert. Danach erfolgt eine Generalisierung auf ein höheres Abstraktionsniveau. Der nächste Schritt besteht in einer Reduktion, bei der bedeutungsgleiche Paraphrasen zusammengefasst werden (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Ablaufmodell inhaltlicher Strukturierung. Darstellung modifiziert nach (Mayring 2010: 68)



Die Auswertung erfolgt dann im Anschluss als kategoriebasierte Auswertung entlang der Hauptthemen. Hierbei vollzieht sich die Ergebnisdarstellung schließlich anhand der Hauptthemen und Subkategorien. Dabei kann, wenn auch nicht vordergründig, auch auf Zahlen eingegangen werden (Kuckartz 2014: 94).

8 Ergebnisse

8.1 Beschreibung der Stichprobe

Um einen orientierenden Überblick zu schaffen, wird im Folgenden die Stichprobe deskriptiv dargestellt.

Das Sampling und die Rekrutierung wurden wie in Unterkapitel 7.4 Rekrutierung der Teilnehmenden und Durchführung der Interviews beschrieben durchgeführt. Die Rekrutierung begann im September 2015 und gestaltete sich zunächst problemlos. Im Laufe des Samplings erwies es sich jedoch als sinnvoll, den vorerst angestrebten Stichprobenumfang von zehn Teilnehmenden zu erweitern. Schwierig gestaltete sich die Rekrutierung von Patient_innen mit 4MRGN-Erregern. Diese waren häufig entweder zu krank oder psychisch nicht in der Lage, an dem Interview teilzunehmen. Häufig waren hier intensivpflichtige Patient_innen betroffen, die beatmet oder komatös waren und so nicht an der Studie teilnehmen konnten. Eine weitere, häufig betroffene Personengruppe sind hämato-onkologische Patient_innen. Diese Patient_innen lehnten in der Regel eine Teilnahme ab. So verzögerte sich die Rekrutierung der MRGN-Patient_innen und wurde schließlich im Oktober 2015 abgeschlossen.

Insgesamt wurden 15 Interviews durchgeführt. Zehn Interviewpartner_innen waren MRSA-positiv, davon sieben mit einem neuauftretenden MRSA und drei als Wiederaufnahme bei bekannter MRSA-Anamnese. Vier Experteninterviews wurden mit VRE-positiven Patient_innen durchgeführt. Bei dieser Gruppe war der Anteil von Patient_innen mit neuauftretener und mit schon vor dem aktuellen Aufenthalt bekannter VRE-Anamnese gleich verteilt. Es wurde ein_e Expert_in mit MRGN interviewt. Bei den Patient_innen, bei denen ein MRGN neu auftrat, war entweder die Grunderkrankung so schwerwiegend, dass ein Interview nicht möglich war, oder die angefragten Expert_innen lehnten ein Interview ab.

Von den 15 interviewten Personen waren neun weiblich und sechs männlich. Der Altersdurchschnitt lag bei 53 Jahren. Der/die älteste Teilnehmer_in war 82 Jahre alt, der/die jüngste Interviewpartner_in 21 Jahre. Es wurden sieben Expert_innen aus der Altersgruppe <50 Jahre, zwei Patient_innen aus der Altersgruppe 55–65 Jahre und sechs Patient_innen >65 Jahre interviewt. Die Dauer der aktuellen Isolierung dauerte von zwei bis 28 Tagen. Im Durchschnitt waren die Patient_innen bei Durchführung der Interviews bereits acht Tage im Einzelzimmer untergebracht. 66 %

der Patient_innen hatten eine chronische Grunderkrankung. Von den 15 interviewten Patient_innen hatten zwölf einen bekannten Risikofaktor für das Auftreten des jeweiligen Erregers. Die Verteilung der Risikofaktoren ist in Tabelle 11 dargestellt:

Tabelle 11: Risikofaktoren der Interviewpartner_innen für die jeweiligen Erreger

MRSA	vorhergehender Krankenhausaufenthalt	3
	Tätigkeit in der Landwirtschaft	3
	bekannte Anamnese	1
VRE	vorhergehende Antibiotikabehandlung	2
	Immunsuppression	2
MRGN	Grunderkrankung „Zystische Fibrose“	1

Die Patient_innen wurden in unterschiedlichen Fachdisziplinen behandelt, zwei von ihnen in der Chirurgie, fünf in einem orthopädischen Fachgebiet, zwei wurden neurologisch betreut. Die restlichen Interviews verteilten sich auf je einem/r Expert_in aus der Herzchirurgie, internistischen Allgemein-Station, Gastroenterologie, chirurgisch-internistischen Observationsstation, Urologie und Dermatologie.

Das Auftreten des Erregers war durchschnittlich seit 2,8 Monaten bekannt. Der/die Patient_in, der/die am längsten betroffen war, war seit zwei Jahren besiedelt; ein_e Patient_in hatte erst zwei Tage vor dem Interview von dem Erreger erfahren.

Im Folgenden soll nun auf einige Besonderheiten verschiedener Interviewpartner_innen eingegangen werden:

Die Interviewpartner_innen kamen aus unterschiedlichen Lebenskontexten. Zwei der Interviewpartner_innen brachten Vorkenntnisse aus lebenswissenschaftlichen Studiengängen mit. Diejenigen Expert_innen, die in der Landwirtschaft tätig waren, hatten ebenfalls alle bereits Kontakt zu dem Problemfeld MRE. Ein großer Teil der Expert_innen war offen und differenziert. Die Ausführlichkeit der Antworten fiel sehr unterschiedlich aus. Ein_e Interviewpartner_in war fraglich dement, ohne dass dies je ärztlich diagnostiziert worden war. Ein_e andere_r Interviewpartner_in war geistig eingeschränkt. Dies war zum Zeitpunkt des Interviews nicht eindeutig. Im Anschluss wurde dieses Interview aus ethischen Gründen jedoch verworfen, sodass die Anzahl der auswertbaren Interviews bei 14 liegt. Ein_e weitere_r Interviewpartner_in hatte während des gesamten Interviews starke Luftnot, sodass das Interview von Seiten

der Interviewerin möglichst kurzgehalten wurde. Ein_e weitere_r Interviewpartner_in forderte immer wieder pflegerische Maßnahmen der Interviewerin. Diese_r Expert_in fühlte sich offensichtlich physisch unwohl, sodass auch dieses Interview zeitlich begrenzt gehalten wurde. Nach den ersten beiden Interviews wurde der Leitfaden angepasst. Dennoch fließen diese Interviews in die Analyse mit ein, da auch die hier gewonnenen Informationen relevant sind und daher nicht verworfen werden sollten.

8.2 Beschreibung der Interviewsituation

Die Interviews fanden während der stationären Aufenthalte der Patient_innen in den Patient_innenzimmern statt. Bis auf zwei Ausnahmen, in denen der/die Interviewpartner_innen im Rollstuhl bzw. am Tisch saß, lagen die Patient_innen im Bett, während die Interviewerin daneben saß. Die Interviewerin betrat vor dem Interview das Patient_innenzimmer in der von der jeweiligen Station vorgegebenen Schutzkleidung und stellte sich als Ärztin für Hygiene vor. Nach einer Erläuterung der Studie erfolgte, bei grundsätzlicher Bereitschaft zur Teilnahme, eine ausführliche Aufklärung zum Ablauf und Umgang mit den erhobenen Daten. Die Motivation zur Teilnahme war unterschiedlich ausgeprägt. Meist zeigte sich jedoch eine hohe Motivation und Offenheit. Ein_e Interviewpartner_in war zunächst skeptisch gegenüber der Tonbandaufzeichnung. Ein_e Expert_in wurde gerade angetroffen, als er/sie das Zimmer verlassen wollte und Schutzkleidung trug. Dennoch war diese/r Expert_in bereit, an dem Interview teilzunehmen, behielt jedoch selbst die Schutzkleidung an. Dies wurde von der Interviewerin als distanzschaffend wahrgenommen und im Interviewprotokoll dokumentiert. Ebenfalls dokumentiert wurde eine erhöhte Distanz in den Interviewsituationen, in denen ein MNS als Schutzkleidung vorgeschrieben war, verglichen mit den Interviewsituationen, in denen sich die Schutzausrüstung auf Schutzkittel und Handschuhe beschränkte. Einige Expert_innen mussten vor Beginn des eigentlichen Interviews aufgehalten werden, da hier das Aufklärungsgespräch zur Studie direkt in das Interview überging. In einigen Fällen stellten die Expert_innen vor oder auch während des Interviews Fragen zu dem Erreger. Hier wies die Interviewerin darauf hin, dass nach Abschluss des Interviews die Möglichkeit bestehe, ein Aufklärungsgespräch zu dem Erreger durchzuführen. Dieses Angebot wurde von den meisten Patient_innen angenommen. In einigen Fällen wurde das Interview durch medizinisches Personal unterbrochen, oder im kurzen Beisein von medizinischem Personal weitergeführt. Ein Interview fand

im Beisein einer Angehörigen des/der Expert_in statt. Die Interviews waren von unterschiedlicher Dauer zwischen zehn und 36 Minuten. Sehr kurze Interviews fanden bei dem/der fraglich dementen Patient_in und bei denjenigen Expert_innen mit schlechtem Allgemeinbefinden statt. Nach den ersten beiden Interviews, die einen Umfang von 15 Minuten aufwiesen, wurde der Leitfaden angepasst und mit einer offeneren einleitenden Frage ergänzt.

8.3 Induktive und deduktive Kategorien

Als Suchraster dienten zunächst Kategorien, die aus den theoretischen Vorüberlegungen gebildet wurden. Diese sind nach den Themenkomplexen, ergänzt um patient_inneneigene Lösungsvorschläge, gegliedert.

Im Zuge des Kodierungsprozesses wurden folgende Kategorien und Subkategorien hinzugefügt:

K1: Subkategorie eingefügt:	Umweltproblematik
K3: Subkategorie eingefügt:	Sorge um Mitpatient_innen, Mitgefühl für das Personal.
K6: Subkategorien eingefügt:	Zugang zu Information, Information der Mitpatient_innen, Interesse der Patient_innen an Information, Antibiotika.
K7: Subkategorie eingefügt:	Reaktion der Angehörigen.
K9: Subkategorie eingefügt:	Zusammenarbeit und Koordination der sektorübergreifenden Versorgung im stationären Setting.
K10: Subkategorie eingefügt:	Kompetenz im ambulanten Bereich.
K11:	Zugang zu schnittstellenübergreifender Versorgung im stationären Setting.

Es erfolgte eine klarere Abgrenzung zur Kategorie K5 (Zugang zu Versorgung im stationären Setting). Während in der Kategorie K5 auf die primäre Versorgung durch Pflege, Ärzt_innen und Service auf der Station eingegangen wird, werden Bereiche wie Funktionsabteilungen und Krankengymnastik als schnittstellenübergreifende Versorgung im stationären Setting behandelt.

Darüber hinaus wurden folgende Modifikationen vorgenommen: Die Subkategorie „Beteiligung am Entscheidungsprozess“ der Kategorie 1 (Rücksicht auf individuelle Präferenzen) erhielt die neue Bezeichnung „Beteiligung an der Behandlung“. Dies erwies sich als notwendig, um die Patient_innenbeteiligung umfassender in die Analyse miteinzubeziehen.

In der Kategorie 3 (Emotionales Wohlbefinden und Unterstützung) wurden die Subkategorien „Ängste vor Auswirkungen des Keimes“ und „Ängste, die den klinischen Status, die Behandlung und die Prognose betreffen“, auf Grund von Abgrenzungsschwierigkeiten, zusammengelegt. In der gleichen Kategorie wurde die neu eingefügte Subkategorie „Mitgefühl für das Personal“ in „Empathie für das Personal umbenannt“. So kann mitberücksichtigt werden, dass neben dem Mitgefühl für das Personal einige Expert_innen ebenfalls ausdrückten, das Personal unterstützen zu wollen. Der Begriff „Empathie“ scheint daher treffender.

Nach dem Abschluss der Hälfte der Kodierungen wurden die Kategorien K9 und K10 zusammengelegt, in „K9 Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung“ umbenannt, und in den Subkategorien nach Zeitpunkten gegliedert, da zuvor Schwierigkeiten in der Abgrenzung der Kategorien bestanden und so häufig Analyseeinheiten doppelt kodiert wurden, ohne dass eine klare Abgrenzung erfolgte.

Unter der neuzusammengelegten Kategorie K9/K10 (im Folgenden K9) wurde die Subkategorie „Zusammenarbeit und Koordination der sektorübergreifenden Versorgung im stationären Setting“ neu gebildet. Die Codings wurden daraufhin noch einmal geprüft und die Subkategorien „Zusammenarbeit zwischen den Bereichen“ und „Koordination der Versorgung“ gelöscht, da diese jetzt klarer abgegrenzt nach Zeitpunkten gegliedert existieren. Insofern fallen die „gelöschten“ Kategorien nicht einfach weg, was auch mit dem Vorgehen der Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel nicht vereinbar wäre, sondern wurden lediglich verändert.

Es wurde überdacht, die neu entstandene K9 in zwei Kategorien zu teilen, die sich zum einen mit der Koordination und Planung und zum anderen mit der Information

und Informationsweitergabe beschäftigen. Dies wurde jedoch nicht umgesetzt, da auch die Informationsweitergabe und die Konsistenz der Informationen in die Koordination der Versorgung eingeschlossen werden können. Die Subkategorien „Konsistenz der übermittelten Botschaften“ und „Konsistenz der übermittelten Informationen“ wurden zu einer Kategorie zusammengefasst.

Aus der ursprünglichen Kategorie K10 wurde die Subkategorie „Information über Versorgung nach der Entlassung“ geändert in „Information zu Verhalten nach der Entlassung“. In derselben Kategorie wurde die Subkategorie „Zeit vor der stationären Aufnahme“ umbenannt in „Zugang zu Versorgung vor der stationären Aufnahme“.

8.4 Darstellung des Kategoriensystems innerhalb der Themenkomplexe

Um einen umfassenden Überblick zu gewährleisten, wird im Folgenden das endgültige Kategoriensystem dargestellt. Die Kategorien sind den Themenkomplexen der Fragestellung zugeordnet. Bei der Darstellung der Hauptkategorie wird zunächst die Definition der Kategorie genannt. Wenn die Expert_innen Aspekte genannt haben, die sich keiner der Subkategorien zuordnen ließen und dennoch als relevant betrachtet wurden, werden diese kurz erläutert. Die Hauptkategorien werden jeweils mit einem Ankerbeispiel veranschaulicht. Nach der Darstellung der Hauptkategorie erfolgt jeweils eine tabellarische Darstellung der jeweiligen Subkategorien. Diese beinhaltet die Definition, genannte Aspekte und ein Ankerbeispiel.

8.4.1 Qualität

Kategorie K1 „Rücksicht auf individuelle Präferenzen“

Die Kategorie „Rücksicht auf individuelle Präferenzen“ umfasst Aussagen darüber, ob individuelle Wünsche und Eigenschaften der Patient_innen berücksichtigt werden und die Patient_innen als Individuen oder Teil einer Masse behandelt werden.

Ankerbeispiel:

„[...] Nein, ich lebe sonst ja auch alleine. Und von daher fällt mir das nicht schwer hier alleine auf einem Zimmer zu liegen.“ MRSA_N_5 Abs. 18

Tabelle 12: Subkategorien zu K1 „Individuelle Präferenzen“

Subkategorien zur Kategorie 1	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Würde	Aussagen, ob die Würde der Expert_innen berücksichtigt oder eingeschränkt wird. Werden die Patient_innen mit Respekt behandelt?	Einschränkungen (Schutzkleidung, Distanz, Reden, Blicke, Überbewertung, Unterbringung, eigene Schutzkleidung, reduzierte Versorgung, Vorurteile); Einschränkungen vorübergehend; keine Einschränkung (Schutzkleidung, Blicke).	„[...] ich kam mir vor, wie ein Aussätziger. Wie die Leute geguckt haben, dass da Leute einfach so durchgehuscht sind, die vorher gar nicht im Raum waren. ‚Wer ist es denn, wie heißt er denn‘ Das fand ich schon bisschen unschön“ MRSA_N_2 Abs. 3
Lebensqualität	Aussagen über Auswirkungen des Keimes, die die Lebensqualität einschränken. Wird vom Personal versucht, die Lebensqualität zu erhalten?	Kein Einfluss; Alleine sein stört nicht; Einschränkung (viel Aufwand, Einzelzimmer, Toilettenstuhl, keine Dusche, Blicke, Terminvergabe, fehlende Gespräche, Grübeln, alleine sein, nicht rauskommen, in Zukunft erwartet, fehlende Nachbar_innen, Langeweile, Schutzkleidung); Aufwertung durch Einzelzimmer; Größere Einschränkung durch Grunderkrankung.	„Sagen wir es so. Ich genieße es durchaus, dass ich jetzt im Einzelzimmer bin. Weil ich doch einer von den Einzelgängern bin, die nicht so viele Menschen um sich rum brauchen. [...] I: Also würden Sie sagen, es hat durchaus Vorteile? VRE_W_2: Für mich schon. Für einen, der lieber redet, da würde ich glaub ich denken, dass es doch eher negativ wird.“ VRE_W_2 Abs. 37–39
Beteiligung an der Behandlung	Haben die Expert_innen die Möglichkeit, aktiv an ihrer Behandlung mitzuwirken? Sind sie in Entscheidungen eingebunden und werden Entscheidungen informiert getroffen?	Wunsch nach mehr Beteiligung (nach Beschwerde möglich, Gespräche fehlen); Zweifel an den Aussagen der Ärzt_innen, Anweisungen der Ärzt_innen werden befolgt; Beteiligung durch Information.	„Aber gewünscht zum Beispiel, dass nach der OP ich Informationen bekomme, was überhaupt passiert ist. Weil es gab noch ein paar Unklarheiten, was überhaupt alles in diesem Fuß kaputt ist, und eh, es kam halt immer nur der Chefarzt eigentlich hierin und sagte nur: ‚Ja da müssen wir mal gucken, ist alles gut verlaufen.‘ Und dann war der wieder raus. Und da weiß ich halt nie, was denn wirklich passiert ist. Das hat einen doch/ Mittwoch morgens war die Operation und donnerstags abends, zur Abendvisite, kam der Oberarzt, [...] Und der hat mir zum ersten Mal verraten, was denn jetzt wirklich alles vor gewesen ist, vorgefallen ist, wie es gelaufen ist. Und da hätte ich mir doch gewünscht, dass ich ein bisschen eher Informationen zu bekomme, was denn jetzt wirklich los war, ob alles gut gelaufen ist.“ MRSA_N_4 Abs. 91

Subkategorien zur Kategorie 1	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Umweltproblematik	Aspekte, die durch das Umweltbewusstsein der Patient_innen angesprochen werden.	Umweltproblematik	<p><i>„Da habe ich gedacht, ne eh die sich alle anziehen müssen. Erstens mal ist das eine Kostenfrage. Und dann ist es auch, ich sag mal eine Müllfrage. Da bleibt so viel Müll liegen. Wenn die jetzt mit vier Mann hier reingekommen wären. Und die hätten alle den Kittel angehabt, die Haube auf, Handschuhe und und und. Wäre das ein Müll gewesen anschließend. Ist ja Wahnsinn.“</i></p> <p>MRSA_N_6 Abs. 19</p>

Kategorie K2 „Leibliches Wohlbefinden“

Die Kategorie 2 zum leiblichen Wohlbefinden enthält Aussagen über das körperliche Wohlbefinden und gibt Aufschluss darüber, ob dieses durch die Pflege gefördert wird. Dahingehend wurden sowohl Einschränkungen als auch keine Einschränkungen beschrieben. Zudem wurde geäußert, dass Einschränkung durch die Grunderkrankung vorherrschen würden. Das Pflegepersonal wird teilweise als förderlich angesehen.

Ankerbeispiel:

„Ja im Moment hier eigentlich nicht. Weil es mir jetzt gerade auch nicht so gut geht. Und gerade wo die Lunge schlechter ist, ist der Mundschutz auch echt anstrengend. Sie merken das auch. Ja und das ist wirklich ein Hindernis. Ich bin immer froh, wenn gutes Wetter ist, dann gehe ich raus. Aber hier spar ich es mir ehrlich gesagt. Und eben auch wegen der eigenen Ansteckungsgefahr. Also ich bleib dann meistens schon drinnen. Wenn, dann sehe ich zu, dass ich wirklich richtig rauskomme.

I: Wenn Sie jetzt den Pseudomonas nicht hätten, würden Sie dann öfter in die Cafeteria oder sowas?

MRGN_W_1: *Wahrscheinlich schon. Ich denke schon. Also wenn ich nicht den Mundschutz tragen müsste, ja vielleicht schon. Aber in dem Zustand jetzt gerade kann ich das so pauschal auch nicht sagen.“* MRGN_W_1 Abs. 43–45

Unter die Kategorie 2 fallen vier Subkategorien, die in Tabelle 13 dargestellt sind:

Tabelle 13: Subkategorien zu K2 „Leibliches Wohlbefinden

Subkategorien Kategorie 2	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Hilfe bei Tätigkeiten und Handlungen des Tagesablaufes	Aussagen, ob die Expert_innen in den Tätigkeiten und Handlungen des Tagesablaufs unterstützt werden oder Einschränkungen erfahren werden.	Keine Einschränkung; Einschränkung (langes Nüchternbleiben, Toilettenstuhl, Sanierung, Schutzkleidung); Einschränkung durch Grunderkrankung; Personal förderlich.	„[...] Auch gestern Abend kam der Pfleger noch rein und sagte: ‚Frau MRSA_N_6, wenn irgendetwas ist, melden Sie sich. Klingeln Sie.‘ ‚Ja mach ich‘ ja ich tu es aber nicht. Weil ich denke mal, wenn ich auf Toilette muss. Bis die sich alle angezogen haben. und und und. Da ist sowieso alles schon zu spät. Ne deswegen. Ach klingeln. Ich versuche es so. Fertig. Das ist eben das Problem an der Sache.“ MRSA_N_6 Abs. 63
Privatsphäre	Ist die Privatsphäre der Patient_innen gesichert?	Aufwertung durch Einzelzimmer	„Das finde ich eigentlich wunderschön (lacht). Ich bin heilfroh. [...]. Und ich muss auch sagen, gerade hier jetzt hat man ja auch oft sehr viel ältere Patientinnen. Wo ich mir tatsächlich selber auch öfter, bilde ich mir ein, was gefangen habe früher. Ich habe aber auch unheimlich gerne meine Ruhe. Also für mich ist es der pure Luxus. Ich bin heilfroh. Ich kann nicht anders sagen.“ MRGN_W_1 Abs. 35
Ansprechende und saubere Atmosphäre	Aussagen, ob die Krankenhausumgebung und die Patient_innenbereiche ansprechend gestaltet ist und auf eine saubere und ansprechende Atmosphäre geachtet wird.	Einschränkung	„Die Hygiene ist hier nicht so sonderlich toll. I: Woran machen Sie das fest? VRE_W_2: Die Putzleute brauchen für eine Toilette etwa zehn Sekunden. Also da brauche ich länger. Aber deswegen. So mache ich das fest.“ VRE_W_2 Abs. 25–27
Besuch durch Angehörige	Haben die Patient_innen die Möglichkeit, Besuch durch Angehörige zu bekommen?	Einschränkung (Distanz, kein Besuch durch Kinder, nach Bitte des/der Expert_in weniger Besuch, Aufwand, Außerhalb des Zimmers, kein Verständnis für Schutzkleidung bei Angehörigen) Abschreckung; keine Einschränkung; Telefonischer Kontakt; Gewöhnung an Schutzkleidung; Auflagen für Besucher_innen zu streng; Unverständnis; Regeln sind strenger geworden	„Also meine Schwester war schon hier zu Besuch und hatte deswegen ihre Kinder jetzt nicht mitgebracht wegen diesem Keim“ MRSA_N_4 Abs. 113

“

Kategorie K3 „Emotionales Wohlbefinden und Unterstützung“

Unter der Kategorie 3 werden Aussagen zusammengefasst, die sich mit der Frage beschäftigen, ob der Keim Auswirkungen auf das emotionale Wohlbefinden hat. Erfahren die Expert_innen Unterstützung und wird das emotionale Wohlbefinden gefördert? Der Keim wird von einigen Expert_innen als zusätzliche Belastung empfunden, andere Expert_innen sehen in den Folgen keine zusätzliche Belastung. Es werden sowohl negative Auswirkungen des Keims als auch Faktoren, die das emotionale Wohlbefinden positiv fördern, beschrieben.

Ankerbeispiel:

„Ja, oft finde ich es eigentlich ganz witzig. Manchmal, das ist so Tagesform abhängig. So wie jeder auch mit irgendwelchen Sprüchen umgeht, die einen dann mal treffen [...].“ MRGN_W_1 Abs. 19

Die Kategorie 3 umfasst vier Subkategorien. Diese werden in Tabelle 14 dargestellt:

Tabelle 14: Subkategorien zu K3 „Emotionales Wohlbefinden und Unterstützung

Subkategorien zu Kategorie K3	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Sorgen um Mitpatient_innen	Aussagen, die Sorge um Mitpatient_innen ausdrücken.	Ich möchte niemanden anstecken; Gefahr für andere Patient_innen	„Ja, dass das schon eine anstrengende Geschichte ist. Bei meiner Frau war das schon. Das war eine Krebspatientin und da war die Gefahr schon größer, als bei mir. Ich bin eher eine Gefahr für die anderen Patientinnen aber mich tangiert es nicht so.“ MRSA_N_5 Abs. 92
Ängste über Auswirkungen des Keims	Aussagen über Ängste zu sonstigen Folgen des Keims für die Patient_innen sowie Aussagen darüber, ob der Keim Auswirkungen auf den klinischen Status, die Behandlung oder die Prognose hat.	Sorgen (Einfluss auf Aufenthalt, Wundheilung und OP-Ausgang, Zukunft, Überbewertung, Unsicherheit als Ursache, OP findet nicht statt, Abweichende Behandlung); Wirkverlust Antibiotika; Zusätzliche Belastung; Sorgen Grunderkrankung	„Mehr etwas Sorgen, wie lange das anhalten kann, um den Keim wieder los zu werden. Weil, es wurde mal gesagt, die Entlassung würde daran abhängen, und wenn du ihn dann nicht los bist und noch eine Woche bleiben und noch eine Woche bleiben, dann macht man sich irgendwann mal Sorgen, man wird wohl wieder entlassen, aber, ja man muss halt noch bleiben, wegen den Keimen, aber ansonsten, nö.“ MRSA_N_1 Abs. 44
Angst über finanzielle Auswirkungen	Gibt es Ängste über Auswirkungen, die die Patient_innen finanziell betreffen?	Angst vor finanziellen Auswirkungen	„Ja, das haben die mir erklärt. Dass man alles. Ich sag: Ein paar Schuhe, die kann ich aber nicht kaufen. Die Wäsche, die kann ich wohl austauschen aber mit Schuhe, und dass was man immer und Handtasche und alles was man in der Hand hat. Nicht, dass das alles entsorgt wird. Da hat man ja gar kein Geld mehr.“ MRSA_W_1 Abs. 16
Empathie für das Personal	Äußern die Expert_innen Verständnis oder Mitleid für das Personal?	Mehraufwand; Versuch das Personal zu unterstützen; Verständnis (für Ängste des Personals, für Unsicherheiten); Unverständnis	„Och die sind nett. Nur das tut mir immer so leid, wenn sie sich immer umziehen müssen. (Lacht), Wenn ich die dann immer beschellen muss.“ VRE_N_1 Abs. 53

“

Kategorie K4 „Einbeziehen von Familie und Freund_innen“

In der Kategorie 4 befinden sich Aussagen darüber, ob Angehörige der Patient_innen wahrgenommen sowie in die Behandlung integriert und respektiert werden.

Ankerbeispiel:

„Weil die Personen sagen halt einfach, man muss sich hier so und so anziehen um hier rein zu kommen. Und selber, die hier den ganzen Tag wirklich mit Patienten zu tun haben, die können ja so mehr oder weniger machen, ok ist jetzt ein bisschen übertrieben, aber was sie wollen. Und die, die Besuch sind, hier rein gehen, wieder raus gehen und mit den anderen Patienten sehr wenig in Kontakt sind, die müssen sich schützen wie sonst irgendwas. Also das fand ich ein bisschen, widersprüchlich.“

MRSA_N_4 Abs. 85

Die drei zu dieser Kategorie gehörenden Subkategorien stellen sich wie in Tabelle 15 aufgeführt dar. Zur Subkategorie „Soziale und emotionale Unterstützung der Angehörigen“ wurden von keinem/r Expert_in eine Aussage getroffen.

Tabelle 15: Subkategorien zu K4 „Einbeziehen von Familie und Freund_innen“

Subkategorien zu K4	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Angehörige als Anwält_in der Patient_innen	Aussagen über die Möglichkeit der Angehörigen, die Rolle des/der „Anwält_in“ der Patient_innen bei der Entscheidungsfindung einzunehmen. Inwieweit sind Angehörige in die Pflege, Entscheidungsfindung und Aufklärung der Patient_innen eingebunden?	Informationsweitergabe über Angehörige; Aufklärung über Angehörige; Anwält_in der Patient_innen; Zugang zu Informationen über Angehörige.	„Morgen kommt meine Tochter. Ich hatte ihr ja schon erzählt. Und die wird ja Krach machen. Morgen. Und sagte man wie kann man Menschen so behandeln? Nicht. Und was da jetzt geht, weiß ich nicht.“ VRE_N_2 Abs. 29
Sorgen über Auswirkungen für Angehörige	Aussagen über die Auswirkungen des Keims auf Familie und Freund_innen.	Kein spezielles Verhalten in Bezug auf Verwandte mit Risikofaktoren; Angehörige in Sorge; Unsicherheit in Bezug auf Angehörige (Kinder, Ältere, Schwangere); keine Sorge; Beruhigung durch das Gesundheitsamt; Wissen über den Umgang mit Angehörigen mit Risikofaktoren	„Ich denke, da werden jetzt noch ein paar Gedanken zu kommen, zwecks auch diesen Kindern oder meinem Patenkind. Ob es dann noch irgendwo gefährliche Situationen gibt, oder geben könnte. Meine Oma zum Beispiel. Wenn die mal eine Wunde hat. Da müsste man sich nochmal drüber schlau machen. Da hat man sich halt vorher keine Gedanken drüber gemacht. Weil man es halt auch nicht wusste.“ MRSA_N_4 Abs. 97
Soziale und emotionale Unterstützung der Angehörigen		Keine genannten Aspekte	entfällt

Kategorie K5 „Zugang zu Versorgung im stationären Setting“

In der Kategorie 5 „Zugang zu Versorgung im stationären Setting“ geht es um allgemeine Aussagen, ob es in der stationären Versorgung durch den Keim zu Einschränkungen kommt. Hierbei wird nur auf Aussagen zur primären Versorgung auf der Station, wie etwa zur Pflege und Versorgung durch Ärzt_innen, eingegangen. Aussagen, die die schnittstellenübergreifende Versorgung betreffen, werden in Kategorie 10 aufgegriffen.

Ankerbeispiel:

„Nur einfach zu wenige Schwestern. Dadurch muss man dann oft, wenn man schellt doch lange warten, bis jemand kommt. [...]. Das ist immer nicht so schön, wenn man

dann zum Beispiel jetzt ganz nötig aufs Töpfchen muss. Dann warten Sie noch eine Viertelstunde, bis jemand kommt (lacht).“ MRSA_W_2 Abs. 77–79

Die Darstellung der zwei Subkategorien zum Zugang zu Versorgung im stationären Setting erfolgt in Tabelle 16:

Tabelle 16: Subkategorien zu K5 „Zugang zu Versorgung im stationären Setting“

Subkategorien zu K5	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Zugang zur Versorgung innerhalb des stationären Sektors	Aussagen über den Zugang innerhalb des Krankenhauses, die die direkte Pflege und ärztliche Versorgung auf der Station betreffen.	Versorgung eingeschränkt (nicht als Nachteil empfunden/andere Ursachen, Ärzte/Ärztinnen, teils Verständnis, Ursache Keim fraglich, Pflege, auf Hilfe von Angehörigen angewiesen); keine Einschränkung (Reinigung); Nachweis schneller; kein Vergleich möglich; Sorge nicht eingetroffen; gute Versorgung (Ärzte/Ärztinnen)	„Also die Leute kommen sehr viel weniger rein. [...] Man wartet länger, bis die Leute kommen. Sehr viel länger teilweise auch, habe ich wirklich den Eindruck. Also man klingelt, das ist dann manchmal echt blöd. Bei einer Unterzuckerung zum Beispiel ist mir das neulich passiert. Da bin ich echt in Schweiß ausgebrochen. Ich kann mit der Stimme auch nicht laut rufen oder so. Ich komme dann da echt nicht weg. Ja ist ein bisschen blöd.“ MRGN_W_1 Abs. 51
Terminvergabe	Aussagen, die Erfahrungen zur Verfügbarkeit und Einhaltung von Terminen betreffen und im Zusammenhang mit der Besiedelung eines multiresistenten Erregers stehen.	Benachteiligung/Einschränkung; keine Einschränkung; Verständnis für Terminvergabe am Ende	„Und dass sie abends zum Schluss operiert werden, das können viele nicht verstehen, dass es nach 18 Uhr oder nach 20 Uhr wird. Ich kann das wohl verstehen, weil da ja eine Entzündung drin ist. Die müssen ja den OP nachher vernünftig reinigen. Und dass die so einen Problemfall mit Entzündung morgens oder mittags nicht dazwischen nehmen können, das ist nach meiner Sicht gut verständlich. Viele von Verwandten können das nicht verstehen, die sagen, (...) warum kommst du morgens nicht dran, du musst so lange nüchtern bleiben, aber ich habe da wohl Verständnis für und kann das auch gut verstehen.“ MRSA_N_1 Abs. 30

8.4.2 Information

Kategorie K6 „Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen“

Die Kategorie K6 beinhaltet Aussagen darüber, ob den Patient_innen Informationen zur Verfügung gestellt werden und, wenn ja, ob diese verständlich sind, bzw. die Expert_innen die Möglichkeit zur Nachfrage haben. In der Kategorie wird ebenfalls erfasst, ob die Expert_innen sachlich richtige Informationen erhalten und diese verstanden haben.

Ankerbeispiel:

*„Und die haben Sie dann auch in so ein Einzelzimmer gelegt? **MRSA_N_7: Ja I: Und was haben die dazu gesagt? **MRSA_N_7: Nichts. Sie haben einen Keim. Sie haben einen Keim. Sie wissen, Sie müssen einzeln liegen. Ganz einfach. Mehr nicht.**“***

MRSA_N_7 Abs. 13–16

Die Kategorie ist mit elf Subkategorien, die in Tabelle 17 beschrieben sind, vergleichsweise umfangreich.

Tabelle 17: Subkategorien zu K6 „Kommunikation, Information und Anleitung der Patient_innen

Subkategorien zu K6	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Wer hat wann und wie informiert?	Aussagen über die erstmalige Informationsweitergabe und die Informationsweitergabe im Laufe der Behandlung, die bezogen auf den MRE den klinischen Status, den Gesundheitsprozess (bspw. Sanierung), die Prognose und das Behandlungsverfahren betreffen.	Mündlich; schriftlich; telefonisch; durch Pflege; Ärzt_innen; im Aufwachraum; nachträglich; häufig; keine Details; keine Aussage möglich; Vorwissen; zufrieden; Nachfragen möglich; Aufwachsen mit Krankheit	„Also erfahren habe ich davon im Aufwachraum, sozusagen. In dem Moment, wo man mich eigentlich auf die Station fahren wollte. Ich war schon fast zur Tür raus, dann rief jemand: ‚Halt Stopp stopp, wir haben gerade einen Anruf bekommen, Sie sind positiv auf einen Keim getestet worden.‘“ MRSA_N_2 Abs. 3
Verständlichkeit der Informationen	Haben die Expert_innen die zur Verfügung gestellten Informationen verstanden?	Gut (Kombination von mündlicher und schriftlicher Information); offene Detailfragen; schriftlich nur eingeschränkt verständlich; mehr Informationen gewünscht; unverständlich (Abkürzung, Sprache, Behandlung); Gespräch erhöht Verständlichkeit; kein Detailverständnis; Vorbildung hilft	„Das war verständlich. Da gab es auch ein Plan mit. Und schon lief die Sache.“ MRSA_N_7 Abs. 24
Zugang zu Information	Haben die Expert_innen die Möglichkeit, sich über die Erstinformation hinaus über den Keim zu informieren?	Kein Zugang zu Information über Verhalten nach Entlassung; Nachfragen möglich; indirekter Zugang (Internet, Gesundheitsamt, mehrfache Nachfragen); keine Nachfragen möglich; kein Zugang; Zugang personengebunden; Information der Patient_innen als Priorität des/der Ärzt_in	„Nein, das habe ich dann durch diverse, beharrliche Versuche etwas raus zu kriegen dann doch irgendwann mal/ Nein, Korrektur. Ich noch nicht mal, meine Mutter hat es dann irgendwann herausgefunden. [...]“ VRE_W_2 Abs. 15
Sachwissen	Aussagen, die das Sachwissen betreffen.	Richtige Annahmen (z. B. Schutzmaßnahmen dienen der Prävention der Ausbreitung, keine Besonderheiten im Alltag, Gefahr für immunsupprimierte Patient_innen, Sanierung möglich, Gefahr für Wunde und Katheter, Risikofaktoren, MRSA-Anamnese bleibt erhalten, Resistenzentstehung durch Antibiotikabehandlung in der Tierzucht, Keine Gefahr für Schwangere, Nachweise, Ursache für Einzelunterbringung, Bakterien); fragliche Annahme (Keim nicht ansteckend); falsche Annahme (z. B. Verlängerung Aufenthalt, Schutzkleidung, Ursachen, Prävalenz, Sanierung innerhalb von drei Tagen möglich, kein Name, Symptom Durchfall, ubiquitär vorhanden); Wissen über Grunderkrankung, durcheinander.	„Tja dann habe ich meine Schwägerin angerufen, und sie hat mich vorher angerufen und sagte: ‚Den Keim‘, sagt sie, ‚Kriegen das nicht nur Landwirte mit Schweinen‘. Ich sag: ‚das habe ich auch gedacht‘ ich sag ‚ist aber Blödsinn hat man mir erzählt. Weil diesen Keim kannst du dir in fast allen öffentlichen Einrichtungen m Prinzip zu ziehen.‘ ich sag ‚in jedem Pflegeheim, in jedem Krankenhaus und und und.‘“ MRSA_N_6 Abs. 3

Subkategorien zu K6	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Anleitung über Erhaltung der Autonomie	Wurden Informationen zur Verfügung gestellt, wie Autonomie erhalten werden kann?	Durch Physiotherapie; Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen, unklar; Ermutigung durch Pflege, mit Angehörigen das Zimmer zu verlassen; Zimmer verlassen möglich (in Schutzkleidung); keine Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen.	„Also die Physiotherapeutin hat ja viel mit mir gesprochen. Und auch wohl auch Tipps gegeben, wie man mit Sachen umgeht.“ MRSA_N_2 Abs. 37
Angebote der Gesundheitsförderung	Aussagen darüber, ob ohne Rücksicht auf den MRE Angebote zur Gesundheitsversorgung gemacht wurden. Haben die Patient_innen Informationen zu Sanierungsmöglichkeiten erhalten?	Durchführung; verstanden; auf Nase begrenzt; durch Hausärzt_in; Zweifel an Wirksamkeit; kein Wissen.	„Diese Kuren. Aber ob das hilft, ich weiß ich nicht. Heute war es wieder der letzte Tag. Ja da habe ich ja bald Nachricht.“ MRSA_W_1 Abs. 80
Konsistenz	Konsistenz der übermittelten Botschaften und der übermittelten Informationen auf der Station selbst (im primären Setting).	Plötzlicher Beginn der Schutzmaßnahmen Unterschiedliche Aussagen (nicht den Keim betreffend); Sanierung plötzlich abgebrochen wegen falscher Information; keine Unterschiede; Pflegepersonal äußert Zweifel; uneinheitliche Durchführung (egal, Verständnis, Unverständnis) Widerspruch zu Anweisungen für Angehörige; unterschiedliche Abstrichergebnisse; subjektiv inkonsequent; Hygienemaßnahmen im Laufe der Zeit strenger.	„Eh, das ist relativ unterschiedlich. Das eine Prozent relativ gelassen und die anderen sind eigentlich doch schon ziemlich, ja also aufgeklärt. Also die schützen sich auch relativ davor. Manchmal denkt man sich aber wieder, wenn man so paar Situationen mitkriegt, warum man sich vorher mit dem Haarschutz und alles dagegen schützt und dann für einen kurzen Moment, ist ja oft so, wenn man mal was vergessen hat. Mal eben wieder raus wieder rein, das ist ja eher so ein Moment, wo ich mir wieder denke, warum machen wir diese ganzen Sachen hier?“ MRSA_N_4 Abs. 89
Offene Fragen	Welche Fragen und Themen bleiben für die Expert_innen in Bezug auf den Keim unbeantwortet?	Umgang mit Kindern; Verhalten außerhalb des Krankenhauses; Ursprung des Keimes; Umgang mit Schwangeren; Sanierung; Prävention; Wahrheitsgehalt; OP trotz Keim; Abläufe.	„[...] wie oft ich diese komische Mundspülung nehmen kann. Da steht drauf 3-mal täglich. Wenn ich die jetzt 4, 5-mal täglich nehmen würde. Normalerweise müsste der dann schneller weg sein der Keim, oder. Gewöhnt sich da doch auch dran. Eins von beidem. [...]“ MRSA_N_6 Abs. 37
Interesse der	Haben die Patient_innen Interesse an	Kein Interesse (wegen fehlender Relevanz);	„Nee, und wenn sogar jemand das gesagt

Subkategorien zu K6	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Patient_innen an Information	Information? Woher besteht das Interesse, warum ist Interesse nicht vorhanden?	weitergehendes Interesse; Vertrauen in Ärzt_in; keine Nachfragen auf Grund des eigenen Charakters; generelles Interesse.	<i>hat, ich würde das nie behalten. Das ist ja, verstehen Sie, mein Kopf arbeitet so. Da kommt Arzt und sagt: ‚Ihre Werte sind so und so‘. Bis jetzt, ich bin fast 60, habe ich nie gelernt, welche Werte ich überhaupt habe. Deswegen ich glaub es ist ja, die Arbeit umsonst mir irgendetwas zu erklären.“</i> VRE_W_1 Abs. 18
Information der Mitpatient_innen	Werden nicht betroffene Mitpatient_innen über multiresistente Keime informiert? Einschätzungen der Expert_innen, ob eine Information der Mitpatient_innen Vorteile für die Versorgung der betroffenen Patient_innen bringt.	Fraglich hilfreich; Mitpatient_in hat Informationen erhalten; Mitpatient_innen nicht compliant.	<i>„Ehm, ich glaube das ist schwer zu sagen. Weil man weiß ja nicht, wie die Leute damit umgehen. Manche vielleicht abwertend und sagen: ‚öhm geh da weg‘. Andere sind vielleicht aufgeklärt über das Thema und sagen: ‚Ist ja eigentlich gar nicht so schlimm.‘ Von daher, vielleicht ist es ab und zu schon mal besser, wenn man die Leute einfach im Glauben lässt über das, was sie selber glauben wollen [...]“</i> MRSA_N_4 Abs. 71
Antibiotika	Einstellung der Expert_innen gegenüber Antibiotika.	Kein Wissen; Einnahme selten; restriktiver Einsatz; kein zu häufiger Einsatz in der Landwirtschaft; Resistenzen als Problem; Zusammenhang mit Massentierhaltung; Einnahme bis zum Ende der Packung; Einnahme häufig (bei Erkältung); angewiesen sein auf Antibiotika; Kein Wissen über den Zusammenhang mit Resistenzentwicklung; Allergie; Wissen über nicht vorhandene Wirksamkeit bei Viren; häufige Einnahme fördert Resistenzen	<i>„Ja krieg ich doch jetzt. Laufend. Und ich habe auch manchmal Angst, dass das zuletzt gar nicht mehr wirkt. Aber auch jetzt ich muss ja mit Antibiotika damit das heilt. Dass diese Entzündung daraus geht aus dem Bein.“</i> MRSA_W_2 Abs. 93

“

Kategorie K7 „Kommunikation, Information und Anleitung der Angehörigen“

In dieser Kategorie geht es sowohl um Aussagen, wer wann und auf welche Art und Weise die Angehörigen informiert hat, als auch um die Reaktion der Angehörigen im Hinblick auf die Besiedelung und/oder Infektion mit einem MRE.

Keine der Angehörigen wurden vom Personal informiert. Die Information erfolgte entweder durch die Expert_innen selbst oder mittels auswärtiger Quellen.

Ankerbeispiel:

„Und es gibt dann auch noch die Unsicherheit der Besucher, wie die sich verkleiden sollen. Oder eben nicht. Und wenn ich dann sage: ‚Es geht um das Pflegepersonal, die dürfen den nicht weitertragen.‘ Dann bleibt das, glaub ich, bei den meisten auch so hängen.

I: Und die Reaktionen, wenn Freunde Sie besuchen kommen, die das so zum ersten Mal erleben mit Kittel und so/

MRGN_W_1: *Ja die bleiben immer an der Tür stehen. Manche die kommen auch verkleidet rein. Als es wird erstmal einfach so angenommen. Weiß ich jetzt nicht genau, ob das auch die Sorge um mich ist. Ob die jetzt alle immer wissen, dass ich diesen Pseudomonas habe. Manchmal kommt es dann zur Sprache. Dann erkläre ich das. Manchmal auch irgendwie nicht [...] Also die fragen schon manchmal auch sehr interessiert nach. Aber alle sind eigentlich immer sehr bemüht, so alles einzuhalten“ MRGN_W_1 Abs. 27–29*

Als Subkategorie der Kategorie 7 wurde die Kategorie „Reaktion der Angehörigen gebildet“.

Tabelle 18: Subkategorie zu K7 „Kommunikation, Information und Anleitung der Angehörigen“

Subkategorien zu K7	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Reaktion der Angehörigen	Wie haben die Angehörigen auf die Nachricht reagiert, dass die Expert_innen mit einem Keim besiedelt/infiziert sind? Erfahrung von Ermutigung oder Ablehnung?	Mitleid; Unverständnis; Sorge; Abschreckung; keine negative Reaktion; negative Reaktion; Verwunderung über Schutzkleidung; Vorwissen bei Angehörigen; Bestürzung; Verständnis; Ermutigung; Unsicherheit.	„Ich glaub bis jetzt also von der Familie selber her, gab es relativ Probleme damit. Ein Arbeitskollege war heute noch hier. Der kam erstmal so rein und fragte, ob ich ihn veräppele [...]. Aber dadurch, dass ich viele Freunde auch in der Landwirtschaft hab und die sich auch mit dem Thema auskennen, gab es da eigentlich wenig Probleme mit. Also das passte.“ MRSA_N_4 Abs. 73

Kategorie K8 „Vorwissen“

Die Kategorie K8 fasst Aussagen über das Vorwissen der Patient_innen zusammen. Vorwissen bestand häufig auf Grund der beruflichen Situation oder Betroffenheit von Angehörigen.

Ankerbeispiel:

„Dass es so einen Krankenhauskeim gibt, ja, das wusste ich. Und ich wusste auch wohl. Wenn man eben Wunden hat und der da dran sitzt, dass das schwierig ist, dass das heilt. Aber eben von anderen. Aber doch nicht so wie das jetzt ist.“

MRSA_W_2 Abs. 87

Zu dieser Kategorie gibt es keine Subkategorien.

8.4.3 Schnittstellenübergreifende Versorgung

Kategorie K9 „Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung“

In der Kategorie K9 sind Aussagen aufgenommen, die die Planung, Zusammenarbeit und Koordination der schnittstellenübergreifenden Versorgung betreffen. Die Subkategorien betreffen jeweils die Koordination in der stationären sowie prä- und poststationären Versorgung. Darüber hinaus umfasst sie Aussagen zur Kompetenz im ambulanten und stationären Bereich und Informationen, die die Expert_innen bezüglich schnittstellen-übergreifender Versorgung erhalten haben.

Ankerbeispiel:

„Ja, da bin ich dann auf Station geschoben, auf Station X bin ich gekommen und ja, da war auch nichts vorbereitet. Da bin ich drauf geschoben worden, da lag schon jemand, dann wurden noch eben die Utensilien zusammengeschoben und ja, so richtig hat mir da keiner gesagt, ja was ist und wieso weshalb warum und wie es weitergehen könnte.“ MRSA_N_2 Abs. 3

Tabelle 19 veranschaulicht die Subkategorien zu Kategorie K9:

Tabelle 19: Subkategorien zu K9 „Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung“

Subkategorien zu K9	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Koordination, Planung und Zusammenarbeit der Versorgung vor der Aufnahme	Aussagen über die Planung und Koordination der Versorgung vor dem aktuellen stationären Aufenthalt.	Informationsweitergabe funktioniert; Sanierung koordiniert; Informationsweitergabe hat nicht funktioniert; Informationsweitergabe durch Patient_innen; Informationsaustausch zwischen Sektoren unklar.	"Nee ich habe die habe ich schon zu Hause direkt beim Arzt begonnen. Also ich habe nachmittags die Info bekommen. [...]. Hab dann die Sachen von meinem Arzt bekommen oder abholen lassen. Dann haben wir die Sachen von der Apotheke bekommen, [...], die waren morgens da, [...], und hab dann [...] mit der Sanierung begonnen." MRSA_N_4 Abs. 17
Koordination, Planung und Zusammenarbeit der schnittstellenübergreifenden Versorgung im stationären Bereich	Läuft die Versorgung, die stationäre Schnittstellen übergreift, koordiniert und kontinuierlich ab?	Vermerk in Akte; Koordination schlecht; Zusammenarbeit gut	"Wobei mir ja auch schon gesagt hätte. Selbst wenn ich den Beweis angetreten habe dreimal sauber zu sein, diesen 10./11./12. Tag, wo die Abstriche gemacht werden. Würde trotzdem noch in meiner Akte drinstehen. Dickes Ausrufezeichen und ich würde trotzdem isoliert werden." MRSA_N_2 Abs. 51
Koordination, Planung und Zusammenarbeit der weiterführenden Versorgung	Ist eine kontinuierliche Versorgung gewährleistet?	Gut (durch Hausärzt_in); Unwissen; Sanierung auf Wunsch des/der Patient_in abgebrochen; keine Schutzkleidung nach Entlassung; Sorgen; Sanierung erwünscht; Versorgung im Altenheim; Transport; Versorgung geregelt; Informationsaustausch (über Arztbrief, telefonisch, unklar).	"Ja, also ich krieg dann ja diesen Arztbrief, wo was drinnen steht. Und wenn darüber noch was gebraucht wird/ Also mein Hausarzt hatte schon diverse Male hier angerufen. Grad bei diesem VRS/VR I: VRE VRE_W_2: VRE Keim genau, danke. Grad wegen diesem Keim hat der öfter hier angerufen. Und das hat eigentlich alles ganz gut geklappt. Und von daher/ " VRE_W_2 Abs. 163-165

Subkategorien zu K9	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Kompetenz im stationären Bereich	Schätzen die Expert_innen ihre Behandelnden in der stationären Versorgung als kompetent ein?	Weniger Kompetenz in kleinen Krankenhäusern; Keim als Ausrede; Unsicherheiten.	<p>„Ich meine, wenn das irgendwo auf dem ein kleineres Krankenhaus wäre, wäre das vielleicht was anderes, aber in der Klinik gehe ich davon aus, dass das machbar ist.“</p> <p>I: Warum glauben Sie, kleine Krankenhäuser können das nicht hinkriegen?</p> <p>MRSA_N_5: Ja weiß ich nicht ob die so fortschrittlich sind. Obwohl ich muss sagen, ich war ja nun hier in dies andere Krankenhaus und das war da auch vorbildlich. Das wurde da sofort gemacht. Bei der Einlieferung. Ja.“ MRSA_N_5 Abs. 102–104</p>
Kompetenz im ambulanten Bereich	Schätzen die Expert_innen ihre Behandelnden in der ambulanten Versorgung als kompetent ein?	Hausärzt_in und Fachärzt_in kompetent; Rückversicherung bei ambulanten Ärzt_innen.	<p>„Also, ich könnte auf jeden Fall zum Hausarzt gehen. Der würde auf jeden Fall damit weiterhelfen und beratschlagen. Und würde mir auch seine Meinung sagen, davon bin ich fest überzeugt, [...]“ MRSA_N_1 Abs. 56</p>
Information über Verhalten nach der Entlassung	Haben die Patient_innen Informationen erhalten über Verhalten im ambulanten Umfeld, mit Angehörigen, in der ambulanten Krankenversorgung u. ä.	Keine Informationen enthalten; Unsicherheiten (auch in Bezug auf Kinder); Entlassung nicht relevant; Informationen erhalten (keine Besonderheiten, Annahme, Sanierung).	<p>„Ich habe mir schon mal Gedanken gemacht. Wenn man sich den Zettel durchliest, was man alles machen muss, mit Zahnbürste wechseln oder mit Kopfkissen wechseln und solche Sachen. Dass man sich schon mal überlegt hat, Gedanken gemacht hat, wo stecken die Dinger überall drauf. Und wenn wir uns jetzt über dieses Blatt unterhalten, wo ich dieses Blatt anpacken würde, sind die Dinger dann da drauf und können die überleben. Hm, das weiß ich eben nicht. Oder brauchen die irgendwas um zu überleben. [...] Das ist halt das Unwissen, was ich habe, und deswegen fühlt man sich zu Hause vielleicht auch ein bisschen unsicher.“ MRSA_N_2 Abs. 45</p>
Konsistenz der schnittstellenübergreifenden übermittelten Informationen und Botschaften	Aussagen über die Konsistenz der direkt vermittelten Informationen	Sanierungsplan erhalten und an Hausärzt_in geschickt; Unverständnis; nicht konsistent; Keine Informationsweitergabe; Nachfragen möglich; Unsicherheiten.	<p>„Das ist das skurrile. Sobald man hier aus der Tür raus geht, ist es furchtbar wurscht, ob man einen Keim hat, oder gesund ist. Oder keine Ahnung. Es sind keine Vorsichtsmaßnahmen zu treffen. Das fand ich so skurril. [...] Es haben uns drei Ärzte unabhängig voneinander gesagt, dass es eigentlich vollkommen ausreichen würde, bei diesem Keim, dass wir uns die Hände desinfizieren, nachdem wir auf Toilette waren. Und es ansonsten überhaupt keinen Sinn macht, dass ich in einer Isolationszelle liege. Das haben mir drei unabhängige Ärzte draußen so erklärt.“ VRE_W_2 Abs. 65</p>

Kategorie K10 „Zugang zu schnittstellenübergreifender Versorgung“

Kategorie K10 beleuchtet den Zugang der Expert_innen zur Versorgung, die Schnittstellen überschreitet.

Ankerbeispiel:

„Da kommt man mit diesem Keim rein, die kommen panisch auf einen zu. ,Wir gehen dann mal gleich nach hinten durch.‘ Deswegen, seitdem ich den Keim habe, bin ich bei Hausärzten oder anderen Medizinern sehr gerne, weil man ziemlich schnell bearbeitet wird. I: Ok, schneller als sonst? VRE_W_2: Jaja, man wird sofort bearbeitet, damit man auch gleich wieder raus kann.“ VRE_W_2 Abs. 77–79

Die Subkategorien gliedern sich wie in der vorangegangenen Kategorie in prä- und poststationäre sowie stationäre Versorgung und den Krankentransport außerhalb des stationären Settings. Die Darstellung erfolgt in Tabelle 20:

Tabelle 20: Subkategorien zu K10 „Zugang zu schnittstellenübergreifender, stationärer Versorgung“

Subkategorien zu K10	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Zugang zu Versorgung vor der stationären Aufnahme	Aussagen über die Zeit bis zur stationären Aufnahme und die Zeit bis zum eigentlichen Eintreffen und der Aufnahme auf der Station.	Prävention nicht möglich; Abstriche durchgeführt; kein Unterschied durch Keim; Kritik an vorangegangener stationärer Versorgung; ambulant gute Versorgung.	„Ja, das war letzte Woche Freitag. Da wurde ich/ nee da war ich hier und musste Abstriche abgeben. Und am Montag wurde ich angerufen, dass ich den Keim habe. Weil ich dann am Dienstag einen Termin hier hatte.“ MRSA_N_4 Abs. 9
Zugang zu stationärer schnittstellenübergreifender Versorgung	Aussagen über den Zugang zu Versorgung innerhalb des stationären Sektors, die die Diagnostik und Therapie in Fachbereichen betrifft.	Zugang (Physiotherapie, Röntgen); Terminverzögerung Röntgen; kein Zugang/eingeschränkter Zugang zu Physiotherapie.	„Nein, der Krankengymnast, der kommt, wie sonst auch immer, der ist genauso umgänglich, wie sonst auch. Der macht genauso gut seine Arbeit, wie wo ich den Keim nicht habe als jetzt wohl. Und Putz- und all so und Tacheles also das.“ MRSA_N_1 Abs. 38
Zugang und Information zur weiterführenden Versorgung	Zugang zu Fachärzt_innen, Terminvergabe. Gibt es Fragen bezüglich Informationen, wie die Patient_innen nach der Entlassung Unterstützung erhalten können?	Keine Information; kein Zugang; Zugang geregelt; keine negativen Auswirkungen; keine Schutzmaßnahmen; Sorge.	„Das ist eine große Frage, die ich habe. Wenn es jetzt so gewesen wäre, dass ich hätte Tabletten nehmen können, dann hätte ich nach Hause können. Aber dann hätte natürlich, ich sag mal, der Gerinnungswert und so weiter, täglich bestimmt werden müssen vom Hausarzt. Das ist eine große Frage, wie die damit umgegangen wären.“ MRSA_N_2 Abs. 23
Transport	Aussagen über Erfahrungen mit dem Krankentransport, die im Zusammenhang mit der Besiedelung mit einem multiresistenten Keim stehen.	Schutzkleidung; Unverständnis; Information durch Expert_innen.	„Auch einen Transport hatte ich hier, der zum Röntgen gehen musste, wo mit Schutzklamotten hier schon reingekommen ist, mich rausgeholt haben und mit den Klamotten dann rüber zum Röntgen. Dann frag ich mich auch, ja wofür macht man denn die ganzen Sachen.“ MRSA_N_4 Abs. 61

8.4.4 Lösungsansätze

Der Interviewleitfaden ging u. a. auf Lösungsansätze und Verbesserungsvorschläge der Expert_innen ein. Diese sind in Kategorie 11 enthalten und in drei Subkategorien, entsprechend der Themenkomplexe, gegliedert.

Tabelle 21: Subkategorien zu K11 „Lösungsansätze“

Subkategorien zu K11	Definition	Beispiele für genannte Aspekte	Ankerbeispiel
Lösungsansätze zur Qualität der Versorgung	Wie kann aus Sicht der Expert_innen die Qualität der Versorgung verbessert werden?	Prästationäres Screening; Infrastruktur; Schutzmaßnahmen lockern; keine Verbesserungsvorschläge; bessere personelle Situation; Personal freundlicher; bessere Organisation.	„[...] Ich sag mal da muss mit Sicherheit irgendwo auf Station, muss ja nicht auf dieser sein, aber irgendwas muss geschaffen werden, wo diese Leute auch würdig untergebracht werden können. Und wo wirklich auch ich sag mal technisch oder wie auch immer, da was gemacht wird, dass sich die Dinger nicht ausbreiten können.“ MRSA_N_2 Abs. 65
Lösungsansätze zur Information	Welche Faktoren helfen, die Information verständlich und ausreichend zu vermitteln?	Mehr Aufklärung zur Sanierung; Informationsblatt besprechen; ausführlicher; schriftliche Informationen; mehr Transparenz.	„Ich würde sagen, vielleicht noch ein paar Informationsblätter rausgeben. Oder irgendetwas in der Art und Weise. Weil es ist ja im Prinzip man kriegt ja zuerst richtig Panik. Man hört nur es ist der Keim, oh oh. Man kennt das ja alles aus den Medien her [...].“ MRSA_N_6 Abs. 29
Lösungsansätze zu schnittstellenübergreifender Versorgung	Wie können die Koordination, Planung und Kontinuität in der schnittstellenübergreifenden Versorgung aus Sicht der Patient_innen gestaltet werden?	Hausarzt_in einbinden; Informationsaustausch über Arztbrief verbessern.	„Ja gut in diesem Fall war es halt einfach ein Fehler, dass es im Arztbrief halt nicht gekennzeichnet war. Es stand <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , aber stand ganz klar nicht dabei MRGN 4. Ich glaub eigentlich, die Briefe werden ja schon angeschaut eigentlich. I: Also über die Arztbriefe könnte das? MRGN_W_1: Ja auf jeden Fall.“ MRGN_W_1 Abs. 23–25

8.5 Ergebnisse in den Themenkomplexen

Die Ergebnisdarstellung in den Kategorien erfolgt, entsprechend der Auswertung, anhand der deduktiv und induktiv gebildeten Haupt- und Subkategorien. Diese sind den in der Fragestellung formulierten Themenkomplexen „Qualität“, „Information“, „Schnittstellenübergreifende Versorgung“ und „Lösungsvorschläge“ zugeordnet. Dabei wird, wenn auch nicht vordergründig, auch auf Zahlen eingegangen (Kuckartz 2014: 94).

Um den Bezug zur Empirie zu erhalten und dem/der Leser_in die Möglichkeit zu geben, die Schlussfolgerungen nachzuvollziehen, werden die Ergebnisse durch Zitate ergänzt (Gläser & Laudel 2010: 273). Bei Zitaten wird das jeweilige Kürzel und bei wörtlichen Zitaten ebenfalls die Absatznummer angegeben. Bei indirekten Zitaten

wird zu Gunsten der Lesbarkeit auf eine Angabe der Absatznummer verzichtet. Die Angabe der Verweise erfolgt in diesem Fall ebenfalls aus Gründen der besseren Lesbarkeit in Fußnoten.

8.5.1 Qualität

K1 Rücksicht auf individuelle Präferenzen

Aussagen, die sich auf individuelle Präferenzen beziehen und sich nicht den Subkategorien zuordnen lassen, sind überwiegend positiv. So beschreiben MRSA_N_5 und VRE_N_1 eine gute Versorgung. Das Alleinsein durch die Einzelzimmerunterbringung wird von MRSA_N_5 nicht als störend empfunden. VRE_N_1 findet die Schutzkleidung nicht einschränkend und erachtet die Schutzmaßnahmen, genau wie VRE_W_1, als sinnvoll. MRSA_N_5 und MRGN_W_1 drücken explizit aus, dass sie vom Personal ernstgenommen würden.

Würde

Die Hälfte der interviewten Expert_innen beschreibt eine Einschränkung der Würde. Dabei beschränken sich die Aussagen, mit einer Ausnahme eines/einer wieder aufgenommenen VRE-Patient_in, auf MRSA-Patient_innen, die bei diesem Aufenthalt erstmals betroffen waren. Die Einschränkung der Würde hat unterschiedliche Ursachen. Die Art der Unterbringung⁴⁵ wird, ebenso wie das Erfahren von Blicken⁴⁶, häufig als unangenehm beschrieben:

„Ja, was mir ein bisschen komisch vorkam oder ich kann es auch so sagen, ich kam mir vor wie ein Aussätziger. Wie die Leute geguckt haben [...]“
(MRSA_N_2 Abs. 3)

„Naja das ist ja alleine schon, die Leute, die hier kommen. Egal wer es ist, ob es die Ärzte sind, die Schwestern sind, die Putzfrauen sind, die mit dem Mittagessen sind. Die kommen hier rein, machen nur die Tür auf und sagen ‘MRSA_N_6 Hallo. Ihr Essen, wo können wir das hinstellen oder holen Sie sich das hier vorne ab’. Ja ok gut. Da denkt man manchmal schon, ja ok, macht doch einfach die Klappen in die Tür. So ungefähr wie beim Knast. Stellt drauf. Klopf. Und wenn die andere Seite die Klappe aufgeht, dann ist es in

⁴⁵ MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRSA_N_6, MRSA_N_7

⁴⁶ MRSA_N_2, MRSA_N_4, VRE_W_2

Ordnung. Wenn nicht müsst ihr vielleicht mal gucken, ob der überhaupt noch da ist. So nach dem Motto.“ (MRSA_N_6 Abs. 53)

Der/die gleiche Expert_in erwähnt im Gegensatz dazu explizit, durch Blicke keine Einschränkung zu erfahren:

„Wenn ich jetzt nach unten gehe verkleidet? Och ich sag mal ist mir doch egal ob die mich angucken oder nicht. Wenn sie sonst nichts zu lachen haben im Leben, so nach dem Motto. Ist einfach so. Mmh.“ (MRSA_N_6 Abs. 25)

Die Schutzkleidung wird von drei Expert_innen⁴⁷ als störend empfunden, wobei jedoch ein/eine Expert_in die Aussage relativiert:

„Wir dürfen ihn nur noch mit Schutzkleidung berühren, sonst könnten wir ja infiziert werden. Das ist ja dann nun mal ein komisches Gefühl. Nicht, dass ich mich davor ekel, dass die mich mit der Kleidung anfassen.“ (MRSA_N_1 Abs. 24)

Die Aussagen beziehen sich sowohl auf die Schutzkleidung der anderen⁴⁸ als auch auf die eigene Schutzkleidung⁴⁹. Einschränkung erfahren die Expert_innen auch durch die geschaffene Distanz⁵⁰ und eine wahrgenommene Überbewertung des Keimes⁵¹. Daneben werden eine reduzierte Versorgung⁵², Vorurteile⁵³ und das Reden über Patient_innen⁵⁴ als unangenehm wahrgenommen.

„Was ich ganz schlimm fand zu Anfang ist, dass die da vor der Tür stehen, bei der Visite, dass ich merke, dass über mich gesprochen wird, und dass die dann weiter gehen. Das fand ich ganz schlimm.“ (MRSA_N_2 Abs. 5)

Einige Expert_innen beschreiben einen Gewöhnungseffekt an die Situation und erleben die Einschränkung der Würde nur als vorübergehend⁵⁵:

⁴⁷ MRSA_N_1, MRSA_N_7, MRSA_N_4

⁴⁸ MRSA_N_1, MRSA_N_7

⁴⁹ MRSA_N_4

⁵⁰ MRSA_N_1, VRE_W_2

⁵¹ MRSA_N_2, VRE_W_2

⁵² MRSA_N_5

⁵³ MRSA_N_6

⁵⁴ MRSA_N_2

⁵⁵ VRE_W_2, MRSA_N_4

„Ja man wird immer gleich so mit Schutzkleidung und allem drum und dran ins Zimmer geschleust. Man sieht überhaupt nichts von den anderen Leuten oder wird vorbei geschoben und kriegt gesagt: ‚Bitte nichts anfassen.‘ So bei den anderen Leuten. Das ist immer gleich so ein bisschen. Hallo. Ich habe die Beulenpest. Aber auch dran gewöhnt man sich.“ (VRE_W_2 Abs. 205)

Viele Expert_innen empfinden die Folgen der MRE-Trägerschaft als unangenehm und fühlen sich durch die Hygienemaßnahmen sowie die Reaktionen des Personals und anderer Patient_innen in ihrer Würde herabgesetzt. Ursächlich hierfür ist zum einen die Unterbringung im Einzelzimmer als gefühltes „Gefängnis“, zum anderen die Schutzkleidung auf Seiten des Personals und die dadurch geschaffene Distanz sowie die Anforderung für die Patient_innen, Schutzkleidung außerhalb des Krankenzimmers zu tragen, und die damit verbundenen Reaktionen der Mitmenschen. Die Dauer der Trägerschaft scheint hierbei eine Rolle zu spielen, da von einigen Expert_innen ein Gewöhnungseffekt an die beschriebenen Reaktionen beschrieben wird. Bei den Expert_innen, die von einer Einschränkung der Würde berichten, war die MRE-Trägerschaft in diesem Aufenthalt festgestellt worden. Die Persönlichkeit der Expert_innen hat zudem einen Einfluss auf das Erleben.

Lebensqualität

In Bezug auf die Lebensqualität ist das Erleben der Expert_innen vielseitig. Auf der einen Seite erfährt die Lebensqualität durch die mit dem MRE verbundene Einzelzimmerunterbringung für einen großen Teil der Expert_innen eine Aufwertung⁵⁶:

*„**MRSA_W_3**: Nur das ich einzeln lag und das war muss ich ganz ehrlich sagen auch ganz schön, wenn man so alleine auf dem Zimmer liegt. **I**: Was war besonders schön daran?*

***MRSA_W_3**: Dass Ruhe war. Und dass man machen konnte was und wie man das wollte.“ (MRSA_W_3 Abs. 20–22)*

Auf der anderen Seite überwiegt für eine/n Expert_in die Einschränkung der Lebensqualität. Diese wird jedoch in erster Linie durch die Grunderkrankung

⁵⁶ MRSA_N_4, MRSA_N_2, MRSA_W_2, MRSA_W_3, VRE_N_1, VRE_W_2, MRGN_W_1

verursacht⁵⁷. Daneben geben mehrere Expert_innen, meist auf direkte Nachfragen an, keine Einschränkung in der Lebensqualität durch den MRE zu erleben⁵⁸:

„Also ich merk das nicht, dass ich den hab.“ (MRSA_N_1 Abs. 30)

Das Alleinsein wird teilweise nicht als störend⁵⁹ empfunden. Zwei der Expert_innen, die keine Auswirkungen der Lebensqualität angeben⁶⁰, benennen auch im weiteren Verlauf des Interviews keine Aspekte, die auf eine Einschränkung der Lebensqualität hindeuten.

Aspekte, die als Hinweis für eine Einschränkung der Lebensqualität genannt werden, sind vielschichtig: Die Folgen der Kontaktisolierung, wie Unterbringung im Einzelzimmer⁶¹, u. a. ohne eigene Toilette und Dusche,⁶² sowie der damit verbundene fehlende Kontakt zu Mitpatient_innen⁶³ mindern die Lebensqualität. Reduzierte Gespräche mit Mitpatient_innen und Personal⁶⁴ führen zu Langeweile⁶⁵ und Grübeln⁶⁶. Ein häufig genannter negativer Effekt ist die eingeschränkte⁶⁷ oder fehlende Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen⁶⁸:

„Das kann ich Ihnen ganz genau sagen, weil ich normalerweise, ich sag mal, den ganzen Tag über an der frischen Luft bin. Den ganzen Tag über mit Tieren (weint) Das fehlt einfach. (...) Die frische Luft. Ich sehe das draußen, ich kann nicht nach draußen, so. Tja und irgendwann kommt der Tag, da wird man dann derart aggressiv, dass man dann denkt, mmh wie lange noch.“ (MRSA_N_6 Abs. 5)

Weitere Gesichtspunkte, die die Lebensqualität beeinflussen, sind der hohe Aufwand (*„Ich bin ja auch eher so ein Typ, nicht so viel Heckmeck und ganz schlicht und einfach ist das viel schöner als wenn dann so alles kompliziert ist und das ist es eben halt jetzt.“* MRSA_N_1: Abs. 24), die Blicke anderer auf die Expert_innen, die Terminvergabe⁶⁹ und *„[...] dass [der/die Expert_in] einen Mundschutz tragen muss*

⁵⁷ MRGN_W_1

⁵⁸ MRSA_N_1, MRSA_N_5, MRSA_W_2, VRE_N_1

⁵⁹ MRSA_N_5, MRSA_W_2

⁶⁰ MRSA_W_2, VRE_N_1

⁶¹ MRSA_N_2, VRE_W_2

⁶² MRSA_N_2

⁶³ MRSA_N_4, VRE_N_2

⁶⁴ MRSA_N_2, MRSA_N_4

⁶⁵ VRE_W_2

⁶⁶ MRSA_N_2

⁶⁷ MRSA_N_2

⁶⁸ MRSA_N_5, MRSA_N_6, VRE_W_1, MRGN_W_1

⁶⁹ MRSA_N_2

[...]“ (MRGN_W_1 Abs. 80). Der/die Expert_in MRSA_N_7 erfährt zum Zeitpunkt des Interviews keine negativen Folgen in Bezug auf die Lebensqualität, schließt aber nicht aus, dass diese in Zukunft auftreten könnten.

Eine Einschränkung der Lebensqualität wird in vielen Fällen durch die Isolation verursacht. Die fehlende Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen, wird in diesem Zusammenhang wiederholt genannt. Zudem fehlt den Patient_innen der Austausch mit Mitpatient_innen. Ein_e Expert_in betont den negativen Einfluss durch das Nichtvorhandensein einer Nasszelle im Isolierzimmer. Dem gegenüber steht die Aufwertung der Lebensqualität durch das Einzelzimmer.

Beteiligung an der Behandlung

Einige Expert_innen äußern den Wunsch nach einer stärkeren Beteiligung an der Behandlung⁷⁰. Der/die Expert_in MRSA_N_2 empfand eine Situation als sehr belastend, als er/sie bemerkte, dass die Visite vor der Zimmertür stattfand, ohne dass er/sie selbst miteinbezogen wurde. Er berichtet jedoch von einer Besserung der Situation, nachdem er die ärztlichen Mitarbeiter auf das Problem ansprach. Dennoch *„[fehlt] das Gespräch mit den anderen und auch mit den Krankenschwestern.“* (MRSA_N_2 Abs. 53).

Die Visite und die erhaltenen Informationen werden als zu schnell und ungenau beschrieben⁷¹:

„Und da hätte ich mir doch gewünscht, dass ich ein bisschen eher Informationen zu bekomme, was denn jetzt wirklich los war, ob alles gut gelaufen ist.“ (MRSA_N_4 Abs. 91)

Es wird jedoch nicht deutlich, ob dies mit dem MRE in Zusammenhang steht⁷²: *„Ich fürchte leider das ist allgemein mittlerweile leider so.“* (VRE_W_2 Abs. 123)

Ein_e Expert_in beschreibt eine mögliche Beteiligung durch die Durchführung der *„Desinfektion und so. Also alles, was sie mir gesagt haben, was ich machen kann. Das habe ich gemacht aber sonst nichts mehr.“* (VRE_W_2 Abs. 153)

VRE_N_2 empfindet die Kommunikation als eingeschränkt, da *„eine andere Sprache“* (VRE_N_2 Abs. 39) gesprochen würde, und zweifelt an den Aussagen der ärztlichen Mitarbeitenden.

⁷⁰ MRSA_N_4, VRE_N_1, VRE_W_2

⁷¹ MRSA_N_4, VRE_W_2, VRE_N_1

⁷² MRSA_N_4, VRE_W_2, VRE_N_1

Für MRGN_W_1 ist es wichtig, selbst gut informiert zu sein und sich dadurch besser an der Behandlung beteiligen zu können.

Die Expert_innen sind bereit, an der Versorgung und auch an der Infektionsprävention mitzuwirken. Viele möchten mehr in die Behandlung eingebunden sein und empfinden fehlende Informationen und/oder mangelnde Kommunikation sowie zu kurze Patient_innenkontakte als hinderlich. Ob die mangelnde Kommunikation eine Folge der MRE-Trägerschaft ist oder ob Kommunikation im Gesundheitswesen grundsätzlich nicht zufriedenstellend verläuft, bleibt für die Expert_innen unklar.

Umweltproblematik

Zwei Expert_innen erwähnen eine mit den Hygienemaßnahmen, insbesondere der Schutzkleidung, verbundene Umweltproblematik⁷³:

„Und dann ist es auch, ich sag mal, eine Müllfrage. Da bleibt so viel Müll liegen. Wenn die jetzt mit vier Mann hier reingekommen wären. Und die hätten alle den Kittel angehabt, die Haube auf, Handschuhe und und und. Wäre das ein Müll gewesen anschließend. Ist ja Wahnsinn.“ (MRSA_N_6 Abs. 19)

Die Wahrnehmung der Umweltproblematik im Zusammenhang mit Infektionspräventionsmaßnahmen wird nur von wenigen Expert_innen aufgegriffen und scheint daher eher aus persönlichem Interesse zu resultieren.

K2 Leibliches Wohlbefinden

Ein Einfluss auf das leibliche Wohlbefinden der Expert_innen durch den Keim ist nicht in allen Fällen gegeben⁷⁴. Für MRSA_W_2 steht hierbei die Grunderkrankung im Vordergrund. VRE_W_2 beschreibt eine Situation, in der das leibliche Wohlbefinden durch das Personal gefördert wird, indem die Schutzmaßnahmen gelockert werden:

„Und es gibt nette Krankenschwestern, die einen mal eben schnell, wenn man verspricht, dass man Nichts anfasst, kurz zu der Waage lassen. Und es gibt

⁷³ MRSA_N_4, MRSA_N_6

⁷⁴ MRSA_N_1, MRSA_N_7

halt die Krankenschwestern, die einem dann erstmal umständlich den Kittel anziehen und Handschuhe anziehen, und Mundschutz anziehen und dann erst zur Waage lassen. Und wenn man sowieso schon auf Krücken geht, ist man dann schon fertig. Bis man dann zur Waage gekommen ist, hat man Angst, dass man nicht mehr zurück ins Bett kommt. Deswegen bin ich immer dankbar, wenn ich sehe, es ist die und die Krankenschwester da. Die macht schnell, die geht kurz mit mir dahin, hält die Krücken, dass ich halt nichts berühre und nichts verteilen kann und mich schnell wiege.“ (VRE_W_2 Abs. 149)

Einschränkungen auf das leibliche Wohlbefinden haben unterschiedliche Ursachen. Der durch den letzten Operationstermin bedingte lange Zeitraum, in dem er/sie nüchtern bleiben musste, wurde für MRSA_N_1 zu einer körperlichen Belastung. Die erforderliche Nutzung eines Toilettenstuhls⁷⁵ wird ebenso wie die Sanierung⁷⁶ als unangenehm empfunden. Für Expert_innen, die auf Grund der Grunderkrankung körperlich beeinträchtigt sind, stellt die Schutzkleidung eine zusätzliche Belastung dar⁷⁷.

Inwieweit eine Einschränkung des leiblichen Wohlbefindens wahrgenommen wird, hängt von der Art und Schwere der Grunderkrankung ab und wird von ihr beeinflusst. Für einige Expert_innen ist die MRE-Trägerschaft weniger schwerwiegend als es die Einflüsse der Grunderkrankung sind. Für andere stellt die Schutzkleidung eine zusätzliche Belastung dar. Die in einem Fall erforderliche Benutzung eines Toilettenstuhls wird als stark einschränkend empfunden. Ein_e andere_r Expert_in war auf Grund der Grunderkrankungen ohnehin auf die Benutzung einer Bettpfanne angewiesen. Der/die Expert_in, der/die eine verlängerte Wartezeit und damit eine lange Zeit ohne Nahrungsaufnahme bemängelt, gibt als Lösungsvorschlag, Infusionen zu erhalten, an.

⁷⁵ MRSA_N_2

⁷⁶ MRSA_W_2

⁷⁷ MRGN_W_1, VRE_W_2

Hilfe bei Tätigkeiten und Handlungen des Tagesablaufes

Die Expert_innen berichten, in ihrem Tagesablauf auf die Hilfe des Personals angewiesen zu sein⁷⁸. Manche Expert_innen beschreiben im Hinblick darauf ihre Versorgung als gut⁷⁹ oder erfahren keine Einschränkung⁸⁰.

*„[...] Ich werde künstlich ernährt. Und das Pflegepersonal macht das dann. I: Und machen die irgendetwas Besonderes? **MRSA_W_3**: Ja die waschen mich morgens und ziehen mir saubere Sachen an. Mit dem Pflegedienst bin ich sehr gut zufrieden.“ (MRSA_W_3 Abs. 32–34)*

Viele Patient_innen empfinden das Personal als in der Tätigkeit eingeschränkt⁸¹ und beobachten eine Rationalisierung der Versorgung durch das Personal⁸²:

„Ich glaub einfach, dass dann einfach öfters mal reingekommen wäre [...]. Heute muss ich ganz ehrlich sagen, hatte ich eine super nette Schwester. Die fragte, wo ich im Badezimmer war, ob Sie mir das Bett nochmal eben aufschütteln sollte. Oder sonst was. Weil sonst mach ich hier eigentlich alles selber. Also hier möchte keiner was anfassen. Hier möchte keiner was machen. Von daher versuche ich das immer alles irgendwie selber zu machen. Heute war es ein bisschen andersrum. Also ich glaub das liegt auch immer ein bisschen [daran], welche Person hier wirklich reinkommt. Also es gibt einen Teil, die wollen am liebsten nichts damit zu tun haben. Die machen ihre nötigsten Sachen, und der andere Teil ist, denen, das glaub ich, egal, ob man diesen Keim hat oder nicht. Die wissen, wie sie sich dagegen schützen, und wissen, was sie alles damit machen können.“ (MRSA_N_4 Abs. 111)

Ein_e Expert_in ist nicht darüber informiert, ob er/sie das Zimmer verlassen kann⁸³, während andere Expert_innen dies auf Grund der Grunderkrankung⁸⁴ oder aus Rücksicht auf andere Patient_innen unterlassen⁸⁵.

⁷⁸ MRSA_W_3, VRE_N_1

⁷⁹ MRSA_W_3, VRE_N_1

⁸⁰ VRE_W_2

⁸¹ MRSA_N_1, MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRSA_N_6, VRE_N_2, MRGN_W_1

⁸² MRSA_N_2, MRSA_N_4

⁸³ VRE_N_2

⁸⁴ MRSA_W_3

⁸⁵ MRSA_N_4

Tätigkeiten und Handlungen des täglichen Lebens sind eingeschränkt. Die Hilfe bei diesen Tätigkeiten wird häufig als mangelhaft wahrgenommen. Begründet sehen dies die Expert_innen in der mangelnden Bereitschaft des Personals, eine/n MRE-Patient_in adäquat zu versorgen, oder es wird durch den Mehraufwand, den Mitarbeitende durch die Hygienemaßnahmen haben, erklärt. Von der Mehrheit der Expert_innen wird im Punkt der Hilfe bei Tätigkeiten des täglichen Tagesablaufes eine Einschränkung beschrieben.

Privatsphäre

Die Privatsphäre der Patient_innen wird, wie auch bereits in der Subkategorie Lebensqualität beschrieben, durch die Unterbringung im Einzelzimmer aufgewertet⁸⁶.

Ansprechende und saubere Atmosphäre

Zur Atmosphäre der Patient_innenumwelt gibt es von Seiten der Expert_innen wenige Aussagen. Zwei Expert_innen erwähnen Mängel in diesem Bereich⁸⁷:

„[...] Dass da unten nicht richtig geputzt wurde. Und dass ich mal wieder vergessen habe, aus Versehen richtig zu desinfizieren. Dass ich halt, bevor ich auf Toilette war, mal nicht erst die Klobrille desinfiziert habe. Aber im Grunde [...] Ist halt mein altbewährtes Problem, entweder mit meinem Fehler, dass ich halt nicht richtig nachgeputzt habe oder, dass halt die die Putzkräfte nicht gut genug oder nicht oft genug geputzt haben. Aber das hatten wir ja vorhin schon mal das Thema, dass ich das hier extremst unterversorgt finde.“
(VRE_W_2 Abs. 197–199)

Diese/r Expert_in sieht in diesem Bereich Mängel, ist jedoch auch bereit, sich selbst zu beteiligen und so an der Versorgung mitzuwirken.

Besuch durch Angehörige

Auf den Besuch durch Angehörige hat eine Besiedelung oder Infektion mit MRE vielseitige Auswirkungen. MRSA_N_6 und VRE_W_2 berichten, dass aufgrund des MRE nicht weniger Besucher_innen ins Krankenhaus kommen würden. Für MRSA_W_2 ist ein telefonischer Kontakt mit Angehörigen ausreichend. Genau wie

⁸⁶ MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRSA_N_5, MRSA_W_2, MRSA_W_3 VRE_W_2, MRGN_W_1

⁸⁷ MRSA_W_2, VRE_W_2

MRSA_N_5 bemängelt diese/r Expert_in den hohen Aufwand, den Besucher_innen durch die Schutzmaßnahmen auf sich nehmen müssen. Während sich MRSA_W_3 an die Schutzkleidung bei Verwandten gewöhnt hat, erfolgt bei MRSA_N_5 auf die eigene Bitte hin weniger Besuch. MRSA_N_2 empfindet die Schutzmaßnahmen als Abschreckung für Angehörige und auch MRSA_N_4 hat kein Verständnis für eine strenge Einhaltung der Schutzmaßnahmen bei Angehörigen:

„Und die, die Besuch sind, hier rein gehen, wieder raus gehen und mit den anderen Patienten sehr wenig in Kontakt sind, die müssen sich schützen wie sonst irgendwas. Also das fand ich ein bisschen, widersprüchlich.“

(MRSA_N_4 Abs. 85)

Für mehrere Expert_innen resultiert aus den Schutzmaßnahmen eine Distanz zu den Angehörigen⁸⁸:

„Und was ich ganz schlimm fand, ist (fängt an zu weinen) ist (weinen) als meine Kinder mich besucht haben. (Weinen) Das die nicht an mich rankamen (weinen). Naja, aber ist ja halt Vorschrift.“ (MRSA_N_2 Abs. 5)

Ein_e Expert_in⁸⁹ berichtet, dass auf Grund des MREs keine Kinder zu Besuch kämen.

Für MRSA_N_6 ist es eine Lösung, mit dem Besuch das Zimmer zu verlassen und so weniger eingeschränkt zu sein:

„Na und deswegen bin ich gestern ja auch mit nach draußen gegangen und dann kam die Schwester und sagte: ‚MRSA_N_6 wie sieht es aus, wollen Sie mit nach draußen gehen mit Ihren Angehörigen oder wollen Sie hier drinnen bleiben?‘ Da habe ich gedacht, ne eh die sich alle anziehen müssen.“

(MRSA_N_6 Abs. 19)

Auch im Hinblick auf den Besuch der Angehörigen sind die Einschätzungen der Expert_innen vielseitig. Während einige Expert_innen keine Einschränkung feststellen oder ohnehin keinen Besuch wünschen, sind für andere Expert_innen die Folgen des MREs tragisch und weitreichend. Teilweise wurden durch dieses Thema starke Emotionen bei den Interviewteilnehmern ausgelöst. Vor allem bei nahen

⁸⁸ MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRSA_N_6

⁸⁹ MRSA_N_4

Angehörigen, wie Lebenspartner_innen und Kindern, wird durch die Schutzkleidung Distanz geschaffen. Zu diskutieren ist dahingehend, inwieweit die mangelnde Nähe zu Angehörigen der Behandlung und Genesung entgegensteht. Der Lösungsvorschlag von MRSA_N_6, mit dem Besuch das Krankenzimmer zu verlassen und so, unter Voraussetzung der korrekten Umsetzung von Richtlinien und Dienstanweisungen, die Distanz durch die Schutzkleidung zu verringern, kann jedoch nur im Falle eines ausreichenden Gesundheitszustandes der Patient_innen umgesetzt werden. Ebenso sind dafür Räume und Aufenthaltsorte notwendig. Dies kann außer außerhalb von Gebäuden und an öffentlichen Orten, wie beispielsweise gastronomischen Betrieben, die nicht dem Krankenhaus selbst angehören, geschehen, und deshalb nur schwer umgesetzt werden.

K3 Emotionales Wohlbefinden und Unterstützung

Das emotionale Wohlbefinden der Expert_innen wird durch den MRE auf vielfältige Weise mitbeeinflusst. Durch den MRE entsteht eine zusätzliche emotionale Belastung⁹⁰. Ein positiver Umgang mit der Situation wird durch das Personal⁹¹ und die gute Versorgung gefördert⁹². Ein_e Expert_in beschreibt, dass es ihm/ihr helfe, zu wissen, dass auch andere Patient_innen von einem MRE betroffen seien⁹³. Daneben wirkt sich eine positive Lebenseinstellung auf den Umgang mit den Auswirkungen des Keimes aus⁹⁴. Negative Gefühle werden von mehreren Expert_innen beschrieben und resultieren aus unterschiedlichen Aspekten des MREs:

MRSA_N_2 berichtet, nachts zu grübeln. Als hinderlich für ein emotionales Wohlbefinden werden die Schutzkleidung⁹⁵, Blicke⁹⁶, die plötzliche Umstellung in der Behandlung sowie das Personal beschrieben⁹⁷. Für MRSA_W_2 steht die emotionale Belastung durch die Grunderkrankung im Vordergrund.

Die Beeinträchtigung des emotionalen Wohlbefindens hat viele Aspekte und wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Die Bemerkung von MRSA_N_5, dass es helfe, zu wissen, nicht allein in dieser Situation zu sein, kann als

⁹⁰ MRSA_N_6, MRSA_W_2

⁹¹ MRSA_N_4, VRE_W_2

⁹² MRSA_N_5, MRSA_W_2, VRE_W_1

⁹³ MRSA_N_5

⁹⁴ MRSA_N_6, MRGN_W_1

⁹⁵ VRE_N_2

⁹⁶ VRE_W_2

⁹⁷ MRSA_N_4

Handlungsempfehlung diskutiert werden. Die Information, dass auch andere Patient_innen betroffen sind, kann mit in Informationsmaterialien aufgenommen werden und den Patient_innen kann der Austausch mit anderen Betroffenen ermöglicht werden. Die unterschiedliche Reaktion in Bezug auf die Grunderkrankung sollte evaluiert und mit in den jeweiligen Umgang mit MRE-Patient_innen einbezogen werden. Patient_innen mit einer weniger belastenden Grunderkrankung benötigen unter Umständen ein höheres Maß an Aufklärung bezogen auf den MRE. Das Personal kann einen großen Einfluss auf das Erleben und das emotionale Wohlbefinden haben.

Sorgen um Mitpatient_innen

In den Interviews kommt mehrfach die Sorge um die Mitpatient_innen zum Ausdruck⁹⁸. MRSA_N_5 sieht sich als „eine Gefahr für die anderen Patienten“ (MRSA_N_5 Abs. 92). Die Prävention der Weitergabe des MREs an andere Patient_innen ist für viele Expert_innen eine Motivation, die Hygienemaßnahmen einzuhalten:

„Nee, glaub ich nicht. Dann hätte ich Angst davor gehabt, dass ich doch irgendwelchen Leuten über den Weg laufe, die ich vielleicht doch irgendwo hätte anstecken können. Und da wäre ich, glaub ich, aus Sicherheitsgründen doch lieber im Zimmer geblieben, als dass ich raus gegangen wäre.“

(MRSA_N_4 Abs. 107)

An diesem Punkt ließe sich bei der Informationsweitergabe ansetzen. Die Bereitschaft zur Beteiligung ist durch die Empathie für Mitpatient_innen hoch. Die Umsetzung der Hygienemaßnahmen trifft aus dieser Sicht auf breites Verständnis.

Ängste über die Auswirkungen des Keims

Die bestehenden Ängste über die Auswirkungen des Keimes sind vielfältig. Während der MRE für einige Expert_innen eine zusätzliche Belastung zur Grunderkrankung darstellt⁹⁹, stehen bei anderen Expert_innen die Sorgen über die Grunderkrankung im Vordergrund¹⁰⁰. Bei diesen Expert_innen tauchen jedoch im Interviewverlauf,

⁹⁸ MRSA_N_4, MRSA_N_5, MRSA_W_2, VRE_W_2, MRGN_W_1

⁹⁹ MRSA_N_1, VRE_N_1, MRGN_W_1

¹⁰⁰ MRSA_N_7, MRSA_W_2

genau wie bei Expert_innen, die auf die direkte Nachfrage keine Sorgen in Bezug auf den MRE angeben¹⁰¹, Aspekte auf, die den Expert_innen Anlass zur Sorge geben. Expert_innen beschreiben die initiale Reaktion auf die Nachricht, Träger eines MRE zu sein, als „*Schock*“ (MRSA_N_2 Abs. 3) und „*Panik*“ (MRSA_N_6 Abs. 29). Diese habe eine Unsicherheit als Ursache¹⁰². Expert_innen berichten von Sorgen darüber, dass sich durch den MRE der Aufenthalt verlängern oder eine Einschränkung in der Behandlung resultieren könnte¹⁰³, der MRE einen negativen Einfluss auf die Wundheilung und den OP-Ausgang haben¹⁰⁴ und deswegen eine OP nicht stattfinden könnte¹⁰⁵. Darüber hinaus wird eine Überbewertung¹⁰⁶ und abweichende Behandlung befürchtet¹⁰⁷. Einige Expert_innen ahnen Auswirkungen in der Zukunft¹⁰⁸, u. a. bedingt durch einen Wirkverlust von Antibiotika¹⁰⁹. Die Ängste über mögliche Auswirkungen des Keimes sind vielfältig, werden jedoch häufig als Vermutung formuliert. Eine adäquate Information und die Möglichkeit zu Rückfragen können hier positive Effekte erzielen. Starke emotionale Reaktionen wie „*Schock*“ oder „*Panik*“ gilt es zu vermeiden.

Angst über finanzielle Auswirkungen

Nur ein_e Expert_in¹¹⁰ äußert Sorgen im finanziellen Bereich, die aus der MRE-Besiedelung resultieren könnten. Die Sorge über finanzielle Auswirkungen erscheint daher nicht sehr ausgeprägt und im Kontext von MRE von untergeordneter Relevanz.

Empathie für das Personal

In mehreren Interviews wird Empathie für das Personal deutlich. Diese betrifft vor allem den Mehraufwand, die der MRE für das Personal bedeutet,¹¹¹ und resultiert in einem Versuch, das Personal zu unterstützen¹¹²:

¹⁰¹ MRSA_N_2, MRSA_N_5, VRE_W_1, VRE_W_2

¹⁰² MRSA_N_2

¹⁰³ MRSA_W_3, MRSA_N_1, MRSA_N_5, VRE_W_1

¹⁰⁴ MRSA_N_1, VRE_N_1

¹⁰⁵ MRSA_N_4

¹⁰⁶ MRSA_N_2

¹⁰⁷ VRE_N_2

¹⁰⁸ MRSA_N_5, MRSA_N_7, VRE_W_2

¹⁰⁹ MRSA_W_2

¹¹⁰ MRSA_W_1

¹¹¹ MRSA_N_5, VRE_N_1, MRGN_W_1

¹¹² MRSA_N_5, MRSA_N_6

„Die machen das hier so ein bisschen/ich habe den Stuhl da vorne hingestellt, dass die gar nicht so weit hierein kommen müssen, das Essen da abstellen und eh. das find ich auch ganz praktisch. [...] Ich halte das schon für schwer. Hier immer diesen Anzug. Nur um mir das Essen hinzustellen. Also das kann man auch einfacher haben.“ (MRSA_N_5 Abs. 80–82)

Während einige Expert_innen Unverständnis für das Verhalten des Personals äußern¹¹³ („*Faulheit. Faulheit und weil sie das nicht anziehen wollen.*“ MRSA_N_7 Abs. 60), herrscht auf der anderen Seite Verständnis für das Verhalten¹¹⁴ sowie für Ängste¹¹⁵ und Unsicherheiten¹¹⁶ auf Seiten der Mitarbeitenden:

„[...] Also es hängt schon mehr/es ist ein Mehraufwand. Das merkt man und man merkt auch, dass der oft nicht so richtig zu bewältigen ist, eigentlich“ (MRGN_W_1 Abs. 58)

K4 Einbeziehen von Familie und Freund_innen

Zusätzlich zu den Aussagen, die die Subkategorien betreffen, und den Aussagen, die bereits in Kategorie 2 bezüglich des Besuchs durch Angehörige getroffen werden, sei an dieser Stelle noch einmal der strenge Umgang mit Angehörigen erwähnt¹¹⁷:

„Also jedenfalls, da wo ich behandelt werde, stationär meistens. Tragen alle Patienten Mundschutz auch, wenn es jetzt nicht MRGN oder irgendwas ist, um zu versuchen die Stämme wirklich nicht untereinander auszutauschen. Wir dürfen uns auch nicht auf den Zimmern besuchen. Auch auf dem Flur eigentlich bitte Abstand halten. Also ganz anders als früher, wenn wir da teilweise zusammen in den Zimmern gelegen haben.“ (MRGN_W_1 Abs. 98)

Angehörige als Anwält_in der Patient_innen

Angehörige werden von einigen Expert_innen in der Rolle des/der Anwält_in gesehen. Dies zeigt sich in verschiedenen Aspekten. Zum einen spielen sie eine

¹¹³ MRSA_N_7, MRGN_W_1

¹¹⁴ VRE_W_1, MRGN_W_1

¹¹⁵ MRSA_N_6, MRSA_N_7

¹¹⁶ MRGN_W_1

¹¹⁷ MRSA_N_4, MRGN_W_1

Rolle in der Informationsweitergabe und dem Zugang zu Information¹¹⁸ sowie der Aufklärung¹¹⁹:

„Ja mein Schwiegersohn ist selber Arzt. [...] Und den habe ich sofort angerufen, und der sagte, da brauchst du dir keine Bedenken zu haben, das ist alles in Ordnung [...].“ (MRSA_N_5 Abs. 54)

„Ich war selbst gar nicht bei meinem Hausarzt, weil ich nicht laufen konnte zu der Zeit. Und habe daher, meine Mutter war da vor Ort. Und die hat dann da alles soweit geklärt. Also da habe ich gar nichts von mitbekommen. Weil es ja abgesprochen worden ist.“ (MRSA_N_4 Abs. 35)

„Nein, das habe ich dann durch diverse, beharrliche Versuche etwas raus zu kriegen dann doch irgendwann malNein, Korrektur. Ich noch nicht mal, meine Mutter hat es dann irgendwann herausgefunden. Es scheint so da drüben irgendwie was zu sein, was man nicht ausspricht.

I: *Wie hat die das dann geschafft raus zu finden? VRE_W_2: Die ist beharrlich.“ (VRE_W_2 Abs. 15–17)*

Zum anderen beschreibt VRE_N_2, dass die Angehörigen im Namen der Expert_innen eine Beschwerde weiterleiten würden.

Angehörige spielen häufig die Rolle des/der Anwalt_in für Patient_innen. Besonders im Hinblick auf die Informationsbeschaffung und -übermittlung wird diese Rolle deutlich. Wenn Informationen ausschließlich über Angehörige weitergeleitet werden, können Informationen verloren gehen oder falsch übermittelt werden. Daher ist eine direkte Kommunikation mit den Patient_innen essenziell. Ebenso ist zu beachten, dass die Patient_innen ggf. über Angehörige falsch informiert wurden. Auf der anderen Seite können Informationen, für die die Patient_innen nicht empfängsbereit sind, über Angehörige an diese herangetragen werden und die Informationen der Angehörigen somit hilfreich beim Umsetzen und positiven Erleben der Hygienemaßnahmen sein.

¹¹⁸ MRSA_N_4, MRSA_N_6, VRE_W_2

¹¹⁹ MRSA_N_5

Sorgen über Auswirkungen auf Angehörige

Die Sorgen über mögliche Auswirkungen auf Angehörige fallen unterschiedlich aus. Vier Expert_innen beschreiben keine Sorgen im Hinblick auf Angehörige¹²⁰. Manche geben an, in Bezug auf Angehörige mit Risikofaktoren keine speziellen Verhaltensweisen anzuwenden¹²¹. Ein_e Expert_in berichtet dabei, dass die Informationen, die er/sie durch Nachfrage beim Gesundheitsamt erhalten hätte, die Sorgen gemindert hätten¹²². Ein_e ander/e Expert_in äußert ebenfalls, dass das Wissen über den Umgang mit Angehörigen mit Risikofaktoren förderlich sei:

„[...] Und da meine Mutter eine Risikopatientin ist, durch diverse Krankheiten. Wir haben/Hatte ich mich auch ein bisschen da drüber informiert und es haben uns drei Ärzte unabhängig voneinander gesagt, dass es eigentlich vollkommen ausreichen würde, bei diesem Keim, dass wir uns die Hände desinfizieren, nachdem wir auf Toilette waren [...].“ (VRE_W_2 Abs. 65)

Einige Expert_innen beschreiben, trotz der generellen Angabe, keine Sorge zu haben, Unsicherheiten in Bezug auf Angehörige¹²³. Diese erstrecken sich speziell auf den Umgang mit Kindern¹²⁴, Älteren¹²⁵ und Schwangeren¹²⁶.

MRSA_N_2 und MRGN_W_1 beschreiben, dass Angehörige selbst Sorge hätten, von Auswirkungen betroffen zu sein:

„[...] Mein Bruder hat allerdings eine zweijährige Tochter und die ist ein Einzelkind und wird verhätschelt von vorne bis hinten, und die haben schon durchblicken lassen, dass es wichtig ist, dass ich den saniere und dass sie sich schon Gedanken machen wie es ist, wenn die mit mir in Verbin/ in Kontakt kommen.“ (MRSA_N_2 Abs. 9)

Besonders im Hinblick auf Kinder bestehen Sorgen bei den Patient_innen und deren Angehörigen. Dies ist demzufolge ein Punkt, über den Patient_innen aufgeklärt werden müssen. Die Auswirkungen auf Angehörige sollten auch in den Informationsblättern thematisiert werden.

¹²⁰ MRSA_N_4, MRSA_N_6, MRSA_N_7, MRGN_W_1

¹²¹ MRSA_N_1, VRE_W_1

¹²² MRSA_N_7

¹²³ MRSA_N_6, MRSA_W_1

¹²⁴ MRSA_N_4, MRSA_N_5

¹²⁵ MRSA_N_4

¹²⁶ MRSA_N_6

Soziale und emotionale Unterstützung der Angehörigen

In keinem der Interviews fallen Aussagen darüber, ob eine soziale und emotionale Unterstützung der Angehörigen stattgefunden hat und/oder gewünscht war. Dies ist überraschend, da, wie oben beschrieben, häufig Sorgen um potenzielle Auswirkungen für Angehörige bestehen.

K5 Zugang zu Versorgung im stationären Setting

Auch im Hinblick auf den Zugang zu Versorgung im stationären Setting gehen die Meinungen der Expert_innen auseinander. VRE_N_1 und MRGN_W_1 sehen generell keine Unterschiede in der Behandlung im Vergleich zu Patient_innen ohne MRE. Für MRSA_N_7 folgt der Alltag im Krankenhaus einer ganz normalen Routine. MRSA_N_5 zeigt sich zufrieden mit der Behandlung und stellt die Vorteile eines „großen Krankenhauses“ heraus.

Zugang zu Versorgung innerhalb des stationären Sektors

Vor allem VRE-Patient_innen beschreiben ihre Versorgung als gut¹²⁷. Nicht für alle Expert_innen ist jedoch ein Vergleich möglich. Dennoch im Vorhinein bestehende Sorgen hätten sich als unberechtigt erwiesen¹²⁸. MRGN_W_1 beschreibt, dass es speziell im ärztlichen, MRSA_N_1 speziell im Reinigungsbereich, keine Einschränkungen gäbe.

Dies wird von anderen Expert_innen anders gesehen. So gibt MRSA_N_2 an, der Nachweis des MRE hätte schneller erfolgen sollen. MRGN_W_1 ist in der Versorgung teilweise auf die Mithilfe der Angehörigen angewiesen.

Generelle Einschränkungen in der Versorgung werden von mehreren Expert_innen beschrieben¹²⁹. Hier fallen häufig längere Wartezeiten auf¹³⁰. MRSA_N_5 empfindet die Einschränkung nicht als Nachteil und sieht andere Ursachen als verantwortlich an.

MRSA_N_1 und MRSA_N_2 beschreiben Einschränkungen im Bereich der Pflege:

„[...] Die musste [sich] erst umziehen, die Nachtschwester, dann hat es länger gedauert, und dann hat es anderthalb Stunden gedauert, bis sie den Tropf

¹²⁷ VRE_N_1, VRE_W_1, VRE_W_2, MRSA_N_5

¹²⁸ MRSA_N_4

¹²⁹ MRSA_N_2, MRSA_N_5, MRSA_N_7, MRSA_W_2, MRGN_W_1, VRE_W_2, VRE_N_2

¹³⁰ MRSA_W_2, VRE_W_2, MRGN_W_1

abgemacht hat. Ja hat mich persönlich nicht gestört, aber sonst wäre sie schnell eben vorbeigekommen, zack, abgeklemmt und weg. Und jetzt muss die sich dann ja erst umkleiden ne.“ (MRSA_N_1 Abs. 36)

Häufiger sind Einschränkungen in der ärztlichen Versorgung¹³¹:

„Wo ich keinen Keim hatte, jeden Morgen kam ein Arzt nach dem andern rein, bis das Zimmer voll war. Und jetzt hat sich schon zwei Tage keiner mehr sehen lassen. Da ich wohl keinen Keim hatte, da kamen morgens alle zum Gucken und zum Beratschlagen und jetzt lässt sich keiner mehr sehen. Obwohl da war es mir eigentlich wohl zu viel, wenn da so viele kommen und jetzt ist ja nichts Besonderes, keine OP, da steht nichts an, aber irgendwo möchte man doch mal wissen, mal einen Arzt sprechen, sieht das in Ordnung aus, oder nicht. Die werden wohl mal keine Zeit haben, kann ich wohl verstehen, aber zwei Tage, verstehe ich nicht.“ (MRSA_N_1 Abs. 32)

Es wird eine räumliche Distanz beschrieben, die daraus resultiert, dass die Ärzt_innen nicht zum Patient_innenbett treten, sondern an der Tür stehen bleiben¹³²:

„Die stehen in der Visite immer da in der Tür und schreien mich an. Weil sie zu faul sind sich für zwei Minuten einen Kittel anzuziehen.“ (VRE_W_2 Abs.117)

Von einigen Expert_innen wird der Keim nur teilweise als Ursache der Einschränkungen verantwortlich gemacht¹³³.

MRSA_W_2 erhielt als Erklärung, dass *„sie dann nicht mehr operieren [dürfen]. Das hat man mir dann wohl erklärt, dass sie in der Tür stehen bleiben, damit Sie eben den Keim nicht mit in den OP nehmen.“ (MRSA_W_2 Abs. 33)*

Hinsichtlich des Zugangs zur Versorgung im stationären Setting besteht eindeutig Optimierungsbedarf. Vor allem in der ärztlichen Versorgung werden Mängel deutlich. Visiten finden weniger statt oder sind durch eine Distanz gekennzeichnet, die aus der Schutzkleidung resultiert und dadurch bedingt ist, dass Ärzte nicht bis ans Bett kommen. Eine weitere Einschränkung besteht durch die Wartezeiten. Das

¹³¹ MRSA_N_1, MRSA_N_2, MRSA_N_4, VRE_N_1, VRE_N_2, MRSA_W_2, VRE_W_2

¹³² MRSA_N_2, MRSA_N_4, VRE_N_1, VRE_N_2, MRSA_W_2, VRE_W_2

¹³³ MRSA_N_4, VRE_N_1, VRE_W_2

Verständnis hierfür ist unterschiedlich ausgeprägt. In diesem Zusammenhang ist zu diskutieren, inwieweit Verbesserungen umsetzbar sind und wie hoch die Bereitschaft des Personals ist, Verbesserungen durchzusetzen und das Verhalten zu ändern.

Terminvergabe

MRSA_N_1, MRSA_N_2 und MRGN_W_1 beschreiben Einschränkungen in der Terminvergabe im stationären Setting. MRSA_N_1 hat hierfür Verständnis.

Demgegenüber werden von VRE_W_2 die Einschränkungen nicht als hinderlich wahrgenommen:

„Nein, halt nur, dass ich immer als letztes bei irgendwelchen Untersuchungen bin. Dass die danach dann ordentlich aufräumen können. Aber sonst habe ich da keine Einschränkungen mit. [...] Da kann ich mit Leben.“ (VRE_W_2 Abs. 109–111)

Ausschließlich negativ äußert sich nur MRSA_N_2. Obwohl es Einschränkungen in der Terminvergabe gibt, stellen diese kein großes Problem dar. Patient_innen sind in der Regel einsichtig, wenn die Gründe für beispielsweise einen späten Termin dargelegt werden.

8.5.2 Information

K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen

Informiert zu sein, wird von den Expert_innen als wichtig angesehen, um selbst an der Behandlung beteiligt zu sein¹³⁴:

„Ja, dass er weiß, [...] Das aus dem und dem Grund das irgendwie tragen muss, und dass er das selber unterstützen kann. [...] Und dass er selber darauf achten kann, und das dann eben auch so weitergeben kann.“
(MRGN_W_1 Abs. 86)

Einige Expert_innen zweifeln jedoch an den erhaltenen Informationen¹³⁵:

¹³⁴ MRSA_N_4, MRGN_W_1

¹³⁵ MRSA_N_1, VRE_W_2

„Die verarschen mich. Weil dieses ständige rumräumen. Das ist da drüben echt ein Hobby. Und ich dachte es wäre nur eine neue Ausrede, dass ich wieder in ein neues Zimmer geräumt werde.“ (VRE_W_2 Abs. 137)

Wer hat wann und wie informiert

Die Information der Expert_innen über den MRE erfolgt in der Regel durch die ärztlichen¹³⁶ oder pflegerischen Mitarbeitenden¹³⁷. VRE_N_2 gibt an, keine Informationen erhalten zu haben, während bei VRE_W_1 die Information sehr häufig erfolgt sei. Bei einem/einer weiteren Expert_in liegt die Information lange zurück¹³⁸, sodass keine genaue Aussage über die Informationsweitergabe möglich war. Neben mündlicher Informationsweitergabe¹³⁹, die in einem Fall prästationär über das Telefon erfolgte,¹⁴⁰ erhielten einige Expert_innen Informationen in schriftlicher Form¹⁴¹. Bei einem/einer Expert_in erfolgte die Erstinformation im Anschluss an eine Operation im Aufwachraum¹⁴². MRSA_W_2 und VRE_W_2 äußern, die Informationen seien nicht sehr detailliert. Bei ihnen sowie bei MRSA_N_2 und MRSA_N_7 erfolgten weitergehende Informationen nachträglich zur Erstinformation. MRSA_N_5 und MRSA_W_2 berichten von bestehendem Vorwissen. MRSA_N_5 war ebenso wie VRE_W_2 abschließend zufrieden mit der Informationsweitergabe. Zwei Expert_innen bestätigen, dass sie die Möglichkeit hatten, Nachfragen zu stellen¹⁴³.

Offen bleibt, weshalb nicht alle Expert_innen die zur Verfügung stehenden schriftlichen Informationen erhalten haben.

Verständlichkeit der Informationen

Die Verständlichkeit der Informationen wird von den Expert_innen unterschiedlich eingeschätzt. Mehrere Expert_innen schätzen sie als grundsätzlich gut ein¹⁴⁴. MRSA_N_7 hebt die gute Verständlichkeit durch die Kombination von schriftlicher und mündlicher Information hervor, während für VRE_W_2 und MRSA_N_2 die

¹³⁶ MRSA_N_2, MRSA_N_5, MRSA_N_6, MRSA_W_2, MRSA_W_3, VRE_W_2

¹³⁷ MRSA_N_1, MRSA_N_4

¹³⁸ MRGN_W_1

¹³⁹ MRSA_N_1, MRSA_W_1, MRSA_W_2, VRE_N_1, MRSA_N_7

¹⁴⁰ MRSA_N_4

¹⁴¹ MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRSA_N_7, VRE_W_7

¹⁴² MRSA_N_2

¹⁴³ MRSA_N_5, VRE_N_1

¹⁴⁴ MRSA_N_1, MRSA_N_4, MRSA_N_7, MRSA_W_2, VRE_W_1, VRE_W_2, MRGN_W_1

schriftlichen Informationen nur eingeschränkt verständlich sind. VRE_W_2 gibt an, „dass [jemand], der mit dem Thema überhaupt nichts zu tun hat, der hört vielleicht nach der ‚Wie-kringt-man-das-Phase‘ auf, und geht nicht weiter ins Detail“

(VRE_W_2 Abs. 33).

MRSA_N_2 bemängelt, „dass man eigentlich noch ein bisschen mehr ausführen [hätte] können. [Man] hätte da ruhig schon mal ein bisschen mehr drüber sprechen können“ (MRSA_N_2 Abs. 15).

Diese_r Expert_in hätte sich mehr Informationen gewünscht. Auch MRSA_N_1, VRE_N_1 und VRE_W_2 haben offene Detailfragen. Ein_e andere_r Expert_in ist nur grob aufgeklärt¹⁴⁵.

Einige Aspekte sind den Expert_innen unverständlich. Hierzu zählen Abkürzungen in den Informationsblättern¹⁴⁶, die Ausdrucksweise¹⁴⁷ und die Behandlung trotz des MREs¹⁴⁸. MRSA_N_5 merkt an, dass ein Gespräch die Verständlichkeit erhöhen würde, und VRE_W_2 sowie MRGN_W_1 sagen, dass eine medizinische Vorbildung zum Verständnis beitrage.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kombination aus mündlicher und schriftlicher Information positiv aufgefasst wird. Doch obwohl Information erfolgte, blieben einzelne Detailfragen offen. Dahingehend ist es von Relevanz, auch nach der Erstinformation den Patient_innen anzubieten, Fragen zu stellen, um Detailfragen oder Unklarheiten der Informationsblätter zu klären. Durch die Antworten wird deutlich, dass Verbesserungen bei der Informationsweitergabe notwendig und sinnvoll sind.

Zugang zu Information

Der Zugang zu Informationen, die über die Erstinformation hinausgehen, ist den Expert_innen MRSA_N_6, MRSA_N_2 und MRSA_N_7 bei Nachfrage möglich. VRE_W_2 sagt, dass der Zugang, auch in Bezug auf die Erstinformationen, personengebunden und vom jeweiligen diensthabenden Personal abhängig sei. Diese_r Expert_in erhielt erst nach mehrmaligem Nachfragen eine befriedigende Antwort. Über das Personal vor Ort hinaus suchen sich die Expert_innen Hilfe im

¹⁴⁵ MRSA_W_3

¹⁴⁶ MRSA_N_4

¹⁴⁷ VRE_N_2

¹⁴⁸ VRE_W_2

Internet¹⁴⁹ und beim Gesundheitsamt¹⁵⁰. Wie in K4 Subkategorie „Angehörige als Anwalt_in der Patient_innen“ dargestellt, können Angehörige eine weitere Informationsquelle darstellen. Für VRE_N_1 und VRE_N_2 gab es keinen Zugang zu Informationen und es waren keine Nachfragen möglich:

„Ging ja gar nicht so schnell. Waren so viel Ärzte drin, da kann man nicht fragen.“ (VRE_N_1 Abs. 29)

I: „Und Sie haben jetzt gesagt, Sie haben das schon vierzehn Tage. Hat inzwischen mal jemand Ihnen etwas erklärt? VRE_N_1: Nein. I: Wüssten Sie jemanden, den Sie fragen könnten? VRE_N_1: Nein. eigentlich nicht.“ (VRE_N_1 Abs. 48–51)

I: „Haben die Ihnen erzählt, wie man den wieder loswerden kann? VRE_N_1: Nein. Komisch. Nichts. I: Also gar nicht. irgendwelche Sachinformationen? VRE_N_1: Nein. Ich wollte den jetzt heute Morgen fragen, den Arzt. Aber ich lag nackt noch auf dem Bett. Dann denkt man nicht dran. Dann habe ich nur mit meinem Fuß gefragt, ob ich das Pflaster abhaben kann. „Ja“ sagt er, „aber ein neues drauf machen.“ Ich sag. „Dann ist gut.“ Aber dann denkt man ja nicht dran. Morgen. Wenn morgen einer kommt.“ (VRE_N_1 Abs. 108–111)

I: „Haben Sie offene Fragen in Bezug auf den Keim. Irgendwelche Sachen, die Sie gerne wissen möchten. VRE_N_1: Nein. Ist ja nichts. Die sagen ja nichts.“ (VRE_N_1 Abs. 150–151)

MRSA_N_1 erwähnt, dass er keinen Zugang zu Informationen über das Verhalten nach der Entlassung habe. MRGN_W_1 erkennt es als eine Priorität des/der seit vielen Jahren behandelnden Ärzt_in, die Patient_innen über die Behandlung und alle Aspekte des Krankheitsverlaufes zu informieren, was als positiv wahrgenommen wird. Auch hier wird die Abhängigkeit zur behandelnden Person für den Zugang zu Informationen deutlich. Wünschenswert ist jedoch eine durchgehende Möglichkeit zur Information, die die Option zur Nachfrage miteinschließt, sodass keine unzuverlässigen Quellen hinzugezogen werden müssen. Das Gesundheitsamt als

¹⁴⁹ MRSA_W_1

¹⁵⁰ MRSA_N_7

Informationsquelle zu nutzen, deckt sich mit den Erfahrungen des Helpdesks, der häufig bei unzureichender Information in Anspruch genommen wird.

Sachwissen

In den Interviews kam häufig der Aspekt Sachwissen zur Sprache. Um einen Einblick in den Stand des Wissens und damit auch in die Effektivität der Informationsübermittlung zu erhalten, wurden diese Aussagen in der Subkategorie „Sachwissen“ zusammengefasst.

Viele Annahmen der Expert_innen in Bezug auf Sachinformationen sind richtig. Ein_e Expert_in nennt den korrekten Namen und die Lokalisation des MREs, von dem er/sie betroffen ist. Es wird erwähnt, dass es sich um Bakterien handele¹⁵¹, die gegen Antibiotika resistent seien.¹⁵² Ebenfalls würde die Resistenzentstehung durch Antibiotikabehandlung in der Tierzucht gefördert¹⁵³. Als Risikofaktoren für eine Trägerschaft werden von den Expert_innen ein Aufenthalt im Altenheim¹⁵⁴ sowie Kontakt zum Gesundheitswesen¹⁵⁵ wie auch zur Schweinezucht¹⁵⁶ und als weiterer Risikofaktor Immunsuppression¹⁵⁷ genannt.

Die Expert_innen wissen, dass präventive Schutzmaßnahmen der Ausbreitung dienen¹⁵⁸ und daher die Ursache für die Einzelunterbringung sind¹⁵⁹.

Die Möglichkeiten der Sanierung sind drei Expert_innen bekannt¹⁶⁰. Zusätzlich weiß ein_e Expert_in, welche Nachweise nach einer Sanierung gefordert werden¹⁶¹ und ein_e andere_r, dass die MRSA-Anamnese auch nach erfolgreicher Sanierung zunächst erhalten¹⁶² bleibt.

Den Expert_innen ist bewusst, dass ein MRE eine Komplikation vor allem für immunsupprimierte Patient_innen¹⁶³ sowie bei Vorliegen von Wunden und Kathetern¹⁶⁴ darstellt. Ein_e Expert_in ist besonders an den Auswirkungen in der

¹⁵¹ VRE_W_1

¹⁵² MRSA_N_4

¹⁵³ MRSA_N_2

¹⁵⁴ MRSA_N_2

¹⁵⁵ MRSA_N_5

¹⁵⁶ MRSA_N_2, MRSA_N_6

¹⁵⁷ VRE_W_1

¹⁵⁸ MRSA_N_1, MRSA_N_4, MRSA_N_6, MRSA_W_2, MRSA_W_3, VRE_W_1, VRE_W_2

¹⁵⁹ VRE_W_1

¹⁶⁰ MRSA_N_2, MRSA_N_6, MRSA_N_7

¹⁶¹ MRSA_N_7

¹⁶² MRSA_N_2

¹⁶³ (MRSA_N_2, MRSA_N_5, MRSA_W_1, VRE_W_2

¹⁶⁴ MRSA_N_2, MRSA_N_6

Schwangerschaft interessiert und erfährt schließlich, dass für Schwangere keine explizite Gefahr ausgeht¹⁶⁵. Dass im Alltag daher keine oder wenige Besonderheiten auftreten, ist ebenfalls bekannt¹⁶⁶.

Ein_e Expert_in sagt, der Keim sei nicht ansteckend¹⁶⁷, was als fraglich richtige Annahme gewertet wird, da unklar ist, wieweit das Verständnis des/der Expert_in geht.

Neben den richtigen Annahmen machen einige Expert_innen auch Aussagen, die als sachlich falsch gewertet werden können. So geht ein_e Expert_in davon aus, dass MRSA ausschließlich in der Schweinezucht als landwirtschaftlichem Zweig auftrete¹⁶⁸. Ein_e Expert_in sagt, er/sie könne das Zimmer nur in Schutzkleidung verlassen¹⁶⁹, während ein_e andere_r davon ausgeht, auch im häuslichen Umfeld Schutzkleidung tragen zu müssen¹⁷⁰. Im Gegensatz dazu ist einem/einer Expert_in die Bedeutung der Schutzkleidung nicht bewusst¹⁷¹. Zwei VRE-Expert_innen ist der Name des betreffenden MREs nicht bekannt¹⁷², eine_r dieser Expert_innen geht davon aus, dass in seinem/ihrem Fall eine Sanierung innerhalb von drei Tagen möglich sei und dass ein Symptom des VREs Durchfall sei¹⁷³. Ein_e Expert_in geht von einer hauptsächlichen Tröpfchenübertragung bei MRSA aus: *„solange Sie nicht niesen und die anderen Leute nicht anniesen. Passiert da gar nichts.“* (MRSA_N_7 Abs. 36) und hatte eine falsche Vorstellung von der Prävalenz von MRSA:

„Jeder, glaub ich, hat 40 Prozent von diesem Keim in sich. Oder alle Menschen haben 40 Prozent dann den Keim im irgendwas war das mit 40 Prozent. Ich glaub 40 Prozent haben MRSA-Keime und wissen davon nichts. Von daher.“ (MRSA_N_7 Abs. 42)

Auch ein_e weitere_r Expert_in ist der Auffassung, dass der VRE ubiquitär in der Bevölkerung vorhanden sei¹⁷⁴.

Ein_e Expert_in wies der Besiedelung mit einem MRE die Hauptverantwortung für die Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes zu. Während vielen Expert_innen die

¹⁶⁵ MRSA_N_6

¹⁶⁶ MRSA_N_1, MRSA_W_3

¹⁶⁷ MRSA_N_2

¹⁶⁸ MRSA_N_6

¹⁶⁹ MRSA_N_5

¹⁷⁰ MRSA_N_6

¹⁷¹ VRE_N_2

¹⁷² VRE_W_1, VRE_W_2

¹⁷³ VRE_N_1

¹⁷⁴ VRE_W_1

Risikofaktoren für die Resistenzentstehung und Besiedelung von MRE bekannt sind (s. o.), gibt ein_e Expert_in „die Natur“ (MRSA_W_1 Abs. 4) als Ursprung von MRE an. Das Wissen dieses/dieser Expert_in ist deutlich eingeschränkt. Bei einigen Expert_innen zeigen sich eindeutige Lücken im Wissen oder Falschinformationen. Es ist daher notwendig, die Informationsweitergabe und Kommunikation zu verbessern. Wissen befähigt die Patient_innen, sich am Gesundheitsprozess zu beteiligen, und lindert Symptome einer Isolierung wie Angst und Depression.

Anleitung über Erhaltung der Autonomie

MRSA_N_2 gibt an, von Seiten der Physiotherapie wertvolle Tipps erhalten zu haben. Aussagen über eine Anleitung zur Erhaltung der Autonomie beziehen sich darüber hinaus in erster Linie auf das Verlassen des Patient_innenzimmers. Für eine_n Expert_in sind die Möglichkeiten, das Zimmer zu verlassen, unklar¹⁷⁵, ein_e andere_r Expert_in sieht keine Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen¹⁷⁶, während die Ermutigung durch die Pflege, mit Angehörigen das Zimmer zu verlassen, für MRSA_N_6 hilfreich war. Für MRSA_N_7 und VRE_W_2 ist das Verlassen des Zimmers in Schutzkleidung möglich.

Das Verlassen des Zimmers ist ein Punkt, der nicht eindeutig geregelt ist und kommuniziert wird. Die Physiotherapie in die Anleitung miteinzubeziehen, erwies sich in einem Fall als erfolgreich.

Angebote der Gesundheitsförderung

Eine Sanierung bei MRSA führen mehrere Expert_innen durch oder haben diese zum Zeitpunkt des Interviews bereits abgeschlossen¹⁷⁷. Einige Expert_innen geben an, die Durchführung verstanden zu haben¹⁷⁸. Bei MRSA_N_2 war die Sanierung auf die Nase begrenzt. Bei MRSA_N_4 wurden die Informationen über die Sanierung an den/die Hausärzt_in weitergegeben und ambulant begonnen. MRSA_W_1 zweifelt an der Wirksamkeit der Sanierung. MRSA_W_3 sowie VRE_N_1 besitzen kein Wissen über Möglichkeiten der Sanierung.

In den meisten MRSA-Fällen waren die Patient_innen über die Sanierungsmöglichkeiten aufgeklärt und führten diese teilweise durch. Hier scheint

¹⁷⁵ MRSA_N_5

¹⁷⁶ MRSA_W_3

¹⁷⁷ MRSA_N_1, MRSA_N_5, MRSA_N_6, MRSA_W_1, MRSA_N_2, MRSA_N_4

¹⁷⁸ MRSA_N_1, MRSA_N_5, MRSA_N_6, MRSA_N_7

die Versorgung und/oder Informationsweitergabe gut zu funktionieren. Dass mehrmalige frustrane Sanierungsversuche zu Enttäuschung führen, ist verständlich.

Konsistenz

Zur Konsistenz der Informationsweitergabe finden sich in den Interviews mehrere Aussagen, die meist die indirekte Kommunikation durch Verhalten und indirekte Botschaften betreffen. MRSA_N_2, MRSA_N_6 und VRE_N_1 berichten, dass sie keine Inkonsistenz im Verhalten feststellen könnten. VRE_N_1 erzählt dennoch von unterschiedlichen Aussagen und Unverständnis im Bereich der Auswirkungen des Keimes.

„Und das kommt auch in meinen Kopf nicht rein. Wie kann man operieren, wenn ein Keim da ist. Wenn Sie hier so ein Hokos Pokus machen. Mit umziehen, mit allem drum und dran. Ne man musste in der ersten Zeit noch den Mundschutz machen. Ne, ich mein, das geht doch irgendwie nicht.“
(VRE_N_1 Abs. 101)

Unterschiedliche Aussagen werden auch von MRSA_N_1 wahrgenommen, diese betreffen jedoch nicht den MRE. Diese/r Expert_in zeigt sich auf Grund des plötzlichen Beginns der Schutzmaßnahmen irritiert:

„Die kamen 14 Tage rein, als normale Schwestern, auf einmal kommen sie dann ganz verkleidet rein. Und dann ist es irgendwie so.“ (MRSA_N_1 Abs. 24)

Bei MRSA_N_2 führten falsche Informationen zu einem Abbruch der Sanierungsmaßnahmen:

„Bis dann irgendwann gesagt wurde: ‚Nee das brauchst du nicht mehr machen, das ist abgesetzt.‘ Und wenn ich dann gesagt habe: ‚Wieso? Wieso hat mit mir niemand gesprochen, dass es abgesetzt ist?‘ Dann habe ich, und das kriegt man ja immer nur auf Nachfrage, und dann wurde gesagt: ‚Solange du Antibiotikum nimmst, macht das keinen Sinn, die Sanierung zu machen, weil man die Dinger dann irgendwann nicht mehr nachweisen kann, obwohl sie vielleicht noch da sind.‘ (MRSA_N_2 Abs. 5)

Mehrere Expert_innen beobachten eine uneinheitliche Durchführung der Schutzmaßnahmen. Dies trifft bei VRE_W_2 auf Verständnis, während es für MRSA_N_7 unbedeutend ist. MRSA_N_2, MRSA_N_4 und MRGN_W_1 äußern jedoch Unverständnis.

„[...] Da gibt es einen kuriosen Unterschied zu nachts. Nachts scheint das irgendwie nicht zu gelten. Da kommen alle immer eben so rein. Also hier muss ich sagen dann nicht, aber wo anders ist das tatsächlich einfach so. I: Und wie finden Sie das? MRGN_W_1: Ja gut also bescheuert eigentlich. Weil ich den Hintergrund habe und weil ich weiß, wie wichtig das ist und weil ich mich auch anstrengte, das einzuhalten und so. Das macht es einem noch schwerer [...].“
(MRGN_W_1 60–62)

Für MRSA_N_4 ist es besonders unverständlich, warum für Besucher_innen höhere Standards als für das Personal gelten:

„Andersherum krieg ich jeden Abend eine Thrombosespritze. Und derjenige, der mir die setzt, zwei Tage die Thrombosespritze gesetzt hat, hatte auch immer nur Handschuhe und Mundschutz, und eben rein, reinsteckt, raus und fertig. Also und sie [Angehörige, Anmerkung der Verfasserin] saß dann mal hier, jemand mit dem ich jeden Tag verbringe und hatte dann mal den Mundschutz nicht richtig auf, weil wir uns unterhalten haben. Und wurde dann angesprochen, warum sie den Mundschutz nicht richtig aufhatte. Also nun paar Unstimmigkeiten gibt es auf jeden Fall noch zu dem Thema. Von daher.“
(MRSA_N_4 Abs. 81)

MRSA_N_7 beklagt unterschiedliche Abstrichergebnisse. MRSA_N_2 berichtet von Zweifeln seitens des Pflegepersonals bezüglich der Hygienemaßnahmen.

MRGN_W_1 beobachtet, dass Hygienemaßnahmen im Laufe der Zeit strenger würden.

Inkonsequentes Verhalten und inkonsequente Botschaften führen zu Unzufriedenheit bei den Patient_innen. Der Fall von MRSA_N_2 zeigt, dass falsche Informationen einen negativen Effekt auf die Therapie haben.

Offene Fragen

In den Interviews kommen wiederholt offene Fragen zur Sprache. Mehrfach ist den Expert_innen der Ursprung des Keimes nicht bekannt, weshalb sie an einer Erklärung der Besiedelung interessiert sind¹⁷⁹. Daneben ist unklar, wie es sich mit dem Umgang zu Kindern¹⁸⁰ und Schwangeren¹⁸¹ verhält. Ein_e Expert_in hat generelle Fragen bezüglich des Verhaltens außerhalb des Krankenhauses¹⁸². Für MRSA_N_6 ist die Sanierung ein Thema, das nicht ausreichend erklärt wurde. VRE_N_1 zweifelt am Wahrheitsgehalt der Aussagen und fragt sich, weshalb trotz Kolonisation operiert wurde. Für VRE_N_2 sind die Abläufe unklar und MRSA_W_2 fragt sich, wie man präventiv wirken kann.

In vielen Fällen bleiben Fragen offen.

Interesse der Patient_innen an Information

Das Interesse der Expert_innen an Information ist unterschiedlich ausgeprägt. MRGN_W_1 hat ein generelles Interesse, was die Behandlung betrifft. MRSA_N_5, MRSA_N_6, MRSA_N_7 und MRSA_W_2 haben weitergehendes Interesse. VRE_W_2 gibt an, auf Grund des eigenen Charakters keine Nachfragen zu stellen. Bei VRE_W_1 herrscht großes Vertrauen in den/die Ärzt_in, weshalb das Interesse an Informationen nicht stark ausgeprägt ist: „Wenn mir Arzt gesagt hat, ich glaube“ (VRE_W_1 Abs. 12). Ebenfalls kein Interesse an Informationen haben MRSA_W_3, MRSA_N_4 und VRE_W_2. Bei den letztgenannten ist dies in der fehlenden Relevanz des MREs begründet.

„Eigentlich interessiert es mich relativ wenig glaub ich. Weil ich immer mal erfahren habe, dass es für mich selbst persönlich nicht sehr zutreffend ist, dass da irgendwas mit ist.“ (MRSA_N_4 Abs. 31)

Das Interesse an Information ist individuell unterschiedlich ausgeprägt. Teils hat dies das Ärzt_innen-Patient_innen-Rollenbild, teils die Relevanz, die dem MRE zugeschrieben wird, als Ursache. In Fällen, in denen weitergehendes Interesse besteht, muss sichergestellt sein, dass die Patient_innen die Möglichkeit haben, offene Fragen durch zuverlässige Quellen zu klären.

¹⁷⁹ MRSA_N_5, MRSA_N_6, MRSA_W_2, VRE_N_1

¹⁸⁰ MRSA_N_4

¹⁸¹ MRSA_N_6

¹⁸² MRSA_N_4

Information der Mitpatient_innen

Mitpatient_innen spielen in Bezug auf die Informationen für die Expert_innen eine untergeordnete Rolle. MRSA_N_4 findet es eingeschränkt hilfreich, dass Mitpatient_innen informiert werden. Der/die Nachbarpatient_in von MRSA_N_5 war noch im Zimmer, als der/die Expert_in über den MRE aufgeklärt wurde. MRSA_N_6 berichtet von Mitpatient_innen, die die Hygienemaßnahmen nicht befolgen, und findet, dass sich Mitpatient_innen dadurch selbst einer Gefahr aussetzen:

„Und dann ist noch mit dem Nachbarzimmer nebenan. Offiziell dürfen die die Toilette nicht mehr benutzen. auch das Badezimmer nicht. Und trotzdem geht drüben die Tür immer wieder auf. [...]“ „Naja, ich sag mal das ist ja nicht just for fun, dass denen gesagt wurde Sie dürfen da nicht auf Toilette gehen. Oder sollen das nicht.“ „Tja und wenn sie sich den Keim jetzt eingefangen haben auf eine Art und Weise sind sie selber schuld. Hätten sich an die Anweisungen gehalten vom Personal, wäre das nicht passiert. Ist einfach so. (...)“ (MRSA_N_6 Abs. 63)

Antibiotika

Auf die Frage zu ihrer Einstellung gegenüber Antibiotika reagieren die Expert_innen unterschiedlich. MRSA_N_4 hat kein Wissen zu Antibiotika und MRSA_W_2 kennt den Zusammenhang zwischen Antibiotikagebrauch und Resistenzentwicklung nicht. Dieser wird von VRE_W_2 und MRGN_W_1 indes angegeben. MRSA_N_7 und MRSA_W_2 sehen Resistenzen gegen Antibiotika als Problem. MRSA_W_1 stellt einen Zusammenhang mit der Massentierhaltung her, während MRSA_N_6 angibt, dass Antibiotika in der Landwirtschaft nicht zu häufig eingesetzt würden.

MRSA_N_5 fordert einen restriktiveren Einsatz. Diesbezüglich geben MRSA_N_4, MRSA_N_6 und MRSA_N_7 an, nur selten Antibiotika einzunehmen. VRE_N_1 berichtet von einer Allergie. VRE_W_1 weiß, dass eine Wirksamkeit gegen Viren nicht gegeben ist. MRSA_N_1 nimmt Antibiotika bei einer Erkältung ein. Bei MRSA_W_1 erfolgt die Einnahmen bis zum Ende der Medikamentenpackung. Drei der Expert_innen äußern, auf Antibiotika angewiesen zu sein¹⁸³.

¹⁸³ MRSA_N_2, MRSA_W_2, MRGN_W_1

K7 Kommunikation, Information und Anleitung der Angehörigen

Wenn eine Information oder Kommunikation mit den Angehörigen stattfindet, geschieht dies auf Initiative der Angehörigen selbst¹⁸⁴. In den meisten Fällen werden die Angehörigen nicht durch das Personal informiert (MRSA_N_2), sondern informieren sich zunächst selbst im Internet (VRE_N_2), bringen Vorwissen beispielsweise aus der Landwirtschaft mit (MRSA_N_4) oder fragen beim Gesundheitsamt nach (MRSA_N_7). Oft übernimmt der/die Expert_in selbst die Weitergabe von Informationen an die Angehörigen¹⁸⁵.

Reaktion der Angehörigen

Die Reaktionen der Angehörigen auf die Nachricht, dass der/die Expert_in von einem MRE betroffen ist, fallen unterschiedlich, jedoch zumeist positiv aus. Viele Expert_innen erfuhren keine negativen Reaktionen¹⁸⁶, sondern stießen auf Verständnis¹⁸⁷, Ermutigung¹⁸⁸, Vorwissen¹⁸⁹ oder Mitleid:

„Äh, ja toll, dass du das jetzt auch noch hast. Und muss das denn jetzt auch noch sein, und ja verschieden. Welche, ja, hätten wir jetzt mitgerechnet, welche sagen, ja, das ist jetzt nicht so gut, auch wegen der Heilung und wegen der Wunde. Tja ist jetzt eben halt so.“ (MRSA_N_1 Abs. 27)

Daneben löste die Nachricht Sorge¹⁹⁰ oder Bestürzung aus¹⁹¹:

„Ja gestern habe ich es meiner Tochter erzählt. Und die war außer sich und hat gesagt: ‚Das gibt es doch nicht in der heutigen Zeit.‘ Und die wird sich heute schlauer machen. Was das ist/ was wir da/ auf was wir uns da eingelassen haben.“ (VRE_N_2 Abs. 61)

Ein_e Expert_in berichtet von Verwunderung über die Schutzkleidung, ein_e andere_r über Unsicherheiten. Bei einigen Expert_innen führte die Nachricht zu negativen Reaktionen¹⁹², die Abschreckung¹⁹³ und Unverständnis beinhalteten¹⁹⁴:

¹⁸⁴ MRSA_N_6, VRE_N_2

¹⁸⁵ MRSA_N_1, VRE_W_1, MRGN_W_1

¹⁸⁶ MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRSA_W_2, VRE_W_1, VRE_W_2

¹⁸⁷ MRSA_W_3, VRE_N_1

¹⁸⁸ VRE_N_1

¹⁸⁹ MRSA_N_4

¹⁹⁰ MRSA_N_1, MRSA_N_6, MRSA_W_1, VRE_W_2, MRGN_W_1

¹⁹¹ MRSA_W_1, VRE_N_2

„[...] So schreckt es alle Leute ab, die mich auch besuchen [...]“ (MRSA_N_2
Abs. 5)

Angehörige selbst werden selten direkt informiert. Da, wie im Punkt „Angehörige als Anwalt_in der Patient_innen“ angesprochen, die Angehörigen sich häufig selbst Informationen besorgen oder sogar so als Informationsquelle für die Patient_innen fungieren, kann es hier zu Fehlinformation kommen. Die Patient_innen selbst sollten deshalb so informiert sein, dass Informationen sicher weitergegeben werden. Sollte dies nicht möglich sein, muss auch für Angehörige die Möglichkeit bestehen, sich im Krankenhaus zu informieren. Dies kann auch dazu beitragen, zu verhindern, dass Angehörige abgeschreckt werden oder negativ auf eine Besiedelung reagieren.

K8 Vorwissen

Die Expert_innen bringen unterschiedliches Vorwissen mit. Einigen sind der Erreger und die Schutzmaßnahmen bekannt, da sie aus der Landwirtschaft kommen und dort das Problemfeld bekannt ist¹⁹⁵. Andere kennen Angehörige, die bereits betroffen waren¹⁹⁶. Einem/einer Expert_in war das Problemfeld über die Medien bekannt¹⁹⁷. Andere Quellen für Vorwissen sind die berufliche Bildung¹⁹⁸, das Altenheim, in der der/die Expert_in wohnt¹⁹⁹, oder das Aufwachsen mit einer Erkrankung, bei der MRE eine Rolle spielen²⁰⁰. Einigen Expert_innen ist die Relevanz des Problems nicht bewusst²⁰¹ oder es besteht Wissen über einen anderen MRE als den, der den/die jeweilige_n Expert_in betrifft²⁰². Zwei Expert_innen beschreiben die eigene Betroffenheit als Überraschung, obwohl das Problem bekannt war²⁰³. Das Vorwissen erstreckt sich über die Auswirkungen bei Befall der Wunde²⁰⁴, die Sanierung²⁰⁵ und

¹⁹² MRSA_W_2

¹⁹³ MRSA_N_2

¹⁹⁴ MRSA_N_1

¹⁹⁵ MRSA_N_1, MRSA_N_4

¹⁹⁶ MRSA_N_2, MRSA_W_2, MRSA_N_5

¹⁹⁷ MRSA_W_1

¹⁹⁸ VRE_W_2

¹⁹⁹ MRSA_W_2

²⁰⁰ MRGN_W_1

²⁰¹ MRSA_N_2, VRE_W_1, VRE_W_2

²⁰² MRSA_W_2, VRE_W_2

²⁰³ MRSA_W_1, MRSA_N_5

²⁰⁴ MRSA_W_2

²⁰⁵ MRSA_N_1

die zu treffenden Schutzmaßnahmen²⁰⁶. Ein_e Expert_in gibt sein Vorwissen als vage an, kennt jedoch die Assoziation mit der Landwirtschaft²⁰⁷.

8.5.3 Schnittstellenübergreifende Versorgung

K9 Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung

Koordination, Planung und Zusammenarbeit der Versorgung vor der Aufnahme

MRSA_N_4 berichtet von einem Beispiel gelungener prästationärer Koordination der Versorgung:

„[...] die habe ich schon zu Hause direkt beim Arzt begonnen. Also ich habe nachmittags die Info bekommen. Am Montagnachmittag. Hab dann die Sachen von meinem Arzt bekommen oder abholen lassen. Dann haben wir die Sachen von der Apotheke bekommen, oder bestellt, die waren morgens da, dienstags morgens, und hab dann dienstags morgens mit der Sanierung begonnen.“ (MRSA_N_4 Abs. 17)

In anderen Fällen funktionierte die Informationsweitergabe nicht²⁰⁸, erfolgte vor allem durch die Patient_innen selbst²⁰⁹ oder ist unklar²¹⁰.

In der vorstationären Behandlung hatte der MRE für MRSA_N_7 keine Auswirkungen: *„Wir haben das zwar am Telefon gesagt, wussten ja nicht. Weil das ist auch ein Krankenhaus gewesen wo ich da hin musste. Aber die hat das auch nicht interessiert.“ (MRSA_N_7 Abs. 92)*, oder verursachte keine Unterschiede in der Behandlung²¹¹.

²⁰⁶ MRSA_N_1, MRSA_N_4, VRE_W_2

²⁰⁷ MRSA_N_2

²⁰⁸ MRSA_N_7, MRGN_W_1, MRSA_W_1

²⁰⁹ MRSA_N_7, MRSA_W_3, MRGN_W_1

²¹⁰ MRSA_W_3, MRSA_W_2

²¹¹ MRSA_W_3

Koordination, Planung und Zusammenarbeit der schnittstellenübergreifenden Versorgung im stationären Bereich

Während des stationären Aufenthaltes erleben einige Expert_innen die Zusammenarbeit und Koordination der Versorgung als unzureichend²¹²:

*„I: Was für Fragen kommen dann auf? **MRSA_N_7**: Warum haben Sie dann. Wieso weshalb? Halt so Sachen. I: Und wer fragt das dann? **MRSA_N_7**: Die Krankenpflege. Weil die das ja nicht wissen. Weil das ist ja wohl ein Schichtsystem hier und dann habe ich immer einen neuen Krankenpfleger.“*
(MRSA_N_7 Abs. 107–110)

*„I: Die Informationsweitergabe. Erstmal hier zwischen den Stationen. Sie sind von einer auf die andere verlegt worden. Hat das funktioniert? **VRE_W_2**: (Seufzt) Wunder Punkt. Die schaffen es hier nicht, Informationsmaterial von A nach B zu bringen. I: Was hat gefehlt? **VRE_W_2**: Nein, es ist einfach. Die machen irgendwelche Tests, drüben in der anderen Abteilung, und bevor sie darüber gehen und fragen, was ist daraus gekommen, machen sie hier denselben Test lieber nochmal. Das ist so hirnrissig.“* (VRE_W_2 Abs. 156–159)

Laut MRSA_N_2 und VRE_W_2 erfolgt die Informationsweitergabe über einen Vermerk in der Krankenakte, der vorerst bestehen bleibt.

Koordination, Planung und Zusammenarbeit der weiterführenden Versorgung

Für die meisten Patient_innen ist die weiterführende Versorgung geregelt²¹³. Einige Expert_innen beschreiben die weiterführende Versorgung als gut²¹⁴. Für MRSA_W_1 und VRE_W_1 erfolgt sie primär durch den/die Hausärzt_in, während MRSA_W_2 im Altenheim versorgt ist. Ein Informationsaustausch zwischen den Sektoren erfolgt über den Arztbrief und telefonisch²¹⁵ oder ist unklar.

MRSA_W_3 berichtet, dass der MRE im Krankentransport eine Rolle spiele, dieser jedoch erst von der/dem Expert_in über den Trägerstatus informiert worden sei. Für

²¹² MRSA_N_7, VRE_W_2, MRGN_W_1 MRSA_N_2

²¹³ MRSA_W_2, MRSA_W_3, MRSA_N_2, VRE_N_1

²¹⁴ MRSA_W_3, VRE_W_1, MRSA_W_1, VRE_W_2

²¹⁵ VRE_W_2

MRSA_N_2 bestehen Unsicherheiten bezüglich der weiterführenden Versorgung und MRSA_N_5 macht sich dahingehend Sorgen:

*„**MRSA_N_5**: Also das wäre wünschenswert, dass ich ihn dann nicht mehr habe, wenn ich entlassen werde. Es könnte ja, vor allem in meinem Alter eine Situation eintreten, dass ich nochmal hier irgendwo ins Krankenhaus müsste. Und wenn mir da wieder gesagt würde, Sie haben einen Keim (...) dann **I**: Was dann? **MRSA_N_5**: Ja das ist weniger schön. Ich meine man wird mir sicherlich dann auch helfen. **I**: Aber, was wäre dann weniger schön, wenn Sie sagen? **MRSA_N_5**: Naja es ist immer unangenehm, nicht. Denn wer sagt gerne von sich, dass er ein Keim in sich trägt.“ (MRSA_N_5 Bas. 39–44)*

Daher wünscht sich diese_r Expert_in, möglichst ohne MRE-Besiedelung entlassen zu werden. Diesen Wunsch teilt er/sie mit VRE_W_1 und MRSA_N_2.

Demgegenüber wird MRSA_N_4 die Sanierung ambulant nicht weiterführen, da *„ich eh in der Landwirtschaft unterwegs bin und von daher ist man ja da sofort wieder eh mit drin.“* (MRSA_N_4 Abs. 21)

MRSA_N_7, VRE_W_1 und VRE_W_2 wissen, dass sie nach der Entlassung keine Schutzkleidung benötigen.

Kompetenz im stationären Bereich

MRSA_N_5 und MRSA_W_1 schreiben „größeren Krankenhäusern“ eine höhere Kompetenz im Umgang mit MRE im Vergleich zu „kleinen Krankenhäusern“ zu. Von einem/einer Expert_in wird über Unsicherheiten seitens des Personals berichtet²¹⁶ und VRE_W_2 nimmt den MRE als Ausrede wahr, um *„wieder in ein neues Zimmer geräumt [zu] werde[n].“* (VRE_W_2 Abs. 137)

Kompetenz im ambulanten Bereich

Die Hausärzt_innen werden als kompetent im Umgang mit MRE wahrgenommen²¹⁷:

*„**I**: Und die Hausärzte, halten Sie die für kompetent in der Sache? **VRE_W_2**: Sonst wäre ich nicht seit 33 Jahren beim selben Hausarzt. **I**: Und die wussten auch, worum es sich handelt und wussten Bescheid? **VRE_W_2**: Mein Hausarzt musste sich bei dem Thema erst informieren, weil er den Fall noch*

²¹⁶ MRGN_W_1

²¹⁷ MRSA_N_1, MRSA_N_4, MRSA_N_6, MRSA_N_7, MRSA_W_3, VRE_W_2, MRGN_W_1

nicht hatte. Ich bin auch gleichzeitig beim Onkologen. Der wusste das. Der hat auch ein extra Zimmer für so was gehabt. Weil der öfter halt diese Risikopatienten hat, und dann auch dieser Keim öfter auftaucht. Hatte extra so ein Zimmer, wo man gleich separat von allen, durch eine andere Haustür, reinkommt. Ja so voll Sicherheitstüren mäßig. Aber auch bei dem gerade mit diesen Sicherheitsdingen fand ich das sehr kompetent. Sehr professionell. Also von daher fühle ich mich da gut beraten.“ (VRE_W_2 Abs. 90–93)

Aufgrund der positiven Erfahrung mit dem/der Hausärzt_in und der zusätzlichen Kompetenz des/der behandelnden Fachärzt_in hat sich VRE_W_2 Zweitmeinungen bei ambulanten Ärzt_innen eingeholt.

Information über Verhalten nach der Entlassung

Lediglich ein_e Expert_in gibt an, keine Informationen über das Verhalten nach der Entlassung erhalten zu haben²¹⁸. Dennoch bestehen auch bei anderen Expert_in Unsicherheiten²¹⁹:

Für MRSA_N_5 ist die Entlassung nicht relevant. Mehrere Expert_innen wurden über das Verhalten nach der Entlassung informiert²²⁰ und geben an, keine Besonderheiten beachten zu müssen²²¹. VRE_W_2 ist darüber informiert, dass in Bezug auf eine chronisch kranke Angehörige eine vermehrte Händedesinfektion als Schutzmaßnahme durchgeführt werden soll, und MRGN_W_1 weiß, dass immunsupprimierte Menschen zu meiden sind. Für MRSA_N_7 beinhaltete diese Information auch Informationen zur Sanierung.

Konsistenz der schnittstellenübergreifenden übermittelten Informationen und Botschaften

In den Interviews kommt Unverständnis für die Inkonsistenz von indirekt und direkt vermittelten Informationen und Botschaften auf²²². Die Inkonsistenzen betrafen den „Transport“, nachdem der/die Expert_in sich fragte: „ja wofür macht man denn die ganzen Sachen?“ (MRSA_N_4 Abs. 61), die frustrane Sanierung²²³ oder

²¹⁸ VRE_W_1

²¹⁹ MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRSA_N_6

²²⁰ VRE_W_2, MRGN_W_1

²²¹ MRSA_N_1, MRSA_N_4, MRSA_N_7, MRSA_W_1, MRSA_W_3, VRE_W_2

²²² MRSA_N_4, MRSA_N_7, VRE_W_2

²²³ MRSA_N_7

Unstimmigkeiten in den Abstrichergebnissen, die bei dem/der Expert_in „Aggressionen“ (VRE_W_2 Abs. 49) hervorrufen. Diese/r Expert_in berichtet darüber hinaus, dass Informationen nicht von einer zur anderen Abteilung weitergegeben würden, und drückt seine Verwunderung darüber aus, dass keine Schutzmaßnahmen gefordert werden, sobald man das Krankenhaus verlässt. MRSA_W_1 berichtet, dass nicht in allen Situationen Schutzkleidung getragen würde. MRGN_W_1 fallen Unsicherheiten in Bezug auf die schnittstellenübergreifende Informationsübermittlung auf. MRSA_N_4 erzählt das positive Beispiel, dass die Übermittlung des Sanierungsplans an den/die Hausärzt_in funktioniert habe und dieser effektiv umgesetzt worden sei. VRE_W_2 bejaht ebenfalls, dass ambulante Ärzt_innen Nachfragen an das Krankenhauspersonal stellen könnten und somit in diesem Fall die Konsistenz der übermittelten Botschaften und Informationen gegeben sei.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass vor allem in der stationären schnittstellenübergreifenden Versorgung Mängel vorhanden sind und sich die Patient_innen deswegen Sorgen machen. Zudem ist die Informationsweitergabe zur ambulanten Versorgung häufig nur über die Patient_innen geregelt. Hier kann die Zuverlässigkeit diskutiert werden. In der ambulanten Versorgung selbst gibt es wenig Einschränkungen für die Patient_innen. Darüber hinaus stellen die Versorgung und das Verhalten in der ambulanten Versorgung kein großes Problem für die Expert_innen dar. Hausärzt_innen und andere niedergelassene Fachärzt_innen werden in der Regel als kompetent eingeschätzt. Dieses große Vertrauen in die Hausärzt_innen kann positiv genutzt werden. Interessant ist, dass größere Krankenhäuser als kompetenter im Vergleich zu kleineren Krankenhäusern eingeschätzt werden, obwohl die Interviews an einer Klinik der Maximalversorgung stattfanden und in der schnittstellenübergreifenden Versorgung, gerade im stationären Bereich, Mängel festgestellt wurden.

K10 Zugang zu schnittstellenübergreifender Versorgung

Zwei der Expert_innen²²⁴ berichten, dass sowohl prä- als auch poststationär die Versorgung bei dem/der Hausärzt_in besser oder gut sei, seitdem der MRE festgestellt wurde. Die restlichen Ergebnisse werden jeweils nach dem Behandlungszeitraum gegliedert dargestellt.

Zugang zu Versorgung vor der stationären Aufnahme

MRSA_N_7 und MRSA_W_2 berichten, dass sie prästationär keine Unterschiede in Bezug auf den Zugang zur Versorgung nach Diagnose des MREs bemerkt hätten. VRE_W_2 und MRSA_N_2 üben Kritik an der stationären Versorgung vor dem aktuellen Aufenthalt. Zwei Expert_innen erzählen, dass prästationär Abstriche genommen worden seien²²⁵, MRSA_N_2 vermisst jedoch die Möglichkeit, prästationär etwas gegen den MRE unternehmen zu können. Prästationäre Abstriche sind in der Institution, in der die Interviews durchgeführt wurden, grundsätzlich empfohlen.

Zugang zu stationärer schnittstellenübergreifender Versorgung

Im Bereich der schnittstellenübergreifenden Versorgung im stationären Sektor berichten die Expert_innen von ihren Erfahrungen beim Röntgen und bei der Physiotherapie. In beiden Bereichen erlebten die Expert_innen sowohl Einschränkungen als auch einen ungehinderten Zugang. Bei MRSA_N_2 kam es auf Grund des MREs zu Terminverzögerungen beim Röntgen, während MRSA_N_4 und VRE_W_2 bis jetzt keine Einschränkungen in dieser Hinsicht erlebt haben. Ähnlich ausgeglichen verhält es sich in Bezug auf den Zugang zu Krankengymnastik. MRSA_N_1, MRSA_N_4 und VRE_W_2 bekommen Physiotherapie, während bei VRE_N_2 und MRGN_W_1 der Zugang zu Krankengymnastik seit Feststellung des MREs eingestellt oder eingeschränkt ist:

„Auch Physiotherapie ist eigentlich richtig selten geworden. Im Krankenhaus X bekomme ich die wohl. Aber auch die haben nicht die Möglichkeit großartig ständig raus zu gehen mit dem Patienten. Das ist schon ein Aufwand. I: Liegt das an dem Keim oder an der allgemeinen Situation. MRGN_W_1: Ja gut. Ich müsste den Mundschutz auch tragen, wenn ich den Keim nicht hätte, wegen

²²⁴ VRE_W_2, MRGN_W_1

²²⁵ MRSA_N_2, MRSA_N_4

des Selbstschutzes. Aber es ist schon so, dass es ja auch noch mal ein Mehraufwand für alle ist, wenn die sich einkleiden, umkleiden müssen. Der Rollstuhl muss mit ins Zimmer, muss hinterher desinfiziert werden. Also es hängt schon mehr/ es ist ein Mehraufwand. Das merkt man und man merkt auch, dass der oft nicht so richtig zu bewältigen ist eigentlich.“ (MRGN_W_1 Abs. 56–58)

Die beschriebenen Erfahrungen des eingeschränkten Zuganges decken sich mit den in der Literatur beschriebenen Erfahrungen (siehe Kapitel 3 und Unterkapitel 9.2 Einordnung der Ergebnisse in den theoretischen Rahmen und Kontext der Literatur). Erfreulich ist, dass nicht alle Patient_innen diese Erfahrungen machen. Grundsätzlich sollten sie jedoch vermieden werden.

Zugang und Information zur weiterführenden Versorgung

MRSA_N_6 ist während des Aufenthaltes in dem Versuch, seinen/ihren Hausarzt_in zu kontaktieren, gescheitert. Dies lässt sich jedoch nicht auf den MRE zurückführen. MRSA_N_2 hat keine Informationen über die weiterführende Versorgung erhalten, während für MRSA_W_2 diese klar geregelt ist. Genau wie VRE_N_1 und VRE_W_1 erwartet diese/r Expert_in keine negativen Auswirkungen oder hat schon derartige Erfahrungen in der poststationären Versorgung gemacht. VRE_W_2 hingegen hat Sorge im Hinblick auf eventuell anstehende Rehabilitationsmaßnahmen:

„[...] Dann kann ich mir eventuell vorstellen diese Reha zu machen. Aber gerade wegen diesem Keim. Weil ich fürchte, der wird auch da dann wieder eine Rolle spielen. Ich möchte da nicht schon wieder 4 Wochen oder 6 Wochen isoliert irgendwo sein.“ (VRE_W_2 Abs. 173)

Die einzige eindeutig formulierte Sorge bezieht sich somit auf Rehabilitationsmaßnahmen.

Transport

MRSA_N_4 und MRSA_N_7 erlebten den Krankentransport mit Schutzkleidung. Für MRSA_N_4 ist dabei das Vorgehen nicht logisch und unverständlich. MRSA_W_3 äußert, den Transport selbst über den Trägerstatus zu informieren.

Zusammenfassend scheint der Transport für die Expert_innen kein eindeutiges Problemfeld darzustellen. Dass der Transport in einem Fall nicht informiert war, entspricht nicht den Richtlinien. In einem anderen Fall trägt der Transport zum Unverständnis über die Schutzmaßnahmen und so zur Unzufriedenheit bei.

8.5.4 Lösungsansätze

K11

Lösungsansätze zur Qualität der Versorgung

Im Bereich der Qualität der Versorgung halten die Expert_innen ein generelles prästationäres Screening für sinnvoll²²⁶. MRSA_N_2 und MRSA_N_1 denken, eine verbesserte Infrastruktur mit einer vorhandenen MRE-Station sowie Zimmern, die auf eine Einzelisolierung ausgelegt sind, würde helfen, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Für MRSA_W_2, VRE_W_2 und MRGN_W_1 liegen die Probleme der Versorgung in der mangelnden personellen Ausstattung begründet, die es daher zu verbessern gelte:

„Ich denke nur eines. Unsere Regierung sollte mal sehen, dass mehr Pflegepersonal käme. Im Krankenhaus genauso wie im Heim. Dann ginge es den Patienten besser.“ (MRSA_W_2 Abs. 83)

Neben der quantitativen Aufstockung von Personal wünschen sich VRE_N_2 und VRE_W_2 freundlicheres Personal. MRSA_N_2 und VRE_W_2 schlagen vor, die Schutzmaßnahmen zu lockern, um die Versorgungsqualität zu verbessern. VRE_N_2 fordert eine bessere Organisationsstruktur.

Lösungsansätze zur Information

Um die Information der Patient_innen zu verbessern, bedarf es nach Meinung von MRSA_N_6 und MRSA_N_7 schriftlicher Informationsmaterialien:

„Wie so ein Päckchen. Da steht alles drinnen wie man das machen soll. Mit den ganzen Waschutensilien und all so ein Scheiß. Bilderchen noch dabei wie man es macht am besten [...]“ (MRSA_N_7 Abs. 20)

²²⁶ MRSA_N_1, MRSA_N_2, MRSA_N_5, MRSA_W_1

Informationsblätter sollten laut MRSA_N_2 auch mündlich besprochen werden. Die Information sollte detaillierter stattfinden²²⁷ und eine ausführlichere Aufklärung zur Sanierung beinhalten²²⁸. VRE_W_2 fordert mehr Transparenz der Informationen:

„Bessere Informationspolitik am Anfang. Definitiv. Man wurde halt in irgendeinen Raum geschoben. Mir wurde gesagt, ich habe einen Keim. Und das wars [...].“ (VRE_W_2 Abs. 139)

Lösungsansätze zu schnittstellenübergreifender Versorgung

Zur schnittstellenübergreifenden Versorgung gab es wenig Lösungsvorschläge von Seiten der Expert_innen. MRSA_N_5 und MRSA_W_3 schlagen eine Einbindung der Hausärzt_innen vor. MRGN_W_1 denkt, die Kommunikation könne über den Arztbrief erfolgen und solle daher konsequent und adäquat ausfallen.

Die genannten Lösungsvorschläge müssen diskutiert werden und anschließend in die Handlungsempfehlungen einfließen.

²²⁷ MRSA_N_2 und VRE_N_1

²²⁸ MRSA_N_1

9 Diskussion

9.1 Reflexion der Methodik

9.1.1 Qualitativer Forschungsansatz

Die Koordination und Integration der medizinischen Versorgung in ein bestehendes System ist ein Beispiel für einen Gegenstand, der schwer zu objektivieren ist. Hier kann die subjektive Sicht der Patient_innen als Expert_innen Aufschluss geben (Gerteis 1993a: 46). Gerade die Forschung in der Infektionsprävention ist meist quantitativ ausgerichtet (Forman et al. 2008). Qualitative Ansätze werden vereinzelt verwendet, um die Umsetzung von Infektionspräventionsmaßnahmen zu untersuchen (Krein et al. 2006). In der Versorgungsforschung werden hingegen häufig qualitative Ansätze benutzt, um komplexe und sich gegenseitig beeinflussende Einflüsse zu untersuchen (Forman et al. 2008). Für das gewählte Forschungsthema, das die Infektionsprävention im Zusammenhang mit der Versorgungsforschung betrachtet, ist daher ein qualitativer Ansatz angemessen. So wird ein holistischer Einblick in das Erleben der Patient_innen ermöglicht, der genutzt wird, um Maßnahmen der Infektionsprävention im Sinne der Patient_innenversorgung zu optimieren. Gerade bei Bewertungen aus der Perspektive der Nutzenden ist ein subjektiver Eindruck bestimmend. Patient_innen können eine Vielzahl von Prozessen und Aspekten im Gesundheitswesen auf Grund ihrer Involviertheit besonders gut beurteilen (Bitzer & Dierks 2001: 156). Obwohl von einigen Expert_innen auf den Einfluss des sozio-kulturellen Hintergrundes oder das Ausmaß der Schutzkleidung eingegangen wird, können diese Aspekte Gegenstand weitergehender Forschung sein, die zudem auch einen quantitativen Ansatz wählen kann, um die genannten Aspekte zu objektivieren. Dies war durch den gewählten Forschungsansatz in dieser Arbeit nicht möglich.

9.1.2 Patient_innen als Expert_innen

In der Literatur wird im Zusammenhang mit Experteninterviews diskutiert, was eine_n Interviewpartner_in als Expert_in auszeichnet. Bogner, Littig und Menz argumentieren, dass „Experte“ keine personale Eigenschaft sei, sondern vielmehr in einer Zuschreibung bestehe, die auf Grund des Forschungsinteresses im Zuge der

Interviewanfrage entstehe. Neben dem Wissen, was eine_n Expert_in ausmacht, ist für sie ein entscheidender Faktor jedoch auch die soziale Repräsentativität und Macht der Expert_innen. Expert_innen würden nicht nur über ein bestimmtes Wissen verfügen. Dieses Wissen sei vor allem deshalb für den/die Forschende_n von Interesse, da das Wissen der Expert_innen praxiswirksam werde (Bogner et al. 2014: 9 ff.). So kommen sie zu folgender Definition des Expert_innenbegriffes:

„Experten lassen sich als Personen verstehen, die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzten Problembereich bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für andere zu strukturieren“ (Bogner et al. 2014: 13).

Weiterhin unterscheiden sie zwischen einem „voluntaristischen“ und einem „konstruktivistischen“ Expert_innenbegriff. Beim konstruktivistischen Expert_innenbegriff erfolgt die Zuschreibung als Expert_in über das Forschungsinteresse. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Expert_innen relevantes Wissen besitzen (Bogner & Menz 2009: 67 ff.).

Der voluntaristische Expert_innenbegriff geht davon aus, dass jeder Mensch mit besonderen Informationen und Fähigkeiten ausgestattet ist. Dieser Begriff ist jedoch oft kritisiert worden (Bogner & Menz 2009: 67 ff.). So auch von Meuser und Nagel, die darin eine zu große Ausdehnung des Expert_innenbegriffs sehen. Sie beschreiben Expert_innenwissen als Wissen, das nicht jedem zugänglich ist. Auch sie verknüpfen den Expert_innenstatus mit der auferlegten Relevanz. Allerdings benennen sie auch aktive Partizipierende als Expert_innen, die den Vorteil des lokalen Wissens haben. Gleichwohl sei auch diese Form von Wissen an die Institutionalisierung, beispielsweise in Bürgerinitiativen, geknüpft (Meuser & Nagel 2009).

Die Verknüpfung von Expert_innenwissen mit Zuständigkeiten und Kompetenz wird auch von Pfadenhauer aufgegriffen, wobei hier Expert_innenwissen als Wissen definiert ist, das dabei hilft, den „Ursachen von Problemen und Prinzipien von Problemlösungen auf den Grund zu gehen“ (Pfadenhauer 2009: 101).

Woblewski und Leitner weiten den Expert_innenbegriff im Hinblick auf den Einsatz von Experteninterviews bei der Evaluation von Interventionen aus. Hier seien auch die Beteiligten als sogenannte „Stakeholder“ als Expert_innen zu sehen (Woblewski & Leitner 2009: 206).

Die direkt Beteiligten schließen auch Gläser und Laudel in ihre Definition des/der Expert_in mit ein und geben als konkretes Beispiel einen von einer seltenen Krankheit betroffenen Menschen als Expert_in für diese Krankheit an. Sie beschreiben den/die Expert_in als die spezifische Rolle, die der/die Interviewpartner_in einnimmt, um als Quelle von Spezialwissen über einen bestimmten zu erforschenden Sachverhalt zu dienen. Expert_innen seien „Zeugen der uns interessierenden Prozesse“. Entscheidend sei für sie das Ziel der Untersuchung mit dem daraus abgeleiteten Zweck des Interviews und der resultierenden Rolle des/der Interviewten (Gläser & Laudel 2010: 11 ff.). Patient_innen als Expert_innen-Interviewpartner_innen für die Erforschung von Versorgungsstrukturen zu rekrutieren, ist folglich in mehreren Hinsichten vielversprechend. Sie haben eine authentische Wahrnehmung der Behandlungssituation und sind an allen Sektoren der Gesundheitsleistungen unmittelbar beteiligt (Gerteis 1993a: 46, Dierks et al. 2001: 21, Bitzer 2010: 13). Auf Grund der Tatsache der direkten Beteiligung an verschiedenen Sektoren wurde in dieser Arbeit der Expert_innenbegriff übernommen, der auch Beteiligte ohne offensichtliche Handlungsoptionen einschließt. So können Patient_innen als Expert_innen Informationen liefern, die sonst nicht verfügbar sind (Gerteis 1993a: 46). Auch im Hinblick auf die Informationsweitergabe ist es sinnvoll, die Adressat_innen der Information miteinzubeziehen.

Auch für das Ziel, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu erreichen, sind Patient_innen als Expert_innen in besonderer Hinsicht geeignet. David Klemperer wirft auf, dass „weder Krankenkassen noch die Politik die Orientierung der Versorgung an den Interessen, dem Bedarf und den Bedürfnissen der Bürger/innen gewährleiste[n].“ Ärzt_innen seien ebenfalls überfordert, im Sinne der Bürger_innen und Patient_innen zu entscheiden (Klemperer 2012). Ein noch weitergehender Ansatz berücksichtigt Patient_innen aus den genannten Gründen als direkt Beteiligte in der Forschung zu nosokomialen Infektionen (Dadich & Wyer 2018).

9.1.3 Sampling

Alle Experteninterviews, mit Ausnahme des Interviews des/der offensichtlich geistig eingeschränkten Interviewpartner_in, wurden in die Analyse miteinbezogen. Auch aus Antworten, die sehr kurz ausfielen, können bedeutsame Informationen

gewonnen werden. Je nach persönlichem Hintergrund der Patient_innen kann vermutet werden, dass ein freies Sprechen nicht zum Alltag jedes/jeder Interviewpartner_in gehört. In einem Review von Longtin et al. wird deutlich, dass Patient_innen mit einem niedrigeren sozio-ökonomischen Status vergleichsweise weniger an Patient_innenbeteiligung interessiert sind. Dies trifft zudem auch auf ältere Patient_innen und Patient_innen mit schwerwiegenderen Erkrankungen zu. Ein höherer Grad an Wissen hatte einen positiven Einfluss auf die Patient_innen-Ärzt_innen-Interaktion (Longtin et al. 2010). Dies können mögliche Erklärungen für die unterschiedlichen Reaktionen und Ausführungen der Antworten im Interview sein. Das Interview mit dem/der geistig eingeschränkten Interviewpartner_in wurde im Anschluss verworfen. Die Teilnahme von Angehörigen einer besonders verletzlichen Gruppe, wie Menschen mit geistiger Behinderung, Kindern oder Schwangeren, war im Vorfeld der Studie nicht im Ethikantrag eingeschlossen. Das Interview fand statt, da die Interviewende von den betreuenden Pflegenden nicht auf die Tatsache aufmerksam gemacht worden war und der volle Umfang der geistigen Retardierung erst im Laufe des Interviews zu Tage trat. Bei dem/der fraglich dementen Teilnehmenden fiel die Entscheidung zu Gunsten des Einschlusses in die Studie, da hier nach Diskussion mit den behandelnden Ärzt_innen der/die Interviewpartner_in nicht als Angehörige/r einer besonders verletzlichen Gruppe eingeschätzt wurde. Die Vermittlung von Gesundheitsinformationen für diese Patient_innengruppe ist eine besondere Herausforderung. Deshalb wird die Entscheidung zur Teilnahme des/der fraglich dementen Expert_in als Bereicherung der Studie wahrgenommen. Eine Ausweitung dieser Fragestellung und eine Fokussierung auf geistig eingeschränkte sowie demente MRE-Patient_innen können Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

9.1.4 Interviewsituation

Die Interviewende ist als Ärztin einer fremden Fachrichtung am selben Klinikum tätig und hat sich den interviewten Patient_innen entsprechend vorgestellt. Dies sollte zum einen eine vertrauensvolle Interviewatmosphäre schaffen, da die Interviewende der Verschwiegenheitspflicht unterliegt und Empathie zeigen kann. Zum anderen aber schafft das Verhältnis zwischen einer/einem unbekanntem Ärzt_in und den Patient_innen Distanz. Dies schien nach Einschätzung der Interviewenden jedoch nur in Einzelfällen eine Rolle zu spielen.

Das Tragen von Schutzkleidung wurde insofern von der Interviewenden als distanzschaffend empfunden, als in den Gesprächsprotokollen dokumentiert ist, dass die Kommunikation offener verlief, wenn im Fall von VRE oder MRGN auf den Mundschutz verzichtet wurde. Teilweise war von den Stationen auch das Tragen einer Haube gefordert, obwohl dies offiziell nicht empfohlen ist. Deutlich wurde dieser Distanzaufbau auch bei dem Interview mit dem/der Expert_in, der/die selbst Schutzkleidung trug.

Das Angebot, im Anschluss an das Interview Fragen zu beantworten, wurde häufig angenommen. Dies wird von Seiten der Interviewenden als positiv gewertet, da die Motivation der Zusammenarbeit von Seiten der Expert_innen von diesem Angebot profitierte, zeigt aber auch einen Informationsbedarf von Seiten der Expert_innen. Als Einschränkung werden die Unterbrechungen durch das Personal gesehen, die sich teilweise über mehrere Minuten erstreckten. Zum einen wurden die Expert_innen hierdurch in ihrem Redefluss unterbrochen und mussten nach der Unterbrechung zum Thema zurückfinden. Dies lenkte das Gespräch möglicherweise in eine andere Richtung. Zum anderen ist die Offenheit der Befragten durch die Anwesenheit von medizinischem Personal möglicherweise eingeschränkt. Die Interviewende hat in solchen Situationen vermieden, das Gespräch auf das Verhältnis zu oder Verhalten von medizinischem Personal zu leiten. Interviewinhalte bezogen sich dann weitestgehend auf Angehörige oder Mitpatient_innen.

Unterbrechungen durch medizinisches Personal sind in der Interviewsituation im stationären Aufenthalt nicht immer zu vermeiden. Die Handlungsabläufe sind häufig durchgeplant und Mitarbeitende arbeiten unter Zeitdruck. Die Mitarbeitenden wurden im Vorfeld über das Interview informiert und versuchten nach Möglichkeit, das Zimmer nicht zu betreten.

Während eines Interviews war eine Angehörige des/der Interviewten anwesend. Dies schien aus Sicht der Interviewenden keinen Einfluss auf den Gesprächsverlauf oder die Offenheit des/der Patient_in zu haben. Die Angehörige beteiligte sich im Anschluss an das Gespräch an der Aufklärung über den Erreger und hatte eigene Fragen. Trotz der Unterbrechungen und der Anwesenheit von Angehörigen, wird die gewählte Interviewsituation als sinnvoll erachtet. Da die Versorgungsforschung die Effizienz der Versorgung unter Alltagsbedingungen untersucht (Pfaff 2003: 13, Pfaff et al. 2011: 2 f.), ist es von Vorteil, die Interviews in der Situation, in der sich die

Patient_innen als Expert_innen befinden, durchzuführen. So ist das Erleben der Hygienemaßnahmen aktuell präsent.

Die Interviews wurden unabhängig von ihrer zeitlichen Dauer in die Studie eingeschlossen. Auch in den zeitlich vergleichsweise kurzen Interviews sind wichtige Informationen enthalten. Die Interviews, die auf Grund der physischen Verfassung des/der Expert_in kurz ausfielen, enthalten relevante Informationen, da die Qualität der Behandlung für diese Patient_innengruppe eine mindestens gleichwertige Bedeutung hat und Informationen auch Patient_innen erreichen sollten, die physisch eine stärkere Einschränkung erfahren. Dass hämato-onkologische Patient_innen auf eine Teilnahme verzichteten und Intensivpatient_innen nicht in die Rekrutierung eingeschlossen wurden, wird daher als Limitation gesehen.

9.1.5 Gütekriterien

Obwohl qualitative Forschung Subjektivität als Ausgangspunkt hat, sind Kriterien notwendig, anhand derer der angemessene Umgang mit der Subjektivität überprüft werden kann (Forman et al. 2008, Hellferich 2011: 154), sodass die „Wissenschaftlichkeit, Güte und Geltung qualitativer Forschung bewertet werden kann“ (Steinke 2005: 319). Dabei können die Kriterien der quantitativen Forschung, die auf Objektivität und Reproduzierbarkeit abzielen, nicht übernommen werden (Bogner et al. 2014: 92). Vielmehr muss sich die Kontextabhängigkeit qualitativer Forschung in den Gütekriterien widerspiegeln (Steinke 2005: 325, Hellferich 2011: 154 ff.). Zu diesem Zweck arbeitet Hellferich drei Bereiche heraus, in denen eine methodische Kontrolle notwendig ist (Hellferich 2011: 155 f.). Diese umfassen Gütekriterien, die auch von anderen Autoren genannt werden (Steinke 2005: 319ff, Bogner et al. 2014: 92ff).

Der erste Bereich betrifft die „methodische Kontrolle über Offenheit“. Eine größtmögliche Offenheit ist gegeben, je offener und desto weniger standardisiert die Interviews verlaufen. Eine große Offenheit wird auch erzielt, wenn die Befragten die Möglichkeit haben, umfassend zu antworten (Hellferich 2011: 155 f.). Wie in der Diskussion des Samplings und der Interviewsituation beschrieben, hatten die Interviewteilnehmenden unterschiedliche Hintergründe, die in einem unterschiedlichen Antwortverhalten resultierten. Im Sinne einer Reflexion während des Feldeinstiegs wurde der Leitfaden nach den ersten zwei Interviews angepasst,

sodass die Antworten offener und länger ausfielen. Um darüber hinaus eine möglichst große Offenheit zu garantieren, wurde die Methode der Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel gewählt. Diese basiert auf dem Kodieren in deduktiven, theoriegeleiteten Kategorien, lässt aber die Bildung induktiver Kategorien uneingeschränkt zu. Da es jedoch nicht möglich ist, Interviews völlig ungesteuert zu führen und dies auch nicht uneingeschränkt dem Forschungsdesign entspricht, ist die Offenheit nach Hellferich immer teilweise eingeschränkt. Darum dient die „methodische Kontrolle über Reflexivität“ dazu, sich dessen bewusst zu werden und darauf einzugehen (Hellferich 2011: 156). So ist die Rolle der Interviewenden und Interpretierenden als Ärztin mit erheblichem Vorwissen bezüglich der Hygienemaßnahmen bei MRE bereits diskutiert worden. Dies wird auch als Gütekriterium von Steinke gefordert (Steinke 2005: 327). Ebenso ist die Interviewsituation als solche, auch im Hinblick auf Einflüsse auf den Interviewverlauf, diskutiert worden. Gütekriterien dienen auch der Vergleichbarkeit der Interviewsituationen (Hellferich 2011: 154).

Der dritte Bereich, der von Hellferich genannt wird, betrifft die „methodische Kontrolle der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit“ (Hellferich 2011: 156). Ideal ist in diesem Punkt eine Teamarbeit (Bogner et al. 2014: 94) und eventuelle Durchsicht der Ergebnisse durch die Interviewten selbst (Steinke 2005: 329). Da die Studie als Dissertation nicht als Teamarbeit erstellt wurde, waren die Analyse in der Gruppe oder auch das Einbeziehen eines fachfremden Peers (Steinke 2005: 326) nur eingeschränkt umsetzbar. Es fanden jedoch im Dissertationsprozess regelmäßige Treffen in der Arbeitsgruppe statt, in denen die einzelnen Schritte der Studie reflektiert wurden. Das Feedback aus diesen Gruppendiskussionen wurde mit in den Forschungsprozess und die Darstellung einbezogen. Die Reflektionen durch die Interviewten selbst ist nur eingeschränkt empfohlen, da die Expert_innen nicht ohne weiteres ihren eigenen Beitrag in den Ergebnissen selbst erkennen können und es möglich ist, dass die Ergebnisse konträr zu dem von den Expert_innen wahrgenommenen Weltbild liegen (Bogner et al. 2014: 94 f.). Aus diesen Gründen wurde auch hier auf ein Gegenlesen durch die Expert_innen verzichtet. Unablässig sind jedoch eine klare Transparenz und eine stringente Dokumentation des Forschungsprozesses, die die Nachvollziehbarkeit in verschiedenen Ebenen garantieren sollen (Steinke 2005: 324 ff., Hellferich 2011: 156 f., Bogner et al. 2014: 93 ff.). So soll die Dynamik zwischen dem Gegenstand der Forschung, der

Fragestellung und dem methodischem Konzept für den/die Leser_in deutlich und nachvollziehbar sein (Steinke 2005: 324). In diesem Sinne wurde in der vorliegenden Arbeit beschrieben, inwiefern die Fragestellung relevant ist und einen sinnvollen Beitrag für die entwickelten Handlungsfelder leistet. In Kapitel 11 (Fazit und Ausblick) wird dargelegt, wie die gewonnenen Erkenntnisse Anwendung in der Praxis finden. Darüber hinaus ist der Entscheidungsprozess zum qualitativen Vorgehen, zur Methodenwahl, zu den Transkriptionsregeln, zur Auswertungsmethode sowie zu Entscheidungen und Problemen bezüglich des Samplings dokumentiert wie auch diskutiert worden. Diese Dokumentationsschritte werden als Gütekriterien genannt (Steinke 2005: 324 ff.). Wie bei Steinke empfohlen (Steinke 2005: 326), wurde ein systematisches, regelgeleitetes Vorgehen gewählt, das dennoch offen für Induktion ist. Im Methodenteil wurde zudem ausführlich darauf eingegangen, warum Patient_innen als Expert_innen für die Interviews geeignet sind (siehe Unterkapitel 9.1.2 Patient_innen als Expert_innen) (Bogner et al. 2014: 93). Durch die tabellarische Darstellung des Auswertungsprozesses im Anhang kann dieser detailliert nachvollzogen werden (Steinke 2005: 325, Bogner et al. 2014: 94). Es wurde darauf geachtet, möglichst wörtliche Zitate aus den Interviews in die Darstellung der Ergebnisse und die Diskussion einzubeziehen. Stets ist dabei gekennzeichnet, welche Interviewpartner_innen Aussagen gemacht haben, die zu den Ergebnissen führen. Obwohl es auf Grund der als Dissertation angelegten Studie nicht möglich war, die Auswertung durch mehrere Forschende durchzuführen, wurde darauf geachtet, durch eine umfangreiche Dokumentation den Forschungsprozess transparent und nachvollziehbar darzustellen.

9.2 Einordnung der Ergebnisse in den theoretischen Rahmen und Kontext der Literatur

Im Folgenden werden die Ergebnisse vor dem theoretischen Hintergrund diskutiert. Das Modell der patientenzentrierten Versorgung nach Picker steht im Zentrum der theoretischen Orientierung der Dissertation und stellt die Grundlage des Leitfadens für die Patient_inneninterviews dar. Die zuvor beschriebenen Ergebnisse sollen daher vor allem im Kontext der Dimensionen des Prinzips der patientenzentrierten Versorgung nach Picker diskutiert werden. Daher orientiert sich die Gliederung der Diskussion an der Darstellung der Dimensionen nach Gerteis (Gerteis 1993b).

Dabei wird zudem auf die in Kapitel 3 vorgestellte Literatur eingegangen. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass in der vorliegenden Dissertation verschiedene offene Felder aufgegriffen werden, die auch von Autor_innen in verwandten Vorarbeiten herausgearbeitet wurden. So werden wiederholt Strategien gefordert, um den negativen Auswirkungen von Isolierungsmaßnahmen auf Patient_innen entgegenzuwirken (Gammon 1999, Lewis et al. 1999, Catalano et al. 2003). Zudem müsse untersucht werden, wie Informationen von Patient_innen verstanden werden, und wie Patient_innen auf diese Informationen reagieren (Sharp et al. 2014, Ewers et al. 2017: 238 f., Messer et al. 2017: 201, Osborne & Beauchamp 2017: 73, Rudd 2017: 26).

Bereits im Jahr 2000 formulieren Ward et al. nach qualitativen Interviews, die an einer britischen Institution durchgeführt werden, konkrete Handlungsempfehlungen, um die psychologischen Folgen einer Kontaktisolierung zu mildern (Ward 2000). Demnach solle die Indikation für eine Kontaktisolierung nur nach strengen Vorgaben erfolgen.

9.2.1 Rücksicht auf individuelle Präferenzen und Respekt

Die erste Dimension umfasst den Wunsch der Patient_innen, mit Respekt für die eigenen Werte, Vorlieben und Bedürfnisse behandelt zu werden. Eingeschlossen in diese Dimension sind die Lebensqualität, die Möglichkeit, an Entscheidungen beteiligt zu sein, die Würde der Patient_innen sowie individuelle Bedürfnisse und das Bedürfnis nach Autonomie (Gerteis 1993b: 5-6). In der Literatur werden verschiedene dahingehende Auswirkungen von Isolierungsmaßnahmen beschrieben, die aus einer Infektion oder Kolonisation mit infektiösen Erregern resultieren. In dem Review von Morgan et al. (Morgan et al. 2009) werden diese als vier Hauptfolgen beschrieben: Weniger Kontakt mit Personal, Änderungen im Ablauf, vermehrte Depressionen und Ängste. Diese werden wiederholt in Arbeiten bestätigt (siehe Kapitel 3 Forschungsstand). Die Beschreibung von Ängsten und Depressionen fällt in diesen Studien häufig dramatischer aus als bei den Experteninterviews dieser Studie (Wilkins et al. 1988, Diorio et al. 2012, Gleeson et al. 2016). Zwei Expert_innen reagierten stark emotional in der Darstellung ihres Erlebens (MRSA_N_2 und MRSA_N_6). Diese Emotionen konnten jedoch eindeutig an einzelnen Aspekten der Kontaktisolierung, wie dem eingeschränkten Kontakt zu den eigenen Kindern,

festgemacht werden. So wurden generelle Ängste und Depressionen, die ihren Ursprung im MRE haben, nicht deutlich. Als Schutzmechanismus vor negativen Konsequenzen stellt Hartmann ein Rationalisieren der Situation heraus (Hartmann 2006). In den hier analysierten Interviews wurde dies nicht explizit herausgearbeitet. In den Interviews wird ein Mangel an Respekt vor den Patient_innen nicht deutlich. Auch in der 2018 veröffentlichten Studie von Wiklund ist dies nicht der Fall (Wiklund et al. 2018). Individuelle Bedürfnisse von Patient_innen waren teilweise eingeschränkt. So ist es einem/einer Expert_in besonders wichtig, Zeit an der frischen Luft zu verbringen, was auf Grund der Isolierungsmaßnahmen jedoch nur eingeschränkt möglich war. Der/die Expert_in betont jedoch, dass dies bei ihm/ihr eine besonders große Bedeutung im alltäglichen Leben habe (MRSA_N_6). Der Kontakt zu Angehörigen wird von einigen Expert_innen ebenfalls als ein Bedürfnis beschrieben, dass durch die Isolierungsmaßnahmen eingeschränkt sei. Andere Expert_innen empfinden dahingehend keine Einschränkung. Eindrücklich ist die Schilderung eines/einer Expert_in, der/die unter der Erforderlichkeit der Nutzung eines Toilettenstuhls und der nicht vorhandenen Möglichkeit, zu duschen, litt. Er/sie empfindet dies als eine Einschränkung sowohl seiner/ihrer Lebensqualität als auch seiner/ihrer Würde (MRSA_N_2). Auch in der Studie von Hartmann wird der Toilettenstuhl explizit als Einschränkung erfahren (Hartmann 2006). Eine Herabsetzung der Würde wird überdies auch von einigen Expert_innen berichtet. (MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRSA_N_6, MRSA_N_7, VRE_W_2). Viele Expert_innen fühlen sich durch die Schutzkleidung und die dadurch hervorgerufene Reaktion von anderen, sowohl von Seiten des Personals als auch von Mitpatient_innen, in ihrer Würde herabgesetzt. Von einigen Expert_innen wird auch ein Gewöhnungseffekt beschrieben.

Ähnlich wie bei Raupach-Rosin dargestellt, findet eine Stigmatisierung hauptsächlich im stationären Bereich statt (Raupach-Rosin et al. 2015).

Neben konkreten Beispielen wird häufig angegeben, dass die Besiedelung keine direkten Auswirkungen auf die Lebensqualität habe. Bei Expert_innen mit schweren Grunderkrankungen stehen oft die Einschränkungen durch die Grunderkrankung im Vordergrund. Im Gegensatz zu den beschriebenen Einschränkungen hat die Unterbringung im Einzelzimmer auf Grund der höheren Privatsphäre häufig auch einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität. Häufig wird dies auch in der Literatur als positiver Effekt der Präventionsmaßnahmen genannt (Wilkins et al. 1988, Ward

2000, Newton et al. 2001, Hartmann 2006, Skyman et al. 2010, Barratt et al. 2011, Findik et al. 2012, Lupion-Mendoza et al. 2015, Wiklund et al. 2018, Rump et al. 2019). Als störend wird von den Expert_innen dadurch lediglich der mangelnde Austausch mit Mitpatient_innen und Personal bewertet. Dies wird auch bei Rump et al. erwähnt (Rump et al. 2019). Bei der Unterbringung von zwei Patient_innen mit dem selben MRE in einem Zimmer müsse jedoch laut Hartmann darauf geachtet werden, ob diese zueinander passen, da keine Rückzugsmöglichkeit bestehe (Hartmann 2006). Da in dieser Studie nur Patient_innen in Einzelisolierung interviewt wurden, kann hierüber keine Aussage getroffen werden.

Die Autonomie ist in erster Linie dadurch eingeschränkt, dass das Zimmer nicht verlassen werden kann. Ein_e Expert_in beschreibt, durch die Physiotherapeut_innen Anleitung für das tägliche Leben zu erhalten. Dies ist nach den Picker-Prinzipien wünschenswert. Auch im Bereich der Health-Literacy-Forschung gibt es Forderungen, mehrere Berufsgruppen, insbesondere die Pflege, in die Informationsweitergabe miteinzubinden (Ewers et al. 2017: 237 ff., Schaeffer 2017: 62, Schaeffer & Pelikan 2017b: 319, Schaeffer et al. 2017b: 142). Hierzu fordert der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ eine strukturelle Stärkung der Kommunikationskompetenz aller beteiligter Berufsgruppen (Schaeffer et al. 2018: 14 ff., 20, 28, 38 f., 41 f., 51).

Der Wunsch nach Beteiligung wird in dem Versuch der Expert_innen deutlich, an den Abläufen mitzuwirken, um es dem Personal leichter zu machen. Häufig wird Mitleid mit dem Personal wegen des durch den MRE gesteigerten Arbeitsaufwandes ausgedrückt. Darüber hinaus ist die Motivation der Expert_innen hoch, die Hygienemaßnahmen und Empfehlungen zu befolgen, um andere Patient_innen nicht zu gefährden. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen der Literatur (Rump et al. 2019). Allshouse kritisiert den Anspruch an die Patient_innen, sich dem Krankenhausbetrieb anpassen zu müssen. Andererseits wird ein aktives Mitgestalten der Pflege von Seiten der Patient_innen begrüßt, da so ein besseres Behandlungsergebnis erzielt würde (Allshouse 1993: 33-39).

Patient_innen an der Behandlung zu beteiligen, beinhaltet auch, angemessene Informationen zu vermitteln. Dies bedeutet auch, dass die Informationen an die individuellen Fähigkeiten der Patient_innen angepasst sein müssen. Sie sind sonst als unsachgemäß zu bezeichnen (Dierks & Seidel 2017: 299, Ewers et al. 2017: 239, Messer et al. 2017: 201, Rudd 2017: 26, Schaeffer et al. 2017b: 142). Der „Nationale

Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ macht im Hinblick darauf deutlich, dass zum Erreichen dieses Zieles auch Maßnahmen zur „entsprechende[n] System- oder Organisationsentwicklung [und] gezielte[n] Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionen“ notwendig sind (Schaeffer et al. 2018: 14 ff.). Allshouse wirft auf, dass nicht alle Patient_innen gleichermaßen an ihrer Behandlung beteiligt werden möchten. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Interviews und der Darstellung von Longtin (Longtin et al. 2010). Einige Expert_innen äußern den Wunsch nach mehr Informationen, während andere wenig Interesse zeigen und dem ärztlichen Personal grundsätzlich vertrauen. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass Patient_innen zögern, nachzufragen, oder auf Grund von Fachtermini die genannten Informationen nicht verstehen. Diese beiden Situationen wurden auch von den Expert_innen berichtet. Allshouse schlägt vor, Patient_innen dazu zu ermutigen, Fragen zu stellen, und ihnen dabei zu helfen (Allshouse 1993: 30). Dies wird auch im Zuge der Analysen zur Situation der Health Literacy aufgegriffen, indem gefordert wird, dem Personal mehr kommunikative Fähigkeiten zuzuschreiben und besonders die Pflege in die Informationsvermittlung miteinzubinden (Ewers et al. 2017: 237 ff., Osborne & Beauchamp 2017: 73, Schaeffer et al. 2017b: 142, Schmidt-Kaehler 2017: 285, Hereng et al. 2019).

Eine zentrale Komponente der ersten Dimension bildet der kulturelle Hintergrund der Patient_innen und damit verbunden die Wahrnehmung und Verarbeitung der Erkrankung sowie etwaige Bedürfnisse der Patient_innen. Allshouse erwähnt die in manchen Kulturen hohe Anzahl von Besucher_innen während einer Erkrankung (Allshouse 1993: 25). Dies hat besondere Relevanz im Zuge von Isolierungsmaßnahmen. Allerdings wurden in der vorliegenden Studie ausschließlich Patient_innen interviewt, die fließend Deutsch sprachen. Ein eventueller Migrationshintergrund wurde nicht abgefragt. Ob die Versorgung von MRE-Patient_innen mit Migrationshintergrund anders eingeschätzt wird, sollte daher Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Ein_e Expert_in merkt an, dass die Informationen, die er/sie erhalten hatte, für ihn/sie u. a. deshalb verständlich seien, da er/sie ein biomedizinisches Studium absolviert habe. Er/sie bezweifelt, dass Patient_innen mit einem niedrigeren Bildungsstand diese verstünden. Dies geht einher mit der Bemerkung Allshouses, dass sich der kulturelle Hintergrund nicht nur auf den ethnischen Hintergrund beschränke, sondern auch andere soziale Komponenten miteinschleife (Allshouse 1993: 38). Diese

Beobachtungen decken sich auch mit der Tatsache, dass sowohl Migrant_innen als auch Menschen mit schlechter Bildung über eine geringere Health Literacy verfügen (Berens et al. 2016, Schaeffer et al. 2017a: 135 ff.). Dessen müssen sich Gesundheitsprofessionen bewusst sein (Schaeffer et al. 2018: 20+44). Zudem bedarf es dahingehend weitergehender Forschung (Schaeffer et al. 2018: 51).

Der Einfluss der Isolierung auf die eigentliche Patient_innenzufriedenheit wird in der Literatur unterschiedlich bewertet (siehe Kapitel 3 Forschungsstand). In den Interviews zeigte sich nur ein_e Expert_in explizit unzufrieden mit der Behandlung (VRE_N_2). Darüber hinaus gaben die Expert_innen auf direkte Nachfrage an, weitestgehend zufrieden mit der Behandlung zu sein. Unzufriedenheit bezog sich allenfalls auf einzelne Aspekte der Behandlung. Andere Studien belegen ebenfalls, dass Isolierungsmaßnahmen wenig bis keinen Einfluss auf die Patient_innenzufriedenheit haben (Gasink et al. 2008, Livorsi et al. 2015, Chittick et al. 2016).

Die Isolierung selbst wird größtenteils als notwendige Gegebenheit hingenommen (Raupach-Rosin et al. 2015). Strukturelle Verbesserungen werden darin gesehen, Neubauten auf jeden Fall mit Zimmern mit Fenstern auszustatten (Ward 2000). Im Kontext der hier durchgeführten Experteninterviews hatte jedes Patient_innenzimmer ein Fenster. Baulich-strukturelle Verbesserungsmöglichkeiten wurden jedoch von den interviewten Expert_innen in der flächendeckenden Ausstattung mit Sanitäranlagen sowie in eigens für die Behandlung isolierungspflichtiger Patient_innen konzipierten Stationen gesehen.

Schließlich wird in der Darstellung des ersten Picker-Prinzips die Frage aufgeworfen, in wessen Interesse die medizinische Versorgung erfolgt (Allshouse 1993: 35). Hier bezieht sich der potenzielle Konflikt auf das scheinbare und eigentliche Interesse der Patient_innen. Ein Interessenskonflikt besteht im Bereich der Infektionsprävention zwischen dem individuellen Interesse der betroffenen Patient_innen an einer würdevollen und qualitativ hochwertigen Versorgung und dem Interesse eines Krankenhauses und einer Gesellschaft, die Übertragung von MRE möglichst gering zu halten. Ein ethischer Diskurs sollte daher weiterverfolgt werden.

9.2.2 Koordination

Die zweite Dimension der patientenzentrierten Versorgung nach Picker umfasst die Koordination der Versorgung innerhalb einer Versorgungseinheit wie auch schnittstellenübergreifend (Gerteis 1993b). Da an der Versorgung eine Vielzahl von Mitarbeitenden beteiligt ist, stellt sie sich, besonders für die Patient_innen, als komplex dar und muss koordiniert werden (Gerteis 1993a: 47).

Die Koordination der Versorgung trägt nach Gerteis maßgeblich dazu bei, dass sich Patient_innen gut versorgt fühlen.

Die Kommunikation und die Zusammenarbeit der Mitarbeitenden tragen u. a. dazu bei, dass Patient_innen Vertrauen in die Behandlung haben. Gerteis nennt als Negativbeispiel die Tatsache, dass Patient_innen immer wieder die gleichen Informationen geben mussten oder Informationen nicht weitergegeben wurden. Dies zeigte sich darin, dass Mitarbeitende nicht informiert waren und die Behandlung nicht effizient erfolgte (Gerteis 1993a: 50).

Die Erfahrungen der interviewten Expert_innen sind hier unterschiedlich. Während ein_e Expert_in eindrücklich von einer gut funktionierenden prästationären Versorgung berichtet, geben mehrere Expert_innen Beispiele, in denen die Informationsweitergabe innerhalb der Einrichtung und auch schnittstellenübergreifend nicht funktioniert. Diese Erfahrungen decken sich mit den von Gerteis beschriebenen Beispielen. So berichtet VRE_W_2 von unnötig doppelt durchgeführten Untersuchungen, die aufgrund mangelnder Kommunikation erfolgten, was zu Frustration führte. MRSA_N_7 und MRGN_W_1 schildern, dass nicht jeder Mitarbeitende über den MRE-Status informiert gewesen sei. Ein_e Expert_in schlägt den Arztbrief als Kommunikationsmittel der Wahl vor. Lösungsvorschläge von Seiten der Expert_innen beinhalten die eindeutige Kommunikation über den Arztbrief sowie ein Vermerk in der elektronischen Patient_innenakte. Dies deckt sich auch mit den Erfahrungen von Mondain et al., die die schnittstellenübergreifende Versorgung von ESBL-Patient_innen durch ein Toolkit, das u. a. Briefvorlagen beinhaltet, verbessern konnten (Mondain et al. 2018). Ein_e Expert_in erwähnt in Bezug darauf, dass bei ihm/ihr die Durchführung einer prästationären Sanierungstherapie u. a. mit Hilfe der Übermittlung von Dokumenten via E-Mail gut funktioniert habe. In der Kommunikation zwischen ambulanten Ärzt_innen und dem Krankenhaus sehen wenige Expert_innen Einschränkungen. Wichtig sei laut Gerteis, klarzustellen, wer

für die Informationsweitergabe verantwortlich ist (Gerteis 1993a: 50). Gerteis spricht in Bezug darauf an, dass einige Mitarbeitende, die direkt an den Patient_innen arbeiten würden, jedoch in der Hierarchie weiter unten stünden, oft keine genauen Informationen über die Patient_innen hätten (Gerteis 1993a: 62). Ob dies sinnvoll ist, bleibt offen; es wird vorgeschlagen, in diesem Punkt abteilungsspezifische, jedoch klare Absprachen zu treffen (Gerteis 1993a: 67). Der/die Mitarbeitende, der/die auf die Bettklingel antwortet, sollte jedoch gut informiert sein (Gerteis 1993a: 69).

Die Koordination der direkten Versorgung, und darin eingeschlossen die Beantwortung der Bettklingel, ist als Teil der offensichtlichsten Versorgung (Gerteis 1993a: 64) ein weiterer kritischer Punkt, der die Qualität der patientenzentrierten Versorgung beeinflusst (Gerteis 1993a) und von den Expert_innen in den Interviews häufig angesprochen wird.

Häufig wurden in Bezug darauf von den Expert_innen lange Wartezeiten angesprochen. Wenn dies regulär aufträte, zeige dies, dass das System nicht funktioniere (Gerteis 1993a: 55). Dies empfinden die Expert_innen als ärgerlich und in einem Fall sogar als gefährlich: Als ein_e Expert_in unterzuckert war, antwortete niemand auf das Klingeln. Der/die Expert_in konnte sich auf Grund der klinischen Situation nicht anders bemerkbar machen. Gerteis sieht die Frage, ob ein_e Patient_in zur rechten Zeit angemessene Hilfe erhält, kritisch, und fordert, dass die Verantwortlichkeiten definiert und koordiniert werden müssten (Gerteis 1993a: 60+63).

Die Ergebnisse der Interviews decken sich mit den Erfahrungen, die zu den Prinzipien der patientenzentrierten Versorgung geführt haben, dahingehend, dass Patient_innen auf Grund der hohen Arbeitsbelastung Verständnis für das Personal aufbringen (Gerteis 1993a: 63). In den Interviews zeigt sich auch, dass die Expert_innen in der Regel Verständnis für lange Wartezeiten aufbringen, wenn sie über die Gründe informiert sind. Ein_e Expert_in bemängelt, dass er/sie nicht habe nachvollziehen können, warum andere Patient_innen vorgezogen worden seien, wohingegen ein_e andere_r Expert_in Verständnis dafür zeigt, da er/sie gewusst habe, dass nach seiner Behandlung Desinfektionsmaßnahmen erforderlich seien. Dies ist ein positives Beispiel, auch wenn Gerteis anmerkt, dass es keine „schwierigen Patient_innen“ geben dürfe und sich das System an „schwierige Patient_innen“ anpassen müsse. Für die Versorgung von MRE-Patient_innen hieße

das, den betroffenen Patient_innen zu vermitteln, dass der MRE-Status sie nicht zu einem/einer „schwierigen Patient_in“ macht.

Patient_innen messen die Qualität der Versorgung auch an der Konsistenz der ihnen vermittelten Botschaften (Gerteis 1993a: 50 f.). Dies spiegelt sich auch in den Interviews wider. Die uneinheitliche Einhaltung der Hygienemaßnahmen, besonders im Hinblick auf die Nutzung der Schutzkleidung, löst Missfallen aus. Zum einen verursacht es Verwirrung, zum anderen Ärger. Hier ist als Beispiel der/die Expert_in zu nennen, der/die nicht versteht, warum für Angehörige strengere Schutzmaßnahmen gelten als für Mitarbeitende. Darüber hinaus äußert der/die Expert_in Unverständnis, da ihm/ihr die Tragweite von MRE bewusst ist und er/sie nicht versteht, weshalb die Vorsichtsmaßnahmen von einigen Mitarbeitenden nicht eingehalten werden. Dem gegenüber steht ein_e Expert_in, der/die es begrüßt, wenn in ausgewählten Situationen die Schutzmaßnahmen von den Mitarbeitenden gelockert werden, da dies für ihn/sie eine physische Entlastung darstellt. Widersprüchliche Informationen stehen auch der Bildung von Health Literacy entgegen (Ewers et al. 2017: 239).

Eine weitere Sorge bestehe nach Gerteis darin, dass Informationen vorenthalten würden (Gerteis 1993a: 51). Diese Erfahrung wurde auch von einigen der interviewten Expert_innen gemacht und sollte vermieden werden.

Neben einer umfassenden Information sei es wichtig, dass Informationen auch über den primären Versorger hinaus konsistent seien. Häufig würden sich Patient_innen eine Zweit- und Drittmeinung einholen (Gerteis 1993a: 51 f.). Dahingehend haben zwei Expert_innen positive Erfahrungen gemacht. In einem Fall wurden Informationen vom Gesundheitsamt, in einem anderen Fall von ambulanten Fachärzt_innen bestätigt.

Gerteis erwähnt als Lösungsvorschlag in Bezug auf die Koordination der Information, den Patient_innen eine_n feste_n und kompetente_n Ansprechpartner_in zu nennen, der/die für sie erreichbar und über Handlungsabläufe informiert ist, offene Fragen klärt und aktiv nachfragt, ob offene Fragen bestehen (Gerteis 1993a: 51 ff., 59 ff., 68 f.).

Dieser Vorschlag erscheint besonders in der Versorgung von MRE-Patient_innen relevant, da sich häufig offene Fragen ergeben und die Expert_innen in der Regel Verständnis für die Maßnahmen sowie eine hohe Motivation zur Mitarbeit zeigen, wenn ihnen die Gründe für die Infektionsmaßnahmen und Wartezeiten bewusst sind.

9.2.3 Kommunikation, Information, Anleitung

Die Kommunikation und damit die Vermittlung von Informationen an die Patient_innen werden als zentrale Elemente der patientenzentrierten Versorgung angesehen und stehen als dritte Dimension im Zentrum des Prinzips (Daley 1993: 73). Da die Kommunikation und die Information eine derart zentrale Rolle einnehmen, ist auch schon in den zwei bereits diskutierten Dimensionen in Teilen darauf eingegangen worden.

In der Kommunikation spielen nonverbale Ausdrucksformen, wie Berührungen, Zuhören, Gesten, Haltung, Stimmungslage und Gesichtsausdrücke, eine zentrale Rolle (Daley 1993: 74). In den Interviews wird eine Einschränkung der nonverbalen Kommunikation vordergründig im Hinblick auf Familie und Angehörige beschrieben. Wie in einem Gesprächsprotokoll festgehalten, bemerkte die Interviewende diesbezüglich jedoch Einschränkungen, besonders in einer Situation, in der ein_e Expert_in selbst Schutzkleidung trug. Zudem fiel die Kommunikation leichter, wenn kein MNS als Schutzkleidung vorgegeben war. Welche Auswirkungen die Nutzung eines MNS auf die Kommunikation hat und ob ggf. der Einsatz nur nach strenger Indikationsstellung erfolgen sollte, bleibt offen. Auch ohne den Hintergrund der Präventionsmaßnahmen sieht Daley eine wachsende Distanz zwischen Patient_innen und Versorgenden. Patient_innen hätten signifikante Probleme, mit ärztlichem Personal und Pflegern zu kommunizieren (Daley 1993: 77).

Sehr eindrücklich wird von einem/einer Expert_in beschrieben, welche Gefühle dadurch ausgelöst wurden, dass er/sie hörte, wie vor der Zimmertür über ihn/sie geredet wurde. Auch Daley schreibt, dass Patient_innen sehr sensibel auf die Kommunikation unter den Mitarbeitenden reagieren (Daley 1993: 84). Dies gilt es, nicht nur im Hinblick auf die Versorgung von MRE-Patient_innen zu beachten.

Daley schlägt vor, Ärzt_innen im Bereich Kommunikation zu schulen (Daley 1993: 88 + 91). Wie bereits erwähnt, ist dies auch eine häufige Forderung in Bezug auf die Health Literacy (Schaeffer et al. 2018: 14 ff., 20, 28, 38 f., 41 f., 51). Dies wird von den Expert_innen nicht vorgeschlagen, sodass dies als ein übergeordneter und nicht spezifisch auf die Versorgung von MRE-Patient_innen anwendbarer Vorschlag angesehen wird. Gute Kommunikation mit Patient_innen sollte jedoch auch ein Bestandteil von Hygieneschulungen sein (Bushuven et al. 2019).

Patient_innen möchten grundsätzlich wissen, was sie im Laufe der Behandlung erwartet (Ellers 1993a: 99). Beispielsweise möchten Patient_innen darüber informiert werden, wie lange ihr Krankenhausaufenthalt dauern wird. Ob sich durch die MRE-Besiedelung der Ablauf der Behandlung ändert, war wiederholt Thema in den Interviews. Häufig bestanden hier Unsicherheiten. Diese Unsicherheiten bestehen jedoch nicht allein von Seiten der Betroffenen. Auch das Personal sei unsicher bezüglich des Umgangs mit MRE (Bushuven et al. 2019, Rump et al. 2019). Dies wird auch von den Expert_innen bestätigt (MRGN_W_1).

Ein offener Umgang mit Informationen ist daher anzustreben. Inkonsequentes Verhalten führte darüber hinaus, in der Literatur beschrieben, zu Unsicherheiten (Hartmann 2006, Webber et al. 2012, Lindberg et al. 2014). In den Interviews hatte inkonsequentes Verhalten eher Unverständnis und in einem Fall Aggressionen zur Folge. In jedem Fall sollte Inkonsistenz in der Kommunikation vermieden werden. Im Gegensatz dazu würde VRE_W_2 es begrüßen, wenn die Schutzmaßnahmen zu seinen/ihren Gunsten im Einzelfall gelockert würden. Hier gilt es, eine risikoadaptierte Einzelfallentscheidung im Sinne der Patient_innen zu treffen (Geffer & Ruden 2006).

In Bezug auf das Leben außerhalb des Krankenhauses stellten Angehörige häufig den Kontakt zur Außenwelt dar (Hartmann 2006).

Ward et al. beschreiben zudem die Wichtigkeit des Zugangs zu Medien, wie Zeitschriften, Zeitungen, Telefon und Büchern, um den Betroffenen Zugang zur Außenwelt zu ermöglichen (Ward 2000). Dies wird von der vorliegenden Studie unterstützt und um die Bereitstellung von Internet ergänzt. Trotz des relativ weit zurückliegenden Zeitraums der Erstveröffentlichung der Picker-Prinzipien werden auch hier schon die digitalen Medien erwähnt, die eigentlich die Kommunikation vereinfachen sollen.

Oft half auch den Interviewten bei Hartmann das Vorhandensein eines Telefons (Hartmann 2006). Auch in den hier analysierten Interviews war dies teils ein bedeutsames Kommunikationsmittel, auch in Kombination mit dem Internet. MRE-Patient_innen in Einzelisolierung sollten daher Zugang zu Internet und Telefon haben.

Ein_e Expert_in beschreibt, dass es ihm/ihr helfe, zu wissen, dass er/sie nicht allein von einem MRE betroffen sei. Mangelnder Austausch mit Mitpatient_innen wird auch

als einer der wenigen Nachteile der Einzelzimmerunterbringung bewertet. Es ist daher anzudenken, MRE-Patient_innen die Möglichkeit zum Austausch untereinander zu geben.

In Bezug auf die Art der Kommunikation schließt die patientenzentrierte Versorgung, dass sich der Kommunikationsbedarf und -stil im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes ändere. Häufig wurden auch von den Expert_innen Gewöhnungseffekte an die Situation beschrieben.

Wie im Zuge der Beschreibung des theoretischen Hintergrunds dargestellt, trägt die Vermittlung von Informationen im Sinne der Health Literacy zur Patient_innenpartizipation bei. Das Prinzip der patientenzentrierten Versorgung sieht vor, Patient_innen aktiv zur Kommunikation zu ermutigen. Patient_innen hätten signifikante Probleme, an Informationen zu gelangen. So würden Patient_innen in der Regel mehr Informationen suchen, als ihnen zur Verfügung gestellt würden (Daley 1993: 75 ff.). Den Zugang zu Informationen zu gewährleisten, ist ein entscheidendes Element, um bei Patienten ein ausreichendes Health-Literacy-Niveau zu erreichen (vgl. Unterapitel 6.5 Health Literacy). Die Erfahrung des eingeschränkten Zugangs wird von vielen der interviewten Expert_innen geteilt. Auch in den Gesprächsprotokollen wird dies deutlich.

Die Mehrzahl der interviewten Expert_innen wünschte ein Aufklärungsgespräch im Anschluss an das Interview. Die Ergebnisse der Interviews decken sich auch in Bezug auf Einschränkungen im Zugang zu Informationen mit der Literatur. So haben Patient_innen Schwierigkeiten, an Information zu gelangen (Skyman et al. 2010, Wyer et al. 2015, Gleeson et al. 2016, Rump et al. 2019), oder hatten keine Möglichkeit, Rückfragen zu stellen (Burnett et al. 2010). In den Interviews wurde dies ebenfalls angegeben.

Eine eingeschränkte Möglichkeit, an Informationen zu gelangen, wird sowohl von Daley als auch von den Expert_innen durch mangelnde personelle und damit zeitliche Ressourcen begründet, die auch von Nachfragen abhalten würden. In Daleys Schilderung ist dies mit ein Grund für die mangelnde Akzeptanz der patientenzentrierten Versorgung der Mitarbeitenden (Daley 1993: 86 ff.). Auch in der Health-Literacy-Forschung werden mangelnde zeitliche Ressourcen als Hinderungsgrund erachtet (Ewers et al. 2017: 249, Schmidt-Kaehler 2017: 282 ff.), und im „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ als strukturelle

Verbesserungsmöglichkeit gesehen (Schaeffer et al. 2018: 38 f.). Laut Ellers seien ebenfalls mehr Ressourcen nötig, um eine gute Patient_innenaufklärung betreiben zu können (Ellers 1993a: 103). Die nutzerfreundliche Bereitstellung von Informationen wird wiederholt im „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ gefordert (Schaeffer et al. 2018: 16, 39, 42 ff.). Eine Lösung für diese Probleme kann ein_e zentrale_r Ansprechpartner_in sein.

In der Bewältigung und zur Klärung offener Fragen wird das ärztliche Personal, ebenso wie Bezugspersonen, als sehr bedeutsam eingestuft. Neben dem ärztlichen Personal können allerdings auch weitere Berufsgruppen als Multiplikatoren von Informationen fungieren (Ewers et al. 2017: 237ff, Schaeffer 2017: 63, Schaeffer & Pelikan 2017b: 319, Schaeffer et al. 2017b: 142, Schaeffer et al. 2018: 14ff, 20, 28, 38f, 41f, 51). Ein_e Expert_in bestätigt, wie auch in Daleys Beschreibung als Beispiel gegeben (Daley 1993: 83), von verschiedenen Quellen Informationen erhalten zu haben, konnte sich jedoch nicht an Details erinnern.

Darüber hinaus sollen die Familie und das soziale Umfeld in den Aufklärungsprozess eingeschlossen sein (Ellers 1993a: 99, Ward 2000, Ewers et al. 2017: 249, Osborne & Beauchamp 2017: 73, Schulz & Hartung 2017: 86). Auch bei den Expert_innen stellen Bezugspersonen oft eine Informationsquelle dar. Die Expert_innen berichten häufig, mit Hilfe von Angehörigen an Informationen zu gelangen oder die Auswirkungen des MREs mit ihren Angehörigen zu besprechen. So wendete sich ein_e Expert_in über eine Angehörige an das Gesundheitsamt, während ein_e andere_r Expert_in weitergehende Informationen von einem/einer Angehörigen erhielt, der/die selbst Ärzt_in ist. Die Rolle der Angehörigen in der Aneignung von Health Literacy sollte beachtet werden (Ewers et al. 2017: 249, Osborne & Beauchamp 2017: 73, Schulz & Hartung 2017: 86, Schaeffer et al. 2018: 46).

Mehrere Autor_innen weisen darauf hin, die poststationäre Phase nicht außer Acht zu lassen, und fordern, dass den Patient_innen Unterstützung in telefonischer oder ambulanter Form angeboten werden müsse (Daley 1993: 82+102, Ellers 1993a: 97+114, Ewers et al. 2017: 250, Wiklund et al. 2018, Hereng et al. 2019). Viele Expert_innen schätzen dahingehend ihre Haus- oder ambulante Fachärzt_innen als kompetent ein. Die Rolle dieser Versorgenden sollte daher nicht unterschätzt werden (Schmidt-Kaehler 2017: 279, Schaeffer et al. 2018: 28).

Als Vorschlag wird auch genannt, eine entsprechende Hotline einzusetzen (Daley 1993: 90, Wiklund et al. 2018).

Eine aktuelle Studie in diesem Zusammenhang wurde von Dickmann et al. durchgeführt. Sie zielt auf eine Verbesserung in der Kommunikation und Information ab (Dickmann et al. 2016). Hier wurden Texte qualitativ analysiert, die im Zuge eines sogenannten MRSA-Helpdesks gewonnen wurden. Der MRSA-Helpdesk wird im Sinne einer Hotline gleichermaßen von ärztlichem Personal, vom Pflegepersonal und von Privatpersonen in Anspruch genommen. Fragen bestanden zu Infektionspräventionsmaßnahmen und bezüglich der Dekolonisierungstherapie. Die Hotline wurde gut angenommen, obwohl grundsätzlich Informationen schon vorhanden waren. Oft waren diese jedoch zu gering. Weiterhin wurde eine unzureichende Kontinuität berichtet. Die Hotline scheint ein, auch aus professioneller Sicht, gutes Instrument zur Verbesserung der Informationen zu sein. Eine Hotline existiert auch an der Institution, an der die Interviews durchgeführt wurden. Es gibt bislang jedoch keine wissenschaftliche Auswertung über Qualität und Quantität der Inanspruchnahmen. Inwieweit das Angebot bei den Patient_innen bekannt ist, war nicht Thema der Interviews. Es ist daher anzudenken, Hotline-Angebote weiter bekannt zu machen, zu strukturieren und auch auf andere Erreger neben MRSA auszuweiten.

Eine unabhängige Beratung ist in jedem Fall zur Förderung der Gesundheitskompetenz sinnvoll (Schaeffer et al. 2018: 46).

In den Interviews wird auch erkennbar, dass das Interesse der Expert_innen an Informationen unterschiedlich ausgeprägt ist. Obwohl es schwer zu verallgemeinern sei, ändere sich auch der Informationsbedarf je nach Schwere der Grunderkrankung der jeweiligen Patient_innen (Daley 1993). Auch in den Interviews führen Expert_innen mit schweren Grunderkrankungen diese als ihr Hauptinteresse an. Ein weiterer Punkt ist die nutzerfreundliche Formulierung von Informationen (Park & Seale 2017). Diese wird auch wiederholt im „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ gefordert (Schaeffer et al. 2018: 16, 39, 42 ff.). Daher sollte das Personal in der Kommunikation von Informationen geschult werden (Ward 2000, Ewers et al. 2017: 252, Osborne & Beauchamp 2017: 73, Rudd 2017: 28, Schaeffer et al. 2017b: 142, Schaeffer et al. 2018: 14 ff., 20, 28, 38 f., 41 f., 51, Hereng et al. 2019).

Die Aussage, dass Patient_innen „eine andere Sprache als die Versorger sprechen“, wird von einer/einem Expert_in wie auch bei Daley erwähnt (Daley 1993: 85). Im

Hinblick auf die Health Literacy ist es essenziell, eine dem/der Patient_in angemessene Sprache zu verwenden (Osborne & Beauchamp 2017: 73). Das Verstehen und die Fähigkeit, Informationen umsetzen zu können, werden als Voraussetzungen von Health Literacy und damit der Begünstigung von Partizipation beschrieben (Sorensen et al. 2012).

Die Health Literacy sinkt im Zusammenhang mit dem sozialen Status, niedrigerer Bildung, hohem Alter, Migrationshintergrund und chronischer Erkrankung (Berens et al. 2016, Schaeffer et al. 2017b: 135 ff.).

Die Abhängigkeit vom Hintergrund der Expert_innen war jedoch nicht Teil der Fragestellung. Ein_e Expert_in findet jedoch, dass die erhaltenen Informationsblätter nicht ohne weiteres von Patient_innen ohne Bildung im medizinischen Bereich verstanden werden könnten.

Der Einfluss von soziokulturellen Faktoren auf den Wunsch der Patient_innen nach Partizipation ist ebenfalls bekannt (Longtin et al. 2010). In Bezug auf MRE sollte dies daher besonders beachtet werden. Menschen mit Behinderung und geistigen Einschränkungen wurden in dieser Studie als Interviewpartner_innen ausgeschlossen. Hier kann weiterführende Forschung ansetzen, auch im Hinblick darauf, dass Patient_innen aus Pflegeheimen ein besonderes Risiko für MRE haben. Zudem waren nicht deutschsprachige Patient_innen von den Interviews ausgeschlossen. Auch diesen Punkt müssen weitere Forschungen thematisieren. Vulnerable Gruppen in der Forschung zur Health Literacy besonders zu beachten, wird auch vom „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ gefordert (Schaeffer et al. 2018: 51).

Beth Ellers fordert in ihren Ausführungen zur Rolle der Patient_innenaufklärung, dass zu klären sei, wie Aufklärung für Patient_innen am besten funktioniere. Festzuhalten ist, dass ein Kommunikationsmittel effektiv und effizient für die Versorgung der Patient_innen eingesetzt werden sollte (Ellers 1993a: 98). Die interviewten Expert_innen wünschen sich eine detailliertere Aufklärung. Idealerweise sollten Informationsmaterialien noch einmal mündlich besprochen werden und die Informationen von Anfang an erfolgen.

Ellers schlägt, wie verschiedene andere Autor_innen vor, Informationsmaterialien möglichst individuell anzubieten (Ellers 1993a: 115, Dierks & Seidel 2017: 299, Ewers et al. 2017: 239, Messer et al. 2017: 201, Schaeffer et al. 2017b: 142).

Vielfältige Medien sollten zur Stärkung der Health Literacy genutzt werden (Schaeffer et al. 2018: 20, 35 ff., 42 ff., 46, 54). Von Bedeutung sei der gezielte Einsatz von Kommunikationsmitteln: Information solle sowohl mündlich als auch schriftlich erfolgen (Ward 2000, Wiklund et al. 2018). Zudem ist darauf zu achten die richtigen Informationen zur richtigen Zeit und in der richtigen Form anzubieten (Ewers et al. 2017: 249). Auch diese Empfehlungen decken sich mit den Wünschen der Expert_innen.

Zu beachten sei jedoch, dass die Informationsbeschaffung über das Internet dabei eine adäquate „E-Health-Literacy“ voraussetze (Ewers et al. 2017: 238). Angebote im Internet müssten eine hohe Qualität aufweisen (Park & Seale 2017).

Weitere Verbesserungsvorschläge werden von Webber et al. in Bezug auf die Behandlung in Rehasentren formuliert (Webber et al. 2012). In diesem Zusammenhang wird auch der Einsatz von Videos zur Information empfohlen. Ein weiterer Vorschlag von Webber et al. betrifft offene Informationsveranstaltungen für Patient_innen. Erfahrungen, die Health Literacy der Bevölkerung im Rahmen einer sogenannten Patientenuniversität zu steigern, wurden bereits gemacht (Dierks & Seidel 2017: 289 ff.). Dies sollte aufgegriffen werden, da viele Expert_innen nach den Interviews das Angebot für ein Informationsgespräch in Anspruch nahmen. Es gab offene Fragen. Wie ein solches Informationsangebot angenommen wird, ist dann zu evaluieren (Schaeffer & Pelikan 2017b: 317).

In der Darstellung der patientenzentrierten Versorgung wird der Vorschlag einer Aufklärung von Patient_innen durch andere Patient_innen, die sich in ähnlichen Situationen befinden, gegeben (Ellers 1993a: 105+115). Für eine_n Expert_in war es ein Trost, zu wissen, dass sich andere Patient_innen in einer ähnlichen Lage befinden.

Dass, wie auch im Modell zur Health Literacy beschrieben, Patient_innen eine gewisse Zeit benötigen, um Informationen zu hören und zu verarbeiten, wird ebenfalls von Daley in der Beschreibung der dritten Dimension der patientenzentrierten Versorgung beschrieben. Auch in den Ausführungen zur Patient_innenaufklärung und von weiteren Autor_innen wird dies aufgegriffen (Daley 1993: 83+86, Ellers 1993a: 98, Wiklund et al. 2018). Der Wunsch, noch einmal nachfragen zu können, wird zudem von Expert_innen in den Interviews ausgedrückt. Er zeigt sich auch darin, dass offene Fragen bestehen bleiben, zu denen die Expert_innen keine Informationsmöglichkeit besitzen.

Aus der Diskussion wird ersichtlich, dass sich die in dieser Studie gewonnenen Erkenntnisse in Bezug auf Kommunikation und Information in weiten Teilen mit den Erkenntnissen und Herausforderungen in der Health-Literacy-Forschung decken (Schaeffer & Pelikan 2017a: 11f.f, Schaeffer & Pelikan 2017b: 315 ff.). Viele der in dieser Studie herausgearbeiteten Punkte sind auch in den Feststellungen und Forderungen des „Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz“ enthalten (Schaeffer et al. 2018). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein struktureller Zugang zu Information sicherzustellen ist. Häufig steht diesem jedoch ein Mangel an Zeit von Seiten des Personals entgegen. Die Informationen müssen verständlich und zielgruppenspezifisch gestaltet und konsistent sein. Sie sollten zudem zum richtigen Zeitpunkt und in der richtigen Form erfolgen. Angehörige, verschiedene Berufsgruppen und Hausärzt_innen sollten an der Informationsvermittlung beteiligt werden (Schaeffer et al. 2018: 28). Diese Erkenntnisse werden in den Handlungsempfehlungen aufgegriffen.

9.2.4 Leibliches Wohlbefinden

Patient_innen wenden sich an ein Krankenhaus, um die Pflege zu erhalten, die sie sich selbst nicht geben können. Eine Dimension der patientenzentrierten Versorgung beinhaltet daher das körperliche Wohlbefinden. Hierbei wird auf drei Aspekte eingegangen: die Kontrolle von akuten Schmerzen, die Grundpflege und die Rolle der Krankenhausumwelt (Walker 1993: 119 f.).

Die Kontrolle von akuten Schmerzen steht in keinem direkten Zusammenhang mit einem MRE-Status, vor allem da dies von den Expert_innen kaum erwähnt wird und nicht mit dem MRE in Zusammenhang gebracht wird.

Anders verhält es sich mit der Grundpflege. Nach Walker wünschen sich Patient_innen die Sicherstellung ihrer elementaren körperlichen Bedürfnisse, wie Nahrungsaufnahme, Schlaf, Bewegung und Körperpflege (Walker 1993: 129). In diesem Zusammenhang beklagen Patient_innen, im Krankenhaus nicht genug Schlaf zu bekommen. Ein_e Expert_in nennt diesbezüglich explizit als Vorteil der Einzelunterbringung, beim Schlafen nicht durch Mitpatient_innen gestört zu werden. Der Vorteil der Einzelzimmerunterbringung wird in der Literatur mehrfach beschrieben (Wilkins et al. 1988, Ward 2000, Newton et al. 2001, Hartmann 2006,

Skyman et al. 2010, Barratt et al. 2011, Findik et al. 2012, Lupion-Mendoza et al. 2015, Wiklund et al. 2018, Rump et al. 2019).

Ein Aspekt der Förderung des körperlichen Wohlbefindens liegt in der aufmerksamen Zuwendung des Pflegepersonals an die Patient_innen und in dem Wissen, dass Hilfe, wenn nötig, verfügbar ist (Walker 1993: 132). In der Literatur ist beschrieben, dass eine Isolierung die Patient_innensicherheit gefährdet und/oder negative Auswirkungen auf die Versorgung hat (Stelfox et al. 2003, Morgan et al. 2009, Abad et al. 2010, Barratt et al. 2011, Bushuven et al. 2019, Rump et al. 2019). Ebenfalls wird angegeben, dass Personal Patient_innen mit MRE vermeide. Die von den Expert_innen beschriebenen Einschränkungen in diesem Bereich sind weitreichend und betreffen körperliche Grundbedürfnisse. Häufig werden verlängerte Wartezeiten beschrieben. Ein_e Expert_in bezeichnet dies in einigen Fällen als gefährlich. Die in der Beschreibung der patientenzentrierten Versorgung gegebenen Lösungsvorschläge beziehen sich auf strukturelle Änderungen, wie die Honorierung von Pflegekräften, die eine aufmerksame Pflege betreiben (Walker 1993: 134). Auch die Expert_innen sprechen strukturelle Probleme im Sinne der baulichen und vor allem personellen Infrastruktur an. Daneben schlagen zwei Expert_innen eine Lockerung der Schutzmaßnahmen vor, um körperliche Einschränkungen, vor allem durch die Schutzkleidung, zu verbessern.

Als dritte Komponente, die das leibliche Wohlbefinden beeinflusst, wird die Patient_innenumgebung der Umwelt gesehen. Hier geht die patientenzentrierte Versorgung auf das Patient_innenzimmer sowie die Gestaltung von Intensivstationen, Wartebereichen, Funktionsabteilungen und Fluren ein (Walker 1993: 134 ff.). Für die Fragestellung dieser Arbeit sind lediglich die Patient_innenzimmer relevant. Die Einzelunterbringung bringt dabei für viele Patient_innen Vorteile mit sich. So wird die gemeinsame Unterbringung mit anderen sehr kranken oder unsympathischen Patient_innen vermieden, die andernfalls Probleme hervorbringen könnte. Andererseits möchten nicht alle Patient_innen alleine untergebracht sein (Walker 1993: 139 f.). Dies trifft auch für einen kleinen Teil der Expert_innen zu, da hier der Austausch mit Mitpatient_innen fehlte. Eine Lösung liegt darin, eine Möglichkeit zu schaffen, sich mit anderen Patient_innen auszutauschen.

Ein_e Expert_in gibt an, neugierig zu sein, was auf dem Krankenhausflur passiere. Dies greift Walker mit dem Vorschlag auf, Fenster in die Patient_innentüren

einzubauen, die nach Bedarf verschlossen werden könnten. Darüber hinaus werden detaillierte Vorschläge zur Gestaltung des Patient_innenzimmers gemacht (Walker 1993: 140 f.). Vereinzelt schlagen Expert_innen auch adäquate Zimmer mit eigener Nasszelle sowie Stationen, die auf die Versorgung von isolierten Patient_innen ausgerichtet sind, vor.

Ein Aspekt, der von einer/einem Expert_in angesprochen wird, betrifft die Situation, dass die Patient_innen in der Schutzkleidung mitunter Blicke erfahren, die deren Würde herabsetzen. Vor diesem Hintergrund ist der Lösungsvorschlag, Wartebereiche in Funktionsabteilungen so zu gestalten, dass Patient_innen nicht von Dritten beobachtet werden können, in Bezug auf die Versorgung von MRE-Patient_innen besonders relevant. Hinsichtlich der Sauberkeit sehen zwei Expert_innen Einschränkungen und sind dahingehend beunruhigt.

In der Literatur wird zudem beschrieben, dass die Schutzkleidung neben Distanz auch physische Einschränkungen hervorruft (Hartmann 2006). Auch die Interviewende nahm eine Distanz auf Grund der Schutzkleidung wahr. In Situationen, in denen Schutzkleidung zur Prävention der Verbreitung von luftgetragenen Erkrankungen diene, hatte die Schutzkleidung keinen entscheidenden Einfluss auf die Patient_innenzufriedenheit (Tang et al. 2005, Shakespeare et al. 2007). Dies deckt sich nicht mit den Ergebnissen dieser Studie, in der insbesondere durch den MNS sowohl von Seiten der Expert_innen als auch in der Reflexion der Interviewsituation der Interviewenden Einschränkungen wahrgenommen wurden. Ein_e Expert_in, den/die die Schutzkleidung nicht störte, war mit VRE kolonisiert. In diesem Fall sind als Schutzkleidung ein Schutzkittel sowie bei Patient_innenkontakt zusätzlich Handschuhe vorgesehen (siehe Unterkapitel 5.3 Situation im gewählten Setting). Die Schutzkleidung und vor allem der MNS werden auch bei Hartmann als störend empfunden (Hartmann 2006). Dies kann in der vorliegenden Studie bestätigt werden. Vor allem für körperlich ohnehin stark eingeschränkte Patient_innen ist der Mundschutz eine besondere Belastung (MRGN_W_1). Der Einfluss des MNS sollte daher weiter untersucht und ggf. überdacht werden.

9.2.5 Emotionale Zuwendung und Unterstützung

Das emotionale Wohlergehen der Patient_innen spielt eine relevante Rolle in der Behandlung körperlicher Erkrankungen. Unter dieser Annahme beschäftigt sich eine

eigene Dimension des Picker-Prinzips mit der Frage, wie das emotionale Wohlergehen von Patient_innen während der Behandlung gestärkt werden kann. Auch hierbei habe die Kommunikation und Information, wie zuvor diskutiert, einen entscheidenden Einfluss (Edgman-Levitan 1993: 154 ff.). Wie auch bezüglich des Bedürfnisses nach Information, variere die Art, wie Patient_innen mit Stress und emotionalen Belastungen umgehen (Edgman-Levitan 1993: 159). Auch bei den Expert_innen zeigt sich eine große Spannbreite bei der Frage, ob sie durch den MRE und die daraus resultierenden Hygienemaßnahmen eine zusätzliche emotionale Belastung erleben. Während einige dies verneinen, zeigen andere Expert_innen starke emotionale Reaktionen von Ärger über die Behandlung, bis hin zu Weinen auf Grund der geschaffenen Distanz zu Angehörigen und Sorge über die Auswirkungen. In der Literatur werden wiederholt negative Einflüsse auf das emotionale Erleben von isolierten Patient_innen beschrieben (siehe Kapitel 3. Forschungsstand).

Um das emotionale Wohlbefinden zu stärken, werden in den Ausführungen zur patientenzentrierten Versorgung einige Lösungsvorschläge unterbreitet. Die unterschiedlichen Bedürfnisse seien zu erkennen und individuell zu adressieren (Edgman-Levitan 1993: 160 f.). Relevant sei diesbezüglich, die Möglichkeit einer großen Belastung durch den MRE zu kennen und ggf. darauf zu reagieren. Auch hier helfe Aufklärung über etwaige Folgen, um emotionale Belastungen zu mindern (Edgman-Levitan 1993: 164 f.). Besonderes Augenmerk solle dabei auf folgenden Aspekten liegen:

- Ängste, die den klinischen Status, die Behandlung und die Prognose betreffen,
- Ängste, die die Auswirkungen der Krankheit für die Patient_innen selbst und die Angehörigen betreffen,
- Angst über finanzielle Auswirkungen der Erkrankung (Picker Institute , Gerteis 1993b: 9).

Wenn Patient_innen Ängste über den klinischen Status, die Behandlung und die Prognose im Zusammenhang mit dem MRE ausdrücken, wollen sie wissen, ob eine OP stattfindet oder sich der Aufenthalt verlängert. Zwei Expert_innen äußern Sorgen über Auswirkungen des MREs auf die Qualität zukünftiger Behandlungen. Ein_e Expert_in drückt klar aus, dass er/sie den MRE für sich selbst nicht als Gefahr sehe.

Die Sorgen variieren je nach Aufklärungsstand der Expert_innen. Einige Expert_innen drücken Sorgen über Auswirkungen für die Familie aus. Hier gibt es offene Fragen, vor allem in Bezug auf den Umgang mit Schwangeren und Kindern. Diese müssen angesprochen werden. In Bezug auf pflegebedürftige Angehörige sind die Expert_innen in der Regel gut aufgeklärt. Wie bereits aufgeführt, nehmen Sorgen und Ängste mit steigender Aufklärung ab.

Sorgen über finanzielle Auswirkungen werden von einer/einem Expert_in benannt. Sie betreffen die Finanzierung der Sanierungsmaßnahmen. Auch hier wird deutlich, dass die Sorgen aus mangelnder Aufklärung und daraus folgenden falschen Informationen resultieren.

Emotionale Zuwendung kann auch über Pflege- und ärztliches Personal hinaus von Mitarbeitenden geleistet werden. Die Patient_innen bei Hartmann wünschen sich Austausch mit Außenstehenden, beispielsweise einem Psychologen (Hartmann 2006). Dies wird auch von Hereng et al. vorgeschlagen (Hereng et al. 2019). Dieser Wunsch trat in den Interviews zu dieser Studie nicht auf, es fehlte jedoch der Austausch mit Mitpatient_innen und Personal. Das Wissen, dass andere Patient_innen betroffen sind, war für eine/n Expert_in tröstend (MRSA_N_5). Generell bestehe bei den Patient_innen ein Redebedürfnis (Raupach-Rosin et al. 2015). Der Hinweis auf einen Austausch zwischen betroffenen Patient_innen deckt sich ebenfalls mit den Ergebnissen aus den durchgeführten Interviews. Es wird vorgeschlagen, einen Aufenthaltsraum zur Verfügung zu stellen (Ward 2000). Obwohl dies auch durch die Ergebnisse der aktuellen Interviews unterstützt wird, bleibt die Frage offen, wie dies im stationären Setting, bei Patient_innen mit unterschiedlichen Erregern, zu realisieren ist.

Edgman-Levitan weist auf die Möglichkeit des Austausches der Patient_innen untereinander, in Form der Kommunikation mit Mitpatient_innen und im ambulanten Setting in Form von Selbsthilfe und Unterstützungsgruppen unter professioneller Leitung, hin (Edgman-Levitan 1993: 167 f.). Ob dies auch für MRE-Patient_innen eine Möglichkeit der Unterstützung darstellen kann, ist zu evaluieren.

Ein_e Expert_in fordert in seinem/ihrem Interview freundlicheres Personal. Dies geht einher mit dem Vorschlag Edgman-Levitans, freundliches Personal in allen Bereichen zu beschäftigen (Edgman-Levitan 1993: 163).

Wie in der Literatur beschrieben (Wilkins et al. 1988, Diorio et al. 2012, Gleeson et al. 2016), trat bei Patient_innen in der vorliegenden Studie in Bezug auf die

Schutzmaßnahmen und auch auf Reaktionen von Mitmenschen ein Gewöhnungseffekt ein.

Webber et al. geben an, dass der Zugang zu Medien, hier vor allem das Fernsehen, die Einsamkeit verringere. In der Zukunft solle erforscht werden, wie mit geistig eingeschränkten Patient_innen umgegangen werden könne. Auch in der vorliegenden Studie wurden geistig eingeschränkte Patient_innen aus ethischen Gründen von der Studie ausgeschlossen. Es bedarf daher weiterführender Forschung, wie diese Patient_innengruppe Isolation erlebt und welche Punkte im Hinblick auf die Einzelisolation dieser Patient_innengruppe besonders beachtet werden sollen.

9.2.6 Einbeziehung von Familie und Freund_innen

Angehörige spielen eine entscheidende Rolle bei der Erfahrung und Bewältigung von Krankheit (Ellers 1993b: 178) und haben einen positiven Einfluss auf die Health Literacy (Ewers, Schaeffer et al. 2017: 249, Osborne und Beauchamp 2017: 73, Schulz und Hartung 2017: 86). Ellers konstatiert bei der Beschreibung dieser Dimension der patientenzentrierten Versorgung, dass die Beteiligung von Angehörigen ein kritischer Punkt sei, der häufig gehemmt sei. Dies spielt eine besondere Rolle in der Versorgung von MRE-Patient_innen, da von mehreren Expert_innen Einschränkungen im Kontakt mit Angehörigen beschrieben werden. Die Gruppe um Raupach-Rosin analysierte die Ergebnisse aus zwei Fokusgruppen mit MRSA-Patient_innen nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus (Raupach-Rosin et al. 2015). Die Teilnehmenden berichten in dieser Studie über ähnliche Erfahrungen wie die Teilnehmenden der hier analysierten Interviews. Gemeinsam ist der wahrgenommene eingeschränkte Kontakt mit Kindern (Raupach-Rosin et al. 2015). Während einige Expert_innen angeben, dass sie dennoch mit der Situation zufrieden seien, nehmen andere Expert_innen die Einschränkungen als gegeben an. Für andere sind die Einschränkungen tragisch und rufen teils eine starke emotionale Reaktion, wie etwa Weinen, hervor. Da der Einfluss der Familie und von Angehörigen in der patientenzentrierten Versorgung einen hohen Stellenwert besitzt, sollten Möglichkeiten geschaffen werden, den Kontakt so wenig wie möglich einzuschränken. Ein_e Expert_in empfindet es als hilfreich, auf Rat des Pflegepersonals hin, mit den Angehörigen das Patient_innenzimmer zu verlassen. So

müssen die Angehörigen keine Schutzkleidung anlegen. Die Schutzkleidung wird häufig als hoher Aufwand gesehen, den Besuch auf sich nehmen müssen. Für Patient_innen, deren Gesundheitszustand es erlaubt, ist dieses Vorgehen sicherlich sinnvoll. Zu klären ist dann, in welchem Umfang dies möglich ist, und wo sich Patient_innen und Angehörige aufhalten können, um Mitpatient_innen nicht zu gefährden.

Eine der Rollen, die Angehörige nach Ellers einnehmen, ist die Rolle des/der Anwält_in für die Patient_innen, der/die deren Interessen im Blick behält (Ellers 1993b: 180). Auch für die Expert_innen haben Angehörige diese Rolle. Häufig sind Angehörige für Expert_innen in der Informationsbeschaffung wesentlich (Ewers, Schaeffer et al. 2017: 249, Osborne und Beauchamp 2017: 73, Schulz und Hartung 2017: 86). Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aus den Interviews.

Ellers beschreibt jedoch auch das Problem, dass Angehörige als Anwält_innen der Patient_innen häufig in Konflikt mit den Versorgenden stehen. In Bezug auf die Informationsbeschaffung bei MRE-Patient_innen lässt sich dies in dem Sinn übertragen, dass Informationen verlorengehen können oder falsch übermittelt werden, wenn diese nicht direkt erfolgen. Andererseits können Angehörige hilfreich sein, wenn die Patient_innen selbst die Informationen nicht aufnehmen können. Wenn Angehörige gut informiert sind, können sie auch als emotionale Unterstützung für die Patient_innen agieren (Ellers 1993b: 195) und ihnen ihre Sorgen nehmen, anstatt sie zu vergrößern.

Da eine Erkrankung häufig nicht nur die Patient_innen, sondern auch Angehörige betrifft, benötigen diese ebenfalls Informationen und ggf. emotionale Unterstützung (Ellers 1993b). Eindrücklich waren offene Fragen der Angehörigen in Bezug auf Schwangerschaft und Kinder. Diese Punkte sollten daher in Informationsmaterialien berücksichtigt werden. Ein_e Expert_in beschreibt die initiale Reaktion der Mutter als Panik, da diese selbst chronisch erkrankt sei. Neben der Aufnahme von Informationen über den Umgang mit Angehörigen, sollten die offenen Fragen in Bezug auf Angehörige Gegenstand mündlicher oder schriftlicher Aufklärung sein, insbesondere wenn bekannt ist, dass ein_e Patient_in kranke Angehörige hat. Negative Reaktionen des Umfelds, die in der Literatur beschrieben werden (Andersson et al. 2011), wurden nur von einem/einer Expert_in beschrieben

(MRSA_N_2). Die meisten Teilnehmenden dieser Studie erfuhren keine negativen Erfahrungen mit ihrem Umfeld.

Vorgeschlagen wird, dass Angehörigen feste Ansprechpunkte und -zeiten eingeräumt werden, bei denen sie selbst die Möglichkeit haben, Rückfragen zu stellen (Ellers 1993b: 199).

Da Angehörige das Gesundheitsverhalten von Patient_innen beeinflussen, kann die Einbindung von Angehörigen in den Behandlungsprozess auch in diesem Sinn genutzt werden (Ellers 1993b: 183, Schulz & Hartung 2017: 86). Im Fall von MRE-Patient_innen kann dies auf eine ambulante Sanierung übertragen werden. Ein_e Expert_in führte diese mit Hilfe von Angehörigen durch.

Angehörige können auch selbst als Kund_innen des/der Versorgenden gesehen werden (Ellers 1993b: 185).

Mehrere Expert_innen berichteten von bereits gemachten Erfahrungen mit einem MRE, da sie bereits betroffene Angehörige kannten. Eindrücklich war die Schilderung eines/einer Landwirt_in, der/die mit dem Problem vertraut war und dadurch routiniert mit der Situation umgehen konnte. Von den Expert_innen wird nicht beschrieben, dass es auf Grund des MREs und daraus resultierenden Unsicherheiten bei den Angehörigen Einschränkungen in der häuslichen Versorgung gebe.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Angehörige auch in der Versorgung von MRE-Patient_innen in vielerlei Hinsicht eine zentrale Rolle spielen. Sie sollten daher sowohl bei der Information als auch bei der Versorgung beachtet werden.

Ein_e Expert_in erwähnte expliziert, dass die Kommunikation über sein Smartphone erleichtert worden sei. Patient_innen in Kontaktisolierung sollten daher in besonderem Maße auf diese Möglichkeiten hingewiesen werden und der Zugang zu Medien sollte sichergestellt sein. Auch Ward fordert die effektive Nutzung von Medien (Ward 2000). Beim Verlassen der Station sollte keine Schutzkleidung getragen werden müssen. Dies deckt sich mit den offiziellen Empfehlungen des RKI. Ein_e Expert_in bestätigte den Wert dieser Empfehlung als er/sie, vom Pflegepersonal ermutigt, die Gelegenheit hatte, Angehörige außerhalb der Station und ohne Schutzkleidung, zu treffen (MRSA_N_6).

9.2.7 Kontinuität der Versorgung

Ellers und Walker beschreiben in den Erläuterungen zur siebten Dimension der patientenzentrierten Versorgung, dass sich Patient_innen um die häusliche Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt sorgen. Sie fragen sich, ob ein normales Leben zu Hause möglich ist (Ellers & Walker 1993: 204 ff.).

Die interviewten Patient_innen befanden sich in unterschiedlichen Situationen. Für einige war eine Entlassung bereits geplant, während dies für andere zum Zeitpunkt des Interviews noch kein Thema war. Wieder andere Expert_innen sind chronisch erkrankt und sehen sich mit häufigen Wiederaufnahmen konfrontiert. Die weiterführende Versorgung war in allen Fällen geregelt. Einige Expert_innen äußern Sorge, dass sich auf Grund des MRE die Behandlung verzögern und eine Entlassung später als geplant erfolgen könnte. Auch dies wird in der Literatur beschrieben (Gerbier-Colomban et al. 2019, Rump et al. 2019). Sorgen um das tägliche Leben wurden nicht erlebt.

Lediglich ein_e Expert_in hat keine Informationen erhalten, wie das Verhalten in Bezug auf den MRE auszusehen hat, und befürchtet, auch im häuslichen Umfeld weitreichende Schutzmaßnahmen durchführen zu müssen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Wiklund et al. (Wiklund et al. 2018). Die Aufklärung scheint jedoch in dem hier gewählten Setting in diesem Punkt in der Regel zu funktionieren, sodass die beschriebenen Probleme in Bezug auf MRE-Patient_innen in dieser Studie meist nicht relevant sind (Ellers & Walker 1993: 204 ff.).

Die Lösungsvorschläge der patientenzentrierten Versorgung nach Picker (Ellers & Walker 1993: 219 f.) sind daher nur eingeschränkt für den Übergang in die häusliche Versorgung relevant. Es wird angeregt, den Patient_innen einen poststationären Telefonservice zur Verfügung zu stellen.

Im Hinblick auf die schnittstellenübergreifende Versorgung werden von Peel et al. Einschränkungen bei Rehabilitationsmaßnahmen vermutet (Peel et al. 1997) und bei Rump et al. beschrieben (Rump et al. 2019). Ebenfalls hypothetisch äußert sich ein_e Expert_in dahingehend besorgt (VRE_W_2). Einige Experten hoffen diesbezüglich, ohne MRE entlassen zu werden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus der Studie von Hereng et al. Dort wurde der Wunsch einer Dekolonisierung ebenfalls zum Ausdruck gebracht (Hereng et al. 2019). Tatsächliche Erfahrungen konnten auch in den geführten Interviews nicht angegeben werden. Ob MRE-

Patient_innen tatsächlich in Bezug auf Anschlussbehandlungen Nachteile erfahren, muss daher Gegenstand weiterer Forschung sein. Hier muss beachtet werden, dass die Wahrnehmung von MRE nicht unbedingt analog zu der in Einrichtungen der akuten Versorgung vorausgesetzt werden kann (Marschall et al. 2016). Bezüglich der schnittstellenübergreifenden Versorgung gibt es, wie auch in anderen Punkten, Gemeinsamkeiten zwischen der hier vorliegenden Studie und der Studie von Raupach-Rosin (Raupach-Rosin et al. 2015): Eine Stigmatisierung wird eher im Krankenhaus als im ambulanten Sektor wahrgenommen. Eine Sanierung wird, sofern sie stationär begonnen wurde, häufig nicht ambulant fortgeführt. Im Gegensatz zur Wahrnehmung der Teilnehmenden der hier vorliegenden Studie werden die Hausärzt_innen bei Raupach-Rosin et al. teilweise als nicht kompetent wahrgenommen. Auch bei Hereng et al. werden überwiegend negative Erfahrungen mit den Hausärzt_innen beschrieben (Hereng et al. 2019). Da diese Studie jedoch nicht in Deutschland durchgeführt wurde, ist nicht auszuschließen, dass dies auch durch das unterschiedliche Setting begründet ist.

Insgesamt beschreibt die Studie von Raupach-Rosin et al. heterogene Ergebnisse. Die Autoren fordern, das Personal für Stigmatisierung zu sensibilisieren und ambulante Versorgungsdefizite abzubauen. Ambulante Versorgungsdefizite wurden von den Teilnehmenden der hier aufgezeigten Interviews nicht wahrgenommen, sondern allenfalls befürchtet. Die Gemeinsamkeiten in den Ergebnissen beider Studien werden in die Formulierung der Handlungsempfehlungen einfließen.

9.2.8 Zugang zu Versorgung

Der Zugang zu Versorgung wurde nachträglich als achte Dimension zu den Dimensionen der patientenzentrierten Versorgung nach Picker hinzugefügt. Im stationären Setting machen die Expert_innen unterschiedliche Erfahrungen. Dies fällt vor allem im Bereich der Physiotherapie auf. Hier beschreiben einige Expert_innen keine Einschränkung und sogar Hilfestellung durch die Physiotherapie, während andere seit dem Bekanntwerden des MREs keine Physiotherapie mehr erhalten.

Besonders im ärztlichen Bereich erfahren die Expert_innen Nachteile. So bleiben Ärzte häufig an der Tür stehen, um keine Schutzkleidung anziehen zu müssen. Hier wünschen sich viele Expert_innen eine ausführlichere Behandlung. Dies deckt sich

mit den Erfahrungen aus der Studie von Hartmann. Personal komme, bedingt durch das Anlegen der Schutzkleidung, seltener und verzögert ins Zimmer (Hartmann 2006). Verlängerte Wartezeiten wurden bereits diskutiert und decken sich mit Beschreibungen in der Literatur (Lupion-Mendoza et al. 2015, Siddiqui et al. 2018, Rump et al. 2019). Obwohl dieser Umstand von den Expert_innen als Einschränkung wahrgenommen und wiederholt bemängelt wird, erklären sich die Expert_innen diesen auch durch nicht ausreichende personelle Ressourcen. Dies wird auch von Burnett et al. beschrieben (Burnett et al. 2010). Zeitmangel wird auch als ein häufiger Grund für einen eingeschränkten Zugang zu Informationen gesehen (Schmidt-Kaehler 2017: 282 ff.).

Bei ambulanten Haus- und Fachärzt_innen fühlen sich die Expert_innen in der Regel gut oder gar besser versorgt. Ein_e Expert_in äußert Sorge im Hinblick auf eventuell anstehende Reha-Maßnahmen. Er/sie befürchtet, hier Einschränkungen zu erfahren. Während einige Expert_innen Einschränkungen im Zugang zu stationärer Versorgung erfahren, wird dies ambulant in der Regel nicht als problematisch wahrgenommen. Es ist zu hoffen, dass Sorgen im Hinblick auf anstehende Maßnahmen unbegründet bleiben. Die Interviews lassen jedoch keine Aussage darüber zu.

10 Handlungsempfehlungen für die Themenkomplexe

Durch das Einordnen der Ergebnisse in den Kontext von Theorie und Literatur wurden Faktoren deutlich, die nun als Handlungsempfehlungen formuliert werden können.

Viele Aspekte in der Versorgung von mit MRE betroffenen Patient_innen sind positiv zu bewerten. So ermöglicht die Behandlung im Einzelzimmer den Expert_innen eine gesteigerte Privatsphäre. Die Hausärzt_innen und die ambulante Behandlung werden grundsätzlich als positiv bewertet und als kompetent eingeschätzt. Eine Stigmatisierung ist hier selten. Die Information außerhalb des stationären Sektors wird als zuverlässig wahrgenommen.

Daneben können einzelne Punkte als konkrete Handlungsfelder formuliert werden, um die Versorgung von MRE-Patient_innen zu verbessern. Diese richten sich in erster Linie an Personal und Verantwortliche in der medizinischen Versorgung. Im abschließenden Fazit werden weitere Handlungsempfehlungen für die Wissenschaft ausgearbeitet.

10.1 Handlungsempfehlungen an das medizinische Personal

1. Durch die Schutzkleidung wird eine Distanz zu Personal und Angehörigen geschaffen. Besonders im Hinblick auf die eigenen Kinder kann dies zu starken emotionalen Reaktionen führen. Der Kontakt zu Angehörigen ist hinsichtlich vieler Aspekte zu fördern. Sofern der Gesundheitszustand der Patient_innen dies erlaubt, sollen sie dazu ermutigt werden, Angehörige außerhalb der Station zu treffen. Dort ist Schutzkleidung nur eingeschränkt vorgeschrieben, sodass die beschriebene Distanz nicht hervorgerufen wird.
2. Inkonsequentes Verhalten soll vermieden werden. Es führt zu Unsicherheiten und Wut.
3. Patient_innen zeigen eine hohe Motivation, die Hygienemaßnahmen einzuhalten. Diese Motivation soll genutzt werden, um Patient_innen aktiv in die Infektionsprävention einzubinden. Ansätze hierzu sind mehrfach

beschrieben (McCartney 2009, Hughes et al. 2011, Wallis 2011, Seale et al. 2016).

4. Patient_innen bringen ein hohes Verständnis für die Einschränkungen von Mitarbeitenden auf. Dennoch muss gewährleistet sein, dass Patient_innen notwendige Hilfen erhalten und regelmäßig von Ärzt_innen visitiert werden. Dabei soll individuell darauf geachtet werden, wie die Einschränkungen von den Patient_innen wahrgenommen werden. Während einige Patient_innen gerne Einschränkungen in Kauf nehmen, um das Personal zu unterstützen, müssen besonders belastete Patient_innen identifiziert werden. Information und Aufklärung helfen den Patient_innen dabei, ihre Einschränkungen zu verstehen. Bei besonderer Belastung soll Hilfe angeboten werden. Regelmäßige Visiten mit direktem Kontakt sollen angeboten werden.
5. Offene Fragen resultieren in Unsicherheiten. Mitarbeitende sollen sich des unterschiedlichen Bedürfnisses nach Information bewusst sein und damit rechnen, dass offene Fragen bestehen. Da Patient_innen häufig nicht aktiv nachfragen, ist es sinnvoll, Patient_innen aktiv auf offene Fragen anzusprechen. Personal verschiedener Berufsgruppen soll in der Kommunikation von Informationen geschult sein. Dies sollte auch Bestandteil von Hygieneschulungen sein.
6. Angehörige sollen in den Informationsprozess miteinbezogen werden. Zum einen greifen Patient_innen auf die Angehörigen als Informationsquelle zurück. Angehörige helfen, Informationen zu verstehen. Zum anderen besteht ein besonderer Informationsbedarf, wenn Angehörige selbst erkrankt sind. Dies gilt es zu erkennen. Angehörige und Patient_innen sollen feste Ansprechpartner_innen haben.
7. Information muss nicht allein durch das ärztliche Personal geleistet werden. Als hilfreiches Beispiel wurde die Einbeziehung der Physiotherapie genannt. Pflegerisches Personal eignet sich ebenfalls gut für die Informationsvermittlung.

10.2 Handlungsempfehlungen für Verantwortliche in der medizinischen Versorgung

1. Patient_innen im Einzelzimmer sollte der Zugang zu Medien, wie Fernsehen, Telefon und Internet, ermöglicht werden, da dies die Einsamkeit verringert und die Kommunikation mit Angehörigen erleichtert.
2. Patient_innen haben ein Bedürfnis nach Austausch mit Mitarbeitenden sowie anderen Patient_innen. Es ist für Patient_innen tröstlich, zu wissen, dass sie mit dem Problem nicht alleine sind. Die Möglichkeit für Aufenthaltsräume im stationären oder „Selbsthilfegruppen“ im ambulanten Setting sollte evaluiert werden. Trojan et al. beschreiben, dass ein Mangel an Patient_innenpartizipation, vor allem in Form von Kontrollverlust, in die Entstehung bzw. den Beitritt zu Selbsthilfeszusammenschlüssen münden. Daneben tragen körperliche und seelische Belastungen, das Erleben von Mängeln, ein Vertrauensschwund, die Abhängigkeit von formellen sozialen Sicherungssystemen und Überforderung und Hilflosigkeit zum Entstehen von Selbsthilfeszusammenschlüssen bei (Trojan et al. 2012). Belastungen und das Erleben von Mängeln werden von Expert_innen an verschiedenen Stellen angesprochen. In diesem Sinne sind Selbsthilfeszusammenschlüsse für mit MRE betroffene Personen zu empfehlen.
3. Häufig werden von den Expert_innen strukturelle Verbesserungsmöglichkeiten genannt. Diese beziehen sich auf personelle Ressourcen sowie auf baulich-strukturelle Verbesserungen. Besonderer Leidensdruck entsteht durch die nicht vorhandenen Sanitäreinrichtungen bei einem/einer Expert_in. Eine eigene Nasszelle ist auch nach RKI-Empfehlungen wünschenswert (Robert Koch-Institut 2014b: 698+719). Es wird vorgeschlagen, eigens für die Behandlung von Patient_innen mit MRE konstruierte Stationen zu eröffnen. Dies wird in mehreren Publikationen aufgegriffen (Briggs & Barnard 2000, Fitzpatrick et al. 2000, Knutt 2005, Macias & Ponce-de-Leon 2005). Abgetrennte Wartebereiche, in denen Patient_innen nicht exponiert werden, sind gerade für MRE-Patient_innen relevant, da sie häufig unter Stigmatisierung leiden.

4. Patient_innen muss der Zugang zu verständlicher und zielgruppenspezifischer Information gewährleistet werden.
5. Nach der initialen Information bestehen offene Fragen, besonders zum Umgang mit Kindern und Schwangeren. Diese Themen sollten in klaren und verständlichen Informationsmaterialien aufgegriffen werden.
6. Offene Informationspolitik steigert die Motivation und Akzeptanz von Infektionspräventionsmaßnahmen und den Willen, aktiv in die Behandlung miteingebunden zu sein.
7. Informationsveranstaltungen können hilfreich für Patient_innen sein.
8. Hotline-Angebote können ein hilfreiches Mittel für Patient_innen darstellen, sollten diesen zugänglich gemacht werden und auch für Patient_innen mit anderen Erregern neben MRSA zur Verfügung stehen.
9. In der ambulanten Versorgung gibt es häufig keine Einschränkungen. Die Hausärzt_innen werden häufig als Personen des Vertrauens wahrgenommen. Obwohl in einem Fall die Sanierungstherapie, die ambulante und stationäre Schnittstelle übergreifend, gut funktioniert hat, muss ein Augenmerk auf eine kontinuierliche Durchführung der Sanierungstherapie gelegt werden. Der Arztbrief wird als ein Mittel erwähnt, um die Kommunikation zu optimieren. Eine Karte zur Identifikation von MRSA-Patient_innen erwies sich in einer schwedischen Studie als stigmatisierend und daher nicht umsetzbar (Skyman et al. 2014).

11 Fazit und Ausblick

11.1 Konsequenzen in der Institution, in der die Interviews geführt wurden

In den formulierten Handlungsempfehlungen wurden Faktoren genannt, die sowohl der Prozess- als auch der Strukturqualität zugeschrieben werden können. Einige Handlungsfelder werden in der Institution, in der die Interviews durchgeführt wurden, bereits umgesetzt. In Schulungen wurde und wird das Personal über die Ergebnisse der Studie aufgeklärt. Darüber hinaus liegt ein Schwerpunkt auf der Verbesserung der Information, sowohl für Patient_innen als auch für Angehörige. So wird die Patient_inneninformation überarbeitet und re-evaluiert. Ein Flyer wurde erstellt, der die wichtigsten Punkte in verständlicher Sprache zusammenfasst und auf eine Webseite verweist (siehe Anhang 13.4). Dort gibt es klar strukturierte Angebote zur weiteren Information. Hier sind auch bereits bestehende Informationsangebote verlinkt. Besonders die verlässliche Information im Internet stellt eine große Herausforderung dar (Dragano et al. 2016, Park & Seale 2017). Patient_innen werden ermutigt, das Stations- und oder das Hygienepersonal anzusprechen. Es wird eine Telefonnummer veröffentlicht, an die sich Patient_innen und Angehörige bei Fragen wenden können. So wird die bereits für MRSA bestehende Hotline auch auf weitere Themen ausgedehnt.

In regelmäßigen Abständen sollen Patient_innenseminare stattfinden, bei denen zunächst auf grundlegende Zusammenhänge in der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingegangen werden soll. Dieses Programm steht auch Angehörigen von MRE-Patient_innen offen. Angehörige werden zunehmend miteinbezogen. In den bei jedem/jeder MRE-Patient_in stattfindenden Visiten durch das Hygienefachpersonal wird explizit abgefragt, ob Angehörige aufgeklärt wurden.

11.2 Reichweite der vorliegenden Studie und Forschungsperspektiven sowie Handlungsempfehlungen an Forschung und Wissenschaft

Die beschriebenen neuetablierten Angebote müssen in der Folge evaluiert werden (Park & Seale 2017, Schaeffer & Pelikan 2017b: 317).

Eine Limitation der Studie besteht darin, dass die Interviews an einer einzelnen Institution durchgeführt wurden. Ein multizentrischer Ansatz ist daher in Zukunft anzustreben.

Eine weitere Limitation liegt durch die Einschlusskriterien vor. Es wurden lediglich Patient_innen interviewt, die die deutsche Sprache flüssig beherrschen.

Soziokulturelle Unterschiede im Erleben der Infektionsmaßnahmen wurden somit nicht untersucht und können Gegenstand weiterer Studien sein. Relevanz erhält dieses Forschungsfeld durch die erwiesene hohe MRE-Prävalenz bei Zufluchtssuchenden (Heudorf et al. 2016, Kempf et al. 2016, Oelmeier de Murcia et al. 2016, Reinheimer et al. 2016, Oelmeier de Murcia et al. 2017, Kossow et al. 2018, Ravensbergen et al. 2019). Kulturelle Hintergründe in Infektionspräventionsmaßnahmen einzubeziehen, erscheint sinnvoll (Borg 2014). Die Umsetzung sollte daher als Forschungsthema beachtet werden. Auch im Hinblick darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund häufig eine limitierte Health Literacy besitzen, erscheint dies sinnvoll (Ganahl et al. 2017: 218, Messer et al. 2017: 201, Quenzel et al. 2017: 160 ff., Schaeffer 2017: 55, Schaeffer et al. 2017a, Schaeffer & Pelikan 2017b: 315 ff., Schaeffer et al. 2017b: 129 ff., Schaeffer et al. 2018: 20, 39, 41 f., 44, 51). Dabei ist zu beachten, dass auch diese Gruppe heterogen ist (Ganahl et al. 2017: 218). Ebenfalls nicht eingeschlossen waren geistig eingeschränkte Patient_innen, aus ethischen Gründen, sowie Intensivpatient_innen und hämatologische Patient_innen, da diese entweder nicht kommunikationsfähig waren oder die Teilnahme verweigerten. Da diese Patient_innengruppen ein erhöhtes Risiko für eine MRE-Kolonisation oder -Infektion tragen, ist hier jedoch die Fragestellung von besonderer Relevanz. An dieser Stelle sollte angesetzt werden, um Methoden zu entwickeln, damit diese Patient_innengruppen in Studien miteingeschlossen werden können. Ebenfalls offen bleibt die Frage, inwieweit das Ausmaß der Schutzkleidung Auswirkungen auf das Erleben hat. Häufig wurde die Schutzmaske als besonders

störend beschrieben. Auch die Interviewende selbst empfand einen Unterschied zwischen Interviews bei Expert_innen, bei denen die Hygienemaßnahmen einen MNS umfassten, und Interviews, bei denen darauf verzichtet werden konnte. Inwieweit dies reproduzierbar und somit bei der Indikationsstellung für einen Mund-Nase-Schutz zu beachten ist, bleibt zu evaluieren.

Eine weitere offene Frage bezieht sich auf das Ausmaß der Einschränkungen auf die Versorgung in Anschlussbehandlungen. Obwohl gezielt hiernach gefragt wurde, äußerten nur wenige Expert_innen Sorge vor Einschränkungen. Kein_e Expert_in konnte konkrete Ereignisse nennen. Eine Ausweitung der Studie kann dahingehend weitere Erkenntnisse bringen.

Die Motivation der Expert_innen, an der Infektionsprävention beteiligt zu werden, war hoch. Daher wurde eine weitere Studie initiiert, in der quantifiziert werden soll, in welchem Maße Ansätze der Patient_innenbeteiligung Einfluss auf die Rate an nosokomialen Infektionen haben.

Patient_innenorientierung und -partizipation scheitern weiterhin häufig. Dierks und Schaeffer führen dies auf „tradierte, paternalistisch orientierte Verhaltensweise der Professionellen und deren professionelle Dominanz“ zurück (Dierks & Schaeffer 2012). Obwohl politisch akzeptiert, sei beispielsweise das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung im klinischen Alltag noch nicht etabliert (Klemperer 2012).

Sharp empfindet es als ethisch notwendig, Patient_innen über Infektionsrisiken adäquat aufzuklären und sie an der Infektionsprävention zu beteiligen (Sharp et al. 2014). Im Sinne der Akzeptanzforschung, die bisher vor allem im Bereich der Telemedizin und technischen Anwendungen appliziert wird (Dockweiler & Hornberg 2015, Liu et al. 2015, Kim et al. 2016), gilt es herauszufinden, woran die Akzeptanz einer patient_innenorientierten Versorgung scheitert und wie sie gesteigert werden kann. Hintergründe, die von Seiten der Patient_innen für eine Patient_innenpartizipation hinderlich sind, wurden jedoch häufig formuliert (Longtin et al. 2010). Auch in den Interviews geben einige Expert_innen an, kein Interesse an Detailwissen zu haben. Hemmnisse der Mitarbeitenden, MRE-Patient_innen in die Behandlung einzubeziehen, können Gegenstand weiterer Forschungsvorhaben sein. Gerteis stellt die Hypothese auf, dass klinisch arbeitende Mitarbeitende Angst haben könnten, durch Qualitätskontrollen in ihrer Arbeit beeinträchtigt zu werden, und schlägt vor, zu vermitteln, dass Qualitätskontrollen, vor allem mit Hilfe von PRO, einer Verbesserung des Systems dienen (Gerteis 1993a: 54). Ein weiterer Grund

liegt nach Aussage von Daley in den limitierten zeitlichen und personellen Ressourcen (Daley 1993: 86 ff.). Darüber hinaus ist auch die Akzeptanz von Methoden, die die Patient_innen in den Mittelpunkt stellen, zu untersuchen. Inwieweit Patient_innenaussagen das Handeln der professionellen Akteur_innen beeinflusst, kann ein weiteres Forschungsfeld darstellen. Ein noch weitergehender Ansatz zielt auch darauf ab, Patient_innen aktiv in den Forschungsprozess bezüglich nosokomialer Infektionen miteinzubeziehen (Dadich & Wyer 2018).

Ein weiterer offener Punkt ist die Evaluation, ob Selbsthilfeszusammenschlüsse von MRE-Patient_innen angenommen werden. Dabei muss ein geeigneter Rahmen geschaffen werden, um den bestmöglichen Nutzen für die Patient_innen zu erzielen.

Ein geeigneter Rahmen ist auch in Bezug auf Möglichkeiten zum distanzlosen Kontakt zu Angehörigen zu evaluieren. Der Kontakt zu Freund_innen und Familie spielt eine wichtige Rolle. In der Erklärung der Europäischen Union bezüglich der Patient_innenrechte ist eindeutig formuliert, dass Patient_innen ein Recht auf die Unterstützung von Angehörigen haben (WHO 1994: Abs. 5.9). Dies darf nur eingeschränkt werden, wenn es die Behandlung der Patient_innen erfordert (WHO 1994: Abs. 4.6). Die durch die Schutzkleidung geschaffene Distanz ist zu einem gewissen Maße unvermeidlich. Ein_e Expert_in empfand den Hinweis einer Mitarbeitenden, die Angehörigen außerhalb der Station ohne Schutzkleidung zu treffen, jedoch als hilfreich. Es sollte untersucht werden, wie diese Möglichkeiten gefördert und ausgebaut werden können.

Der oben beschriebene Konflikt steht stellvertretend für einen ethischen Konflikt in der stationären Behandlung von MRE-Patient_innen (Rump et al. 2019). Ein grundlegendes Recht, wie der Kontakt zu Freund_innen und Familie, kann zu Gunsten der Behandlung und des Gemeinwohles eingeschränkt werden, da jeder Mensch gleichzeitig auch das Recht auf die Verhütung von Krankheiten hat (WHO 1994: Abs. 1.6). Ein ethischer Diskurs ist daher wünschenswert. Die Kontaktisolierung bedeutet einen Einschnitt in die Freiheit der Patient_innen. Ein_e Expert_in erlebt die Einzelunterbringung „so ungefähr wie beim Knast“ (MRSA_N_6 Abs. 53). Freiheitsrechte sind als Grundrechte im deutschen Grundgesetz (GG) verankert (Artikel 11 Abs. 1 GG). Es wird dort allerdings explizit aufgeführt, dass die sogenannte „Freizügigkeit“ eingeschränkt werden darf, wenn der „Allgemeinheit daraus besondere Lasten entstehen würden“ (Artikel 11 Abs. 2 GG).

Einschränkungen der Freiheit zur Infektionsprävention sind im Infektionsschutzgesetz

geregelt. Hier werden Fälle genannt, in denen eine Quarantäneunterbringung angeordnet werden kann (§ 30 IfSG). Auch wenn MRE nicht explizit erwähnt sind, ist jedoch auch geregelt, dass die Empfehlungen der KRINKO gelten, in denen zumindest im Fall von MRSA und MRGN eine Einzelunterbringung empfohlen ist (§ 23 IfSG). Die Einschränkung der Freiheit scheint somit im Sinne des Gesetzes und der Grundrechte legitim.

Zusammenfassend lassen sich folgende Handlungsempfehlungen für Forschung und Wissenschaft formulieren:

1. Neuetablierte Ansätze, wie die Einführung von Patientenseminaren, sollen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden.
2. Der soziale und kulturelle Hintergrund auf das Verständnis von Informationsmaterialien soll untersucht werden.
3. Der Einfluss auf die Versorgung von MRE-Betroffenen mit geistigen Einschränkungen oder MRE-Betroffenen, die einer besonders vulnerablen Patientengruppe angehören, wie etwa hämatookologische Patient_innen oder Intensivpatient_innen, soll untersucht werden.
4. Die Auswirkungen des Ausmaßes der Schutzkleidung mit besonderer Beachtung des Mund-Nase-Schutzes sollen evaluiert werden.
5. Die Versorgung in Anschlussbehandlungen, wie beispielsweise Rehabilitationsbehandlungen, soll evaluiert werden.
6. Ansätze der Patient_innenbeteiligung in der Infektionsprävention sollen wissenschaftlich untersucht werden.
7. Es sollen Ansätze erforscht und etabliert werden, wie die Akzeptanz von Patient_innenorientierung und -partizipation bei medizinischem Personal im Hinblick auf Interventionen in der Infektionsprävention und der Versorgung gesteigert werden kann.
8. Die Möglichkeit von Selbsthilfeszusammenschlüssen von MRE-Betroffenen soll evaluiert werden.
9. Es soll erforscht werden, wie die Distanz zwischen MRE-Betroffenen und ihren Angehörigen möglichst effektiv abgebaut werden kann.
10. Es sollte ein ethischer Diskurs darüber erfolgen, inwieweit die individuelle Freiheit zugunsten der Prävention von MRE eingeschränkt werden kann.

Ein weiteres elementares Grundrecht ist das Recht auf Achtung und Schutz der Würde des Menschen. Dies wird in Artikel 1 der Grundrechte sichergestellt: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen, ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt (Artikel 1 Abs. 1 GG).“ Dieses Recht ist auch in der Lissabon-Erklärung bezüglich der Patient_innenrechte aufgeführt (WMA 1981: Abs. 10a). Auch wenn die Einschränkungen der Würde bei MRE-Patient_innen subjektiv berichtet werden, sollte es dennoch Priorität haben, dieses Grundrecht auch in der Behandlung von MRE-Patient_innen nicht zu verletzen.

12 Literaturverzeichnis

- Abad, C., Fearday, A. & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *J Hosp Infect* 76(2): 97-102.
- Ahmad, R., Iwami, M., Castro-Sanchez, E., Husson, F., Taiyari, K., Zingg, W. & Holmes, A. (2016). Defining the user role in infection control. *J Hosp Infect* 92(4): 321-327.
- Allshouse, K.D. (1993). Treating patients as individuals. Through the patient's eyes : understanding and promoting patient-centered care. Margeret Gerteis. San Francisco, Jossey-Bass: 17-41.
- Anderson, M., Ottum, A., Zerbel, S., Sethi, A. & Safdar, N. (2013). Are hospitalized patients aware of the risks and consequences of central line-associated bloodstream infections? *Am J Infect Control* 41(12): 1275-1277.
- Andersson, H., Lindholm, C. & Fossum, B. (2011). MRSA--global threat and personal disaster: patients' experiences. *Int Nurs Rev* 58(1): 47-53.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2013). Schnittstellenmanagement. Letzter Zugriff am 16.05.2017, <http://www.aeqz.de/aezq/schnittstellenmanagement>.
- Barratt, R. L., Shaban, R. & Moyle, W. (2011). Patient experience of source isolation: lessons for clinical practice. *Contemp Nurse* 39(2): 180-193.
- Bellissimo-Rodrigues, F., Pires, D., Zingg, W. & Pittet, D. (2016). Role of parents in the promotion of hand hygiene in the paediatric setting: a systematic literature review. *J Hosp Infect* 93(2): 159-163.
- Berens, E. M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K. & Schaeffer, D. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 16(1): 1151.
- Bittle, M. J. & LaMarche, S. (2009). Engaging the patient as observer to promote hand hygiene compliance in ambulatory care. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 35(10): 519-525.
- Bitzer, E. M. (2010). Versorgungsforschung aus Public-Health-Perspektive : Forschungsansätze mit patientennahen Ergebnisparametern und Routinedaten von Krankenkassen. Hamburg, Kovač.
- Bitzer, E. M. & Dierks, M.-L. (2001). Qualität und Transparenz. Patienten Souveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart, Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.

- Bitzer, E. M. & Wohlfahrt, R. (2012). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Public Health. F.W. Schwartz, U Walter, J Siegrist et al. München, Urban & Fischer. 3: 743-764.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009). Das theoriegenerierende Experteninterview Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. Experteninterviews : Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. A. Bogner, B. Littig und W. Menz. Wiesbaden, VS, Verl. für Sozialwiss. 3., grundlegend überarb. Aufl.: 61-98.
- Bogner, Alexander, Littig, Beate & Menz, Wolfgang (2014). Interviews mit Experten : Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Borg, M. A. (2014). Lowbury Lecture 2013. Cultural determinants of infection control behaviour: understanding drivers and implementing effective change. J Hosp Infect 86(3): 161-168.
- Briggs, P. J. & Barnard, M. C. (2000). The new Northwestern Memorial Hospital: planned, constructed, and operated through the patients first philosophy. Jt Comm J Qual Improv 26(5): 287-298.
- Brookes-Howell, L., Elwyn, G., Hood, K., Wood, F., Cooper, L., Goossens, H., Ieven, M. & Butler, C. C. (2012). 'The body gets used to them': patients' interpretations of antibiotic resistance and the implications for containment strategies. J Gen Intern Med 27(7): 766-772.
- Brooks, L., Shaw, A., Sharp, D. & Hay, A. D. (2008). Towards a better understanding of patients' perspectives of antibiotic resistance and MRSA: a qualitative study. Fam Pract 25(5): 341-348.
- Bud, R. (2007). Antibiotics: the epitome of a wonder drug. BMJ 334 Suppl 1: s6.
- Bundesministerium für Gesundheit (2011). DART Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie Zwischenbericht. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft & Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015). DART 2020 - Antibiotika-Resistenzen bekämpfen zum Wohl von Mensch und Tier. Berlin.
- Bürger, C. (2003). Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen. Wiesbaden, Dt. Univ.-Verl.
- Burnett, E., Lee, K., Rushmer, R., Ellis, M., Noble, M. & Davey, P. (2010). Healthcare-associated infection and the patient experience: a qualitative study using patient interviews. J Hosp Infect 74(1): 42-47.
- Bushuven, S., Dietz, A., Bushuven, S., Dettenkofer, M. & Langer, T. (2019). Interprofessional perceptions and emotional impact of multidrug-resistant organisms: A qualitative study. Am J Infect Control 47(8): 876-882.

- Caine, L. Z., Pinkham, A. M. & Noble, J. T. (2016). Be seen and heard being clean: A novel patient-centered approach to hand hygiene. *Am J Infect Control* 44(7): e103-106.
- Cassini, A., Hogberg, L. D., Plachouras, D., Quattrocchi, A., Hoxha, A., Simonsen, G. S., Colomb-Cotinat, M., Kretzschmar, M. E., Devleeschauwer, B., Cecchini, M., Ouakrim, D. A., Oliveira, T. C., Struelens, M. J., Suetens, C., Monnet, D. L. & Burden of, A. M. R. Collaborative Group (2018). Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. *Lancet Infect Dis*.
- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H. P., Ducomble, T., Haller, S., Harder, T., Klingeberg, A., Sixtensson, M., Velasco, E., Weiss, B., Kramarz, P., Monnet, D. L., Kretzschmar, M. E. & Suetens, C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLoS Med* 13(10): e1002150.
- Catalano, G., Houston, S. H., Catalano, M. C., Butera, A. S., Jennings, S. M., Hakala, S. M., Burrows, S. L., Hickey, M. G., Duss, C. V., Skelton, D. N. & Laliotis, G. J. (2003). Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation. *South Med J* 96(2): 141-145.
- CDC (2013). Antibiotic resistance threats in the United States 2013. Atlanta, CDC.
- Chittick, P., Koppisetty, S., Lombardo, L., Vadhavana, A., Solanki, A., Cumming, K., Agboto, V., Karl, C. & Band, J. (2016). Assessing patient and caregiver understanding of and satisfaction with the use of contact isolation. *Am J Infect Control* 44(6): 657-660.
- Cohen, E., Austin, J., Weinstein, M., Matlow, A. & Redelmeier, D. A. (2008). Care of children isolated for infection control: a prospective observational cohort study. *Pediatrics* 122(2): e411-415.
- Collaborators, G. B. D. Causes of Death (2017). Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 390(10100): 1151-1210.
- Currie, K., Knussen, C., Price, L. & Reilly, J. (2014). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* screening as a patient safety initiative: using patients' experiences to improve the quality of screening practices. *J Clin Nurs* 23(1-2): 221-231.
- Dadich, A. & Wyer, M. (2018). Patient Involvement in Healthcare-Associated Infection Research: A Lexical Review. *Infect Control Hosp Epidemiol* 39(6): 710-717.

- Daley, J. (1993). *Overcoming the Barrier of Words. Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care.* Margeret Gerteis. San Francisco, Jossey-Bass: 72-95.
- Daniels-Haardt, I., Verhoeven, F., Mellmann, A., Hendrix, M. G., Gemert-Pijnen, J. E. & Friedrich, A. W. (2006). [EUREGIO-projekt MRSA-net Twente/Munsterland. Creation of a regional network to combat MRSA]. *Gesundheitswesen* 68(11): 674-678.
- Davey, P., Pagliari, C. & Hayes, A. (2002). The patient's role in the spread and control of bacterial resistance to antibiotics. *Clin Microbiol Infect* 8 Suppl 2: 43-68.
- de Kraker, M. E., Davey, P. G., Grundmann, H. & group, Burden study (2011). Mortality and hospital stay associated with resistant *Staphylococcus aureus* and *Escherichia coli* bacteremia: estimating the burden of antibiotic resistance in Europe. *PLoS medicine* 8(10): e1001104.
- Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie e.V. (2008). *Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard 2006*
- Dhillon, R. H. & Clark, J. (2012). *ESBLs: A Clear and Present Danger? Critical care research and practice* 2012: 625170.
- Dickmann, P., Wittgens, K., Keeping, S., Mischler, D. & Heudorf, U. (2016). Rethinking risk communication: information needs of patients, health professionals and the public regarding MRSA--the communicative behaviour of a public health network in Germany responding to the demand for information. *Public Health* 131: 56-62.
- Dierks, M.-L. & Schwartz, F.W. (2001). *Empfehlungen für eine Unterstützung der Patientensouveränität im deutschen Gesundheitswesen. Patienten Souveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt.* Stuttgart, Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.
- Dierks, M.-L., Siebeneick, S. & Röseler, S. (2001). *Patienten, Versicherte, Kunden - eine neue Definition des Patienten? Patienten Souveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt.* Stuttgart, Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.
- Dierks, M.L. & Schaeffer, D. (2012). *Autonomie und Patientenberatung. Handbuch Partizipation und Gesundheit.* R. Rosenbrock und S. Hartung. Bern, Verlag Hans Huber. 1: 285-295.
- Dierks, M.L. & Seidel, G. (2017). *Erhöhung der Gesundheitskompetenz durch interaktive Formen der Gesundheitsbildung - Konzept und Erfahrungen der Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven.* D. Schaeffer und J.M. Pelikan. Bern, Hogrefe. 1: 289-302.

- Diorio, C., Tomlinson, D., Boydell, K. M., Regier, D. A., Ethier, M. C., Alli, A., Alexander, S., Gassas, A., Taylor, J., Kellow, C., Mills, D. & Sung, L. (2012). Attitudes toward infection prophylaxis in pediatric oncology: a qualitative approach. *PLoS One* 7(10): e47815.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2009). Expertenstandard Entlassmanagement in der Pflege - 1. Aktualisierung 2009. Osnabrück.
- Dockweiler, C. & Hornberg, C. (2015). [The Role of Psychological and Technology-related Personality Traits and Knowledge Levels as Factors Influencing Adoption of Telemonitoring by Medical Professionals]. *Gesundheitswesen*.
- Donabedian, A. (1980). –The definition of quality and approaches to its assessment.
- Dragano, N., Gerhardus, A., Kurth, B.-M., Kurth, T., Razum, O., Stang, A., Teichert, L., Wieler, L. H., Wildner, M. & Zeeb, H. (2016). *Public Health – Mehr Gesundheit für alle: Ziele setzen - Strukturen schaffen – Gesundheit verbessern*.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg.
- Duncan, C. (2007). An exploratory study of patient's feelings about asking healthcare professionals to wash their hands. *J Ren Care* 33(1): 30-34.
- Easton, P. M., Marwick, C. A., Williams, F. L., Stringer, K., McCowan, C., Davey, P. & Nathwani, D. (2009). A survey on public knowledge and perceptions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Antimicrob Chemother* 63(1): 209-214.
- ECDC/EMA (2009). *The bacterial challenge: time to react*. Stockholm.
- Edgman-Levitan, S. (1993). *Providing Effective Emotional Support. Through the patient's eyes : understanding and promoting patient-centered care*. M. Gerteis. San Francisco, Jossey-Bass: 154-177.
- Ellers, B. (1993a). *Innovations in Patient-Centered Education. Through the patient's eyes : understanding and promoting patient-centered care*. M. Gerteis. San Francisco, Jossey-Bass: 96-118.
- Ellers, B. (1993b). *Involving and Supporting Family and Friends. Through the patient's eyes : understanding and promoting patient-centered care*. M. Gerteis. San Francisco, Jossey-Bass: 178-203.
- Ellers, B. & Walker, J. D. (1993). *Facilitating the Transition Out of the Hospital. Through the patient's eyes : understanding and promoting patient-centered care*. M. Gerteis. San Francisco, Jossey-Bass: 204-223.

- Evans, H. L., Shaffer, M. M., Hughes, M. G., Smith, R. L., Chong, T. W., Raymond, D. P., Pelletier, S. J., Pruett, T. L. & Sawyer, R. G. (2003). Contact isolation in surgical patients: a barrier to care? *Surgery* 134(2): 180-188.
- Ewers, M., Schaeffer, D. & Meleis, A.I. (2017). "Teach more, do less" - Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege. *Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven*. D. Schaeffer und J.M. Pelikan. Bern, Hogrefe. 1: 237-257.
- Ferriman, A. (2007). BMJ readers choose sanitation as greatest medical advance since 1840. *BMJ* 334(7585): 111.
- Findik, U. Y., Ozbas, A., Cavdar, I., Erkan, T. & Topcu, S. Y. (2012). Effects of the contact isolation application on anxiety and depression levels of the patients. *Int J Nurs Pract* 18(4): 340-346.
- Fitzpatrick, F., Murphy, O. M., Brady, A., Prout, S. & Fenelon, L. E. (2000). A purpose built MRSA cohort unit. *J Hosp Infect* 46(4): 271-279.
- Flick, Uwe, Hg. (2007). *Qualitative Forschung : ein Handbuch*. rororo ; 55628 : Rowohlt's Enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Forman, J., Creswell, J. W., Damschroder, L., Kowalski, C. P. & Krein, S. L. (2008). Qualitative research methods: key features and insights gained from use in infection prevention research. *Am J Infect Control* 36(10): 764-771.
- Frieden, T.R. (2010). *Antibiotic Resistance and the Threat to Public Health*.
- Gammon, J. (1998). Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *Int J Nurs Pract* 4(2): 84-96.
- Gammon, J. (1999). The psychological consequences of source isolation: a review of the literature. *J Clin Nurs* 8(1): 13-21.
- Ganahl, K., Dahlvik, J. & Pelikan, J.M. (2017). Was determiniert Gesundheitskompetenz bei Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien? *Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven*. D Schaeffer. Bern, Hogrefe. 1: 205-220.
- Gasink, L. B., Singer, K., Fishman, N. O., Holmes, W. C., Weiner, M. G., Bilker, W. B. & Lautenbach, E. (2008). Contact isolation for infection control in hospitalized patients: is patient satisfaction affected? *Infect Control Hosp Epidemiol* 29(3): 275-278.
- Geffers, C. & Ruden, H. (2006). Let MRSA-positive patients live a normal life. *Nephrol Dial Transplant* 21(4): 835-836.
- Gerbier-Colomban, S., Dananche, C., Marion, E., Benet, T., Dupieux, C., Dauwalder, O., Bryant, J. & Vanhems, P. (2019). Infection control procedures for extensively drug-resistant bacteria and related adverse effects: the experience

- at the Lyon University Hospitals from 2011 to 2017. *Clin Microbiol Infect* 25(7): 919-920.
- GERMAP (2011). GERMAP 2010 Antibiotika-Resistenz und -Verbrauch. Rheinbach, Antiinfectives Intelligence Gesellschaft für klinisch-mikrobiologische Forschung und Kommunikation mbH.
- Gerteis, M. (1993a). *Coordinating Care and Integrating Services. Through the patient's eyes : understanding and promoting patient-centered care.* Margeret Gerteis. San Francisco, Jossey-Bass: 45-71.
- Gerteis, M. (1993b). *Through the patient's eyes : understanding and promoting patient-centered care.* San Francisco, Jossey-Bass.
- Gill, J., Kumar, R., Todd, J. & Wiskin, C. (2006). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: awareness and perceptions. *J Hosp Infect* 62(3): 333-337.
- Gillon, R. (1994). Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ* 309(6948): 184-188.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen.* Wiesbaden, VS-Verl.
- Gleeson, A., Larkin, P. & O'Sullivan, N. (2016). The impact of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* on patients with advanced cancer and their family members: A qualitative study. *Palliat Med* 30(4): 382-391.
- Gould, D. J., Drey, N. S., Millar, M., Wilks, M. & Chamney, M. (2009). Patients and the public: knowledge, sources of information and perceptions about healthcare-associated infection. *J Hosp Infect* 72(1): 1-8.
- Gruber, I., Heudorf, U., Werner, G., Pfeifer, Y., Imirzalioglu, C., Ackermann, H., Brandt, C., Besier, S. & Wichelhaus, T. A. (2013). Multidrug-resistant bacteria in geriatric clinics, nursing homes, and ambulant care - Prevalence and risk factors. *Int J Med Microbiol.*
- Gudnadottir, U., Fritz, J., Zerbel, S., Bernardo, A., Sethi, A. K. & Safdar, N. (2013). Reducing health care-associated infections: patients want to be engaged and learn about infection prevention. *Am J Infect Control* 41(11): 955-958.
- Guilley-Lerondeau, B., Bourigault, C., Guille des Buttes, A. C., Birgand, G. & Lepelletier, D. (2016). Adverse effects of isolation: a prospective matched cohort study including 90 direct interviews of hospitalized patients in a French University Hospital. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*
- Gulland, A. (2013). Science ministers discuss the growing threat of antimicrobial resistance. *BMJ* 346: f3921.
- Hamour, S. M., O'Bichere, A., Peters, J. L. & McDonald, P. J. (2003). Patient perceptions of MRSA. *Ann R Coll Surg Engl* 85(2): 123-125.

- Hanke, C. (2011). Kommunikation bei MRSA – Entwicklung eines Handlungsleitfadens zur Verbesserung von Kommunikationsstrukturen im Umgang mit MRSA-Betroffenen.
- Hartmann, C. (2006). [How do patients experience isolation due to an infection or colonisation with MRSA?]. *Pflege Z* 59(10): suppl 2-8.
- Hawkings, N. J., Wood, F. & Butler, C. C. (2007). Public attitudes towards bacterial resistance: a qualitative study. *J Antimicrob Chemother* 59(6): 1155-1160.
- Heckel, M., Sturm, A., Herbst, F. A., Ostgathe, C. & Stiel, S. (2017). Effects of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*/Multiresistant Gram-Negative Bacteria Colonization or Infection and Isolation Measures in End of Life on Family Caregivers: Results of a Qualitative Study. *J Palliat Med* 20(3): 273-281.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten - Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden, Springer.
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten - Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden, Springer.
- Hereng, O., Dinh, A., Salomon, J. & Davido, B. (2019). Evaluation in general practice of the patient's feelings about a recent hospitalization and isolation for a multidrug-resistant infection. *Am J Infect Control*.
- Heudorf, U., Albert-Braun, S., Hunfeld, K. P., Birne, F. U., Schulze, J., Strobel, K., Petscheleit, K., Kempf, V. A. & Brandt, C. (2016). Multidrug-resistant organisms in refugees: prevalences and impact on infection control in hospitals. *GMS Hyg Infect Control* 11: Doc16.
- Hill, J. N., Evans, C. T., Cameron, K. A., Rogers, T. J., Risa, K., Kellie, S., Richardson, M. S., Anderson, V., Goldstein, B. & Guihan, M. (2013). Patient and provider perspectives on methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: a qualitative assessment of knowledge, beliefs, and behavior. *J Spinal Cord Med* 36(2): 82-90.
- Hof, H. & Rüdiger, D. (2005). *Medizinische Mikrobiologie*. Stuttgart, Georg Thieme Verlag.
- Hübner, C., Möckel, A. & Fleßa, S. (2018). Zusammenarbeit in regionalen MRE-Netzwerken: Eine deutschlandweite Befragung zur Organisation von regionalen Netzwerktreffen. *EpiBul* 2018(37): 407-411.
- Hübner, N. O., Hübner, C. & Kramer, A. (2009). [Economic aspects of the management and control of MRSA]. *Gesundheitswesen* 71(11): 771-776.
- Hughes, J., Blackman, H., McDonald, E., Hull, S. & Fitzpatrick, B. (2011). Involving service users in infection control practice. *Nurs Times* 107(25): 18-19.

- Kempf, V. A., Heudorf, U., Reinheimer, C., Gottig, S., Hogardt, M., Wichelhaus, T. A., O'Rourke, F., Brandt, C., Krackhardt, B., Karathana, M., Kleinkauf, N. & Zinn, C. (2016). Author's reply: Is there a need for special treatment of refugees at hospital admission? *Euro Surveill* 21(7): pii=30138.
- Kim, M. K., Nam, E. Y., Na, S. H., Shin, M. J., Lee, H. S., Kim, N. H., Kim, C. J., Song, K. H., Choe, P. G., Park, W. B., Bang, J. H., Kim, E. S., Park, S. W., Kim, N. J., Oh, M. D. & Kim, H. B. (2015). Discrepancy in perceptions regarding patient participation in hand hygiene between patients and health care workers. *Am J Infect Control* 43(5): 510-515.
- Kim, S., Lee, K. H., Hwang, H. & Yoo, S. (2016). Analysis of the factors influencing healthcare professionals' adoption of mobile electronic medical record (EMR) using the unified theory of acceptance and use of technology (UTAUT) in a tertiary hospital. *BMC Med Inform Decis Mak* 16: 12.
- Kirkland, K. B. & Weinstein, J. M. (1999). Adverse effects of contact isolation. *Lancet* 354(9185): 1177-1178.
- Klemperer, D. (2012). Die Bedeutung der Patientenpartizipation für die Krankheitsversorgung. *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. R. Rosenbrock und S. Hartung. Bern, Verlag Hans Huber. 1: 296-307.
- Knutt, E. (2005). Healthcare design. Build for the future. *Health Serv J* 115(5940): 35-37.
- Köck, R., Harlizius, J., Bressan, N., Laerberg, R., Wieler, L. H., Witte, W., Deurenberg, R. H., Voss, A., Becker, K. & Friedrich, A. W. (2009). Prevalence and molecular characteristics of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) among pigs on German farms and import of livestock-related MRSA into hospitals. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 28(11): 1375-1382.
- Köck, R., Mellmann, A., Schaumburg, F., Friedrich, A. W., Kipp, F. & Becker, K. (2011). The epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 108(45): 761-767.
- Köck, R., Schaumburg, F., Mellmann, A., Koxsal, M., Jurke, A., Becker, K. & Friedrich, A. W. (2013). Livestock-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) as causes of human infection and colonization in Germany. *PLoS One* 8(2): e55040.
- Kossow, A., Kampmeier, S., Schaumburg, F., Knaack, D., Moellers, M. & Mellmann, A. (2018). Whole genome sequencing reveals a prolonged and spatially spread nosocomial outbreak of Pantone-Valentine leucocidin-positive methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (USA300). *J Hosp Infect*.
- Kossow, K.-D. (2006). Innovation im Spannungsfeld von wissenschaftlich-technischen Potenzialen und sozialer Gestaltung - aus der Sicht der

- Patienten. Kursbuch Versorgungsforschung. M. Hey und U. Albert. Berlin, Med.-Wiss. Verl.-Ges.: VIII, 272 S. : graph. Darst., Kt.
- Krein, S. L., Olmsted, R. N., Hofer, T. P., Kowalski, C., Forman, J., Banaszak-Holl, J. & Saint, S. (2006). Translating infection prevention evidence into practice using quantitative and qualitative research. *Am J Infect Control* 34(8): 507-512.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse : Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim [u.a.], Beltz Juventa.
- Kuckartz, U., Dresing, T. & Grunenberg, H. (2007). *Qualitative Datenanalyse: computergestützt : Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Lam, S., Singer, C., Tucci, V., Morthland, V. H., Pfaller, M. A. & Isenberg, H. D. (1995). The challenge of vancomycin-resistant enterococci: a clinical and epidemiologic study. *Am J Infect Control* 23(3): 170-180.
- Landers, T., Abusalem, S., Coty, M. B. & Bingham, J. (2012). Patient-centered hand hygiene: the next step in infection prevention. *Am J Infect Control* 40(4 Suppl 1): S11-17.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg mit den Bezirksärztekammern (2016). *Die Aufklärungspflicht des Arztes*.
- Lastinger, A., Gomez, K., Manegold, E. & Khakoo, R. (2017). Use of a patient empowerment tool for hand hygiene. *Am J Infect Control* 45(8): 824-829.
- Lent, V., Eckstein, E. C., Cameron, A. S., Budavich, R., Eckstein, B. C. & Donskey, C. J. (2009). Evaluation of patient participation in a patient empowerment initiative to improve hand hygiene practices in a Veterans Affairs medical center. *Am J Infect Control* 37(2): 117-120.
- Lenton, R., Wright, A. M. & Lewis, K. (2005). *Health, dignity and development: What will it take?* London, UN Millenium Project Task Force on Water and Sanitation.
- Leung, E., Weil, D. E., Raviglione, M., Nakatani, H. & World Health Organization World Health Day Antimicrobial Resistance Technical Working, Group (2011). The WHO policy package to combat antimicrobial resistance. *Bull World Health Organ* 89(5): 390-392.
- Lewis, A. M., Gammon, J. & Hosein, I. (1999). The pros and cons of isolation and containment. *J Hosp Infect* 43(1): 19-23.
- Lindberg, M., Carlsson, M. & Skytt, B. (2014). MRSA-colonized persons' and healthcare personnel's experiences of patient-professional interactions in and

- responsibilities for infection prevention in Sweden. *J Infect Public Health* 7(5): 427-435.
- Liu, L., Miguel Cruz, A., Rios Rincon, A., Buttar, V., Ranson, Q. & Goertzen, D. (2015). What factors determine therapists' acceptance of new technologies for rehabilitation - a study using the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). *Disabil Rehabil* 37(5): 447-455.
- Livorsi, D. J., Kundu, M. G., Batteiger, B. & Kressel, A. B. (2015). Effect of contact precautions for MRSA on patient satisfaction scores. *J Hosp Infect* 90(3): 263-266.
- Lohr, K. N. & Steinwachs, D. M. (2002). Health services research: an evolving definition of the field. *Health Serv Res* 37(1): 7-9.
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L. & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc* 85(1): 53-62.
- Lupion-Mendoza, C., Antunez-Dominguez, M. J., Gonzalez-Fernandez, C., Romero-Brioso, C. & Rodriguez-Bano, J. (2015). Effects of isolation on patients and staff. *Am J Infect Control* 43(4): 397-399.
- Lye, D. C., Earnest, A., Ling, M. L., Lee, T. E., Yong, H. C., Fisher, D. A., Krishnan, P. & Hsu, L. Y. (2012). The impact of multidrug resistance in healthcare-associated and nosocomial Gram-negative bacteraemia on mortality and length of stay: cohort study. *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* 18(5): 502-508.
- Macias, A. E. & Ponce-de-Leon, S. (2005). Infection control: old problems and new challenges. *Arch Med Res* 36(6): 637-645.
- Marschall, P., Hubner, N. O., Maletzki, S., Wilke, F., Dittmann, K. & Kramer, A. (2016). Attitudes and perceptions of health care workers in Northeastern Germany about multidrug-resistant organisms. *Am J Infect Control* 44(6): e91-94.
- Mayer, Horst O. (2013). Interview und schriftliche Befragung : Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. München, Oldenbourg.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel, Beltz.
- McCartney, M. (2009). Are superbug fears turning patients into hospital cleaners? *Bmj* 338: b729.
- McGuckin, M. (2001). Improving handwashing in hospitals: a patient education and empowerment program. *LDI Issue Brief* 7(3): 1-4.

- McGuckin, M. & Govednik, J. (2014). Patient empowerment begins with knowledge: consumer perceptions and knowledge sources for hand hygiene compliance rates. *Am J Infect Control* 42(10): 1106-1108.
- McGuckin, M., Taylor, A., Martin, V., Porten, L. & Salcido, R. (2004). Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. *Am J Infect Control* 32(4): 235-238.
- McGuckin, M., Waterman, R., Porten, L., Bello, S., Caruso, M., Juzaitis, B., Krug, E., Mazer, S. & Ostrawski, S. (1999). Patient education model for increasing handwashing compliance. *Am J Infect Control* 27(4): 309-314.
- McGuckin, M., Waterman, R., Storr, I. J., Bowler, I. C., Ashby, M., Topley, K. & Porten, L. (2001). Evaluation of a patient-empowering hand hygiene programme in the UK. *J Hosp Infect* 48(3): 222-227.
- Mehrotra, P., Croft, L., Day, H. R., Perencevich, E. N., Pineles, L., Harris, A. D., Weingart, S. N. & Morgan, D. J. (2013). Effects of contact precautions on patient perception of care and satisfaction: a prospective cohort study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 34(10): 1087-1093.
- Messer, M., Vogt, D., Quenzel, G. & Schaeffer, D. (2017). Health Literacy und Prävention bei älteren Menschen mit Migrationshintergrund. *Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven*. D. Schaeffer und J.M. Pelikan. Bern, Hogrefe. 1: 189-205.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Experteninterview und der Wandel der Wissenproduktion. *Experteninterviews : Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. A. Bogner, B. Littig und W. Menz. Wiesbaden, VS, Verl. für Sozialwiss. 3., grundlegend überarb. Aufl.: 306 S. : graph. Darst.
- Ministerium für Inneres und Kommunales Nordrhein-Westfalen. (2012). Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO). Letzter Zugriff am 20.09.2016, https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_vbl_detail_text?menu=1&sg=0&anw_nr=6&val=&ver=0&vd_id=13246&keyword=.
- Moller, T., Borregaard, N., Tvede, M. & Adamsen, L. (2005). Patient education--a strategy for prevention of infections caused by permanent central venous catheters in patients with haematological malignancies: a randomized clinical trial. *J Hosp Infect* 61(4): 330-341.
- Mondain, V., Lieutier, F., Pulcini, C., Degand, N., Landraud, L., Ruimy, R., Fosse, T. & Roger, P. M. (2018). Improved quality of care for patients infected or colonised with ESBL-producing Enterobacteriaceae in a French teaching hospital: impact of an interventional prospective study and development of specific tools. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 37(5): 977-981.

- Morgan, D. J., Day, H. R., Harris, A. D., Furuno, J. P. & Perencevich, E. N. (2011). The impact of Contact Isolation on the quality of inpatient hospital care. *PLoS One* 6(7): e22190.
- Morgan, D. J., Diekema, D. J., Sepkowitz, K. & Perencevich, E. N. (2009). Adverse outcomes associated with Contact Precautions: a review of the literature. *Am J Infect Control* 37(2): 85-93.
- Murray, B. E. (1997). Vancomycin-resistant enterococci. *Am J Med* 102(3): 284-293.
- Newton, J. T., Constable, D. & Senior, V. (2001). Patients' perceptions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. *J Hosp Infect* 48(4): 275-280.
- Nordmann, P., Dortet, L. & Poirel, L. (2012). Carbapenem resistance in Enterobacteriaceae: here is the storm! *Trends in molecular medicine* 18(5): 263-272.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15(3): 259–267.
- Oelmeier de Murcia, K., Glatz, B., Willems, S., Kossow, A., Strobel, M., Mellmann, A., Kipp, F., Schmitz, R. & Mollers, M. (2016). Vorkommen von MRSA, VRE und 4-MRGN unter Flüchtlingen in der Geburtshilfe: eine prospektive Fall-Kontroll-Studie. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 76(10).
- Oelmeier de Murcia, K., Glatz, B., Willems, S., Kossow, A., Strobel, M., Stuhmer, B., Schaumburg, F., Mellmann, A., Kipp, F., Schmitz, R. & Mollers, M. (2017). Prevalence of Multidrug Resistant Bacteria in Refugees: A Prospective Case Control Study in an Obstetric Cohort. *Z Geburtshilfe Neonatol* 221(3): 132-136.
- Osborne, R. & Beauchamp, A. (2017). Optimising Health Literacy, Equity and Access (Ophelia). *Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven*. D Schaeffer und JM Pelikan. Bern, Hogrefe. 1: 71-78.
- Pan, S. C., Tien, K. L., Hung, I. C., Lin, Y. J., Yang, Y. L., Yang, M. C., Wang, M. J., Chang, S. C. & Chen, Y. C. (2013). Patient empowerment in a hand hygiene program: differing points of view between patients/family members and health care workers in Asian culture. *Am J Infect Control* 41(11): 979-983.
- Park, J. & Seale, H. (2017). Examining the online approaches used by hospitals in Sydney, Australia to inform patients about healthcare associated infections and infection prevention strategies. *BMC Infect Dis* 17(1): 788.
- Peel, R. K., Stolarek, I. & Elder, A. T. (1997). Is it time to stop searching for MRSA? Isolating patients with MRSA can have long term implications. *BMJ* 315(7099): 58.

- Pelikan, J.M. & Ganahl, K. (2017). Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven. D Schaeffer. Bern, Hogrefe. 1: 93-125.
- Pfadenhauer, M. (2009). Interviews mit Eliten - Interviews mit ExpertInnen: Gibt es Unterschiede. Experteninterviews : Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. A. Bogner, B. Littig und W. Menz. Wiesbaden, VS, Verl. für Sozialwiss. 3., grundlegend überarb. Aufl.: 99-116.
- Pfaff, H. (2003). Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. H. Pfaff, M. Schrappe, KW. Lauterbach, U. Engelmann und M. Halber. Bern, Hans Huber: 13-23.
- Pfaff, H., Neugebauer, E.A.M., Glaeske, G. & Schrappe, M. (2011). Lehrbuch Versorgungsforschung. Stuttgart, Schattauer.
- Picker Institute. Principles of Patient-Centered Care. Letzter Zugriff am 29.06.2015, <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>.
- Pitten, F.-A., Widmer, A.F, Kramer, A. & Heeg, P. (2012). Isolierung und Barrierepflege. Krankenhaus- und Praxishygiene. A. Kramer, O. Assadian, M. Exner, N.-O. Hübner und A. Simon. München, Elsevier GmbH. 2: 115-124.
- Pittet, D., Allegranzi, B., Storr, J., Bagheri Nejad, S., Dziekan, G., Leotsakos, A. & Donaldson, L. (2008). Infection control as a major World Health Organization priority for developing countries. J Hosp Infect 68(4): 285-292.
- Pschyrembel, W. (2013a). Infektion. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2014. Berlin [u.a.], de Gruyter: XXIX, 2354 S. : zahlr. Ill., graph. Darst.
- Pschyrembel, W. (2013b). Multiresistenz. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2014. Berlin [u.a.], de Gruyter: XXIX, 2354 S. : zahlr. Ill., graph. Darst.
- Pschyrembel, W. (2013c). Nosokomialinfektion. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2014. Berlin [u.a.], de Gruyter: XXIX, 2354 S. : zahlr. Ill., graph. Darst.
- Quenzel, G., Schaeffer, D., Messer, M. & Vogt, D. (2017). Health Literacy und Gesundheitsverhalten vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven. D. Schaeffer und J.M. Pelikan. Bern, Hogrefe. 1: 157-174.
- Raupach-Rosin, H., Klett-Tammen, C. J., Schmalz, O., Karch, A., Castell, S. & Mikolajczyk, R. (2015). ["I cannot kiss my wife"- An Analysis of Daily Experiences of MRSA-carriers]. Gesundheitswesen.
- Ravensbergen, S. J., Louka, C., Ott, A., Rossen, J. W., Cornish, D., Pournaras, S., Bathoorn, E. & Stienstra, Y. (2019). Proportion of asylum seekers carrying multi-drug resistant microorganisms is persistently increased after arrival in the Netherlands. Antimicrob Resist Infect Control 8: 6.

- Reinheimer, C., Kempf, V. A., Gottig, S., Hogardt, M., Wichelhaus, T. A., O'Rourke, F. & Brandt, C. (2016). Multidrug-resistant organisms detected in refugee patients admitted to a University Hospital, Germany June-December 2015. *Euro Surveill* 21(2).
- Rice, L. B. (2007). Emerging issues in the management of infections caused by multidrug-resistant gram-negative bacteria. *Cleveland Clinic journal of medicine* 74 Suppl 4: S12-20.
- Robert Koch-Institut (2005). Infektionsprävention in Heimen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 48(9): 1061-1080.
- Robert Koch-Institut (2007). Anforderungen der Krankenhaushygiene und des Arbeitsschutzes an die Hygienebegleitung und persönliche Schutzausrüstung. *EpiBul* 2007(1).
- Robert Koch-Institut (2012). Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. *Bundesgesundheitsbl* 55(10): 1311-1354.
- Robert Koch-Institut. (2014a). Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO). Letzter Zugriff am 16.05.2017, http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission_node.html.
- Robert Koch-Institut (2014b). Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. *Bundesgesundheitsbl* 57(6): 696-732.
- Robert Koch-Institut (2014c). Ergänzung zu den "Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen" (2012) im Rahmen der Anpassung an die epidemiologische Situation. *EpiBul* 2014(21).
- Robert Koch-Institut (2015a). Eigenschaften, Häufigkeit und Verbreitung Vancomycin-resistenter Enterokokken (VRE) in Deutschland *EpiBul* 2015(40).
- Robert Koch-Institut. (2015b). Informationen zu VRE. Letzter Zugriff am 20.09.2016, 2016.
- Robert Koch-Institut. (2016). Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA. RKI-Ratgeber für Ärzte Letzter Zugriff am 05.09.2016, https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Staphylokokken_MRSA.html.

- Robert Koch-Institut (2018). Hygienemaßnahmen zur Prävention der Infektion durch Enterokokken mit speziellen Antibiotikaresistenzen. Bundesgesundheitsbl 2018(61): 1310-1361.
- Robert Koch-Institut: ARS (2016). Multiresistenz - stationärer Bereich.
- Robinson, J., Edgley, A. & Morrell, J. (2014). MRSA care in the community: why patient education matters. Br J Community Nurs 19(9): 436-438, 440-431.
- Rohde, R. E. & Ross-Gordon, J. (2012). MRSA model of learning and adaptation: a qualitative study among the general public. BMC Health Serv Res 12: 88.
- Rudd, R & Anderson, J. E. (2006). The Health Literacy Environment of Hospitals and Health Centers. Boston, National Center for the Study of Adult Learning and Literacy, Health and Adult Literacy and Learning Initiative, Harvard School of Public Health,.
- Rudd, R. (2017). Health Literacy Developments, Corrections, and Emerging Themes. Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven. D Schaeffer und JM Pelikan. Bern, Hogrefe Verlag. 1: 19-31.
- Rump, B., Timen, A., Verweij, M. & Hulscher, M. (2019). Experiences of carriers of multidrug-resistant organisms: a systematic review. Clin Microbiol Infect 25(3): 274-279.
- Runy, L. A. (2006). Infection control. They need to know. Hosp Health Netw 80(11): 16, 18.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationäre Gesundheitsversorgung - Sondergutachten 2012. Bern, Verlag Hans Huber.
- Sänger, S. (2010). Patientenorientiertes Qualitätsmanagement. Patientenorientierung im Krankenhaus. H.-W. Hoefert. Göttingen [u.a.], Hogrefe: 291 S. : graph. Darst.
- Schaeffer, D, Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, K., Hgs. (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin, KomPart.
- Schaeffer, D & Pelikan, JM (2017a). Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz. Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven. D Schaeffer und JM Pelikan. Bern, Hogrefe Verlag. 1: 11-18.
- Schaeffer, D. (2017). Chronische Krankheit und Health Literacy. Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven. D Schaeffer und JM Pelikan. Bern, Hogrefe. 1: 53-69.
- Schaeffer, D., Berens, E. M. & Vogt, D. (2017a). Health Literacy in the German Population. Dtsch Arztebl Int 114(4): 53-60.

- Schaeffer, D. & Pelikan, J.M. (2017b). Health Literacy - künftige Herausforderungen. Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven. D. Schaeffer und J.M. Pelikan. Bern, Hogrefe. 1: 315-320.
- Schaeffer, D., Vogt, D., Berens, E.M., Messer, M., Quenzel, G. & Hurrelmann, K. (2017b). Health Literacy in Deutschland. Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven. D. Schaeffer und J.M. Pelikan. Bern, Hogrefe. 1: 129-143.
- Schmidt-Kaehler, S. (2017). Erfahrungen aus der Praxis der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland. Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven. D. Schaeffer und J.M. Pelikan. Bern, Hogrefe. 1: 277-287.
- Schmidt, C., Moller, J., Reibe, F., Guntert, B. & Kremer, B. (2003). [Patient satisfaction with inpatient care. Evaluation, methods and special features]. Dtsch Med Wochenschr 128(12): 619-624.
- Schrank, G. M., Snyder, G. M., Davis, R. B., Branch-Elliman, W. & Wright, S. B. (2019). The discontinuation of contact precautions for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant *Enterococcus*: Impact upon patient adverse events and hospital operations. *BMJ Qual Saf*.
- Schulz, P & Hartung, U (2017). The Future of Health Literacy. Health Literacy - Forschungsstand und Perspektiven. D. Schaeffer und JM Pelikan. Bern, Hogrefe. 1: 79-91.
- Schwartz, F. W. (2012). Public Health- Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. *Public Health*. F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist et al. München, Urban & Fischer. 3: 3-6.
- Schwartz, F. W. & Busse, R. (2012). Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. *Public Health*. F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist et al. München, Urban & Fischer. 3: 555-582.
- Schwartz, F. W., Wismar, M. & Amelung, V. (2012). Planung und Management. *Public Health*. F.W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist et al. München, Urban & Fischer. 3: 723-741.
- Seale, H., Chughtai, A. A., Kaur, R., Crowe, P., Phillipson, L., Novytska, Y. & Travaglia, J. (2015a). Ask, speak up, and be proactive: Empowering patient infection control to prevent health care-acquired infections. *Am J Infect Control* 43(5): 447-453.
- Seale, H., Chughtai, A. A., Kaur, R., Phillipson, L., Novytska, Y. & Travaglia, J. (2016). Empowering patients in the hospital as a new approach to reducing the burden of health care-associated infections: The attitudes of hospital health care workers. *Am J Infect Control* 44(3): 263-268.

- Seale, H., Novytska, Y., Gallard, J. & Kaur, R. (2015b). Examining hospital patients' knowledge and attitudes toward hospital-acquired infections and their participation in infection control. *Infect Control Hosp Epidemiol* 36(4): 461-463.
- Shakespeare, T. P., Tang, J. I., Shen, L., Lu, J. J., Mukherjee, R. K., Lee, K. M., Wynne, C. J. & Back, M. F. (2007). Does the implementation of radiation oncology outpatient infection control measures adversely affect patient satisfaction with doctor-patient interaction? *Singapore Med J* 48(3): 246-251.
- Sharp, D., Palmore, T. & Grady, C. (2014). The ethics of empowering patients as partners in healthcare-associated infection prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol* 35(3): 307-309.
- Siddiqui, Z. K., Conway, S. J., Abusamaan, M., Bertram, A., Berry, S. A., Allen, L., Apfel, A., Farley, H., Zhu, J., Wu, A. W. & Brotman, D. J. (2018). Patient isolation for infection control and patient experience. *Infect Control Hosp Epidemiol*: 1-6.
- Skyman, E., Bergbom, I., Lindahl, B., Larsson, L., Lindqvist, A., Thunberg Sjostrom, H. & Ahren, C. (2014). Notification card to alert for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is stigmatizing from the patient's point of view. *Scand J Infect Dis* 46(6): 440-446.
- Skyman, E., Sjostrom, H. T. & Hellstrom, L. (2010). Patients' experiences of being infected with MRSA at a hospital and subsequently source isolated. *Scand J Caring Sci* 24(1): 101-107.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. & Consortium Health Literacy Project, European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12: 80.
- Statistisches Bundesamt Deutschland. (2006). Neue Modellrechnung zur Lebenserwartung für Geburtsjahrgänge Letzter Zugriff am 16.05.2017, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2006/04/PD06__167__12621,templateId=renderPrint.psml.
- Steinke, I. (2005). Gütekriterien qualitativer Forschung. *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*. U. Flick, E. von Kardoff und I. Steinke. Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag. 4.
- Stelfox, H. T., Bates, D. W. & Redelmeier, D. A. (2003). Safety of patients isolated for infection control. *JAMA* 290(14): 1899-1905.
- Strübing, J. (2014). *Grounded Theory : Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Suchman, A. L. (1994). Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care - Book Review. *New England Journal of Medicine* 330(12): 873-873.
- Suk, J. E. & Semenza, J. C. (2011). Future infectious disease threats to Europe. *American Journal of Public Health* 101(11): 2068-2079.
- Tacconelli, E. & Pezzani, M. D. (2018). Public health burden of antimicrobial resistance in Europe. *Lancet Infect Dis*.
- Tang, J. I., Shakespeare, T. P., Zhang, X. J., Lu, J. J., Liang, S., Wynne, C. J., Mukherjee, R. K. & Back, M. F. (2005). Patient satisfaction with doctor-patient interaction in a radiotherapy centre during the severe acute respiratory syndrome outbreak. *Australas Radiol* 49(4): 304-311.
- The Lancet (2013). Antibiotic resistance: a final warning. *Lancet* 382(9898): 1072.
- Trojan, A., Nickel, S. & Kofahl, C. (2012). Selbsthilfe: Partizipation als Kontrollgewinn. *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. R. Rosenbrock und S. Hartung. Bern, Verlag Hans Huber. 1: 272- 284.
- Valderas, J. M. & Alonso, J. (2008). Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. *Qual Life Res* 17(9): 1125-1135.
- von Baum, H., Dettenkofer, M., Fahr, A. M., Heeg, P. & Wendt, C. (2006). Konsensempfehlung Baden-Württemberg - Umgang mit Patienten mit Glykopeptid-resistenten Enterokokken (GRE)/Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE). *Hyg Med* 31(1/2): 30-32.
- Vonberg, R. P., Chaberny, I. F., Kola, A., Mattner, F., Borgmann, S., Dettenkofer, M., Jonas, D., Fahr, A. M., Klare, I., Werner, G., Weist, K., Wendt, C., Gastmeier, P., German Society for, Hygiene & Microbiology (2007). [Prevention and control of the spread of vancomycin-resistant enterococci: results of a workshop held by the German Society for Hygiene and Microbiology]. *Anaesthesist* 56(2): 151-157.
- Vonberg, R. P., Sander, C. & Gastmeier, P. (2008). Consumer attitudes about health care acquired infections: a German survey on factors considered important in the choice of a hospital. *Am J Med Qual* 23(1): 56-59.
- Walker, Janice D. (1993). Enhancing Physical Comfort. Through the patient's eyes : understanding and promoting patient-centered care. Margeret Gerteis. San Francisco, Jossey-Bass: 119-153.
- Wallis, L. (2011). Power to the people. *Nurs Stand* 26(4): 61.
- Ward, D. (2000). Infection control: reducing the psychological effects of isolation. *Br J Nurs* 9(3): 162-170.

- Webber, K. L., Macpherson, S., Meagher, A., Hutchinson, S. & Lewis, B. (2012). The impact of strict isolation on MRSA positive patients: an action-based study undertaken in a rehabilitation center. *Rehabil Nurs* 37(1): 43-50.
- Wernli, D., Hausteiner, T., Conly, J., Carmeli, Y., Kickbusch, I. & Harbarth, S. (2011). A call for action: the application of The International Health Regulations to the global threat of antimicrobial resistance. *PLoS medicine* 8(4): e1001022.
- WHO (1994). A Declaration on the promotion of patient's rights in Europe. Amsterdam, World Health Organization.
- WHO. (2006). Core Health Indicators. Letzter Zugriff am 30.9.2008
http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm.
- WHO. (2011). Antimicrobial resistance. Fact Sheet N°194. Letzter Zugriff am 16.05.2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/index.html>.
- WHO (2013). Health literacy - The solid facts. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Wiklund, S., Hallberg, U., Kahlmeter, G. & Tammelin, A. (2013). Living with extended-spectrum beta-lactamase: a qualitative study of patient experiences. *Am J Infect Control* 41(8): 723-727.
- Wiklund, S., Ortqvist, A., Berlin, A., Stamm, C. & Broliden, K. (2018). Experiences and consequences of living with extended-spectrum beta-lactamase-producing bacteria: A qualitative study. *Am J Infect Control* 46(12): 1394-1399.
- Wilkins, E. G., Ellis, M. E., Dunbar, E. M. & Gibbs, A. (1988). Does isolation of patients with infections induce mental illness? *J Infect* 17(1): 43-47.
- Witzel, K., Kaminski, C., G., Struve & Koch, H.J. (2008). Einfluss des Fernsehkonsums auf die Angst vor einer Operation. *NeuroGeriatric* 5(2): 1-5.
- WMA (1981). WMA Declaration of Lisbon on the Rights of Patients. Lissabon, World Medical Assembly.
- Worboys, M. (2007). Vaccines: conquering untreatable diseases. *BMJ* 334 Suppl 1: s19.
- Wroblewski, A. & Leitner, A. (2009). Zwischen Wissenschaftlichkeitsstandards und Effizienzansprüchen ExpertInneninterviews in der Praxis der Maßnahmenevaluation. *Experteninterviews : Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. A. Bogner, B. Littig und W. Menz. Wiesbaden, VS, Verl. für Sozialwiss. 3., grundlegend überarb. Aufl.
- Wyer, M., Jackson, D., Iedema, R., Hor, S. Y., Gilbert, G. L., Jorm, C., Hooker, C., O'Sullivan, M. V. & Carroll, K. (2015). Involving patients in understanding hospital infection control using visual methods. *J Clin Nurs* 24(11-12): 1718-1729.

13 Anhang

- 13.1 Zum Zeitpunkt der Erhebung existierende Informationsblätter für Patienten, Krankentransport und weiterbehandelnde Ärzt_innen
- 13.2 Informationsblatt zur Forschungsarbeit
- 13.3 Einwilligungserklärung
- 13.4 Gesprächsprotokoll und Beispieltranskript
- 13.5 Auswertung in den Kategorien
- 13.6 Neugestalteter Informationsflyer für Patient_innen
- 13.7 Ehrenwörtliche Erklärung

13.1 Zum Zeitpunkt der Erhebung existierende Informationsblätter für Patient_innen, Krankentransport und weiterbehandelnde Ärzt_innen

13.1.1 Übergabebogen Krankentransportdienst



Übergabebogen Krankentransportdienst

Bitte machen Sie beim Transport eines Patienten eine Angabe zum Vorliegen übertragbarer Erkrankungen oder zur Besiedlung mit multiresistenten Erregern.

Die Einordnung ist relevant für den Umfang der Hygienemaßnahmen, die beim Transport der Patientin / des Patienten erfolgen müssen.

Die Einordnung in eine der Kategorien muss durch die/den Transport-veranlassende(n) Ärztin/den Arzt erfolgen.

Kategorie (Bitte ankreuzen)	Erläuterung	Schutzmaßnahmen
<input type="checkbox"/> I/II A — kein Anlass für das Vorliegen einer Infektionskrankheit oder bestehende und bekannte Infektion: allerdings ist Übertragung durch beim Transport übliche Kontakte unwahrscheinlich	Kein Vorliegen einer Infektionskrankheit oder Erkrankungen, die z.B. nur über Blutkontakt/ Stichverletzungen übertragen werden können	Standardhygienemaßnahmen nach Hygieneplan (u.a. Händedesinfektion nach Patientenkontakt) keine besonderen zusätzlichen Schutzmaßnahmen erforderlich
<input type="checkbox"/> II B — durch die empfohlenen Hygienemaßnahmen vermeidbar	Multiresistente Erreger (MRE) und Erreger, die hauptsächlich über Kontakt übertragen werden, z.B. MRSA, VRE, ESBL	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  richtig Händedesinfektion s. Rückseite </div> <div style="text-align: center;">  falsch </div> </div>
<input type="checkbox"/> III — bestehende oder Verdacht auf eine hochansteckende bzw. gefährliche Infektionskrankheit	Erkrankungen, die durch Tröpfchen oder Luft übertragen werden, z.B. offene Lungentuberkulose, V.a. (Meningokokken-) Meningitis, Influenza, SARS	Infektionstransport! Hygienemaßnahmen gemäß Hygieneplan

13.1.2 Informationsblatt für Patient_innen zu MRSA



Informationsblatt für Patienten mit MRSA Nachweis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bei Ihnen wurde eine Besiedlung mit dem Bakterium MRSA festgestellt.

Was bedeutet „MRSA“?

Staphylococcus aureus (*S. aureus*) ist ein Bakterium, das zur normalen Flora bei Mensch und Tier gehört und bei 20 – 50% der gesunden Erwachsenen auf der Haut oder den Schleimhäuten siedelt. Die Besiedlung mit *S. aureus* macht keine Symptome und muss nicht behandelt werden. MRSA (= Methicillin-resistenter *S. aureus*) ist eine besondere Untergruppe von *S. aureus*, die unempfindlich für Standardantibiotika geworden ist. Das kann eine Rolle spielen, wenn Infektionen durch MRSA auftreten. Im Gegensatz zu Antibiotika-empfindlichen *S. aureus* ist eine Besiedlung mit MRSA bei Menschen in der Allgemeinbevölkerung jedoch bisher selten (weniger als 1% der Bevölkerung). Krankhaft ist aber an sich auch die Besiedlung mit MRSA nicht.

Was ist das Problem bei MRSA?

MRSA-Erreger können Infektionen verursachen, wenn sie durch die Haut/Schleimhaut in die Tiefe dringen können, beispielsweise bei Hautverletzungen wie Schnitten oder Verbrennungen. Das spielt vor allem im Krankenhaus eine Rolle: Hier wird bei Patienten/innen oft die Haut durch Operationen oder Katheter verletzt. Das kann dann eine Eintrittspforte für MRSA bilden. Die MRSA-Besiedlung in der Nase eines Patienten ist deshalb ein Risikofaktor für die Entstehung von MRSA-Infektionen im Krankenhaus. Darum wurde ein Abstrich bei Ihnen entnommen, in dem nun MRSA nachgewiesen wurde.

Außerdem kann MRSA im Krankenhaus durch Handkontakte oder über Flächen (z.B. Badezimmer) und Geräte auf weitere Patienten/innen übertragen werden. Deshalb sind am UKM strenge Hygieneempfehlungen für den Umgang mit MRSA Patienten/innen (Isolationsmaßnahmen, Tragen von Kitteln, Handschuhen, Mund-Nasenschutzmasken etc.) eingeführt worden.

Was ist zu tun?

Wenn bei Patienten/innen eine MRSA-Besiedlung festgestellt wird, sollte versucht werden diese Besiedlung, die an sich keine Beschwerden verursacht, zu beenden, bevor eine Operation oder ein anderer Eingriff durchgeführt wird, damit es nicht zu einer MRSA-Infektion kommt, sofern der geplante Eingriff aus medizinischer Sicht aufgeschoben werden kann. Dazu führt man (auch zuhause) eine „Dekolonisationstherapie“ durch. Diese umfasst zum einen das Einbringen von antibiotikahaltiger Salbe (z.B. Mupirocin) in die Nasenvorhöfe. So lässt sich MRSA nach 5-tägiger Therapiedauer aus der Nase beseitigen. Zusätzlich können bei Besiedlung der Haut antiseptische Waschlösungen zur Haut- und Haarwäsche verwendet werden. Für die Rachenbesiedlung mit MRSA stehen antiseptische Gurgellösungen zur Verfügung.

Die Notwendigkeit für die Durchführung dieser „Dekolonisationstherapien“ sollte durch einen Arzt (z.B. Hausarzt/Stationsarzt) festgestellt werden, der die Therapie auch begleitet und deren Erfolg durch nachfolgende Abstrichuntersuchungen kontrolliert.

Wo gibt es weitere Informationen?

Bitte sprechen Sie Ihre(n) behandelnde(n) Stationsärztin/arzt oder das Pflegepersonal an. Im Internet finden Sie Informationen unter: www.mrsa-net.nl und www.mrsa-net.eu

Wie führt man eine „Dekolonisationstherapie“ durch?

Bei einer Dekolonisationstherapie soll MRSA aus der Nase, bzw. von allen besiedelten Stellen des Körpers entfernt werden. Dazu wendet man folgendes Standardtherapieschema an:

- 1.) 3x täglich Mupirocin-Nasensalbe (z.B. Turixin®, Bactroban®) in beide Nasenlöcher geben mittels eines Wattestäbchens (alternativ z.B. bei Mupirocinresistenz z.B. PVP-Iod®, Prontoderm Nasengel®). Dabei wird die Salbe nur in den Bereich des Nasenvorhofs eingebracht (Bereich unmittelbar am Naseneingang; ein tieferes Einbringen ist nicht notwendig). Therapiedauer: 5 Tage. Die Nasensalbe ist rezeptpflichtig.
- 2.) 3x täglich Rachenspülung mit antiseptischer Lösung (z.B. Prontoral®, Chlorhexidin-haltige Präparate, Octenidol® etc.). Therapiedauer: 5 Tage. Die Gurgellösungen sind nicht verschreibungspflichtig.
- 3.) Bei Nachweisen an anderen Körperstellen als Nase/Rachen ggf. 1-2x täglich antiseptische Waschungen (inkl. Haare) z.B. mit Octeniderm®, Decontaman®, Prontoderm®, SkinsanSkrupt® etc.). Therapiedauer: 5 Tage. Dabei ist zu beachten, dass die Waschlotionen meist Einwirkzeiten haben, die beachtet werden sollten, um einen optimalen Therapieerfolg zu gewährleisten. Bitte lesen Sie hierzu die Packungsbeilage des jeweiligen Waschpräparates. Die Waschlotionen sind nicht verschreibungspflichtig.
- 4.) Begleitend für die Therapiedauer von 5 Tagen:
 - a. tgl. Wechsel von Zahnbürsten
 - b. tgl. Reinigung von Zahnprothesen
 - c. tgl. Wechsel der Kleidung, insbesondere der Unterwäsche. Waschen möglichst bei mindestens 60°C; ist dies nicht möglich können handelsübliche Wäschedesinfektionsmittel zusätzlich verwendet werden.
 - d. tgl. Wechsel der Handtücher/Waschlappen
 - e. tgl. Wechsel optimal der Bettwäsche (mindestens Kopfkissenbezug). Bettwäsche kann bei normalen Temperaturen gewaschen werden.

Da es sich bei der Therapie nicht um die Behandlung einer Infektion handelt, ist die Durchführung einer solchen Therapie allein i.d.R. keine Indikation für eine stationäre Krankenhauseinweisung, sondern muss zu Hause durchgeführt werden.

Zur Durchführung der Dekolonisationstherapie bieten mehrere Firmen sogenannte „MRSA-Sets“ an, die Gurgel-Lösungen, Waschpräparate, teilweise Zahnbürsten beinhalten. Diese Sets sind in Apotheken erhältlich. Sie sind nicht verschreibungspflichtig; die Kosten hierfür werden i.d.R. nicht von den Krankenkassen erstattet.

Teilweise beinhalten die MRSA-Sets auch Händedesinfektionsmittel; diese können während der Dekolonisationstherapie ebenfalls eingesetzt werden zur Senkung der Keimzahl an den Händen. Teilweise beinhalten die MRSA-Sets auch Desinfektionsmittel-getränkte Tücher; diese können zur Säuberung von häufig angefassten Flächen (z.B. Türkliniken) im Haushalt genutzt werden. Eine regelmäßige Flächendesinfektion im Haushalt erscheint aber nicht notwendig.

Nach einer Dekolonisationstherapie sollten Kontrollabstriche erfolgen, um den Erfolg der Therapie festzustellen. Das kann über den Hausarzt erfolgen. Ein Schema zur Durchführung von Kontrollabstrichen senden wir Ihrem Hausarzt bei Bedarf gern zu (Tel. 0251-83-55690); bzw. haben dies Ihren Unterlagen beigelegt.

13.1.3 Beschreibung der Dekolonisationstherapie und Dokumentationshilfe



Informationsblatt - Ablauf der Dekolonisationstherapie bei MRSA

Wenn bei Patienten/innen eine MRSA-Besiedlung festgestellt wird, sollte versucht werden diese Besiedlung, die an sich keine Beschwerden verursacht, zu beenden, bevor eine Operation oder ein anderer Eingriff durchgeführt wird, damit es nicht zu einer MRSA-Infektion kommt, sofern der geplante Eingriff aus medizinischer Sicht aufgeschoben werden kann. Dazu führt man (auch zuhause) eine „Dekolonisationstherapie“ durch.

Die Notwendigkeit für die Durchführung dieser „Dekolonisationstherapien“ sollte durch einen Arzt (z.B. Hausarzt/Stationsarzt) festgestellt werden, der die Therapie auch begleitet und deren Erfolg durch nachfolgende Abstrichuntersuchungen kontrolliert.

Wir empfehlen folgende Maßnahmen, wenn eine Dekolonisationstherapie im häuslichen Bereich durchgeführt wird:

- 1.) Vor Beginn der Dekolonisationstherapie Zahnbürsten austauschen, Kosmetika (z.B. Deoroller), Käämme oder Seifestücke dekontaminieren (Abwischen oder, falls möglich, besser verwerfen).
- 2.) Umfangreiche Desinfektionsmaßnahmen von Flächen sind im Privathaushalt meist nicht umsetzbar. Ggf. können aber häufige Handkontaktflächen (z.B. Türklinken) mit desinfizierenden Tüchern abgewischt werden.
- 3.) Die Bettwäsche vor Beginn der Dekolonisationstherapie und während der Therapie möglichst täglich wechseln (zumindest Kopfkissenbezug).
- 4.) Handtücher und Waschlappen vor der Therapie und während der Therapie täglich wechseln.
- 5.) Kleidung täglich wechseln.
- 6.) Wäsche kann in der normalen Haushaltswaschmaschine gewaschen werden (möglichst bei mindestens 60°C; ist dies nicht möglich können handelsübliche Wäschedesinfektionsmittel zusätzlich verwendet werden).
- 7.) Begleitmaßnahmen: Während der 5 Tage dauernden Maßnahmen sollte auf die Verwendung von Deorollern, Make-Up, Hautpflegemittel etc. verzichtet werden. Elektrorasierer sollten möglichst durch Einmal-Klingenrasierer, Zahnbürsten durch Einmalzahnbürsten, Käämme durch Einmalkäämme ersetzt werden.
- 8.) Dekolonisationsmaßnahmen am Körper:
 - Behandlung des Nasenvorhofs: Über 5 Tage hinweg sollte 3x täglich Mupirocin-Nasensalbe (z.B. Turixin) in beide Nasenlöcher in den Bereich des Nasenvorhofs eingebracht werden. Dazu sollte sich der Patient/die Patientin die Nase putzen und

1

ggf. die Nasenlöcher von Rückständen befreien. Eine streichholzkopfgroße Menge der Nasensalbe wird dann auf ein frisches Wattestäbchen aufgetragen, in einem der beiden Nasenvorhöfe verteilt und verworfen. Vorgang für anderes Nasenloch mit neuem Wattestäbchen wiederholen. Die Nasensalbe ist verschreibungspflichtig.

- Behandlung des Rachens: Gurgeln oder ggf. Mundpflege mit antiseptisch wirksamen Substanzen, die für die Mundschleimhaut zu gelassen sind (z.B. Chlorhexamed® / Prontoral®). Die antiseptischen Mittel sind nicht verschreibungspflichtig und in Apotheken frei verkäuflich. Oft sind diese in sog. Sets zur MRSA-Dekolonisation erhältlich.
- Behandlung der Haut: Über 5 Tage 1x täglich Körper und Haare waschen/duschen. Den gesamten Körper dabei mit einer antiseptischen Waschlösung (z.B. Prontosan®) abreiben. Nischen wie Achseln, Leisten, Schrittbereich, Analregion und unter der Brust oder am Bauch besonders beachten. Für Konzentration und Einwirkzeit der Waschlösung Herstellerangaben beachten. Oft sind diese in sog. Sets zur MRSA-Dekolonisation erhältlich.
- Zahnpflege: Normales Zähneputzen; Zahnprothesen ebenfalls normal reinigen. Wenn möglich herausnehmbare Zahnprothesen über Nacht in herkömmliche Zahnreinigerlösung einlegen.

Risiken/Komplikationen der Dekolonisationstherapie: Die während der Sanierung verwendeten Substanzen können u.U. allergische Reaktionen oder Beschwerden hervorrufen, was bei jeder Behandlung kontrolliert und hinterfragt werden soll. Sollten entsprechende Symptome (z.B. Jucken, Brennen, Hautausschlag) feststellbar sein, ist umgehend der behandelnde Arzt zu kontaktieren.

Kontrolle des Therapieerfolgs

Die Kontrolle des Therapieerfolgs erfolgt ggf. mittels Abstrichuntersuchungen durch den behandelnden Arzt. Kontrollabstriche sollten frühestens 3 Tage nach Ende der Dekolonisationstherapie (Nasensalbe, Waschungen siehe oben) abgenommen werden.

Erfolgsaussichten der Dekolonisationstherapie

Liegen keine besonderen Faktoren vor (z.B. MRSA-besiedelte Wunde, Infektionen) hat diese Therapie eine gute kurzfristige Erfolgschance (ca. 90%). Allerdings wird MRSA bei vielen Patienten/innen nach anfänglich scheinbar erfolgreich durchgeführter Dekolonisationstherapie im Verlauf mehrerer Wochen/Monate doch wieder nachgewiesen



Informationsblatt - Ablauf der Dekolonisationstherapie bei MRSA

werden. Deshalb sollten Kontrollabstrichuntersuchungen nicht nur einmalig direkt nach Therapieende sondern mehrmals erfolgen (z.B. nach 6 Monaten und 1 Jahr erneut).

Weitere Informationen erhalten Sie hier: www.mrsa-net.nl • www.mrsa-net.eu • www.mrsa-netzwerke.niedersachsen.de

Dokumentationshilfe - Ablauf der Dekolonisationstherapie bei MRSA

Patientenname:							Besonderheiten: Hygienekonsil beachten						
Tag 0	Datum 1.-10. Tag / Tätigkeit	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag Pause	7. Tag Pause	8. Tag Pause	9. Tag	10. Tag	11. Tag	
<p>MRSA-positiv: Jeweils einen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasen/Rachenabstrich* • Axilla/Leistenabstrich* • Ggf. Wunden, Trachealsekret, • Erst-Nachweisort (falls nicht bereits oben benannt) <p>*Ein Watteabstrichtupfer kann für beide Seiten verwendet werden.</p> <p>Bei Durchführung kombinierter Nasen/Rachenabstriche zuerst Rachen, dann Nase abstreichen. Bei kombinierten Axilla/Leistenabstrichen zuerst Axilla dann Leiste abstreichen.</p> <p>Für trockene Abstrichlokalisationen mit 0,9% NaCl anfeuchten.</p>	Nasen-Salbe 3x tgl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine Dekolonisationstherapie (lokale Nasensalbe, Waschungen)! Abstriche unter MRSA-Dekolonisationstherapie sind nicht aussagekräftig. Erst drei Tage nach Absetzen der Dekolonisationstherapie mit Kontrollabstrichen beginnen.						
	Körper/ Haare	5 Tage 1x tgl. Körper und Haare waschen. Den gesamten Körper mit der verordneten Waschlösung mit Hilfe von Einmallappen abreiben. Nischen wie Achseln, Leisten, Schrittbereich, Analregion und unter der Brust oder am Bauch besonders beachten. Konzentration und Einwirkzeit s. Herstellerangaben (z.B. Prontosan®)											
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. Abstrichserie</p> <p>2. Abstrichserie</p> <p>3. Abstrichserie</p> <p>Jeweils folgende Abstriche entnehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nasen/Rachenabstrich • Axilla/Leistenabstrich • Ggf. Wunden • Ggf. Trachealsekret • Ggf. Erst-Nachweisort (falls nicht bereits oben genannt). <p>Für trockene Abstrichlokalisationen mit 0,9% NaCl anfeuchten.</p>					
	Kleidung	Dem Patienten nach dem Waschen frische Kleidung anziehen	Bettwäsche wechseln, Patient in frische Wäsche gelegt wird.										
	Mundpflege 3x tgl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gurgeln oder ggf. Mundpflege mit z.B. Chlorhexamed® / Prontoral®						
	Zahnprothesen	Ggf. 3x tgl. mit Chlorhexamed® / Prontoral® (s.o.) abbürsten (cave Verfärbungen mg.) und mit Wasser nachspülen; über Nacht in herkömml. Zahnreiniger einlegen.											
	Brillen/ Hörgeräte	Mit Sensitive Wipes abwischen											
	Pflegeutensilien	Einmalartikel einsetzen (Kämme, Nagelfeilen), möglichst auf Haarbürsten verzichten											
Flächen	Nach der Pflege wischdesinfizieren z.B. Nachttisch, Telefon, Lichtleiste, Pflegeartikel												

13.1.4 MRSA-Informationsblatt für weiterbehandelnde Ärzt_innen, bei Entlassung oder Verlegung in andere Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Alten-/Pflegeheime



MRSA Informationsblatt für weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte, bei Entlassung oder Verlegung in andere Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Alten-/Pflegeheime

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
bei unserer/n gemeinsamer/n Patientin/ Patienten:

Name	Geburtsdatum

Station / Klinik Telefon (Rückfragen)

wurde eine Besiedlung mit Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) festgestellt.

I. Der MRSA-Nachweis erfolgte aus folgendem Untersuchungs-/Abstrichmaterial:

Nase/Rachen
 Achsel/Leiste
 Wunde

II. Bei der Patientin/dem Patienten wurde eine MRSA-Sanierungstherapie nach unten aufgeführtem Schema eingeleitet:

ja
 nein

Falls nein: Eine Sanierungstherapie wurde nicht begonnen, weil folgende/r Sanierungs-erschwerende/r Faktor/en vorlag/en:

Besiedelte Wunde
 Besiedelter Katheter (PEG, HWK)
 MRSA Infektion
 Atopisches Ekzem
 Zu kurze Aufenthaltsdauer

Falls ja: Der/die Patient(in) befindet sich jetzt an folgendem Zeitpunkt der Dekolonisationstherapie:

Sanierungstherapie					Pause			Kontrollabstriche			nach Kontrollabstrichen
Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Kontrolle 1	Kontrolle 2	Kontrolle 3	
<input type="checkbox"/>											

Markierung an welchem Tag der Therapie/Pause die/der Patient(in) befindet.
Kontrollabstriche = jeweils kombinierter Abstrich Nase/Rachen, kombinierter Abstrich Achsel/Leiste, ggf. Abstrich von Wunden und alle vormals positiven Lokalisationen (siehe I.)

Nach Durchführung von 3 Kontrollabstrichserien war der Patient vorläufig MRSA-frei (vorläufiger Erfolg der Therapie)

Nach Durchführung von Kontrollabstrichserien blieb der Patient an folgenden Lokalisationen MRSA-besiedelt:

Folgende/r Abstrich(e) noch positiv (Nachweis von MRSA):	
<input type="checkbox"/> Nase/Rachen	<input type="checkbox"/> Axilla/Leiste
<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> sonstige:

Bei frustriertem Dekolonisationsversuch kann ein zweiter Versuch notwendig/sinnvoll sein. Hierzu sind jedoch die Ursachen des Misserfolges und der anschließende Dekolonisationsversuch im Einzelfall zu eruieren.

[Signature]

Unterschrift (Stationsärztin/arzt)

Münster, den

**MRSA Informationsblatt für weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte,
bei Entlassung oder Verlegung in andere Krankenhäuser,
Rehabilitationseinrichtungen, Alten-/Pflegeheime**

Hinweise zu MRSA-Dekolonisationstherapien für weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte

Standardprotokoll für eine MRSA Dekolonisationstherapie:

- 1.) 3x täglich Mupirocin (z.B. Turixin®, Bactroban®) Nasensalbe in beide Nasenlöcher geben (alternativ z.B. bei Mupirocinresistenz z.B. PVP-Iod®, Prontoderm Naselgel®). Therapiedauer: 5 Tage.
- 2.) 3x täglich Rachenspülung mit antiseptischer Lösung (z.B. Prontoral®, Chlorhexidin-haltige Präparate, Octenidol® etc.). Therapiedauer: 5 Tage.
- 3.) Ggf. 1-2x täglich antiseptische Waschungen (inkl. Haare) z.B. mit Octeniderm®, Decontaman®, Prontoderm®, SkinsanSkrupt® etc.). Therapiedauer: 5 Tage.
- 4.) Begleitend: tgl. Wechsel von Zahnbürsten; tgl. Reinigung von Zahnprothesen; tgl. Wechsel der Unterwäsche, der Bettwäsche (mind. Kopfkissenbezug), der Handtücher. Kleidung kann bei normalen Temperaturen gewaschen werden.

Beispiel-Vorgehen wenn KEINE Wiederaufnahme am UKM geplant ist
Schema zur Kontrolle des Sanierungserfolgs, sofern keine unmittelbare stationäre Wiederaufnahme am UKM geplant ist. Hier geht es um die Kontrolle eines dauerhaften Therapieerfolgs:

Sanierungstherapie					Pause			Kontrollabstrichserie		
Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 1	Tag 2	Tag 3	1	2	3
								direkt nach Pause	nach 3-6 Monaten	nach 12 Monaten

Bitte beachten Sie die unten genannten Informationen zu Abrechnungsmöglichkeiten.

Vorgehen bei geplanter Wiederaufnahme am UKM

Wenn eine Wiederaufnahme der Patientin/des Patienten am UKM geplant ist, ist abweichend von oben stehendem Beispiel-Schema folgendes Vorgehen gemäß unserer hausinternen Hygienerichtlinien notwendig:

Bei Wiederaufnahme soll mindestens **ein negatives Kontrollabstrichergebnis von den folgenden Lokalisationen** vorliegen, das **nicht älter als 4 Wochen** ist:

- kombinierter Rachen-/Nasenabstrich (d.h. mittels eines Abstrichtupfers kann zunächst der Rachen, dann beide Nasenvorhöfe abgestrichen werden)
- kombinierter Achsel/Leisten-Abstrich d.h. mittels eines Abstrichtupfers können zunächst beide Axillen, dann beide Leisten werden)
- ggf. Abstrich von chronischen Wunden (Ulcus, Dekubitus) sofern vorhanden
- ggf. weitere Abstrichlokalisationen, wenn MRSA zuvor an anderen Körperstellen nachgewiesen wurde (siehe unsere Markierungen bei I. auf der ersten Seite)!

Bitte stellen Sie sicher, dass die Abstrichergebnisse bei Aufnahme des/der Patient(in) vorliegen. Die Aufnahme/Operation soll am

_____ erfolgen. Liegen die Ergebnisse der Kontrolluntersuchung bei Wiederaufnahme nicht vor, muss die/der Patient(in) gemäß unseres lokalen Hygienestandards prophylaktisch isoliert werden!

Hinweis:

Es gelten ab 1.4.2012 folgende Gebührenpositionen zur Abrechnung Ihrer Leistungen, sofern Sie hierfür eine Zertifizierung durchlaufen haben:
 GOP 86770: Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten [...] bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung
 GOP 86772: Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten [...] der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson
 GOP 86774: Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten [...] der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson des Patienten
 GOP 86776: Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers
 GOP 86780: Bestätigung einer MRSA-Besiedlung durch Abstrich
 GOP 86781: Ausschluss einer MRSA-Besiedlung durch Abstrich

Bei Rückfragen stehen Ihnen das Stationspersonal (Tel. siehe oben) oder die Mitarbeiter(innen) der Hygieneabteilung des UKM (Tel. 0251-83-55690) gern zur Verfügung!

13.1.5 Informationsblatt für Schwangere

MRSA Merkblatt für die Schwangerenbetreuung, Geburtshilfe und Neonatologie

MRSA-Screening in der Schwangerschaft

MRSA-Screening erfolgt regulär:

- Abstrich des Rachens und beider Nasenvorhöfe - siehe Dienstanweisung MRSA/Infektionshandbuch (<http://intranet03.uni-muenster.de/hygiene/Intranet/Infektionshandbuch/index.htm>)
- Bei positivem Screening: Bestimmung des Kolonisationsstatus mittels Standard-Kulturbedstrichen von Rachen, Leiste (beide Seiten mit einem Tupfer), Axillae (beide Seiten mit einem Tupfer), **Vagina**

MRSA-Sanierung in der Schwangerschaft

Im Regelfall soll eine MRSA-Sanierung bei der Schwangeren durchgeführt werden. Einzelheiten siehe Hygienekonsil und Infektionshandbuch des UKM.

Topische Turixin-Nasensalbe kann während des zweiten und dritten Trimenons der Schwangerschaft und in der Stillzeit für die Sanierung verwendet werden. Während des ersten Trimenons sollte die Anwendung mit strenger Indikationsstellung erfolgen.

Bei vaginaler Besiedlung: Entscheidung im Einzelfall über vaginale Dekolonisierung (Rücksprache mit dem Institut für Hygiene). Die Sanierung erfolgt mittels Octenisept Vaginaltherapeutikum (zu bestellen in der Zentral-Apotheke, nicht in den ersten drei Monaten der SS anwenden!).

Maßnahmen im ambulanten Bereich

Die Patientinnen sollen möglichst am Ende der Tagesroutine einbestellt werden. Es sollte möglichst nur ein Raum von der Patientin belegt werden. Bei der körperlichen Untersuchung sind vom Personal Einmalschutzkittel, Mundschutz, Haube und Handschuhe anzulegen. Nach Abschluss der Untersuchung erfolgt eine hygienische Händedesinfektion. Die Verwendung, Reinigung und Desinfektion der transvaginalen Ultraschallsonden erfolgt routinemäßig (d.h. Verwendung von Schutzhüllen und anschließende Reinigung mit desinfektionsmittelhaltigen Tüchern). Nach der Untersuchung müssen die patientennahen Flächen wischdesinfiziert werden. Dies kann durch die Abteilung selbst (Dokumentation der Desinfektion notwendig) oder durch das Clean-Team erfolgen (Einzelheiten siehe Infektionshandbuch).

Maßnahmen im Kreißsaal

Im Kreißsaal sollen die Patientinnen und ihre Angehörigen möglichst wenige Räume belegen. Nicht benötigte Gegenstände sollen aus den Räumen entfernt werden, um die abschließende Desinfektion zu erleichtern. Die Hygienemaßnahmen während der Geburt entsprechen denen der ambulanten körperlichen Untersuchung, d.h. Hebammen und Ärzte tragen Einmalkittel, Mundschutz, Haube und Handschuhe. Der Patientin soll nach Möglichkeit ein Toilettenstuhl im Kreißsaal zur Verfügung gestellt werden; die gemeinschaftlichen Toiletten im Kreißsaal sind nicht zu benutzen. Im Anschluss an die Geburt erfolgt eine Scheuer-Wisch-Desinfektion des Kreißsaals durch das Clean Team (UKM Gebäudemanagement – aktuelle Telefon-/Funknummern im Infektionshandbuch unter Links/Info).

Maßnahmen im OP

Eine **primäre Sectio sollte im Zentral-OP (Saal 16)** durchgeführt werden, da dort die notwendige Schlussdesinfektion möglich ist, ohne den für Notfälle freizuhaltenen Kreißsaal-OP zu lange zu blockieren.
Eine vaginale MRSA-Besiedlung der Schwangeren stellt per se keine Indikation für eine Sectio dar!

Peripartale Antibiotikaphylaxe

Eine MRSA-Kolonisation allein ist keine gesonderte Indikation für eine peripartale Antibiotikaphylaxe. Die Indikationsstellung zur peripartalen Antibiotikaphylaxe richtet sich bei MRSA-kolonisierten Schwangeren nach den allgemein hierfür geltenden Empfehlungen.

Autor: Frau Sylvia Schaber IfH
Oktober 2012

Werdende Väter in Kreißsaal und OP

Es gibt aus hygienischer Sicht keinen Grund, werdende Väter von der Geburt auszuschließen, sofern davon ausgegangen werden kann, dass diese sich an notwendige Hygienemaßnahmen halten werden (d.h. Tragen von Schutzkleidung im Kreißsaal, Ablegen der Schutzkleidung vor Verlassen des Kreißsaals, Händedesinfektion). Die Väter müssen vom Personal über die notwendigen Hygienemaßnahmen aufgeklärt werden.

Maßnahmen im stationären Bereich

Die hygienischen Maßnahmen der stationären Versorgung der Mutter vor und nach der Geburt sind identisch mit den **Ausführungen zu MRSA im Infektionshandbuch** des UKM (<http://intranet03.uni-muenster.de/hygiene/Intranet/Infektionshandbuch/index.htm>).

Unterbringung des Neugeborenen einer MRSA-positiven Mutter

Das Neugeborene einer MRSA-positiven Mutter kann mit der Mutter in einem gemeinsamen Raum untergebracht werden (Rooming in). Ist dies nicht möglich muss das Neugeborene in einem Einzelzimmer untergebracht werden.

Screening Neugeborener MRSA- positiver Mütter

Neugeborene MRSA-positiver Mütter sollten bei Entlassung auf MRSA untersucht werden (**einmalige Abstrichserie** umfasst Nase, Rachen oder Trachealsekret, Nabel, Anus, ggf. Wunde).

Dauer der Isolierungsmaßnahmen beim Neugeborenen

Unreife und überwachungsbedürftige Neugeborene MRSA positiver Mütter werden bis zur Entlassung im Einzelzimmer/Inkubator untergebracht. Diese Isolierungsmaßnahme ist unabhängig vom MRSA-Status des Neugeborenen. Gesunde Neugeborene werden mit der Mutter bis zur Entlassung in einem gemeinsamen Isolierzimmer untergebracht.

Sanierung MRSA- positiver Neugeborener

Aufgrund mangelnder Evidenz wird im Regelfall nicht sofort eine Sanierung eines MRSA positiven Neugeborenen durchgeführt. Bei MRSA-Besiedlung eines Elternteils und Entscheidung zur Therapie der Mutter/des Vaters, sollte dies aber erwogen werden.

Dürfen MRSA-positive Mütter stillen?

Wenn gewünscht, **können reife und gesunde Neugeborene MRSA positiver Mütter gestillt werden**. Das Stillen soll im entsprechenden Isolierzimmer erfolgen. Ein Abpumpen der Muttermilch in Behältnisse zum Zwecke der Lagerung und späteren Verfütterung kann nur dann empfohlen werden, wenn die Lagerung in einem separaten Kühlschrank möglich ist. Andernfalls sollte aus hygienischen und logistischen Gründen darauf verzichtet werden. Bei unreifen Neugeborenen (vor vollendeter 37. SSW) muss aufgrund des möglicherweise erhöhten Infektionsrisikos eine Einzelfallentscheidung erfolgen, ob das Neugeborene Muttermilch erhalten soll, eventuell Pasteurisierung.

Maßnahmen nach der Entlassung von Mutter und Kind im häuslichen Umfeld

Die weiterbehandelnden Ärzte (Hausarzt, Kinderarzt, Frauenarzt) und, falls erforderlich, Krankentransportdienste sollten über den MRSA-Status informiert werden (MRSA Übergabebogen im Infektionshandbuch des UKM).

Autor: Frau Sylvia Schaber
Oktober 2012

13.1.6 Vancomycin-resistente Enterokokken – Informationen für Patient_innen und Angehörige



Vancomycin-resistente Enterokokken

Informationen für Patienten und Angehörige

Was sind VRE?

Enterokokken sind Bakterien die zu der normalen Darmflora des Menschen gehören. Man unterscheidet im Wesentlichen zwischen dem Erreger *Enterococcus faecalis* (E. faecalis) und dem Erreger *Enterococcus faecium* (E. faecium). Beide Erreger besiedeln den Darm ohne Beschwerden hervorzurufen und erfüllen eine wichtige Rolle im Verdauungssystem. Gelangen Enterokokken in andere Körperregionen können sie dort Infektionen verursachen und neben Wund- und Harnwegsinfektionen auch schwere Infektionen wie z.B. eine „Blutvergiftung“ (Sepsis) hervorrufen. Infektionen durch Enterokokken werden mit Antibiotika behandelt.

Bei Vancomycin-resistenten Enterokokken, kurz VRE, handelt es sich um Enterokokken mit einer Resistenz gegenüber dem Antibiotikum Vancomycin. Man spricht auch von Glykopeptid-resistenten Enterokokken, kurz GRE. VRE können dieselben Infektionen wie die Antibiotika empfindlichen Enterokokken hervorrufen. Die Therapie von VRE-Infektionen gestaltet sich aufgrund der Unempfindlichkeit gegenüber verschiedener Antibiotika schwieriger.

Wie werden VRE übertragen?

VRE, die eine Infektion hervorrufen, entstammen entweder der Darmflora des erkrankten Patienten/der Patientin oder werden von außen über Kontakte zu verunreinigten Oberflächen oder über Handkontakte übertragen. Enterokokken bzw. VRE zeichnen sich durch eine hohe Überlebensfähigkeit in der unbelebten Umwelt aus und können bis zu einer Woche außerhalb des menschlichen Körpers zu überleben.

Gibt es besondere Risikofaktoren für eine Besiedlung oder Infektion mit VRE?

Einsatz spezieller Antibiotika:

Zur Behandlung verschiedener Krankheiten werden häufig Antibiotika eingesetzt, die zwar eine Vielzahl bakterieller Krankheitserreger bekämpfen, aber nicht auf Enterokokken wirken. Insbesondere die Therapie mit dem Antibiotikum Vancomycin führt erhöht das Risiko VRE-Träger zu sein. Es gibt jedoch auch Personen, bei denen VRE in der Stuhlflora festgestellt wird, obwohl sie keine Behandlung mit Vancomycin erhalten haben.

Risikofaktoren:

- häufige Antibiotikatherapie
- hohes Alter des Patienten oder der Patientin
- geschwächtes Immunsystem
- längerer Aufenthalt in Krankenhäusern

Kann man eine Infektion oder Besiedlung mit VRE behandeln?

Aufgrund der Unempfindlichkeit gegenüber vielen Antibiotika sind VRE-Infektionen schwerer zu behandeln als Infektionen durch Antibiotika empfindliche Enterokokken. Es stehen jedoch einige Reserveantibiotika zu Verfügung (z.B. Daptomycin, Linezolid), die bei der Behandlung von VRE-Infektionen eingesetzt werden können. Die Behandlung einer Besiedlung mit VRE ist jedoch nicht möglich.



Wie verhält man sich gegenüber VRE-besiedelten Personen außerhalb von Krankenhäusern?

Soziale Kontakte zu Angehörigen, Besucherinnen und Besuchern oder Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern unterliegen keinen Einschränkungen. Auch das Tragen einer Schutzkleidung ist in Privathaushalten und Pflegeheimen für Besucherinnen und Besucher und Mitbewohnerinnen und Mitbewohner nicht notwendig. Im Krankenhaus bestehen besonders hohe Anforderungen an die Vermeidung von VRE-Übertragungen, da dort viele Patienten und Patientinnen mit Infektionsrisiko behandelt werden. Gesunde Menschen sind bei Kontakten mit VRE-positiven Patientinnen und Patienten nicht infektionsgefährdet. Da eine Übertragung des Keimes jedoch möglich ist, wird ein guter persönlicher Hygienestandard empfohlen.

Dazu gehört:

- Regelmäßiges Händewaschen mit Flüssigseife, insbesondere nach dem Toilettengang
- Personenbezogene Nutzung (d.h. nur von einer Person) von Handtüchern, Waschlappen, Zahnbürsten, Rasierapparaten etc.
- Tägliches Wechseln der Handtücher, Waschlappen und Unterwäsche
- Waschen von Unterwäsche und Bettwäsche bei mindestens 60°C. Bei temperaturempfindlichen Textilien von VRE-positiven Personen sollte das Waschen getrennt von den anderen Textilien mit den gebräuchlichen Programmen separat erfolgen.

Es gibt jedoch Personen, die ein erhöhtes Infektionsrisiko haben (z.B. hochgradige Abwehrschwäche, offene Wunden/Ekzeme, invasive Zugänge wie z.B. Katheter). Daher kann es im Einzelfall sinnvoll sein, in Absprache mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin, für diese Personen ggf. erweiterte Vorsichtsmaßnahmen (wie z.B.

eine Händedesinfektion nach direktem Kontakt mit der VRE-positiven Person) zu ergreifen, um Infektionen vorzubeugen.

Haftungsausschluss:

Die Informationen in dieser Handreichung wurden mit größtmöglicher Sorgfalt zusammengestellt. Dennoch kann keinerlei Gewähr für Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit oder Qualität der bereitgestellten Informationen und Daten übernommen werden. Haftungsansprüche gegen die Autoren bzw. Verantwortlichen dieses Druckerzeugnisses für Schäden materieller oder immaterieller Art, die auf ggf. fehlerhaften oder unvollständigen Informationen und Daten beruhen, sind, soweit nicht Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt, ausgeschlossen.

Dieses Dokument wurde erstellt durch:

MRE-Netzwerke in NRW
www.mre-netzwerke.nrw.de
E-Mail: mre-netzwerke@lzg.gc.nrw.de

Herausgeber LZG.NRW

Stand 04/2015

13.2 Informationsblatt zur Forschungsarbeit

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health – WHO Collaborating Center

Informationsblatt zur Forschungsarbeit

Prävention der Ausbreitung von Erregern mit Antibiotikaresistenzen und Verbesserung der Versorgungsqualität betroffener Patientengruppen (Arbeitstitel)

Die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld untersucht im Rahmen eines Promotionsvorhabens von Frau Dr. Annelene Kossow die Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten, die von Erregern mit Antibiotikaresistenzen betroffen sind, auf ihre medizinische Versorgung. Dabei soll sowohl auf die Versorgung im stationären als auch im ambulanten Bereich eingegangen werden.

Zudem wird der Informationsstand dieser Patientengruppe untersucht. Die Interviews finden in freier Form statt. Dabei werde ich auf Ihre Besiedelung mit einem multiresistenten Erreger eingehen. Es kann vorkommen, dass Einzelheiten aus Ihrer Krankengeschichte zur Sprache kommen.

Die gewonnenen Erkenntnisse sollen helfen, die Situation in der Versorgung und Informationsweitergabe zu erkennen, und Maßnahmen zu identifizieren, die zu einer guten Versorgung und Aufklärung von Patientinnen und Patienten mit antibiotikaresistenten Erregern beitragen.

Zu diesem Ziel sollen wissenschaftliche Interviews mit betroffenen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden. Die Teilnahme an dem Interview ist selbstverständlich freiwillig und widerrufbar.

Die Interviewerin unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Die Interviews mit den Teilnehmern werden als Audioaufnahmen aufgezeichnet. Die Aufnahmen werden mit einem Passwort gesichert abgespeichert. Eine Sicherheitskopie auf einem USB-Stick wird ebenfalls nur durch ein Passwort zugänglich sein. Die Aufnahmen werden im Anschluss an das Interview abgetippt (transkribiert). Nach Abschluss der Studie können Sie das Band erhalten. Wenn Sie dies nicht wünschen, werden alle Audioaufnahmen nach 10 Jahren gelöscht. Die Aufbewahrung für 10 Jahre erfolgt zur Sicherung der guten wissenschaftlichen Praxis. Die Aufnahmen werden auf einem USB-Stick, der mit einem Passwort geschützt am Institut für Hygiene der Uniklinik Münster verbleiben. Die dortigen Räume sind nur Personen mit Berechtigung zugänglich.

Ihr Name und Ihre Kontaktdaten werden nach Ende der Studie gelöscht. In den Transkripten werden alle personenbezogenen Daten anonymisiert, so dass nach Abschluss der Studie lediglich das anonymisierte Transkript vorhanden ist. Eine Verwendung der Transkripte erfolgt ausschließlich im Rahmen der Dissertation von Dr. med. Annelene Kossow an der Universität Bielefeld. Mit Ausnahme der Prüfungskommission erfolgt keine Weitergabe an Dritte. Im Falle von Veröffentlichungen werden ausschließlich Zitate verwendet, die nicht erkennen lassen von welcher Person sie stammen.

→ www.uni-bielefeld.de

Die unterschriebene Einwilligungserklärung, wird in einem gesonderten Ordner im Institut für Hygiene des Universitätsklinikum Münster aufbewahrt, so dass kein Zusammenhang mit dem Interview hergestellt werden kann und wird nach Abschluss der Studie vernichtet.

Durch eine Nicht-Teilnahme an der Studie entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Das Interview kann jederzeit abgebrochen werden. Sie können sich vorbehalten zu einzelnen Fragen nicht zu antworten.

Bis zur Anonymisierung bzw. Löschung der personenbezogenen der Daten können Sie Ihre Einwilligung widerrufen. Im Falle eines Widerrufs werden ihre personenbezogenen Daten sofort gelöscht.

Verantwortlich für die Durchführung der Forschungsarbeit und Kontakt:

Dr. med. Annelene Kossow
Nordenwall 12
59065 Hamm
annelene.kossow@uni-bielefeld.de

Betreuerin:
Prof. Dr. Claudia Hornberg
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

13.3 Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung

1. Ich wurde über den Inhalt und die Vorgehensweise der Studie in verständlicher Form aufgeklärt. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass in dem Interview Gesundheitsdaten zur Sprache kommen können. Darüber hinaus habe ich eine Kopie des Informationsblattes zur Forschungsarbeit erhalten. Meine Fragen wurden ausreichend und verständlich beantwortet.
2. Das Interview wird als Audioaufnahme aufgezeichnet, anschließend transkribiert und anonymisiert. Die Audioaufnahme wird nach 10 Jahren Aufbewahrungszeit gelöscht. Alle Daten werden ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken im Rahmen der Forschungsarbeit verwendet, vertraulich behandelt und ohne mein Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben.
3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Zitate aus den erstellten Transkripten zur Belegung der Auswertung, zu Forschungs- und Lehrzwecken und insbesondere im Rahmen von wissenschaftlichen Vorträgen und Präsentationen genutzt werden.
4. Die Teilnahme an dieser Forschungsarbeit und die Einwilligung in die oben beschriebene Nutzung meiner Daten sind freiwillig. Ich kann meine Einwilligung bis zur Anonymisierung bzw. Löschung der personenbezogenen Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch eine Verweigerung oder einen Widerruf der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile. Im Falle eines Widerrufs werden meine personenbezogenen Daten, sofern vorhanden, umgehend gelöscht.
5. Nach Abschluss der Forschungsarbeit und des Promotionsverfahrens von Annelene Kossow werden alle verbliebenen Unterlagen, die einen Personenbezug auf mich beinhalten (einschließlich der mir vorliegenden Einwilligungserklärung) gemäß den Datenschutzbestimmungen des Landes Nordrhein-Westfalen vernichtet. Die Originalaufnahmen werden, zur Sicherung der guten wissenschaftlichen Praxis, 10 Jahre an einem sicheren Ort aufbewahrt.

Ich bin mit der oben beschriebenen Erhebung und Verwendung meiner Daten einverstanden.

Ort und Datum

Name, Unterschrift

13.4 Gesprächsprotokoll und Beispieltranskript

Gesprächsprotokoll:

Interview Code:

MRSA, VRE, MRGN – N=Neubesiedelung, W=Wiederaufnahme - Nummer

Datum:

Dauer des Interviews:

Ort:

Gespräch vor Aufnahme

Gespräch nach Aufnahme

Atmosphäre:

Schwierigkeiten:

Wunsch nach Ergebnissen/und oder Mitschnitt:

1 #00:00:00-0#

2 I: So, jetzt kann es losgehen. #00:00:00-0#

3 **MRSA_N_2:** Also erfahren habe ich davon im Aufwachraum, sozusagen. In dem Moment wo man mich eigentlich auf die Station fahren wollte. Ich war schon fast zur Tür raus, dann rief jemand: „Halt Stopp stopp, wir haben gerade einen Anruf bekommen, Sie sind positiv auf einen Keim getestet worden.“ Gut, da ist mir natürlich erstmal das Herz erstmal in die Hose gerutscht, weil vorher wurde gesagt: „Oh alles super bei Ihnen gelaufen, und da ist das Pferd im Stall, Sie bleiben nicht lange hier, alles kein Thema.“ Und ja das war schon ein Schock. Auch wie die Leute mich dann so angeguckt haben. Also ich wusste jetzt erstmal gar nicht, was kommt da jetzt auf mich zu, ist das gefährlich für mich in dem Moment? Und ich habe dann auch gleich gefragt, und da wurde

gesagt: „Nein, für Sie ist das nicht gefährlich, für uns auch nicht aber für Leute, die eine Immunschwäche haben ist das gefährlich, und deswegen müssen wir sie ja, isolieren, oder andere Leute ja davor schützen.“ Ja, was mir ein bisschen komisch vorkam, oder ich kann es auch so sagen, ich kam mir vor, wie ein Aussätziger. Wie die Leute geguckt haben, dass da Leute einfach so durchgehuscht sind, die vorher gar nicht im Raum waren. „Wer ist es denn, wie heißt er denn?“ Das fand ich schon bisschen unschön. Ja, da bin ich dann auf Station geschoben, auf Station X bin ich gekommen, und ja, da war auch nichts vorbereitet. Da bin ich drauf geschoben worden, da lag schon jemand, dann wurden noch eben die Utensilien zusammengeschoben und ja so richtig hat mir da keiner gesagt, ja was ist und wieso weshalb warum und wie es weiter gehen könnte. #00:02:01-8#

- 4 **I:** Und hat Ihnen dann irgendwann jemand mal genau erklärt was das eigentlich genau ist? #00:02:06-2#
- 5 **MRSA_N_2:** (...) kann ich gar nicht mehr mit Sicherheit sagen, also ich erinnere mich jetzt nicht bewusst daran. Vielleicht ganz grob ja, denn es hat auch mal jemand gesagt: „das ist kein Thema, das kann man Sanieren.“ Ich habe dann auch mal eine Creme bekommen, für die Nase, weil der bei mir in der Nase festgestellt worden ist. Bis dann irgendwann gesagt wurde: „Nee das brauchst du nicht mehr machen, das ist abgesetzt.“ Und wenn ich dann gesagt habe: „Wieso? Wieso hat mit mir niemand gesprochen, dass es abgesetzt ist?“ Dann habe ich, und das kriegt man ja immer nur auf Nachfrage, und dann wurde gesagt: „Solange du Antibiotikum nimmst, macht das keinen Sinn, die Sanierung zu machen, weil man die Dinger dann irgendwann nicht mehr nachweisen kann, obwohl sie vielleicht noch da sind.“ So ähnlich übersetze ich das jetzt mal, in meinen Worten. Ja, gut, und irgendwann bin ich dann hier hochgekommen. Einzelzimmer, Toilettenstuhl, weil ich die Toilette nicht benutzen darf, denke ich mal ist für mich und für viele andere auch, so ein bisschen, so ein Ding, was nicht unbedingt einen zu Jubelschreien veranlasst. Von der Sache her finde ich, also erstmal die Ärzte kommen nur rein, wenn sie definitiv was bei mir machen müssen. Ansonsten wird viel Ferndiagnose bei mir gemacht. „Heben Sie mal hoch, zeigen Sie mal.“ Was ich ganz schlimm fand zu Anfang ist, dass die da vor der Tür stehen, bei der Visite, dass ich merke, dass über mich gesprochen wird, und dass die dann weiter gehen. Das fand ich ganz schlimm. Habe ich dann auch gesagt, beziehungsweise habe ich erst nicht gesagt. Dann kam der Donnerstag und der Chefarzt hat dann die Tür aufgemacht, weil er wahrscheinlich das Schild nicht gesehen hat und dann: „Halt Halt Halt. Hier ist eh, Vorsicht.“ Aber er hat mich dann auch zur Tür gerufen, das war das erste Mal. Seitdem habe ich dann noch gedacht, ok wenn die die Tür nicht aufmachen, dann gehst du dahin und machst die Tür auf. Weil du ja wissen willst, du kannst vielleicht noch den ein oder anderen Satz beitragen, oder du willst zumindest wissen, was die über dich erzählen. Dann ist auch die Frau Dr. X hat das wohl mitbekommen, der habe ich das dann gesagt, dass ich das nicht gut fand. Die ist dann auch wohl mal meistens hier drin gewesen und hat dann gesagt: „Ja und wir machen jetzt so und so, gehen so und so vor, das eine Mittel wirkt grad nicht mehr, wie müssen ein anderes machen usw.“ Also die hat mich da also so ein bisschen dann auf dem Laufenden gehalten. Ehm, (...) Ja also das fand ich, das fand ich nicht

gut. Bei der einen oder anderen Krankenschwester habe ich auch den Eindruck gehabt, dass die das ein bisschen Arbeitstechnisch optimieren. Nach dem Motto „OK, der hat nun geklingelt, der will nur den Toilettenstuhl sauber gemacht haben, aber ich warte jetzt erst nochmal eine Stunde, da dem nämlich die ersten Tropfen mit reinnehmen, da kann ich das machen, das machen, das machen.“ Dann ist der Tropf durch. „OK ich warte noch ein bisschen, weil dann passt es genau mit der Spätschicht, wenn der dann durch ist, dann passt es genau mit der Spätschicht. Dann muss ich nur maximal zweimal rein zu dem.“ Das Gefühl hatte ich. Bei der einen oder anderen. Also die Arbeitsweise ist da schon sehr unterschiedlich. Ich finde persönlich, also die das ist mit Sicherheit eine Vorschrift, dass man sich so anziehen muss, wie Sie sich jetzt auch angezogen haben, aber ich finde persönlich, wenn man weiß, dass der aus der Nase kommt, dass wenn man Mundschutz trägt, wenn man Handschuhe trägt, das eigentlich ausreichend ist. So schreckt es alle Leute ab, die mich auch besuchen. Und was ich ganz schlimm fand ist (fängt an zu weinen) ist (weinen) als meine Kinder mich besucht haben. (Weinen) Das die nicht an mich rankamen (weinen). Naja, aber ist ja halt Vorschrift. Und ich habe versucht, das so im Bekanntenkreis usw. nicht unbedingt bekannt zu machen. Ich habe ja immer gesagt naja ich komme ja irgendwann nach Hause, dann könnt ihr mich da besuchen, weil ich das schon irgendwie ein bisschen abschreckend finde. (Weint). Ja dann habe ich die Tage mit dem Stationsarzt gesprochen, und der hat mir dann nochmal so eine Informationsbroschüre, also so drei Blätter gegeben. Also was das ist, der Keim, und was der verursacht, und wie man den saniert. Ja das ist so mein Eindruck. #00:07:18-9#

- 6 I: Und jetzt mit dieser Informationsbroschüre, fühlen Sie sich da besser informiert oder könnte man da aus Ihrer Sicht noch irgendetwas besser machen in der Richtung? #00:07:29-6#
- 7 **MRSA_N_2:** Könnte man mal zusammen mit den Ärzten durchgehen, denn im Grunde genommen da steht drin, dass das viele haben, und dass das dann halt gefährlich werden könnte, wenn man halt eine Wunde hat. Also das irgendwie ein Katheter gelegt wird oder wie auch immer. Im Grunde genommen ist es ja doch dann auch für jeden gefährlich. #00:07:53-0#
- 8 I: Und Sie haben ja jetzt schon Ihre Angehörigen angesprochen. Wie haben die reagiert als sie denen das erzählt haben? #00:07:57-5#
- 9 **MRSA_N_2:** Unterschiedlich. Also so durchgehend haben also meine Familien gesagt: „Ja ok du kannst da nichts für und ist ja auch nicht so schlimm“ und ich will ihn ja auch wieder sanieren und dann ist die Welt wieder in Ordnung. Kann man ja auch mit leben, wie man vorher auch gelebt hat. Viele wissen das ja halt gar nicht, dass sie den haben und leben auch dem entsprechend. Mein Bruder hat allerdings eine zwei jährige Tochter und die ist ein Einzelkind und wird verhätschelt von vorne bis hinten, und die haben schon durchblicken lassen, dass es wichtig ist, dass ich den saniere und dass sie sich schon Gedanken machen wie es ist, wenn die mit mir in Verbin/ in Kontakt kommen. Und genau das ist es nämlich, das was ich so befürchte. Dass also das eine falsche Gewichtung bekommt. Ich komm mir da in dem

- Moment vor, als wenn ich Ebola, AIDS und Hepatitis C auf einmal habe. Ne. Und das ist es ja halt nicht. Es ist ja nicht irgendwie ansteckend oder was weiß ich keine Ahnung. Ja. Aber so war es halt in dem ich sag halt mit den Leuten, die das momentan wissen #00:09:23-4#
- 10 I: Und Ihre Angehörigen, sind die irgendwie von den Ärzten oder Pflegepersonal beraten worden? #00:09:26-9#
- 11 **MRSA_N_2:** Nein #00:09:26-8#
- 12 I: Die Informationen waren die allgemein denn verständlich? #00:09:39-9#
- 13 **MRSA_N_2:** Die Informationen jetzt zu dem/ #00:09:46-0#
- 14 I: Zu dem Keim #00:09:47-8#
- 15 **MRSA_N_2:** Ja hätte man eigentlich noch ein bisschen mehr ausführen können. Denn wenn das die Ursache meines Übels ist, auch, dass sich das hier gebildet hat in der Wunde usw. hätte man da ruhig schon mal ein bisschen mehr drüber sprechen können. #00:10:04-2#
- 16 I: Und jetzt nochmal zu den Angehörigen. Haben Sie schon das Gefühl, dass Sie dadurch weniger Besuch bekommen? #00:10:12-3#
- 17 **MRSA_N_2:** Nee #00:10:13-9#
- 18 I: Das nicht. Und sonstige Einschränkungen in der Lebensqualität, haben Sie das beobachtet? #00:10:19-5#
- 19 **MRSA_N_2:** Für mich jetzt hier? Ja definitiv. #00:10:22-0#
- 20 I: Können Sie die ein bisschen beschreiben? #00:10:27-4#
- 21 **MRSA_N_2:** Ja, also ich kann mich nicht frei bewegen. Ich muss mich verkleiden und ich sag mal sonst wäre ich garantiert mehr mal draußen gewesen. Hätte mich bewegt. Ich habe über WhatsApp wohl mal geschrieben: „Es kommt mir vor wie im Gefängnis.“ Und ich sag mal, wenn man sich mal verkleidet, wenn man raus muss, weil man Besuch bekommt und die Kinder nicht mit auf Station durften, musste ich ja raus rausgehen. Oder wenn ich zum Röntgen gehen musste. Man wird auf dem Flur sehr argwöhnisch angeguckt. Und man hat einen Termin zum Röntgen. Man sieht, ok die Zeit ist da, dann werden komischer Weise Leute drangenommen, die dann grade um die Ecke kommen. Dann wird gesagt: „Ja ich habe Sie im Auge, Sie kommen gleich dran.“ Und dann kommt die Dame nochmal wieder: „Ja Sie wissen ja warum ich erst alle anderen drannehme. Den Grund kennen Sie ja, ne.“ Ich war voll verkleidet. Ich weiß nicht, was dann da in dem Raum alles gemacht werden muss, das kann ich nicht beurteilen. Aber man wird hintenangestellt. Den Eindruck habe ich auch hier gehabt, dass man immer als letztes dran ist. #00:11:40-8#

- 22 **I:** Haben Sie irgendwie Befürchtungen, dass das jetzt nachdem Sie entlassen werden, hier auch so weiter ist. Oder denken Sie, dass ihr Hausarzt jetzt völlig neutral damit umgeht. #00:11:50-4#
- 23 **MRSA_N_2:** Das ist eine große Frage, die ich habe. Wenn es jetzt so gewesen wäre, dass ich hätte Tabletten nehmen können, dann hätte ich nach Hause können. Aber dann hätte natürlich ich sag mal, der Gerinnungswert und so weiter, täglich bestimmt werden müssen vom Hausarzt. Das ist eine große Frage, wie die damit umgegangen wären. Das kann ich nicht sagen. Das weiß ich nicht. Also das ist ja, dann hätte ich dem das ja gleich sagen müssen. Also ich habe ehrlich gesagt noch nie jemanden durchs Dorf mit Mundschutz rennen sehen. Auch beim Arzt nicht. Aber man weiß es nicht. #00:12:27-5#
- 24 **I:** Wurden Sie da schon irgendwie beraten wie das dann weitergeht, wenn Sie zu Hause sind? #00:12:29-6#
- 25 **MRSA_N_2:** Nee, wie meinen Sie jetzt? #00:12:32-0#
- 26 **I:** Zum einen sozusagen im privaten Umfeld und zum anderen auch bei anderen Ärzten wie das dann abläuft. #00:12:37-5#
- 27 **MRSA_N_2:** Eh ne, ich habe mal kurz mit jemanden, weil ich doch bei dem Zentrum jemanden kenne bei den Damen bei der Anmeldung, wie das denn ist wenn ich jetzt mal zur Kontrolle komme. Und da sagte sie: „Ja müssen wir mal gucken, wie wir das machen, ob du dann vielleicht den letzten Termin bekommst oder einen späteren Termin bekommst.“ Aber wenn ich das saniert habe und danach dreimal halt der Test erfolgt, dann bin ich im Grunde genommen frei. Und wünsche mir und hoffe mir, dass ich dann wieder so behandelt werde oder so vorgehen kann wie ich das sonst gemacht habe. #00:13:22-0#
- 28 **I:** Dann interessiert mich noch. Wie würden Sie jetzt Ihren allgemeinen Alltag im Krankenhaus mit diesem Keim beschreiben? #00:13:29-1#
- 29 **MRSA_N_2:** Mit einer Note? #00:13:34-0#
- 30 **I:** Wie auch immer #00:13:36-3#
- 31 **MRSA_N_2:** Also ich, ganz schrecklich, ganz ganz schrecklich. #00:13:42-4#
- 32 **I:** Und woran liegt das? #00:13:41-3#
- 33 **MRSA_N_2:** Ja an dem Ganzen, was ich gerade aufgezählt habe. An dem Ganzen, dass man halt ja abgekapselt ist, dass man die Toilette nicht benutzen darf. Dass man daran gehindert ist/ Ich muss hier klingeln, dass mir jemand Sachen rein gibt. #00:13:59-0#
- 34 **I:** Und gibt es da irgendwelche Unterschiede von Seiten jetzt/wenn man die Berufsgruppen vergleicht. Schwestern oder Ärzte oder vielleicht, ich weiß nicht ob Sie Krankengymnastik bekommen. #00:14:10-2#

- 35 **MRSA_N_2:** Nein, da gibt es eigentlich keine Unterschiede. Eigentlich nicht. (...) Also die haben mir wohl erzählt, weil ich ja auch paar Mal nachgehakt habe, wie das ist mit Toilette usw., dass man sich da in Zukunft mehr drauf einstellen möchte, dass man solche Räume hat, wo man die Leute unterbringen kann. Aber ob das wirklich so kommt und ob das möglich ist hier zu/weil ich mein die Bautechnik ist ja jetzt so, dass immer zwei Zimmer zusammen sind. Das haben andere Krankenhäuser auch, ich weiß nicht ob das so einfach machbar ist. (...) #00:14:55-2#
- 36 **I:** Hat irgendwie Personal mal geholfen Ihnen Sorgen zu nehmen? #00:15:02-4#
- 37 **MRSA_N_2:** (...) Also die Physiotherapeutin hat, ja viel mit mir gesprochen. Und auch wohl auch Tipps gegeben, wie man mit Sachen umgeht. Das Personal gerade in der Spät- und in der Nachtschicht haben wenig Zeit, um eh da solche Gespräche zu führen. Frühschicht war teilweise auch ziemlich anstrengend hier. Weil viele Herzalarme waren hier. Da liefen die auch alle auf dem Zahnfleisch. Also über den Keim, nein. Ich weiß auch nicht, ob das alle wissen, was ich jetzt habe. Wenn jetzt Schwestern, oder wie auch immer die heißen, kommt z.B. zum Blutabnehmen heute Morgen auch da fragt die: „Darf ich mal fragen, weswegen musste ich mich denn jetzt verkleiden? Was haben Sie denn?“ Und eine Schwester habe ich mich wohl mal mit drüber unterhalten. Die sagte: Ja, die zweifeln auch alle so ein bisschen, dass das Machen und Tun hier an einmal die Verkleidung, dass man wirklich so extrem verkleidet ist, ja die sagten auch: „Ja wollen nicht wissen, wie viele Leute hier das auch haben, auch von den Bediensteten, die das auch haben. Wovon keiner von weiß.“ Ja und man ging hier rein und raus. Wenn da eine Schleuse wäre wo man die Sachen lässt, dann würde das in meinen Augen Sinn machen. Aber ich muss mich hier im Raum umziehen. Und gehe dann raus. Andere müssen sich hier ausziehen und gehen dann raus. Wenn das hier in der Luft ist und so weiter, dann sind wir alle kontaminiert. Und deswegen. Ich sag mal Mundschutz und Handschuhe verstehe ich vollkommen, aber alles andere, das ist also too much. #00:17:07-6#
- 38 **I:** Sie haben schon ganz viel erzählt. Dann mal allgemein die Frage, wie Leben Sie zu Hause? #00:17:15-5#
- 39 **MRSA_N_2:** Wie meinen Sie das? #00:17:21-1#
- 40 **I:** Also Sie wohnen mit einer Familie zusammen? #00:17:21-6#
- 41 **MRSA_N_2:** Ja, wir haben ein Einfamilienhaus, und ja meine Frau und meine beiden Mädchen wohnen in dem Haus. #00:17:30-7#
- 42 **I:** Und haben Sie pflegebedürftige Angehörige? #00:17:31-9#
- 43 **MRSA_N_2:** Nein. #00:17:33-6#
- 44 **I:** Und haben Sie Sorge, wenn Sie nach Hause gehen, mit den Kindern oder

so? #00:17:40-3#

- 45 **MRSA_N_2:** Ich habe mir schon mal Gedanken gemacht. Wenn man sich den Zettel durchliest, was man alles machen muss, mit Zahnbürste wechseln oder mit Kopfkissen wechseln und solche Sachen. Dass man sich schon mal überlegt hat, Gedanken gemacht hat, wo stecken die Dinger überall drauf. Und wenn wir uns jetzt über dieses Blatt unterhalten, wo ich dieses Blatt anpacken würde, sind die Dinger dann da drauf und können die überleben. Hm, das weiß ich eben nicht. Oder brauchen die irgendwas, um zu überleben. Wenn das Blatt jetzt da eine Woche liegt ist das wieder sauber oder so. Keine Ahnung, dass weiß ich eben nicht. Ich sag mal jetzt wie bei Läuse. Da wenn man die Klamotten in so eine Tüte packt oder Kühltruhe oder wie auch immer man das macht. Dann hat sich das nach X Tagen erledigt, so in diese Richtung. Das weiß ich jetzt bei diesen Dingen nicht. Das ist halt das Unwissen, was ich habe, und deswegen fühlt man sich zu Hause vielleicht auch ein bisschen unsicher. #00:18:39-4#
- 46 **I:** Und hätten Sie sich da irgendwie mehr Informationen gewünscht? #00:18:41-5#
- 47 **MRSA_N_2:** Ja #00:18:42-8#
- 48 **I:** Wussten Sie überhaupt, bevor Sie jetzt selbst betroffen waren von diesem Problem? #00:18:48-0#
- 49 **MRSA_N_2:** Ich habe schon davon gehört, aber mir vorher da keine Gedanken zu gemacht. Wenn ich das gewusst hätte, dass das solche Ausmaße annehmen könnte, dann hätte ich da vorher vielleicht auch mehr Untersuchungen gemacht. Denn ich war ja auch losgegangen zum Hautarzt, weil wenn ich hier in diesem Bereich, wenn ich so geschwitzt habe, dann fing das hier an zu jucken. Und deswegen habe ich vorher schon mal/ gedacht: „Ja geh mal lieber vorher zum Hautarzt, nicht, dass du hier irgendwas hast und wenn die nachher eine Narbe hier haben kriegst du da Probleme mit.“ Also da habe ich schon im Vorhinein drauf geachtet. Wenn man sowas gewusst hätte, dass man sowas hat, dann hätte ich vielleicht was unternommen, aber ich sag mal das kann ja in diverse Richtungen gehen. Dann hat man sich da abgesichert, dann hast du das andere nicht im Auge gehabt und so weiter. Und da irgendwo vorher Prophylaxe zu treiben ist wahrscheinlich schwierig. Aber dieses Thema jetzt war vielleicht im Hinterkopf. Von meiner Frau der Opa, der ist im Altersheim gelegen und der hat das auch gehabt. Aber da haben die nichts gemacht. Und das sagen ja auch die Ärzte: „ja wie kommen Sie denn da dran, arbeiten Sie im Altersheim?“ „Nein“ „Ja haben Sie irgendwas mit Schweinen zu tun?“ „Nein, habe ich auch nicht“ „Ja dann haben sie den, wo waren Sie denn?“ „Ja ich war vorher irgendwo in dem Heim, in dem Krankenhaus.“ #00:20:16-0# (Störung durch Krankenschwester)
- 50 **I:** Gut, wir waren stehen geblieben beim Großvater Ihrer Frau. #00:20:22-1#
- 51 **MRSA_N_2:** Genau richtig, und wo dann auch bekannt war, dass der das hat. Also meine Frau könnte da jetzt mehr zu sagen. Das haben sie wohl

irgendwann mal im Krankenhaus festgestellt. Das ging so weit, dass sie gesagt haben gut, wenn wir das im Altersheim nochmal machen müssten, dann müssten die das selbst bezahlen. Also da ist Garnichts mehr gemacht worden. Die Leute liegen da zum Sterben und das war es dann. Den habe ich auch wohl mal besucht, aber ich sag mal es ist ja bei der Voruntersuchung hier für diesen Termin, bin ich im Zentrum gewesen, wo ein paar Untersuchungen gemacht wurden, Ultraschall und so weiter, und dann auch Herzkatheter gelegt wurde und da ist ein Abstrich gemacht worden, aus der Nase und da ist anscheinend nichts festgestellt worden. Dann musste ich leider, auf Grund dessen, weil ja beim Hautarzt noch was festgestellt wurde, eine OP machen in *Ort X*. Ich kann ehrlich gesagt nicht mehr sagen, ob die da auch Teste durchgeführt haben, aber da habe ich auch mit jemandem auf dem Zimmer gelegen, mit jemanden der Probleme hatte mit seiner Wunde. Die wollte nicht zugehen usw. Wer weiß, vielleicht habe ich mir da was weggeholt. Ich kann es nicht sagen. Was natürlich ärgerlich ist, ist die Tatsache, dass die nicht schneller gesehen wurde. Es wurde ja morgens der Abstrich gemacht, aber vielleicht braucht das wirklich zwei drei Tage, bis man da das Ergebnis hat, denn ich sag mal dann wäre es besser gewesen, wenn ich nicht auf dem OP Tisch gelandet wäre, ne. Ja was den Leuten da unten durch den Kopf gegangen ist in dem Moment, weiß ich nicht, weil das heißt ja in dem Moment ich habe ja auf dem OP Tisch gelegen, da sind andere Leute schon wieder durchgekommen, aber ich weiß nicht, was da. Also da im Grunde genommen muss sich vom Prinzip was ändern. Wenn man sagt, das dauert drei Tage, dann muss man hier vor drei Tage vorher antreten, also wie in Holland, sagten die alle. Dass man sicher weiß, der ist sauber. Ne. Und jetzt im Nachhinein, kann ich nur wirklich jedem empfehlen. Bevor du das/ wenn es nicht akut ist mit deiner Operation. Mach das sauber, regle das und dann lass dich operieren. Wobei mir ja auch schon gesagt hätte. Selbst wenn ich den Beweis angetreten habe dreimal sauber zu sein, diesen 10./11./12. Tag, wo die Abstriche gemacht werden. Würde trotzdem noch in meiner Akte drinstehen. Dickes Ausrufezeichen und ich würde trotzdem isoliert werden. #00:23:00-0#

52 I: Und wenn sie jetzt schon sagen, wenn sie jemandem etwas raten könnten der hier reinkommt und weiß, er hat diesen Keim. Könnten Sie dem irgendwie Tipps mitgeben, wie er sich zu verhalten hat? Oder wodrauf er achten soll? #00:23:10-0#

53 **MRSA_N_2:** Wenn er wüsste, dass er diesen Keim hat? Definitiv erst sanieren. Also definitiv. Und ja also, dass das nicht akut ist. Und vielleicht geht man dann ein bisschen anders mit den Leuten um. Wenn die dann auch hier den Test dann auch machen und sehen der ist sauber, da ist man dann nicht unbedingt dieses Isolieren macht. Weil ich sag mal man liegt hier alleine, man kann sich mit diversen Dingen beschäftigen, aber ich sag mal auch das Gespräch mit den anderen und auch mit den Krankenschwestern das fehlt ja. Jetzt zum Beispiel, dass jetzt jemand reinkommt, ohne dass ich geklingelt habe, das kann ich an zwei Händen wahrscheinlich abzählen. #00:23:57-2#

54 I: Wie verbringen Sie sonst so den ganzen Tag hier auf dem Zimmer? #00:24:02-4#

- 55 **MRSA_N_2:** Ähm, ich bin morgens also ja ich sag mal, waschen, Zähne putzen usw. Visite, frühstücken. Und dann kommen die beiden Tropf. Ich krieg zwei verschiedene Antibiotika, die laufen jeweils so eineinhalb Stunden, zwei Stunden. Dann ist Mittag, Mittagessen, dann bisschen Fernsehgucken oder was lesen oder, wenn ich weiß, dass ich keinen Besuch bekommen, dass ich mich mal selber auf den Weg gemacht habe und dann durch die Katakomben gezogen. Das ist ja auch blöd, dass man hier jetzt immer nur von Station zu Station laufen kann, dann muss man schon runterfahren, dass man mal bisschen was daraus laufen. Ja also der Tag geht schon rum. Aber dann kommt die Nacht, und dann fängt man an nachzudenken. Ja. (...) und ich habe jetzt noch 3 Wochen vor mir. #00:25:02-7#
- 56 **I:** Hier? #00:25:01-8#
- 57 **MRSA_N_2:** Nee ich werde am Freitag verlegt. In die *Stadt X* in der Nähe meiner Heimat, und hoffe darauf, dass ich da ja ich muss ja wieder isoliert werden, dass ich ein Einzelzimmer kriege. Dass ich dann eine Toilette dabei hab, oder Dusche. Weil wo soll ich mich hier duschen gehen? Ist ein bisschen schwierig. #00:25:27-4#
- 58 **I:** Manche Patienten sagen auch: "Der einzige Vorteil ist, dass ich alleine auf einem Zimmer liege" #00:25:31-6#
- 59 **MRSA_N_2:** Ja dafür schließen andere Leute eine Zusatzversicherung ab, das ist vielleicht manchmal auch ganz angenehm. Der Typ der zum Beispiel/. In dem *anderen Krankenhaus* habe ich auch erst alleine auf dem Zimmer gelegen und dann kam die Schwester und sagte: „Ob ich was dagegen hätte, wenn sie mir jemand noch drauf schieben würden“. Ich sag: „Wenn es denn seien muss.“ Und der hat mir dann erzählt. Dass er mit dem Mann wo er vorher auf dem Zimmer gelegen hat überhaupt nicht mit klargekommen ist. Der hat sich aufgeführt wie Graf Koks und, das kann einem das Leben auch schon schwer machen. Und ich sag mal auch wenn man zu den Schwestern was sagt und sich traut. Ob man dann gleich auf ein anderes Zimmer kommt. Das weiß ich auch nicht. Aber ansonsten muss ich ganz ehrlich sagen, war das angenehm mit dem Mann auf einem Zimmer zu liegen, dass man sich mal austauscht. Ich habe da auch wenig Besuch bekommen, weil ich sag mal, auch von der Entfernung her usw. nicht ging. Oder schlecht war. Und dass man dann halt den ein oder anderen Tipp bekommt, dass man sich einfach unterhalten kann. Das ist, ja/ Also ich habe keine Zusatzversicherung für ein Einzelzimmer. Klar, dass dann Leute sagen, hast ja ein Einzelzimmer gehabt und warst für dich alleine. Aber immer ist das auch nicht schön. #00:26:57-2#
- 60 **I:** Jetzt nochmal zur Entstehung, wie sowas kommt. Hatten Sie da schon mal etwas darüber gehört, wie so resistente Bakterien sich entwickeln? #00:27:07-1#
- 61 **MRSA_N_2:** Nee, nur dass ich mir das halt, selber zusammenreimen kann. Man hört ja, dass ich sag mal alles was in den Kreislauf wieder zurückgegeben wird. Die Schweine oder die Hühner oder wer auch immer werden hochgepöppelt. Da sind dann ja Medikamente schon drin. Das

nehmen wir dann über die Nahrung auf. Und ja, der Kreislauf irgendwie und die Biester stellen sich darauf ein. Schlauere Leute sagen ja wir sterben nicht durch irgendwelche Waffen oder so, sondern wir sterben an Bakterien. Weil die resistent sind und keine Mittel mehr dagegenwirken. #00:27:49-4#

62 I: Und was denken Sie so allgemein zu Antibiotika? #00:27:52-4#

63 **MRSA_N_2:** Naja, die retten mir Momenten gerade grad den Arsch (lacht) ganz plump ausgedrückt. Ich glaube, dass die eine Menge Schiss haben, aber das sagen die mir nicht, oder ein bisschen durch die Blume habe ich das jetzt rausbekommen, das war so ein bisschen Glücksache bei mir. Oder wahrscheinlich auch bei anderen. Ob sie diese Biester den ersten Tag absetzen oder nicht. Wenn sie das tun, weiß ich nicht wie wir jetzt damit rausgehen. Also das ist bei mir damals vor zwanzig Jahren entstanden, dass sich durch eine Erkältung, oder wie auch immer, der Arzt das nicht erkannt hat und sich dann Streptokokken auf der Herzklappe abgesetzt haben, die vernarbt haben. Und der Kardiologe hat damals schon gesagt: "Von dreien beißen zwei in Gras" #00:28:41-6#

64 I: Haben Sie sonst irgendwas, was Sie mir mitgeben möchten, was Sie denken ist wichtig? #00:28:50-5#

65 **MRSA_N_2:** Ich glaube, dass ich alles erzählt habe. Ja und ich sag mal die Krankenhäuser müssen sich darauf einstellen. Ein Arzt war mal hier, ich weiß gar nicht mehr wer das war, wenn der mal kurz über diesen MRSA gesprochen und der sagte, dass es da nicht nur den einen gibt und dass man/ sieht man hier ja auch auf der Station, dass man mehrere Zimmer mit diesen Kitteln betreten werden müssen. Eng wird es, oder ungemütlich wird es, sagte er, wenn wir genau denselben Keim ein zweites Mal feststellen. Weil dann wird die Station auf links gedreht. Weil dann könnte Kontakt gewesen sein. Ich kann nur sagen Krankenhäuser müssen sich darauf einstellen, und es ist auf jeden Fall was wert, dass sich da jemand mal Gedanken drüber macht. Ich sag mal da muss mit Sicherheit irgendwo auf Station, muss ja nicht auf dieser sein, aber irgendwas muss geschaffen werden, wo diese Leute auch würdig untergebracht werden können. Und wo wirklich auch ich sag mal technisch oder wie auch immer, da was gemacht wird, dass sich die Dinger nicht ausbreiten können. Ich sag mal so wie es hier gemacht wird, durch die Tür durch, der eine zieht sich hier aus, der andere zieht sich da aus, das ist für mich ein bisschen Augenwischerei. #00:30:20-8#

66 I: Sie haben gerade das Wort Würde in den Mund genommen, würden Sie das wirklich so sagen als Schlüsselwort? #00:30:31-8#

67 **MRSA_N_2:** Würde ich schon sagen, ja. Also es kam mir schon ein bisschen vor, wie im Gefängnis hier. Da konnten die Leute da draußen nicht für. Das sind halt die Vorschriften, und wenn ich raus wollte dann muss ich mich halt an die Richtlinien halten. #00:30:55-6#

68 I: Ok, dann danke ich Ihnen erstmal. Ich schalte jetzt das Gerät aus.

13.5 Auswertung in den Kategorien

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K1 Rücksicht auf individuelle Präferenzen				
MRSA_N_5	18	Ich hatte mir ein Einzelzimmer gewünscht und dadurch, dass ich auch sonst allein lebe, fällt das Alleinsein mir nicht schwer.	Kein Problem mit Alleinsein.	Gute Versorgung (MRSA_N_5, VRE_N_1)
MRSA_N_5	25–26+ 78	Ich fühle mich gut versorgt und von den Mitarbeitern ernst genommen.	Ich fühle mich gut versorgt.	Schutzmaßnahmen sinnvoll (VRE_W_1, VRE_N_1)
MRSA_N_5	79–80	Ich fühle mich gut versorgt und von den Mitarbeitern ernst genommen.	Ich bin ernst genommen.	Alleinsein nicht negativ (MRSA_N_5,)
VRE_N_1	93–95	Dass die Leute einen Kittel tragen, ist mir egal.	Dass die Leute einen Kittel tragen, ist mir egal.	Schutzkleidung stört nicht (VRE_N_1)
VRE_N_1	133	Mit meiner Behandlung bin ich zufrieden. Wo anders hätten sie das nicht gemacht.	Ich bin mit der Behandlung zufrieden.	Personal nimmt mich ernst (MRSA_N_5, MRGN_W_1)
VRE_N_1	156–157	Die Isolierung muss sein. Mir fällt nicht ein was man besser machen kann.	Isolierung muss sein.	
MRGN_W_1	87–88	Die Mitarbeiter nehmen mich ernst.	Ich bin ernst genommen.	
K1 Rücksicht auf individuelle Präferenzen – Beteiligung an der Behandlung				
MRSA_N_2	5	Ich musste mich beschweren. Seitdem werde ich mehr an der Behandlung beteiligt.	Bessere Beteiligung nach Beschwerde.	Wunsch nach mehr Beteiligung (MRSA_N_4, VRE_N_1, VRE_W_2)
MRSA_N_2	53	Mir fehlt das Gespräch mit den Krankenschwestern und anderen Patienten.	Mir fehlen Gespräche.	Nach Beschwerde möglich (MRSA_N_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_4	91–93	Ich hätte gerne eher mehr Informationen über den Operationsverlauf bekommen.	Ich wäre gerne mehr beteiligt worden.	<p>Gespräche fehlen (MRSA_N_2)</p> <p>Zweifel an den Aussagen der Ärzt_innen (VRE_N_2)</p> <p>Anweisungen der Ärzt_innen werden befolgt (VRE_W_2)</p> <p>Beteiligung durch Information (MRGN_W_1)</p>
VRE_N_1	72–79	Ich hätte gerne mehr Informationen über die Behandlung. Liegt nicht am Keim.	Ich würde gerne mehr beteiligt.	
VRE_N_1	137	Ich hätte gerne mehr Informationen über die Behandlung.	Ich würde gerne mehr beteiligt.	
VRE_N_2	39	Ich bin nicht sicher, ob die Ärzte die Wahrheit sagen. Ich spreche eine andere Sprache.	Zweifel an Aussagen der Ärzt_innen.	
VRE_W_2	121–129	Ich würde gerne mehr Fragen stellen. Ich glaube, die wenige Zeit, die die Ärzte für einen Patienten haben, ist nicht durch den Keim bedingt.	Ich würde gerne mehr beteiligt.	
VRE_W_2	153	Ich folge den Anweisungen der Ärzte.	Ich folge den Anweisungen der Ärzt_innen.	
MRGN_W_1	21	Ich bin aufgeklärt und finde das, angesichts der Unsicherheiten des Personals, wichtig.	Aufgeklärt sein, ist wichtig.	
K1 Rücksicht auf individuelle Präferenzen – Lebensqualität				
MRSA_N_1	24	Es ist mir, als schlichtem Typ, zu viel Aufwand.	Zu viel Aufwand durch Keim.	<p>Kein Einfluss (MRSA_N_1, MRSA_N_5, MRSA_W_2, VRE_N_1)</p> <p>Alleinsein stört nicht (MRSA_N_5,</p>
MRSA_N_1	30	Der Keim hat keine Auswirkungen auf meine Lebensqualität.	Keine Einschränkung der Lebensqualität.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_2	5	Mich stören das Einzelzimmer und der Toilettenstuhl.	Einschränkung durch Einzelzimmer und Toilettenstuhl.	MRSA_W_2) Einschränkung (MRSA_N_2, MRSA_N_5)
MRSA_N_2	18–21	Ich komme mir vor wie im Gefängnis. Ich hätte mich sonst mehr bewegt. Man erfährt Blicke. Man wird hintenangestellt.	Einschränkung durch Einzelzimmer, Blicke, hintenanstellen.	Zu viel Aufwand (MRSA_N_1) Einzelzimmer (MRSA_N_2, VRE_W_2)
MRSA_N_2	28–33	Mein Alltag im Krankenhaus ist schrecklich.	Einschränkung der Lebensqualität.	Toilettenstuhl, keine Dusche (MRSA_N_2)
MRSA_N_2	53	Mir fehlt das Gespräch mit der Krankenschwester. Es kommt selten jemand rein.	Einschränkung der Lebensqualität durch fehlende Gespräche.	Blicke (MRSA_N_2)
MRSA_N_2	55	Nachts fange ich an zu grübeln.	Grübeln	Terminvergabe (MRSA_N_2)
MRSA_N_2	55	Bewegung ist eingeschränkt.	Bewegungseinschränkung	Fehlende Gespräche (MRSA_N_2, MRSN_N_4)
MRSA_N_2	57	Ich hoffe, dass ich in einem anderen Krankenhaus ein Zimmer mit Dusche und Toilette bekomme.	Einschränkung der Lebensqualität durch fehlende Toilette und Dusche.	Grübeln (MRSA_N_2)
MRSA_N_2	59	In einem Einzelzimmer zu liegen hat auch Vorteile, wenn ein Zimmernachbar unangenehm ist. Andererseits ist der Austausch mit Mitpatienten positiv. Es hat Vor- und Nachteile.	Aufwertung durch Einzelzimmer. Einschränkung durch fehlende Gespräche.	Alleinsein (MRSA_N_4) Nicht rauskommen (MRSA_N_5, MRSA_N_6, VRE_W_1, MRGN_W_1)
MRSA_N_4	53	Mich stört das Alleinsein.	Einschränkung durch Alleinsein.	In Zukunft erwartet (MRSA_N_7)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_4	55	Es gibt Vorteile beim Einzelzimmer. Unterhaltung bekomme ich durchs Fernsehen und ich kann gut schlafen.	Aufwertung durch Einzelzimmer.	<p>Fehlende Nachbar_innen (VRE_N_2)</p> <p>Langeweile (VRE_W_2)</p> <p>Schutzkleidung (MRGN_W_1)</p> <p>Aufwertung</p> <p>Einzelzimmer (MRSA_N_4, MRSA_N_2, MRSA_W_2, MRSA_W_3, VRE_N_1, VRE_W_2, MRGN_W_1)</p> <p>Größere Einschränkung durch Grunderkrankung (MRGN_W_1)</p>
MRSA_N_4	94–97	Mich stört das Alleinsein.	Einschränkung durch Alleinsein.	
MRSA_N_4	103–105	Mit der Physiotherapie das Zimmer zu verlassen war auch wieder gut.	Einschränkung durch Einzelzimmer.	
MRSA_N_4	123	Zunächst habe ich mich über das Einzelzimmer gefreut.	Aufwertung durch Einzelzimmer.	
MRSA_N_5	12	Ich merke von dem Keim nichts.	Keine Einschränkung der Lebensqualität.	
MRSA_N_5	24	Das Alleinsein ist nicht schlimm.	Kein Problem mit Alleinsein.	
MRSA_N_5	84	Ich würde sonst öfter rausgehen. Es ist gut, dass es das Internet gibt, sonst wäre es langweilig.	Mich stört, dass ich nicht rauskomme.	
MRSA_N_5	85–88	Ich würde öfter rausgehen, aber glaube das wird nicht gerne gesehen. Ich müsste mich verkleiden.	Einschränkung durch Einzelzimmer.	
MRSA_N_6	3	Ich finde es schlimm nicht an die Luft zu kommen.	Mich stört, dass ich nicht rauskomme.	
MRSA_N_6	5	Da ich nicht nach draußen kann, fehlt mir die frische Luft. Normalerweise bin ich jeden Tag draußen. Ich werde langsam aggressiv und kann es kaum erwarten wieder rauszukommen.	Mich stört, dass ich nicht rauskomme.	
MRSA_N_6	64–67	Ich finde es schlimm, nicht an die Luft zu kommen.	Mich stört, dass ich nicht rauskomme.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_7	50–54	Im Moment merke ich nichts von dem Keim, habe aber Angst, dass er in Zukunft Auswirkungen hat.	Keine Einschränkung. Einschränkung in Zukunft erwartet.	
MRSA_W_2	24–25+ 31	Ich muss sowieso liegen, da hat der Keim keine Auswirkungen.	Keine Einschränkung der Lebensqualität.	
MRSA_W_2	55	Ich bin gerne alleine und an das Alleinsein gewöhnt. Ich muss nicht auf andere Rücksicht nehmen.	Alleinsein kein Problem. Aufwertung durch Einzelzimmer.	
MRSA_W_3	20–22	Ich genieße die Ruhe im Einzelzimmer.	Aufwertung durch Einzelzimmer.	
VRE_N_1	106–107 +134– 137	Der Keim hat keine Auswirkungen auf meine Lebensqualität.	Keine Einschränkung der Lebensqualität.	
VRE_N_1	176	Ich kann in Ruhe schlafen.	Aufwertung durch Einzelzimmer.	
VRE_N_2	27	Ich habe mich vorher mit meiner Zimmernachbarin gut verstanden.	Einschränkung durch fehlende Nachbarn.	
VRE_W_1	25–30	Ich bin höchstens zu faul mich anzuziehen und nach draußen zu gehen. Ich würde nicht sagen, dass ich hier im Gefängnis bin.	Mich stört, dass ich nicht rauskomme. Das ist jedoch eigenes Verschulden.	
VRE_W_2	37–39	Ich genieße es im Einzelzimmer zu sein. Ich glaube es kann für einige Menschen schwierig werden im Einzelzimmer zu sein.	Aufwertung durch Einzelzimmer, nicht zu verallgemeinern.	
VRE_W_2	130–131	Keine Auswirkungen auf die Lebensqualität.	Keine Auswirkungen auf die Lebensqualität.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_2	173–187	Ich möchte in der Reha nicht für längere Zeit isoliert sein, da einem irgendwann die Decke auf den Kopf fällt. Es wird langweilig. Man bekommt nichts mit. Es wäre schön, die Tür offen stehen zu lassen. Ich habe Neugier, was draußen passiert.	Einschränkung durch Einzelzimmer, Isolation, Langeweile.	
MRGN_W_1	35	Ich bin froh über das Einzelzimmer.	Aufwertung durch Einzelzimmer.	
MRGN_W_1	41	Mich stört der Mundschutz.	Einschränkung durch Schutzkleidung.	
MRGN_W_1	43–45	Mich stört der Mundschutz. Ich würde sonst öfter rausgehen.	Ich würde öfter rausgehen.	
MRGN_W_1	77–82	Meine Erkrankung schränkt mich mehr ein, als der Keim. Blicke stören mich nicht.	Größere Einschränkung durch Grunderkrankung. Keine Einschränkung durch Blicke.	
K1 Rücksicht auf individuelle Präferenzen – Würde				
MRSA_N_1	24	Am Anfang ist es komisch, wenn Mitarbeiter mit Mundschutz reinkommen, aber es muss sein.	Zunächst Einschränkung durch Schutzkleidung.	Einschränkung Schutzkleidung (MRSA_N_1, MRSA_N_7) Distanz (MRSA_N_1, VRE_W_2) Reden (MRSA_N_2)
MRSA_N_1	24	Ich darf nicht mehr angefasst werden aus Angst vor Infektionen. Das ist komisch. Ich ekel mich aber nicht vor der Schutzkleidung.	Einschränkung durch Distanz. Keine Einschränkung durch Schutzkleidung.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_2	3	Durch die Blicke der Leute fühle ich mich wie ein Aussätziger. Ich habe gemerkt wie über mich geredet wurde. Das ist nicht schön.	Einschränkung durch Blicke.	Blicke (MRSA_N_2, MRSA_N_4, VRE_W_2)
MRSA_N_2	3	Durch die Blicke der Leute fühle ich mich wie ein Aussätziger. Ich habe gemerkt wie über mich geredet wurde. Das ist nicht schön.	Einschränkung durch Reden über den/die Patient_in.	Überbewertung (MRSA_N_2, VRE_W_2)
MRSA_N_2	5	Es war schlimm für mich zu wissen, dass über mich vor der Tür geredet wurde.	Einschränkung durch Reden über den/die Patient_in.	Unterbringung (MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRSA_N_6, MRSA_N_7)
MRSA_N_2	9	Das wird überbewertet. Ich komme mir im Moment vor, als wenn ich Ebola, AIDS und Hepatitis C auf einmal habe.	Einschränkung durch Überbewertung.	Eigene Schutzkleidung (MRSA_N_4)
MRSA_N_2	65	Eine würdige Unterbringung ist wichtig.	Einschränkung durch Unterbringung.	Reduzierte Versorgung (MRSA_N_5)
MRSA_N_2	67	Im Moment komme ich mir vor wie im Gefängnis.	Einschränkung durch Unterbringung.	Vorurteile (MRSA_N_6)
MRSA_N_4	57	Man ist abgesondert.	Einschränkung durch Unterbringung.	Einschränkung vorübergehend (VRE_W_2, MRSA_N_4)
MRSA_N_4	59	Zunächst ist es ein komisches Gefühl. Wenn man selbst in Schutzkleidung über den Flur läuft, bekommt man ein komisches Gefühl, da man Blicken ausgesetzt ist. Es grenzt einen auch von seinem Besuch ab, obwohl mir bewusst ist, dass es nichts Schlimmes ist. Aber ich gewöhne mich dran.	Zunächst Einschränkung durch eigene Schutzkleidung, Blicke.	Keine Einschränkung Schutzkleidung (MRSA_N_1) Blicke (MRSA_N_6)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_4	67	Wenn man im Krankenhaus transportiert wird, wird man behandelt, wie ein Schwerkranker. Ich fand es nicht schön, in Schutzkleidung im Warteraum zu sitzen. Das war für mich ein komisches Gefühl.	Zunächst Einschränkung durch eigene Schutzkleidung.	
MRSA_N_4	69	Man fühlt sich ausgegrenzt. In Menschenmengen erfährt man Blicke. Die Menschen fragen sich, was los ist.	Einschränkung durch Blicke.	
MRSA_N_5	20–22	Da das Personal weniger häufig kommt, fühlt man sich ausgegrenzt. Man gewöhnt sich dran.	Zunächst Einschränkung durch reduzierte Versorgung.	
MRSA_N_6	3	Mich stören die Vorurteile gegenüber Landwirten.	Einschränkung durch Vorurteile gegenüber Landwirt_innen.	
MRSA_N_6	25	Mir sind Blicke egal.	Keine Einschränkung durch Blicke.	
MRSA_N_6	27	Mir ist selten etwas unangenehm.	Keine Einschränkung durch Blicke.	
MRSA_N_6	53	Man kommt sich vor wie im Gefängnis.	Einschränkung durch Einzelzimmer.	
MRSA_N_7	30+34	Da ich im Einzelzimmer untergebracht bin und wegen der Schutzkleidung fühle ich mich aussätzig.	Einschränkung durch Einzelzimmer und Schutzkleidung.	
VRE_W_2	46	Die Blicke machen mich aggressiv.	Einschränkung durch Blicke.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_2	203–205	Ich fühle mich stigmatisiert. Man wird von anderen Leuten ferngehalten, als hätte man die Pest. Man gewöhnt sich dran.	Zunächst Einschränkung durch eigene Schutzkleidung, Distanz, Überbewertung.	
K1 Rücksicht auf individuelle Präferenzen – Umweltproblematik				
MRSA_N_4	109	Es wird viel Müll produziert.	Es wird viel Müll produziert.	Umweltproblematik (MRSA_N_4, MRSA_N_6)
MRSA_N_6	19	Es wird viel Müll produziert.	Es wird viel Müll produziert.	
K2 Leibliches Wohlbefinden				
MRSA_N_1	8	Der Keim schränkt mich nicht sehr ein.	Keine Einschränkung.	Keine Einschränkung (MRSA_N_1, MRSA_N_7)
MRSA_N_1	30	Vor einer Operation nüchtern zu bleiben fällt mir schwer, besonders, wenn man wegen des Keims am Ende des Programms steht.	Einschränkung durch langes Nüchternbleiben.	Einschränkung Langes Nüchtern bleiben (MRSA_N_1) Toilettenstuhl (MRSA_N_2) Sanierung (MRSA_W_2) Schutzkleidung (VRE_W_2, MRGN_W_1) Einschränkung durch Grunderkrankung (MRSA_W_2)
MRSA_N_2	5	Der Toilettenstuhl ist unangenehm.	Einschränkung durch Toilettenstuhl.	
MRSA_N_7	64	Körperlich merke ich den Keim nicht.	Keine Einschränkung.	
MRSA_W_2	19	Die Sanierung empfinde ich als ekelhaft. Besonders die Mundspülung.	Sanierung ist unangenehm.	
MRSA_W_2	55+57	Ich bin schon lange bettlägerig.	Einschränkung durch Grunderkrankung.	
VRE_W_2	59–61	Die Krankenschwestern in diesem Krankenhaus sind sehr zuvorkommend. Das ist nicht überall so.	Personal fördert Wohlbefinden.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_2	149	Die Schutzkleidung, die ich anziehen muss, stellt eine zusätzliche körperliche Belastung dar. Dahingehend finde ich die Maßnahmen übertrieben.	Einschränkung durch Schutzkleidung.	Personal förderlich (VRE_W_1, VRE_W_2)
MRGN_W_1	43–45	Die Schutzmaßnahmen, besonders der Mundschutz, sind eine zusätzliche körperliche Belastung.	Einschränkung durch Schutzkleidung.	
MRGN_W_1	53	Der Mundschutz steht auf Grund der körperlichen Belastung der Behandlung entgegen.	Einschränkung durch Schutzkleidung.	
K2 Leibliches Wohlbefinden – Ansprechende und saubere Atmosphäre				
MRSA_W_1	8	In einem anderen Krankenhaus war es in den Zimmern nicht sauber. Auf der Intensivstation wurde über Wochen ein Blutfleck nicht beseitigt.	Einschränkung der Sauberkeit.	Eingeschränkt (MRSA_W_1, VRE_W_2)
VRE_W_2	25–27	Die Hygiene ist nicht gut. Das Reinigungspersonal hat nicht genug Zeit.	Mangelnde zeitliche Ressourcen des Reinigungspersonals.	
VRE_W_2	197–199	Ich desinfiziere deshalb meistens nochmal nach.	Mangelnde Reinigungsleistung.	
K2 Leibliches Wohlbefinden – Besuch durch Angehörige				
MRSA_N_2	5	Es war ganz schlimm für mich, dass meine Kinder durch die Schutzkleidung nicht an mich herankamen.	Distanz zu Angehörigen.	Einschränkung Distanz (MRSA_N_2,

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_2	5	Ich versuche in meinem Bekanntenkreis nichts über den Keim zu erzählen, um niemanden abzuschrecken.	Abschreckung von Angehörigen.	MRSA_N_6, MRSA_N_4) Keine Kinder (MRSA_N_4)
MRSA_N_2	16–17	Ich bekomme nicht weniger Besuch auf Grund des Keimes.	Nicht weniger Besuch.	Nach Bitte des/der Expert_in (MRSA_N_5)
MRSA_N_4	59	Es ist komisch, wenn mein Besuch Schutzkleidung trägt. Das grenzt ab, obwohl ich weiß, dass der Keim nicht gefährlich ist. Ich gewöhne mich dran.	Zunächst Distanz zu Angehörigen.	Aufwand (MRSA_N_5, MRSA_W_2) Außerhalb des Zimmers (MRSA_N_6)
MRSA_N_4	81	Ich verstehe nicht, warum einzelnes Personal Schutzkleidung weglässt, und nahestehende Angehörigen alle Maßnahmen einhalten müssen. Meine Angehörige wurde gemaßregelt.	Kein Verständnis für Schutzkleidung bei Angehörigen.	Kein Verständnis für Schutzkleidung bei Angehörigen (MRSA_N_4)
MRSA_N_4	85	Ich finde es widersprüchlich, wenn sich das Personal nicht an die Schutzmaßnahmen hält, obwohl das Personal mehr Patientenkontakt hat als mein Besuch.	Widerspruch strenge Auflagen für Besucher_innen im Gegensatz zu Personal.	Abschreckung (MRSA_N_2) Keine Reduzierung (MRSA_N_6, VRE_W_2)
MRGN_W_1	98	Anders als früher, dürfen wir uns als Patienten heutzutage nicht mehr auf den Zimmern besuchen und müssen räumlichen Abstand halten.	Trennung zwischen Patient_innen auch ohne Keim. Regeln sind strenger geworden.	Gewöhnung an Schutzkleidung (MRSA_W_3) Telefonischer Kontakt (MRSA_W_2)
MRSA_N_4	113	Meine Schwester hat wegen des Keimes ihre Kinder nicht mitgebracht.	Einschränkung des Besuchs, keine Kinder.	Auflagen für Besucher_innen zu streng

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_5	48	Ich bitte meine Angehörigen mich weniger zu besuchen. Es tut mir leid, dass sich meine Angehörigen umziehen müssen. Ich habe viel Kontakt zu meinen Angehörigen über das Handy.	Einschränkung des Besuches auf Bitte des/der Patient_in. Zu viel Aufwand.	Unverständnis (MRSA_N_4) Regeln sind strenger geworden (MRGN_W_1)
MRSA_N_6	3	Ich kann meine Kinder nicht in den Arm nehmen. Das ist schlimm.	Distanz zu Angehörigen.	
MRSA_N_6	19	Ich gehe mit meinen Angehörigen lieber nach draußen.	Besuch erfolgt außerhalb des Zimmers.	
MRSA_W_2	13	Meine Angehörigen tun mir leid, weil sie die Schutzkleidung anziehen müssen.	Mitleid für Angehörige wegen Schutzkleidung.	
MRSA_W_2	57	Ich habe telefonischen Kontakt zu meinen Angehörigen.	Telefonischer Kontakt zu Angehörigen.	
MRSA_W_3	14	Ich habe mich daran gewöhnt, dass Personal und Angehörige Schutzkleidung tragen.	Gewöhnung an Schutzkleidung.	
VRE_W_2	175–177	Da sich viele Angehörige, kümmern wird mir noch nicht langweilig.	Viel Besuch durch Angehörige.	
K2 Leibliches Wohlbefinden – Hilfe bei Tätigkeiten und Handlungen des Tagesablaufes				
MRSA_N_1	34	Die Schwestern sind in meiner Versorgung eingeschränkt und müssen genau planen.	Personal ist in der Versorgung eingeschränkt.	Einschränkung des Personals in der Versorgung (MRSA_N_1, MRSA_N_2) (MRSA_N_4, MRSA_N_6, VRE_N_2, MRGN_W_1) Personal rationalisiert die Versorgung (MRSA_N_2, MRSA_N_4) Auf Hilfe des Personals angewiesen
MRSA_N_1	36	Meine Versorgung würde schneller und einfacher verlaufen, wenn die Schutzmaßnahmen nicht wären.	Personal ist in der Versorgung eingeschränkt.	
MRSA_N_2	5	Die Pflegekräfte planen meine Versorgung genau und legen möglichst mehrere Tätigkeiten zusammen.	Personal rationalisiert Versorgung.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_2	28–33	Meine Versorgung würde schneller und einfacher verlaufen, wenn die Schutzmaßnahmen nicht wären. Ich bin in vielen Dingen abhängig.	Personal ist in der Versorgung eingeschränkt	(MRSA_N_2, MRSA_W_3, VRE_N_1) Versorgung gut (MRSA_W_3, VRE_N_1)
MRSA_N_4	53	Ich versorge mich zum größten Teil selbst. Personal sehe ich nur zu den Essenszeiten und wenn ich klingel.	Personal rationalisiert Versorgung.	Zimmer wird nicht verlassen
MRSA_N_4	107	Weil ich niemanden anstecken möchte, verlasse ich das Zimmer nicht.	Expert_in bleibt aus Rücksicht auf dem Zimmer.	Rücksicht (MRSA_N_4)
MRSA_N_4	111	Ich habe das Gefühl einige Mitarbeiter möchten so wenig wie möglich in meinem Zimmer arbeiten.	Personal rationalisiert Versorgung.	u. a. Grunderkrankung (MRSA_W_3)
MRSA_N_4	129	Man ist mehr auf sich allein gestellt.	Versorgung ist eingeschränkt.	unklar (VRE_N_2)
MRSA_N_6	63	Ich versuche möglichst ohne Hilfe auszukommen, da es zu lange dauert, bis jemand hier ist, um mir zu helfen.	Expert_in versorgt sich aus Rücksicht auf das Personal selbst.	Keine Einschränkung (VRE_W_2)
MRSA_N_6	72–75	Ich bin gut mit Essen und Trinken sowie Medikamenten versorgt.	Gute Versorgung.	
MRSA_W_2	65	Ich bin auf die Hilfe des Personals angewiesen.	Ich bin auf die Hilfe des Personals angewiesen.	
MRSA_W_2	77–81	Wegen des Personalmangels muss man oft lange warten, aber das ist überall so und hat mit dem Keim nichts zu tun.	Versorgung ist eingeschränkt. Ursache nicht durch Keim.	
MRSA_W_3	23–28	Ich verlasse das Zimmer nicht, auf Grund meiner Grunderkrankung und des Keimes.	Patient_in auf dem Zimmer, Ursache Keim und Grunderkrankung.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_W_3	32–34	Ich bin in meinem täglichen Leben auf den Pflegedienst angewiesen, mit dem ich zufrieden bin.	Angewiesensein auf Personal. Mit Versorgung zufrieden.	
VRE_N_1	53–57	Es tut mir leid, dass das Pflegepersonal einen hohen Aufwand hat, um mich zu versorgen. Ich bin darauf angewiesen.	Angewiesensein auf Personal. Keine Einschränkung.	
VRE_N_1	164–167	Der Keim würde mich nicht davon abhalten das Zimmer zu verlassen, wenn ich könnte.	Keine Einschränkung durch Keim.	
VRE_N_2	28–29	Ich weiß nicht, ob ich das Zimmer verlassen könnte.	Ich weiß nicht, ob ich das Zimmer verlassen könnte.	
VRE_N_2	41	In der Grundversorgung gibt es lange Wartezeiten. Das kann ich nicht verstehen.	Einschränkung durch lange Wartezeiten.	
VRE_N_2	71–73	Ich bekomme alles später und werde später gewaschen.	Einschränkung durch lange Wartezeiten.	
VRE_N_2	79	Es muss jemand kommen, wenn ich klingel. Sonst komme ich nicht aus dem Bett.	Angewiesensein auf Personal.	
VRE_W_2	43–45	Wenn ich dazu körperlich in der Lage bin, werde ich mein Zimmer mit Kittel verlassen. Das macht mir nichts aus.	Keine Einschränkung durch Keim.	
MRGN_W_1	53	Ich bin auf die Hilfe von Angehörigen angewiesen, um nach draußen zu kommen.	Auf Angehörige angewiesen, um das Zimmer zu verlassen.	
K2 Leibliches Wohlbefinden – Privatsphäre				

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_2	59	Die durch das Einzelzimmer gewonnenen Privatsphäre ist ein Vorteil.	Privatsphäre besser durch Einzelzimmer.	Aufwertung durch Einzelzimmer (MRSA_N_4, MRSA_N_5, MRSA_W_2, MRGN_W_4)
MRSA_N_4	55	Die durch das Einzelzimmer gewonnenen Privatsphäre ist ein Vorteil.	Privatsphäre besser durch Einzelzimmer.	
MRSA_N_4	123	Ich habe mich über das Einzelzimmer gefreut.	Einzelzimmer positiv.	
MRSA_N_5	18	Ich wollte gerne alleine liegen und es fällt mir nicht schwer.	Einzelzimmer positiv.	
MRSA_W_2	55	Die durch das Einzelzimmer gewonnenen Privatsphäre ist ein Vorteil.	Privatsphäre besser durch Einzelzimmer.	
VRE_W_2	37–39	Ich genieße es im Einzelzimmer zu sein. Ich glaube es kann für einige Menschen schwierig werden im Einzelzimmer zu sein.	Aufwertung durch Einzelzimmer, nicht verallgemeinerbar.	
MRSA_W_3	20–22	Ich genieße die Ruhe im Einzelzimmer.	Aufwertung durch Einzelzimmer.	
MRGN_W_1	35	Die durch das Einzelzimmer gewonnenen Privatsphäre ist ein Vorteil. Es ist ruhiger und ich stecke mich nicht an.	Privatsphäre besser durch Einzelzimmer.	
K3 Emotionales Wohlbefinden und Unterstützung				
MRSA_N_2	55	Nachts fange ich an zu grübeln.	Grübeln.	Negativer Einfluss (VRE_W_2) Grübeln (MRSA_N_2)
MRSA_N_4	61	Es ist komisch, dass von einem Tag auf den anderen Schutzmaßnahmen ergriffen werden.	Irritiert durch plötzliche Schutzmaßnahmen.	Personal (MRSA_N_4) Grunderkrankung (MRSA_W_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_4	77	Obwohl der größte Anteil des Personals sehr nett ist, freue ich mich nach Hause zu kommen.	Personal nett.	<p>Schutzkleidung (VRE_N_2)</p> <p>Plötzliche Umstellung (MRSA_N_4)</p> <p>Blicke (VRE_W_2)</p> <p>Positiver Einfluss durch Personal (MRSA_N_4, VRE_W_2)</p> <p>gute Versorgung (MRSA_N_5, MRSA_W_2, VRE_W_1)</p> <p>Mitbetroffene (MRSA_N_5)</p> <p>Lebenseinstellung (MRSA_N_6, MRGN_W_1)</p> <p>Zusätzliche Belastung (MRSA_N_6, MRSA_W_2)</p> <p>Kein Einfluss (MRSA_N_7, MRSA_W_2)</p> <p>Einzelzimmer (MRSA_N_5) Schutzkleidung (MRSA_N_6, MRSA_W_3)</p>
MRSA_N_4	111	Die Behandlung ist von Personal zu personal unterschiedlich.	Personal unterschiedlich.	
MRSA_N_5	16	Ich fühle mich gut aufgehoben.	Gute Versorgung.	
MRSA_N_5	18	Die Einzelunterbringung fällt mir nicht schwer, da ich auch sonst alleine lebe.	Keine Einschränkung durch Einzelunterbringung.	
MRSA_N_5	32–36	Es beruhigt mich auf der Station nicht der einzige Patient zu sein, den das betrifft. Dadurch fühle ich mich nicht so alleine gelassen.	Beruhigung durch Wissen, nicht allein betroffen zu sein.	
MRSA_N_6	9	Es ist eine zusätzliche emotionale Belastung.	Zusätzliche emotionale Belastung.	
MRSA_N_6	21	Dass andere Schutzkleidung tragen, macht mir nichts aus.	Keine Belastung durch Schutzkleidung.	
MRSA_N_6	51–52	Es ist schwieriger mit dem Keim.	Zusätzliche emotionale Belastung.	
MRSA_N_6	77	Das Leben geht weiter.	Ermutigung.	
MRSA_N_7	2, 30	Der Keim ist keine zusätzliche Belastung für mich, obwohl man aussätzig ist.	Keine zusätzliche Belastung.	
MRSA_W_1	23–26	Die Schutzkleidung erfüllt ihren Zweck und belastet mich nicht.	Keine Belastung durch Schutzkleidung.	
MRSA_W_2	3	Mir geht es auf Grund der Grunderkrankung nicht gut.	Einschränkung durch Grunderkrankung.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_W_2	9	Der Keim und die Schutzmaßnahmen sind nicht schön.	Belastung durch Keim und Schutzmaßnahmen.	
MRSA_W_2	11	Der Keim ist nicht schön. Ich habe mich an den Keim gewöhnt.	Zunächst Belastung.	
MRSA_W_2	26–27	Ich habe keine Sorgen bezüglich des Keims.	Keine Sorgen.	
MRSA_W_2	43	Ich werde gut behandelt.	Gute Versorgung.	
MRSA_W_3	14	Ich habe mich an die Schutzkleidung gewöhnt.	Keine Belastung durch Schutzkleidung.	
VRE_N_2	31	Die Handschuhe empfinde ich als normal. Über den Kittel ärgere ich mich. Das verwundert mich.	Schutzkleidung als Ärgernis.	
VRE_W_1	46+50	Die Mitarbeiter behandeln mich gut.	Gute Versorgung.	
VRE_W_2	46–49	Ich bin durch die Blicke, die man erfährt, aggressiv.	Aggression durch Blicke.	
VRE_W_2	149	Es ist für mich unverständlich, dass durch die Schutzmaßnahmen eine höhere Belastung entsteht.	Unverständnis für höhere Belastung durch Schutzmaßnahmen.	
VRE_W_2	154–155	Das Personal nimmt mich ernst.	Ernstgenommen.	
MRGN_W_1	37	Unsicherheiten auf Seiten des Personals trage ich mit Humor.	Reaktion mit Humor auf Unsicherheiten.	
MRGN_W_1	66–68	Dass sich Patienten von mir wegsetzen finde ich gut und lache darüber, wenn ich einen guten Tag habe.	Reaktion mit Humor auf Reaktionen anderer.	
K3 Emotionales Wohlbefinden und Unterstützung – Angst vor finanziellen Auswirkungen				
MRSA_W_1	16	Ich hatte Angst, dass ich alles austauschen muss. Das wäre mit zu hohen Kosten verbunden.	Angst vor finanziellen Auswirkungen.	Angst vor finanziellen Auswirkungen (MRSA_W_1)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K3 Emotionales Wohlbefinden und Unterstützung – Ängste über Auswirkungen des Keims				
MRSA_N_1	14	Ich hoffe, dass sich durch den Keim mein Aufenthalt nicht verlängert.	Sorge vor Verlängerung des Aufenthaltes.	<p>Sorgen (MRSA_N_2, MRSA_N_6)</p> <p>Einfluss auf Aufenthalt (MRSA_W_3, MRSA_N_1, MRSA_N_5, VRE_W_1)</p> <p>Wundheilung und OP-Ausgang (MRSA_N_1, VRE_N_1)</p> <p>Zukunft (MRSA_N_5, MRSA_N_7, VRE_W_2)</p> <p>Überbewertung (MRSA_N_2)</p> <p>Unsicherheit als Ursache (MRSA_N_2)</p> <p>OP findet nicht statt (MRSA_N_4)</p> <p>Abweichende Behandlung (VRE_N_2)</p> <p>Wirkverlust Antibiotika (MRGN_W_1)</p> <p>Zusätzliche Belastung (MRSA_N_1, VRE_N_1,</p>
MRSA_N_1	27	Ich habe gehört, dass die Wunde jetzt schlechter heilt.	Sorge vor schlechterer Wundheilung.	
MRSA_N_1	30	Auch wenn einige sagen, die Wunde würde durch den Keim schlechter heilen, glaube ich das nicht. Der bisherige Verlauf sieht gut aus.	Zweifel an Sorge vor schlechterer Wundheilung.	
MRSA_N_1	43–44	Meine einzige Sorge ist, dass sich durch den Keim der Aufenthalt verlängert.	Sorge vor Verlängerung des Aufenthaltes.	
MRSA_N_2	3	Am Anfang war ich schockiert. Ich wusste nicht ob das gefährlich ist.	Zunächst Angst.	
MRSA_N_2	3	Man hat mir gesagt für mich sei der Keim nicht gefährlich. Eine Gefahr bestehe nur für immunsupprimierte Patienten.	Keine Angst vor Auswirkungen.	
MRSA_N_2	9	Ich befürchte, dass andere den Keim überbewerten.	Sorge vor Überbewertung.	
MRSA_N_2	45	Das Unwissen, wie lange die Keime überleben und wo sie überall sein können, ruft Unsicherheit hervor.	Unsicherheit durch Unwissen.	
MRSA_N_4	125	Mir war vor allem wichtig, dass ich trotzdem operiert werden kann.	Sorge, dass OP nicht stattfindet.	
MRSA_N_5	12	Ich spüre den Keim nicht.	Keine Ängste.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_5	39–46	Meine Befürchtung ist, dass ich eine Situation eintrete, in der der Keim eine Rolle spielt. Wenn ich nochmal ins Krankenhaus müsste, hoffe ich, dass der Keim weg ist, um keine Einschränkungen zu haben. Mir wäre es unangenehm den Keim immer noch zu tragen.	Angst vor weiteren stationären Aufenthalten.	MRGN_W_1) Sorgen Grunderkrankung (MRSA_N_7, MRSA_W_2) Keine Sorgen (MRSA_N_2, MRSA_N_5, VRE_W_1, VRE_W_2)
MRSA_N_5	70	Außer, dass sich durch den Keim mein Aufenthalt verlängert, fühle ich mich nicht beeinträchtigt.	Sorge vor Verlängerung des Aufenthaltes.	
MRSA_N_6	59	Ich habe Angst, dass der Keim Auswirkungen auf meine Kinder hat, wenn sie sich verletzen und er die Wunde infiziert.	Sorge vor Auswirkungen Kinder.	
MRSA_N_7	50–54	Im Moment merke ich nichts von dem Keim. Ich habe im Gefühl es kann aber noch etwas passieren.	Sorge vor Auswirkungen in der Zukunft.	
MRSA_W_2	57–59	Meine Ängste bezüglich meiner Erkrankung haben nichts mit dem Keim zu tun.	Sorge primär bezüglich Grunderkrankung.	
MRSA_W_3	23–28	Ohne den Keim wäre ich nicht im Krankenhaus und würde häufiger das Zimmer verlassen.	Stationärer Aufenthalt durch Keim begründet.	
VRE_N_1	24–27	Ich habe mich gewundert, dass trotz des Keimes operiert wird. Aber es ist alles gut gegangen.	Sorge vor Ausgang von OP mit Keim.	
VRE_N_2	94–99	Ohne den Keim wird man anders behandelt.	Sorge vor Andersbehandlung.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_1	42	Wegen des Keims muss ich im Krankenhaus bleiben.	Sorge vor Verlängerung des Aufenthaltes.	
VRE_W_2	133	Am Anfang habe ich mich gefragt, ob der Keim schnell wieder weggeht. Es ging mir zu dem Zeitpunkt relativ gut. Ich habe mich gefragt was die Auswirkungen wären, wenn es mir gleichzeitig schlechter geht.	Sorge vor Auswirkungen, falls sich Grunderkrankung verschlechtert.	
MRSA_N_1	4	Der Keim ist eine zusätzliche Belastung	Zusätzliche Belastung.	
MRSA_N_4	27	Ich glaube man kann den Keim einfach behandeln.	Keine Sorge.	
MRSA_N_6	29	Am Anfang hatte ich Panik.	Zunächst Angst.	
MRSA_N_7	96–100	Der Keim hat mir im Gegensatz zu meiner Grunderkrankung keine Angst gemacht.	Sorge ausschließlich vor Grunderkrankung.	
MRSA_W_2	57	Ich hoffe meine Grunderkrankung wird irgendwann endlich geheilt. Da habe ich wenig Hoffnung.	Sorge bezüglich Grunderkrankung.	
MRSA_W_2	93	Ich habe Angst das Antibiotika irgendwann nicht mehr wirken.	Sorge vor Wirkverlust von Antibiotika.	
VRE_N_1	155	Dass der Keim dazu gekommen ist, frustriert mich ich frage mich, warum mir das passiert.	Frustration wegen des Keimes.	
VRE_W_1	36	Der Keim hat verursacht keine Schmerzen.	Keine körperlichen Einschränkungen.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_1	40	Obwohl ich den Keim habe geht es anderen Patienten schlechter als mir.	Im Vergleich mit anderen gutes körperliches Wohlbefinden.	
VRE_W_2	88–89	Die Ärzte sagen, der Keim ist nicht gefährlich. Ich vertraue den Ärzten und folge deren Empfehlungen.	Keine Sorge, Vertrauen in Ärzt_innen.	
MRGN_W_1	15	Durch die Multiresistenz lassen sich meine Infekte schlechter behandeln und kommen häufiger. Das schränkt mich ein.	Multiresistenz erschwert Behandlung.	
K3 Emotionales Wohlbefinden und Unterstützung – Sorgen um Mitpatient_innen				
MRSA_N_4	69+107	Ich möchte mich nicht in Menschenmengen begeben, auch um niemanden anzustecken. Deswegen hätte ich das Zimmer auch nicht verlassen, wenn ich könnte.	Ich möchte niemanden anstecken.	Ich möchte niemanden anstecken (MRSA_N_4, MRSA_N_5, MRSA_W_2, VRE_W_2, MRGN_W_1) Ausweitung der Schutzmaßnahmen (VRE_W_2) Gefahr für andere Patient_innen (MRSA_N_5)
MRSA_N_5	32	Ich halte mich an die Vorschriften, um die anderen Patienten zu schützen.	Ich möchte niemanden anstecken.	
MRSA_N_5	92	Der Keim ist in erster Linie eine Gefahr für andere Patienten und nicht für mich.	Keim für andere Patient_innen gefährlicher.	
MRSA_W_2	9	Ich möchte niemanden anstecken.	Ich möchte niemanden anstecken.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_2	107	Ich möchte keine schwerkranken Patienten anstecken. Deswegen könnte man die Schutzmaßnahmen auch noch auf die Schuhe ausweiten. Daher finde ich es schlimm, wenn Personal keine Schutzkleidung anzieht.	Ich möchte niemanden anstecken. Ausweitung der Schutzmaßnahmen zum Schutz anderer Patient_innen.	
MRGN_W_1	21	Ich möchte niemanden anstecken.	Ich möchte niemanden anstecken.	
K3 Emotionales Wohlbefinden und Unterstützung – Empathie für das Personal				
MRSA_N_5	20	Es ist für das Personal ein Mehraufwand, den man nicht ändern kann.	Mehraufwand für Personal.	Mehraufwand (MRSA_N_5, VRE_N_1, MRGN_W_1)
MRSA_N_5	64	Das Personal macht die Arbeit trotz des Mehraufwandes gut.	Mehraufwand für Personal trotzdem gute Arbeit.	Versuch, das Personal zu unterstützen (MRSA_N_5, MRSA_N_6)
MRSA_N_5	80+82	Ich versuche dem Personal entgegen zu kommen.	Versuch, das Personal zu unterstützen.	Verständnis (VRE_W_1, MRGN_N_1)
MRSA_N_6	59	Das Personal hat verständlicher Weise Angst sich anzustecken.	Verständnis für Ängste seitens des Personals.	für Ängste des Personals (MRSA_N_6, MRSA_N_7)
MRSA_N_6	63	Um das Personal zu entlasten klingel ich nachts nicht.	Versuch, das Personal zu unterstützen.	für Unsicherheiten (MRGN_W_1)
MRSA_N_7	59–60	Das Personal scheut sich vor dem Mehraufwand	Unverständnis für Personal.	Unverständnis (MRSA_N_7, MRGN_W_1)
MRSA_N_7	114	Das Personal möchte sich selbst schützen. Das ist verständlich, wenn ein Mitarbeiter z.B. Kinder zu Hause hat.	Verständnis für Ängste des Personals.	
VRE_N_1	53	Ich habe Mitleid, wenn das Personal wegen mir den Mehraufwand hat.	Mehraufwand für Personal.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_1	50	Das Personal erledigt nur seine Arbeit.	Verständnis für Personal.	
MRGN_W_1	37	Ich verstehe Unsicherheiten von Seiten des Personals Ich verstehe nicht, wenn sinnvolle Sicherheitsmaßnahmen nicht eingehalten werden, aber auf Grund der ohnehin hohen Arbeitsbelastung des Personals kann ich es verstehen.	Verständnis für Unsicherheiten. Unverständnis für das Nichteinhalten der Maßnahmen.	
MRGN_W_1	58	Meine Versorgung bedeutet für das Personal einen Mehraufwand, der schwierig zu bewältigen ist.	Mehraufwand für Personal.	
MRGN_W_1	60–62	Ich verstehe nicht, wenn sinnvolle Sicherheitsmaßnahmen nicht eingehalten werden, aber auf Grund der ohnehin hohen Arbeitsbelastung des Personals kann ich es verstehen.	Unverständnis für das Nichteinhalten der Maßnahmen, aber Verständnis auf Grund der hohen Arbeitsbelastung.	
K4 Einbeziehen von Familie und Freund_innen				
MRSA_N_4	81	Ich verstehe nicht, warum einzelnes Personal Schutzkleidung weglässt und nahestehende Angehörigen alle Maßnahmen einhalten müssen. Meine Angehörige wurde gemäßregelt.	Kein Verständnis für Schutzkleidung bei Angehörigen.	Auflagen für Besucher_innen zu streng; Unverständnis (MRSA_N_4) Regeln sind strenger geworden (MRGN_W_1)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_4	85	Ich finde es widersprüchlich, wenn sich das Personal nicht an die Schutzmaßnahmen hält, obwohl das Personal mehr Patientenkontakt hat als mein Besuch.	Widerspruch strenge Auflagen für Besucher_innen im Gegensatz zu Personal.	
MRGN_W_1	98	Anders als früher, dürfen wir uns als Patienten heutzutage nicht mehr auf den Zimmern besuchen und müssen räumlichen Abstand halten.	Trennung zwischen Patient_innen auch ohne Keim. Regeln sind strenger geworden.	
K4 Einbeziehen von Familie und Freund_innen – Angehörige als Anwält_innen der Patient_innen				
MRSA_N_4	35	Meine Mutter hat die Informationen bei meinem Hausarzt entgegengenommen.	Informationsweitergabe über Angehörige.	Informationsweitergabe über Angehörige (MRSA_N_4, MRSA_N_6)
MRSA_N_5	54	Mein Schwiegersohn ist Arzt. Der hat mich aufgeklärt und Sorgen genommen.	Aufklärung und Beruhigung durch Angehörige.	Aufklärung über Angehörige (MRSA_N_5)
MRSA_N_6	17	Meine Tochter hat beim Personal offene Fragen geklärt.	Information über Angehörige.	Anwält_innen der Patient_innen (VRE_N_2)
VRE_N_2	29	Meine Tochter wird sich über meine Behandlung beschweren.	Angehörige als Anwält_innen.	Zugang zu Informationen über Angehörige (VRE_W_2)
VRE_N_2	61–63	Sie informiert sich im Internet. Meine Tochter und mein Schwiegersohn können sich für mich einsetzen.	Angehörige als Anwält_innen.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_2	15–19	Meine Mutter hat es geschafft Informationen zu bekommen. Das war nicht einfach und ist mir nicht gelungen.	Information nur über Angehörige.	
VRE_W_2	134–135	Dadurch, dass meine Mutter auf Informationen beharrt hat, wurden meine Sorgen weniger.	Information über Angehörige.	
K4 Einbeziehen von Familie und Freund_innen – Sorgen über Auswirkungen Angehörige				
MRSA_N_1	53–54	Ich werde mich auch im Hinblick auf meine Großmutter nicht anders verhalten.	Keine Verhaltensänderung gegenüber Angehörigen.	Kein spezielles Verhalten in Bezug auf Verwandte mit Risikofaktoren (MRSA_N_1, VRE_W_1) Angehörige in Sorge (MRSA_N_2, MRGN_W_1) Unsicherheit in Bezug auf Angehörige (MRSA_N_6, MRSA_W_1)
MRSA_N_1	57–58	Ich werde mich auch im Hinblick auf meine Großmutter nicht anders verhalten.	Keine Verhaltensänderung gegenüber Angehörigen.	Kinder (MRSA_N_4, MRSA_N_5)
MRSA_N_2	9	Meinem Bruder war es wichtig, dass ich den Keim loswerde aus Angst in Bezug auf seine Tochter.	Angehörige haben Sorge.	Ältere (MRSA_N_4)
MRSA_N_4	47	Ich weiß nicht, wie ich mich in Bezug auf meine Neffen und Nichten verhalten soll.	Unsicherheit in Bezug auf angehörige Kinder.	Schwangere (MRSA_N_6)
MRSA_N_4	97	Ich mache mir Gedanken zum Umgang mit Kindern oder meiner Großmutter.	Unsicherheit in Bezug auf angehörige Kinder und Ältere.	Keine Sorge (MRSA_N_4, MRSA_N_6, MRSA_N_7, MRGN_W_1)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_4	113	Meine Schwester hat keine Sorge. Ich glaube auch nicht, dass es für Kinder gefährlich ist.	Keine Sorge um angehörige Kinder.	Beruhigung durch das Gesundheitsamt (MRSA_N_7) Wissen über den Umgang mit Angehörigen mit Risikofaktoren beruhigt (VRE_W_2, MRSA_N_5)
MRSA_N_5	52	Am Anfang hatte ich Sorge um den Säugling meiner Tochter. Aber jetzt weiß ich, dass der Keim keine Gefahr für ihn ist.	Zunächst Sorge um angehörige Kinder. Keine Sorgen mehr nach Aufklärung.	
MRSA_N_6	9	Obwohl eine Freundin danach gefragt hat, glaube ich nicht, dass der Keim Auswirkungen für meinen Sohn bei der Bundeswehr hat. Meine Tochter hat Sorge, da ihre Chefin schwanger ist. Ich frage mich nach den Auswirkungen für eine Schwangere.	Unsicherheit in Bezug auf schwangere Angehörige. Keine Sorge in Bezug auf erwachsene Kinder.	
MRSA_N_6	13	Aus Sorge für die Schwangere habe ich meiner Tochter gesagt, sie soll ihrer Chefin von dem Keim erzählen.	Sorge um schwangere Angehörige.	
MRSA_N_6	15	Ich hoffe nicht, dass meine Tochter über mich den Keim an jemanden mit einer Verletzung weitergibt.	Sorge der Keimübertragung an andere.	
MRSA_N_6	49	Bei manchen Menschen wünschte ich, ich würde sie mit dem Keim anstecken.	Wunsch, den Keim zu übertragen.	
MRSA_N_7	30	Meine Familie muss da durch.	Keine Sorge um Angehörige.	
MRSA_N_7	44	Das Gesundheitsamt sagte, dass es nichts Schlimmes ist.	Beruhigung durch das Gesundheitsamt.	
MRSA_W_1	12, 29–30, 56	Ich habe Angst, dass der Keim eine Gefahr für die Familie darstellt und habe in dem Punkt Unsicherheiten.	Sorge vor Gefahr für Angehörige.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_1	58–60	Ich habe keine Bedenken bezüglich meines pflegebedürftigen Mannes. Meine Kinder unterstützen mich.	Keine Sorge um pflegebedürftigen Angehörigen. Unterstützung durch Kinder.	
VRE_W_2	65	Obwohl meine Mutter ein Risiko hat, haben die Ärzte geraten, dass Händedesinfektion ausreicht, um eine Übertragung zu verhindern.	Wissen um Umgang mit Angehörigen mit Risikofaktoren.	
MRGN_W_1	31	Das Kind von einem Freund ist ein Frühgeborenes. Die hatten Sorge, dass ich zu Besuch komme. Das kann ich verstehen und hätte ich es gewusst, hätte ich eine Begegnung vermieden. Sonst habe ich keine Sorgen bezüglich meiner Angehörigen.	Angehörige haben Sorgen um Frühgeborenes. Sonst keine Sorge um Angehörige.	
K5 Zugang zu Versorgung im stationären Setting				
MRSA_N_5	25–26	Ich bin mit meiner Behandlung zufrieden.	Zufriedenheit mit der Behandlung.	Zufriedenheit (MRSA_N_5)
MRSA_N_5	102–104	Ich glaube in einem großen Krankenhaus wird man besser behandelt, obwohl ich zuvor auch in einem anderen Krankenhaus gute Erfahrungen gemacht habe.	Mehr Vertrauen in große Krankenhäuser trotz anderer Erfahrungen.	Bessere Behandlung in großem Krankenhaus (MRSA_N_5)
MRSA_N_7	82	Der Alltag hat Routine.	Der Alltag hat Routine.	Alltag Routine (MRSA_N_7)
MRSA_W_2	77–81	Wegen Personalmangel muss man oft lange warten, aber das ist überall so und hat mit dem Keim nichts zu tun.	Lange Wartezeiten auf Grund von Personalmangel.	Lange Wartezeiten auf Grund von Personalmangel (MRSA_W_2)
VRE_N_1	82–83	Der Keim macht keine Unterschiede.	Keine Unterschiede.	Keine Unterschiede (VRE_N_1, MRGN_W_1)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRGN_W_1	98	Außer einigen Schutzmaßnahmen gibt es in der Behandlung keine Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Keim.	Unterschiede nur bei Schutzmaßnahmen.	
K5 Zugang zu Versorgung im stationären Setting – Terminvergabe				
MRSA_N_2	21	Beim Röntgen werden andere Patienten vor mir drangenommen, obwohl ich vor ihnen da war. Man wird immer als letztes drangenommen.	Benachteiligung gegenüber anderen Patient_innen.	Benachteiligung/Einschränkung (MRSA_N_2, MRGN_W_1) Keine Einschränkung (VRE_W_2)
VRE_W_2	109–111	Dass ich immer als letztes drankomme, stört mich nicht.	Keine empfundene Benachteiligung bei Terminen.	Verständnis für Terminvergabe am Ende (MRSA_N_1)
MRSA_N_1	30	Ich kann verstehe, dass meine OP am Ende des Tages gemacht wurde.	Verständnis für Terminvergabe am Ende.	
MRGN_W_1	96	Wenn die Relevanz bewusst ist, bekomme ich einen Platz als Erste oder Letzte. Ich wäre wegen der Immunsuppression froh als erste dran zu kommen. Aber wegen des Keimes komme ich als letztes dran. Ich bin froh überhaupt einen Platz zu bekommen. Es ist auch für die Ärzte nicht einfach alle Patienten unterzubringen.	Einschränkungen in der Terminvergabe. Froh um jeden Termin.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K5 Zugang zu Versorgung im stat. Setting – Zugang zur Versorgung innerhalb des stationären Sektors				
MRSA_W_2	77–81	Wegen Personalmangel muss man oft lange warten, aber das ist überall so und hat mit dem Keim nichts zu tun.	Lange Wartezeiten auf Grund von Personalmangel.	Verständnis für Terminvergabe am Ende (MRSA_N_1) Versorgung eingeschränkt (MRSA_N_2, MRSA_N_5)
MRSA_N_1	31–32	Bevor ich den Keim hatte kamen viele Ärzte zur Visite. Jetzt war seit zwei Tagen niemand her. Vorher war es mir zu viel, aber ich würde gerne mit einem Arzt sprechen und habe kein Verständnis, dass solange keiner kommt.	Visite weniger häufig. Visite häufiger gewünscht.	Lange Wartezeiten auf Grund von Personalmangel (MRSA_W_2) (nicht als Nachteil empfunden/andere Ursachen MRSA_N_7, MRSA_W_2, MRGN_W_1)
MRSA_N_1	34	Die Schwestern sind in meiner Versorgung eingeschränkt und müssen genau planen.	Versorgung eingeschränkt.	Ärzt_innen (MRSA_N_1, MRSA_N_2, MRSA_N_4)
MRSA_N_1	36	Meine Versorgung würde schneller und einfacher verlaufen, wenn die Schutzmaßnahmen nicht wären.	Versorgung eingeschränkt.	Teils Verständnis, Ursache keim fraglich (VRE_N_1, VRE_N_2)
MRSA_N_1	38	In der Physiotherapie und Reinigung gibt es keine Unterschiede, seit ich den Keim habe.	Keine Unterschiede.	Pflege (MRSA_N_1, MRSA_N_2, VRE_N_2)
MRSA_N_2	5	Die Ärzte sind nicht mehr zu mir herangekommen und an der Tür stehen geblieben. Das fand ich schlimm. Mir fehlt das direkte Gespräch. Ohne dass ich klingel, kommt fast nie jemand rein.	Distanz zu Ärzt_innen als Belastung. Versorgung eingeschränkt. Mehr Gespräche gewünscht.	Auf Hilfe von Angehörigen angewiesen (MRGN_W_1) Keine Einschränkung

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_2	5	Die Pflegekräfte planen meine Versorgung genau und legen möglichst mehrere Tätigkeiten zusammen.	Versorgung eingeschränkt.	Reinigung (MRSA_N_1) Ärzt_innen (MRGN_W_1)
MRSA_N_2	51	Der Nachweis sollte schneller erfolgen.	Keimnachweis sollte schneller erfolgen.	Nachweis schneller (MRSA_N_2)
MRSA_N_2	53	Meine Versorgung würde schneller und einfacher verlaufen, wenn die Schutzmaßnahmen nicht wären.	Versorgung eingeschränkt.	Kein Vergleich möglich (MRSA_N_4) Sorge nicht eingetroffen (MRSA_N_4)
MRSA_N_4	53	Der Arzt bleibt ohne Schutzkleidung in der Tür stehen. Ansonsten wird meine Versorgung auf das Minimum beschränkt.	Distanz zu Ärzt_innen. Versorgung eingeschränkt.	Gute Versorgung (MRSA_N_5, VRE_N_1, VRE_W_1, VRE_W_2)
MRSA_N_4	65	Ich kann nicht vergleichen ob zu Patienten ohne den Keim häufiger jemand kommt.	Vergleich nicht möglich.	
MRSA_N_4	88–89, 91–93	Ich kann verstehen, dass die Ärzte in der Tür stehen bleiben. Ich hätte mir nach der OP eher ein Gespräch mit einem Arzt gewünscht. Ich weiß jedoch nicht ob es am Keim lag, dass das solange gedauert hat.	Distanz zu Ärzt_innen verständlich. Gespräch eher gewünscht. Keim fragliche Ursache.	
MRSA_N_4	125	Ich hatte Sorge, dass wegen des Keimes die OP nicht stattfinden kann. Das hat aber zum Glück geklappt.	Sorge über Keim als Operationshindernis nicht eingetroffen.	
MRSA_N_5	22	Das Personal kommt weniger, aber das macht mir nichts aus.	Versorgung eingeschränkt. Nicht als Nachteil empfunden.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_5	64	Trotz der Mehrbelastung fühle ich mich gut versorgt.	Versorgung gut.	
MRSA_N_5	65–66	Die Ärzte habe ich bisher wenig gesehen. Aber das liegt am Wochenende.	Versorgung eingeschränkt. Ursache Wochenende.	
MRSA_N_7	74+76	Patienten ohne Keim werden auf Grund des Mehraufwandes, den der Keim macht, mehr betreut.	Versorgung eingeschränkt.	
MRSA_W_2	33	Man hat mir erklärt warum die Ärzte an der Tür stehen bleiben. Manchmal ziehen sie sich auch um und kommen ins Zimmer.	Versorgung teils eingeschränkt. Erklärung erfolgt.	
VRE_N_1	61–79	Das Personal macht die Arbeit gut. Auf Fragen bekommt man Antworten. Ich fände es besser, wenn die Ärzte wie vor dem Keim bis zum Bett durchkommen und nicht in der Tür stehen bleiben. Eine Visite dauert nicht lange. Das ist nicht schön. Ich bräuchte mehr Erklärungen. Vor dem Keim wurde auch schon nicht viel erklärt.	Versorgung gut. Ärztliche Versorgung eingeschränkt. Mehr Gespräch gewünscht. Keim fragliche Ursache.	
VRE_N_2	19	Seit ich den Keim habe dauert es lange bis jemand kommt, wenn ich klingel. Bevor ich den Keim hatte, bekam ich Krankengymnastik, jetzt nicht mehr.	Versorgung eingeschränkt. Längere Wartezeiten. Keine Physiotherapie	
VRE_N_2	20–27	Seit ich den Keim habe dauert es lange bis jemand kommt, wenn ich klingel.	Versorgung eingeschränkt. Längere Wartezeiten.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_N_2	50–53	Ärzte kommen nie zu mir ans Bett, das machen nur Pfleger.	Distanz zu Ärzt_innen. Nachteil.	
VRE_W_1	50+29–31	Ich bin mit der Versorgung zufrieden.	Versorgung gut.	
VRE_W_2	59–61	Die Pfleger sind sehr zuvorkommend.	Versorgung gut.	
VRE_W_2	117–129	Die Ärzte stehen in der Tür und schreien mich an. Die Visite ist kurz. Die Ärzte sind zu faul sich einen Kittel anzuziehen. Auch ohne Keim läuft die Visite hektisch ab.	Distanz zu Ärzt_innen. Kurze Visite. Keim teilweise als Ursache.	
MRGN_W_1	51	Seit ich den Keim habe kommen weniger Leute zu mir ins Zimmer. Man muss länger warten. Manchmal ist das bedrohlich, da ich nicht rufen kann, wenn etwas Schlimmes ist.	Versorgung eingeschränkt. Weniger. Längere Wartezeiten. Bedrohlich.	
MRGN_W_1	53–56	Ohne Angehörige komme ich nicht nach draußen. Dafür hat keiner Zeit.	Versorgung nur mit Hilfe von Angehörigen möglich.	
MRGN_W_1	63–64	Ich werde durch die Ärzte nicht anders behandelt, seit ich den Keim habe.	Kein Unterschied in der ärztlichen Versorgung.	
MRGN_W_1	96	Wenn die Relevanz bewusst ist, bekomme ich einen Platz als Erste oder Letzte. Ich wäre wegen der Immunsuppression froh als Erste dran zu kommen. Aber wegen des Keimes komme ich als letztes dran. Ich bin froh überhaupt einen Platz zu bekommen. Es ist auch für die Ärzte nicht einfach alle Patienten unterzubringen.	Einschränkungen in der Terminvergabe. Froh um jeden Termin.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen				
MRSA_N_1	30	Ich glaube nicht, wenn manche sagen, dass durch den Keim die Wunde schlechter heilen würde.	Zweifel an Aussagen über schlechte Wundheilung.	Zweifel an Information (MRSA_N_2, VRE_W_2)
MRSA_N_4	129	Eigentlich wird einem alles gut erklärt.	Gute Erklärungen.	Gute Erklärungen (MRSA_N_4)
VRE_W_2	137	Am Anfang dachte ich es wäre nicht wahr, als sie mir erzählt haben ich muss auf ein anderes Zimmer wegen des Keims und nur eine Ausrede.	Zunächst Zweifel an Information über Ursache der Einzelzimmerunterbringung.	Information relevant (MRGN_W_1)
MRGN_W_1	84–86	Es ist wichtig über die Gründe der Schutzmaßnahmen aufzuklären.	Aufklärung wichtig.	
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen – Wer hat wann und wie informiert?				
MRSA_N_1	10, 12	Ich habe mündliche Information durch das Pflegepersonal erhalten.	Mündliche Information durch Pflegepersonal.	Mündlich (MRSA_N_1, MRSA_W_1, MRSA_W_2, VRE_N_1, MRSA_N_7)
MRSA_N_2	3	Ich habe im Aufwachraum von dem Keim erfahren. Da wurde mir das gesagt.	Information im Aufwachraum.	Schriftlich (MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRSA_N_7, VRE_W_2)
MRSA_N_2	3	Die Informationen waren nicht sehr detailliert.	Informationen nicht detailliert.	Telefonisch (MRSA_N_4)
MRSA_N_2	4–5	Ich erinnere mich nicht ob ich noch genauer aufgeklärt wurde.	Keine Aussage über genaue Aufklärung.	Durch Pflege (MRSA_N_1, VRE_N_1)
MRSA_N_2	5	Später konnte ich mit einem Stationsarzt reden. Dazu bekam ich drei Blätter mit Informationen.	Nachträgliche Aufklärung durch Stationsärzt_in. Schriftliches Informationsmaterial.	Ärzt_innen (MRSA_N_2, MRSA_N_5, MRSA_N_6, MRSA_W_2, MRSA_W_3, VRE_W_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_4	9	Ich wurde telefonisch informiert, nachdem prästationär Abstriche genommen wurden.	Information telefonisch.	Im Aufwachraum (MRSA_N_2) Nachträglich (MRSA_N_2, MRSA_N_7, MRSA_W_2, VRE_W_2)
MRSA_N_4	15	Als ich das nächste Mal im Krankenhaus war, habe ich schriftlich Informationen erhalten.	Schriftliche Information beim folgenden Krankenhausaufenthalt.	Häufig (VRE_W_1)
MRSA_N_5	2	Ich hatte Vorwissen, da meine Frau vor ein paar Jahren betroffen war. Trotzdem war ich überrascht.	Vorwissen, da Angehörige betroffen war. Dennoch Überraschung.	Keine Details (MRSA_W_2, MRSA_W_3, VRE_W_2) Keine Aussage möglich (VRE_N_2, MRGN_W_2)
MRSA_N_5	4–6	Mir hat ein Stationsarzt von dem Keim erzählt. Ich konnte Nachfragen stellen. Die Informationsweitergabe verlief gut.	Information durch Stationsärzt_in.	Vorwissen (MRSA_N_5, MRSA_W_2)
MRSA_N_5	7–10, 13+14	Mir hat ein Stationsarzt von dem Keim erzählt. Ich konnte Nachfragen stellen. Die Informationsweitergabe verlief gut.	Nachfragen möglich. Zufrieden mit Informationsweitergabe.	Zufrieden (MRSA_N_5, VRE_W_2)
MRSA_N_5	54	Zusätzliche Informationen habe ich von einem Angehörigen erhalten, der Arzt ist.	Zusätzliche Information durch Angehörigen.	Nachfragen möglich (MRSA_N_5, VRE_N_1)
MRSA_N_6	3	Ein Arzt hat mich informiert.	Information durch Ärzt_in.	Aufwachen mit Krankheit (MRGN_W_1)
MRSA_N_7	11–12, 21+22	Ich habe am Anfang keine Informationen erhalten. Erst als ich auf diesem Krankenhaus war wurde mir etwas erklärt.	Zunächst keine Informationen erhalten. Erstinformation in neuem Krankenhaus.	
MRSA_N_7	24	Die mündliche Information war verständlich. Zusammen mit einem Plan den ich erhalten habe.	Mündliche Information in Kombination mit schriftlichem Plan verständlich.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_W_1	10–14	Ich habe im Krankenhaus von dem Keim erzählt bekommen und mündliche Informationen bekommen.	Mündliche Information.	
MRSA_W_2	5	Ich kannte den Keim aus dem Seniorenheim. Ich wurde von Ärzten informiert. Die Information wurde mündlich gegeben.	Vorwissen aus Seniorenheim. Information durch Ärzt_innen.	
MRSA_W_2	7, 19	Ich habe am Anfang keine Informationen erhalten. Erst als ich auf diesem Krankenhaus war wurde mir etwas erklärt.	Mündliche Information.	
MRSA_W_3	10	Mehr, als dass es ansteckend ist und ich deshalb alleine liegen muss, habe ich nicht verstanden.	Kein Detailverständnis.	
MRSA_W_3	8	Information durch Arzt.	Information durch Ärzt_in.	
VRE_N_1	15–21	Das Pflegepersonal hat mich informiert.	Information durch Pflegepersonal.	
VRE_N_1	41	Die Information erfolgte mündlich. Ich konnte Nachfragen stellen.	Information mündlich. Nachfragen möglich.	
VRE_N_2	16–18, 74+75	Ich weiß nicht wie die Information erfolgt ist.	Keine Aussage über Information möglich.	
VRE_W_1	5–6	Ich kann nicht mehr sagen, wer mich informiert hat. Jeden Tag wurde ich informiert.	Information häufig erfolgt. Unklar durch wen.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_2	7–21	Mir hat ein Arzt auf der anderen Station von dem Keim erzählt. Die Information war nicht sehr detailliert. Meine Mutter musste beharrlich nachfragen, um an mehr Informationen zu gelangen. Ein schriftliches Informationsblatt hat dazu beigetragen, dass ich mich inzwischen gut informiert fühle.	Information durch Ärzt_in. Information nicht detailliert. Auf Nachfragen Angehöriger. Zufrieden mit schriftlicher Information.	
VRE_W_2	145	Am Anfang war die Information nicht sehr detailliert.	Zunächst Information nicht detailliert.	
MRGN_W_1	13–15	Ich kann mich nicht mehr erinnern, wann ich informiert wurde. Mich hat das Thema schon immer interessiert. Deswegen wusste ich Bescheid.	Keine genaue Aussage möglich, wie Information erfolgt ist. Information durch Interesse.	
MRGN_W_1	17	Ich bin mit einer Erkrankung groß geworden, bei der multiresistente Erreger eine Rolle spielen.	Information durch Aufwachsen mit Erkrankung.	
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen – Verständlichkeit der Informationen				
MRSA_N_1	14	Im Großen und Ganzen waren die Informationen verständlich. Ich verstehe den Unterschied zwischen Krankenhaus- und Landwirtschaftskeim nicht genau.	Verständlichkeit gut. Offene Detailfrage	Gut (MRSA_N_1, MRSA_N_4, MRSA_N_7) (Kombination von mündlicher und schriftlicher Information)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_2	7	Es wäre gut, die schriftlichen Informationen mit einem Arzt durchzugehen, denn es bestehen noch Unklarheiten.	Unklarheiten. Schriftliche Information ohne Erläuterung nicht verständlich.	(MRSA_W_2, VRE_W_1, VRE_W_2) Offene Detailfragen (MRSA_N_1, VRE_N_1, VRE_W_2)
MRSA_N_2	15	Ich hätte mir mehr Informationen gewünscht, ob der Keim das Ursächliche Problem ist.	Mehr Information erwünscht.	Schriftlich nur eingeschränkt verständlich (MRSA_N_2, MRGN_W_1) Mehr Informationen gewünscht (MRSA_N_2)
MRSA_N_4	25	Das einzige was unverständlich war, waren die Abkürzungen.	Abkürzungen unverständlich. Sonstige Information verständlich.	Unverständlich
MRSA_N_5	7–10	Nach dem Aufklärungsgespräch wusste ich was es bedeutet.	Aufklärungsgespräch zur Verständlichkeit beigetragen.	Abkürzung (MRSA_N_4)
MRSA_N_7	24	Die mündliche Information war verständlich. Zusammen mit einem Plan den ich erhalten habe.	Mündliche Information in Kombination mit schriftlichem Plan verständlich.	Sprache (VRE_N_2) Behandlung (VRE_W_2)
MRSA_W_1	16	Die Erklärungen waren hilfreich.	Mündliche Erklärungen hilfreich.	Gespräch erhöht Verständlichkeit (MRSA_N_5)
MRSA_W_2	21	Ich habe verstanden, was es bedeutet.	Verständnis.	Kein Detailverständnis (MRSA_W_3)
MRSA_N_4	129	Eigentlich wird einem alles gut erklärt.	Gute Erklärungen.	
MRSA_W_3	10	Mehr, als dass es ansteckend ist und ich deshalb alleine liegen muss, habe ich nicht verstanden.	Kein Detailverständnis.	
VRE_N_1	23, 101–103	Ich verstehe nicht, wie man mit dem Keim operiert werden kann.	Offene Detailfrage.	Vorbildung hilft (VRE_W_2, MRGN_W_1)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_N_2	39	Bei allem was mir erzählt wird, scheine ich die Sprache nicht zu verstehen.	Sprache unverständlich.	
VRE_W_1	13–14, 32	Die Erklärungen sind für mich verständlich und logisch.	Verständnis gut. Erklärungen logisch.	
VRE_W_2	21–25	Der Aufklärungszettel war verständlich.	Schriftliche Information verständlich.	
VRE_W_2	29	Der Aufklärungszettel war verständlich.	Schriftliche Information hat zum Verstehen beigetragen.	
VRE_W_2	33	Für Menschen, die sonst nichts mit Medizin zu tun haben ist der Zettel zu detailliert.	Schriftliche Information für fachfremde Menschen zu detailliert.	
VRE_W_2	53	Ich verstehe nicht, warum ich noch so behandelt werde, obwohl mir gesagt wurde ich sei negativ getestet.	Behandlung unverständlich.	
VRE_W_2	67	Dass es hier einen so strengen Standard gibt, ist mir unverständlich.	Behandlung unverständlich.	
VRE_W_2	107	Es ist für mich verständlich, dass auf Stationen, auf denen schwerkranke Menschen behandelt werden, die Regeln so streng sind. Ich verstehe nicht warum das Personal nicht die Schuhe wechselt.	Behandlung im Umfeld mit Risikopatient__innen verständlich. Offene Detailfrage.	
MRCN_W_1	17	Ich habe die Erklärungen des Arztes verstanden. Meine medizinische Bildung hilft mir.	Erklärungen verständlich. Vorbildung hilfreich.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen – Zugang zu Information				
MRSA_N_1	47–48	Zu Hause muss ich nichts Besonderes beachten.	Kein Zugang zu Information über Verhalten nach der Entlassung.	Kein Zugang zu Information über Verhalten nach Entlassung (MRSA_N_1)
MRSA_N_6	17	Nachfragen zu einzelnen Themen bei Pflegepersonal.	Nachfragen möglich.	Nachfragen möglich (MRSA_N_6) (MRSA_N_2) (MRSA_N_7)"
MRSA_N_7	13–16	Man hat mir nur erzählt, dass ich allein liegen muss, weil ich einen Keim habe.	Information über Ursache von Einzelzimmerunterbringung.	Indirekter Zugang Internet (MRSA_W_1)
MRSA_N_7	44–46	Meine Mutter hat Informationen beim Gesundheitsamt erfragt. Die haben uns an die Ärzte verwiesen.	Nachfrage durch Angehörige bei Gesundheitsamt. Dort an behandelnde Ärzt_innen verwiesen.	Gesundheitsamt (MRSA_N_7) Mehrfache Nachfragen (VRE_W_2)
MRSA_W_1	58	Ich habe mündliche Informationen erhalten und im Internet geguckt.	Information mündlich und übers Internet.	Keine Nachfragen möglich (VRE_N_1)
VRE_N_1	29	Es sind zu viele Ärzte bei der Visite dabei, als dass man nachfragen könnte.	Keine Nachfrage möglich, da zu viele Ärzt_innen bei Visite.	Kein Zugang (VRE_N_1) (VRE_N_2)
VRE_N_1	48–51	Seit 14 Tagen hat mir niemand etwas erklärt.	Kein Zugang zu Information.	Zugang personengebunden (VRE_W_2)
VRE_N_1	108–111	Heute Morgen war die Situation ungünstig.	Kein Zugang zu Information, da Situation ungünstig.	Information der Patient_innen als Priorität der Ärzt_innen (MRGN_W_1)
MRSA_N_7	103–106	Für mehr Informationen muss ich nachfragen.	Information auf Nachfrage:	Zugang eingeschränkt (MRSA_N_7)
MRSA_N_2	3	Ich habe auf meine Frage eine Antwort bekommen.	Fragen beantwortet:	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_N_1	150–151	Ich bekomme keine Informationen.	Kein Zugang zu Information.	
VRE_N_2	16–18, 32–35, 39, 74– 75	Ich bekomme keine Informationen und weiß nicht wen ich fragen kann.	Kein Zugang zu Information.	
VRE_N_2	45–49	Ich bekomme keine Informationen und weiß nicht wen ich fragen kann. Die Visite verläuft sehr schnell.	Kein Zugang zu Information. Visite schnell.	
VRE_W_2	15	Meine Mutter hat nur nach langem Nachfragen Informationen erhalten. Es scheint ein Tabuthema zu sein.	Zugang zu Information nach beharrlichem Nachfragen.	
VRE_W_2	133–135	Um Informationen zu erhalten muss man öfter nachfragen.	Zugang zu Information nach beharrlichem Nachfragen.	
VRE_W_2	139–141	Vielleicht liegt es am Arzt wie viele Informationen man bekommt.	Zugang zu Information abhängig von dem/der Ärzt_in.	
MRGN_W_1	17	Meinem Arzt war es immer wichtig, dass die Patienten informiert sind.	Zugang zu Information als Priorität des/der behandelnden Ärzt_in.	
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen – Sachwissen				
MRSA_N_1	20	Die Schutzmaßnahmen dienen dazu den Keim nicht an andere weiter zu geben.	Richtige Annahme: Prävention der Ausbreitung durch Schutzmaßnahmen.	Richtige Annahmen: Schutzmaßnahmen dienen der Prävention der Ausbreitung

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_1	43–44	Wenn ich den Keim nicht loswerde, verlängert sich mein Aufenthalt.	Falsche Annahme, Verlängerung des Aufenthaltes wegen Keim.	<p>(MRSA_N_1, MRSA_N_4, MRSA_N_6, MRSA_W_2, MRSA_W_3, VRE_W_1, VRE_W_2)</p> <p>Keine Besonderheiten im Alltag (MRSA_N_1, MRSA_W_3)</p> <p>Gefahr für immunsupprimierte Patient_innen (MRSA_N_2, MRSA_N_5, MRSA_W_1, VRE_W_2)</p> <p>Sanierung möglich (MRSA_N_2, MRSA_N_6, MRSA_N_7)</p> <p>Gefahr für Wunde und Katheter (MRSA_N_2, MRSA_N_6)</p> <p>Risikofaktoren Altenheim und Schweinezucht (MRSA_N_2)</p> <p>MRSA-Anamnese bleibt erhalten (MRSA_N_2)</p> <p>Resistenzentstehung durch Antibiotikabehandlung in der</p>
MRSA_N_1	45–46	Zu Hause muss ich nichts Besonderes beachten.	Richtige Annahme: Keine Besonderheiten im Alltag.	
MRSA_N_2	3	Der Keim ist nur gefährlich, wenn man ein eingeschränktes Immunsystem hat. Für mich ist der Keim nicht gefährlich.	Richtige Annahme: Keim für immunsupprimierte Patient_innen gefährlich.	
MRSA_N_2	5	Man kann sanieren.	Richtige Annahme: Sanierung möglich.	
MRSA_N_2	7	Der Keim ist für Patienten gefährlich, die eine Wunde oder einen Katheter haben, also ist er Prinzipiell doch für jeden gefährlich.	Richtige Annahme: Keim problematisch bei Wunden oder Kathetern.	
MRSA_N_2	9	Der Keim ist nicht direkt ansteckend.	Fragliche Annahme: Keim nicht ansteckend.	
MRSA_N_2	49	Der Keim kommt häufig im Altersheim und bei Schweinen vor.	Richtige Annahme: Vermehrtes Vorkommen in Seniorenheimen und in der Schweinezucht.	
MRSA_N_2	51	Ich habe verstanden, dass ich jetzt erstmal ein MRSA Patient bleibe, auch wenn die Abstriche negativ sind.	Richtige Annahme: MRSA-Anamnese bleibt erhalten.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_2	61	Dadurch, dass Tiere Medikamente erhalten nehmen wir diese auch auf. So entwickeln sich resistente Bakterien, die irgendwann zum Tod führen.	Richtige Annahme: Resistenzen u. a. durch Antibiotika in der Tierzucht bedingt.	Tierzucht (MRSA_N_2) Resistenter Keim (MRSA_N_4)
MRSA_N_4	7	Damit sich der Keim nicht ausbreitet, werden Schutzmaßnahmen ergriffen.	Richtige Annahme: Prävention der Ausbreitung durch Schutzmaßnahmen.	Risikofaktor Kontakt zu Gesundheitswesen (MRSA_N_5)
MRSA_N_4	121	Dieser Keim ist gegen Antibiotika resistent.	Richtige Annahme: resistenter Keim.	Risikofaktor Schweinezucht (MRSA_N_6)
MRSA_N_5	2	Ich habe mir den Keim wahrscheinlich in einer anderen Einrichtung des Gesundheitswesens geholt.	Richtige Annahme: Besiedelung in Gesundheitseinrichtungen möglich.	Keine Gefahr für Schwangere (MRSA_N_6) Name und Lokalisation (MRSA_N_7)
MRSA_N_5	54	Der Keim ist nur für Menschen mit einem geschwächten Immunsystem gefährlich.	Richtige Annahme: Patient_innen mit eingeschränktem Immunsystem sind gefährdet.	Nachweise (MRSA_N_7) Ursache für Einzelunterbringung (VRE_W_1)
MRSA_N_5	85–86	Ich denke, ich darf das Zimmer nicht verlassen, wenn, dann nur mit Schutzkleidung.	Falsche Annahme: Verlassen des Zimmers eingeschränkt und nur in Schutzkleidung möglich.	Bakterien (VRE_W_1) Risikofaktor Immunsuppression (VRE_W_1)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_6	3	Ich dachte der Keim betrifft nur Schweinebauern.	Falsche Annahme: Nur Schweinebauern betroffen. Richtige Annahme: Vorkommen in der Schweinezucht häufig.	Fragliche Annahme Keim nicht ansteckend (MRSA_N_2) Falsche Annahme Verlängerung Aufenthalt (MRSA_N_1) Verlassen des Zimmers nur mit Schutzkleidung (MRSA_N_5) Nur Schweinezucht (MRSA_N_6) Schutzkleidung im häuslichen Umfeld (MRSA_N_6) Tröpfchenübertragung (MRSA_N_7) Ursache (MRSA_W_1) Prävalenz (MRSA_N_7) Sanierung innerhalb von drei Tagen möglich (VRE_N_1) Kein Name (VRE_N_1, VRE_N_2)
MRSA_N_6	9	Der Keim ist gefährlich, wenn man eine Wunde hat.	Richtige Annahme: Patient_innen mit Wunden gefährdet.	
MRSA_N_6	13	Eine Schwester sagte mir, der Keim ist für Schwangere nicht gefährlich, ich kann das nicht so recht glauben.	Richtige Annahme: Keine explizite Gefährdung für Schwangere.	
MRSA_N_6	21	Die Schutzmaßnahmen dienen dazu den Keim nicht an andere weiter zu geben.	Richtige Annahme: Prävention der Ausbreitung durch Schutzmaßnahmen.	
MRSA_N_6	37	Im Umgang mit der Sanierung bin ich unsicher.	Wissen über Sanierung.	
MRSA_N_6	41	Ich werde für zu Hause auch Kittel brauchen.	Falsche Annahme: Schutzkleidung im häuslichen Umfeld.	
MRSA_N_7	8	Ich habe einen Keim, der MRSA heißt. Er sitzt in der Nase und vereinzelt in der Leiste.	Richtige Annahme: Name und Lokalisation des Keimes.	
MRSA_N_7	36	Der Keim wird durch Niesen übertragen.	Falsche Annahme: Tröpfchenübertragung im Vordergrund.	
MRSA_N_7	42	40 Prozent der Bevölkerung ist MRSA-Träger.	Falsche Annahme: Prävalenz MRSA.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_7	117–118	Ich weiß, wie die Sanierung funktioniert und wie die Abstriche aussehen müssen, damit man nicht mehr als positiv gilt.	Wissen über Sanierung und Nachweise.	Symptom Durchfall (VRE_N_1) Ubiquitär vorhanden (VRE_W_1)
MRSA_W_1	4	Ich habe diesen Keim, da mein Immunsystem geschwächt ist. Der Keim kommt aus der Natur.	Richtige Annahme: Patient_innen mit eingeschränktem Immunsystem gefährdet. Falsche Annahme: Ursprung „Natur“.	Wissen über Grunderkrankung (MRSA_N_2) Durcheinander (MRSA_W_1) Kein Wissen über
MRSA_W_1	78	Die Gefahr ist höher, wenn viele Menschen zusammen sind.	Wissen durcheinander.	Schutzkleidung (VRE_N_2)
MRSA_W_2	9	Die Schutzmaßnahmen dienen dazu, den Keim nicht an andere weiter zu geben.	Richtige Annahme: Prävention der Ausbreitung durch Schutzmaßnahmen.	Ursache (VRE_W_2)
MRSA_W_3	4	Ich habe einen Virus.	Falsche Annahme: Bezeichnung Virus.	
MRSA_W_3	10	Die Schutzmaßnahmen dienen dazu, den Keim nicht an andere weiter zu geben.	Richtige Annahme: Prävention der Ausbreitung durch Schutzmaßnahmen.	
MRSA_W_3	30	Zu Hause ist der Keim nicht gefährlich.	Richtige Annahme: Keine Besonderheiten im Alltag.	
VRE_N_1	141	Der Keim geht nach drei Tagen weg.	Falsche Annahme: Schnelle Dekolonisation.	
VRE_N_1	142–143	Ich kenne den Namen des Keims nicht.	Kein Wissen über Bezeichnung des Keimes.	
VRE_N_1	162–163	Von dem Keim bekommt man Durchfall.	Falsche Annahme: Symptom Durchfall.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_N_2	9–15	Ich weiß nicht, was das für spezielle Kittel sind. Wegen des Keims liege ich allein. Ich weiß nicht, wie die Bakterien heißen.	Kein Wissen über Bezeichnung des Keimes. Kein Wissen über Schutzkleidung. Richtige Annahme: Keim Ursache für Einzelzimmerunterbringung.	
VRE_W_1	4	Ich habe Bakterien.	Richtige Annahme: Bezeichnung als Bakterien.	
VRE_W_1	16, 32	Die Schutzmaßnahmen dienen dazu den Keim nicht an andere weiter zu geben.	Richtige Annahme: Prävention der Ausbreitung durch Schutzmaßnahmen.	
VRE_W_1	93–96	Ich weiß nicht, woher so ein Keim kommt.	Kein Wissen über Gründe für Besiedelung.	
VRE_W_1	98	Vielleicht habe ich den Keim, weil ich ein geschwächtes Immunsystem habe. Dann kann man den Keim überall bekommen.	Richtige Annahme: Immunsuppression als Risiko. Falsche Annahme: VRE ubiquitär vorhanden.	
VRE_W_2	25	Wenn hygienische Maßnahmen nicht eingehalten werden, kann man den Keim bekommen.	Richtige Annahme: Prävention der Ausbreitung durch Schutzmaßnahmen.	
VRE_W_2	97	Der Keim ist nur gefährlich, wenn man ein eingeschränktes Immunsystem hat. Gesunde Menschen bekommen den Keim nicht.	Richtige Annahme: Patient_innen mit eingeschränktem Immunsystem gefährdet.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen – Anleitung über Erhaltung der Autonomie				
MRSA_N_2	37	Die Physiotherapeutin hat mir viel erklärt und mir praktische Tipps gegeben. Das Pflegepersonal hatte keine Zeit.	Anleitung durch Physiotherapie.	Durch Physiotherapie (MRSA_N_2) Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen, unklar (MRSA_N_5)
MRSA_N_5	85–88	Ich weiß nicht, ob ich das Zimmer verlassen darf. Ich würde das Zimmer gerne verlassen.	Kein Wissen über Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen, obwohl der Wunsch besteht.	Ermutigung durch Pflege, mit Angehörigen das Zimmer zu verlassen (MRSA_N_6)
MRSA_N_6	19	Das Pflegepersonal hat mich ermutigt mit meinen Angehörigen nach draußen zu gehen. Das fand ich sinnvoll.	Information über Möglichkeit, mit Angehörigen das Zimmer zu verlassen, erfolgt.	Zimmer verlassen möglich in Schutzkleidung (MRSA_N_7, VRE_W_2) Keine Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen (MRSA_W_3)
MRSA_N_7	65–66	In Schutzkleidung darf man aus dem Zimmer gehen.	Information über Möglichkeiten, das Zimmer zu verlassen.	
MRSA_N_7	72	Wenn man draußen ist, kann man die Schutzkleidung ausziehen.	Information über Möglichkeiten, das Zimmer zu verlassen.	
MRSA_W_3	23–28	Auf Grund des Keimes und meiner Grunderkrankung kann ich das Zimmer nicht verlassen.	Keine Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen. Keim teilweise Ursache.	
VRE_W_2	147	Man darf das Zimmer nicht ohne Kittel verlassen.	Information über Möglichkeit, das Zimmer zu verlassen. In Schutzkleidung möglich.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen – Angebote der Gesundheitsförderung				
MRSA_N_1	14	Ich mache eine Sanierung und weiß wie das funktioniert.	Sanierung wird durchgeführt und verstanden.	<p>Durchführung (MRSA_N_1, MRSA_N_5, MRSA_N_6, MRSA_W_1, MRSA_N_7)</p> <p>Verstanden (MRSA_N_1, MRSA_N_5, MRSA_N_6, MRSA_N_7)</p> <p>Auf Nase begrenzt (MRSA_N_2)</p> <p>Durch Hausärzt_in (MRSA_N_4)</p> <p>Zweifel an Wirksamkeit (MRSA_W_1)</p> <p>Kein Wissen (MRSA_W_3, VRE_N_1)</p>
MRSA_N_2	5	Ich habe mal eine Sanierung der Nase gemacht und eine Creme dafür bekommen.	Sanierung in der Nase durchgeführt.	
MRSA_N_4	15	Der Sanierungsplan wurde zu meinem Hausarzt geschickt, damit ich direkt anfangen konnte.	Sanierung durchgeführt. Sanierungsplan über Hausärzt_in erhalten.	
MRSA_N_5	61–62	Ich mache eine Sanierung und weiß wie das funktioniert.	Sanierung wird durchgeführt und verstanden.	
MRSA_N_6	32–33	Ich mache eine Sanierung und weiß wie das funktioniert.	Sanierung wird durchgeführt und verstanden.	
MRSA_N_7	117–118	Man hat mir erklärt wie die Sanierung zu Hause funktioniert und ab wann ich nicht mehr positiv gelte.	Informationen über Sanierung und MRSA-Status erhalten.	
MRSA_W_1	80	Ich mache eine Sanierung und weiß wie das funktioniert ich bin aber nicht sicher, ob das hilft.	Sanierung wird durchgeführt und verstanden. Zweifel über Wirksamkeit.	
MRSA_W_3	53–54	Ich weiß nicht, wie man den Keim wieder loswird.	Kein Wissen über Sanierung.	
VRE_N_1	108–111	Ich weiß nicht, ob man den Keim wieder loswerden kann.	Kein Wissen über Sanierung.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen – Konsistenz				
MRSA_N_1	6, 24	Dass vor dem Keimnachweis lange keine Schutzmaßnahmen nötig waren, ist jetzt ein komisches Gefühl.	Verwunderung über plötzlichen Beginn der Schutzmaßnahmen.	Plötzlicher Beginn der Schutzmaßnahmen (MRSA_N_1) Unterschiedliche Aussagen (VRE_N_1)
MRSA_N_1	30	Die Aussagen von den Anästhesisten bezüglich der OP Vorbereitung waren unterschiedlich zu dem was ich auf der Station befolgen musste.	Unterschiedliche Aussagen Anästhesie/Station. Nicht Keim betreffend.	Nicht den Keim betreffend (MRSA_N_1)
MRSA_N_2	5	Ich habe erst mit der Sanierung begonnen. Das wurde überraschend wieder aufgehört, da ich gleichzeitig Antibiotika bekam und es keinen Sinn mache.	Sanierung plötzlich abgebrochen.	Sanierung plötzlich abgebrochen wegen falscher Information (MRSA_N_2) Keine Unterschiede (MRSA_N_2, MRSA_N_6, VRE_N_1)
MRSA_N_2	35	In der Behandlung gibt es keine Unterschiede zwischen den Berufsgruppen.	Keine Unterschiede.	Pflegepersonal äußert Zweifel (MRSA_N_2)
MRSA_N_2	37	Die Schwestern zweifeln an den Maßnahmen.	Pflegepersonal äußert Zweifel an Maßnahmen.	Uneinheitliche Durchführung (MRSA_N_4)
MRSA_N_2	65	Dass nicht jeder die gleichen Schutzmaßnahmen durchführt, ist für mich Augenwischerei.	Unverständnis für uneinheitliche Durchführung der Schutzmaßnahmen.	Egal (MRSA_N_7) Verständnis (VRE_W_2)
MRSA_N_4	53	Der Arzt muss sich keine Schutzkleidung anziehen. Er steht dann nur in der Tür.	Uneinheitliche Durchführung der Schutzmaßnahmen.	Unverständnis (MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRGN_W_1)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_4	79	Bei kurzen Arbeiten lassen manche Mitarbeiter die Schutzmaßnahmen weg. Ich frage mich, was die Schutzmaßnahmen dann bringen.	Unverständnis für uneinheitliche Durchführung der Schutzmaßnahmen.	Widerspruch zu Anweisungen für Angehörige (MRSA_N_4)
MRSA_N_4	81, 85	Es ist für mich unverständlich, dass die Schutzmaßnahmen manchmal nicht eingehalten werden. Es ist ein Widerspruch, wenn gerade dann bei meiner Angehörigen darauf geachtet wird, dass sie alles genau befolgt.	Unverständnis für uneinheitliche Durchführung der Schutzmaßnahmen. Widerspruch zu Anweisungen für Angehörige.	Unterschiedliche Abstrichergebnisse (MRSA_N_7) Subjektiv inkonsequent (VRE_N_1) Hygienemaßnahmen im Laufe der Zeit strenger (MRGN_W_1)
MRSA_N_4	87	Einige ziehen sich die Schutzkleidung immer an. Andere lassen sie manchmal weg	Uneinheitliche Durchführung der Schutzmaßnahmen.	
MRSA_N_6	70–71	Es gibt keine Unterschiede zwischen den Berufsgruppen.	Keine Unterschiede.	
MRSA_N_7	56–60	Manche Mitarbeiter befolgen die Schutzmaßnahmen, manche lassen etwas weg. Mir ist das egal.	Uneinheitliche Durchführung der Schutzmaßnahmen. Für Expert_in nicht relevant.	
MRSA_N_7	56, 122	Ich finde es unglaublich, dass es unterschiedliche Abstrichergebnisse gibt.	Unverständnis für unterschiedliche Abstrichergebnisse	
VRE_N_1	33	Jeder hat eine andere Antwort.	Unterschiedliche Aussagen.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_N_1	101–103	Es wird so ein großer Aufwand betrieben. Da verstehe ich nicht, wie man dann operieren kann.	Schutzmaßnahmen subjektiv im Widerspruch zur Möglichkeit, zu operieren.	
VRE_N_1	104–105, 130–131	In der Behandlung zwischen den Berufsgruppen gibt es keine Unterschiede.	Keine Unterschiede.	
VRE_W_2	103–105	Bei kurzen Arbeiten werden nicht alle Schutzmaßnahmen beachtet. Ich finde die Schutzmaßnahmen genau wie das Personal, manchmal lächerlich.	Uneinheitliche Durchführung der Schutzmaßnahmen. Verständnis, da Schutzmaßnahmen auch von Expert_in als lächerlich eingeschätzt werden.	
VRE_W_2	149–151	Die Krankenschwestern sind unterschiedlich streng mit den Vorsichtsmaßnahmen.	Uneinheitliche Durchführung der Schutzmaßnahmen.	
MRGN_W_1	41	Früher waren die Hygieneregeln nicht so streng.	Hygienemaßnahmen im Laufe der Zeit gewachsen.	
MRGN_W_1	60–62	Nachts hält das Personal nicht alle Schutzmaßnahmen ein. Das finde ich nicht gut. Die Ärzte tragen manchmal keine Schutzkleidung. Das finde ich nicht gut.	Uneinheitliche Durchführung der Schutzmaßnahmen. Missfallen.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen – Offene Fragen				
MRSA_N_4	45–49	Ich frage mich, ob es im Umgang mit Kindern Einschränkungen gibt.	Umgang mit Kindern.	Umgang mit Kindern (MRSA_N_4)
MRSA_N_4	109	Ich weiß nicht, ob ich jetzt regelmäßig etwas dagegen machen muss. Ich würde gerne wissen ob außerhalb des Krankenhauses Schutzmaßnahmen gelten.	Verhalten außerhalb des Krankenhauses.	Verhalten außerhalb des Krankenhauses (MRSA_N_4) Ursprung des Keimes (MRSA_N_5, MRSA_N_6, MRSA_W_2, VRE_N_1) Umgang mit Schwangeren (MRSA_N_6)
MRSA_N_5	2, 70	Ich würde gerne wissen, woher ich den Keim habe.	Ursprung des Keimes.	Sanierung (MRSA_N_6)
MRSA_N_6	9, 11	Ich weiß nicht, ob der Keim Auswirkungen auf eine schwangere Frau hat.	Umgang mit Schwangeren.	Prävention (MRSA_W_2)
MRSA_N_6	37	Ich hätte gerne mehr Informationen darüber, wie die Sanierung abläuft.	Sanierung.	Wahrheitsgehalt (VRE_N_1) OP trotz Keim (VRE_N_1)
MRSA_N_7	112	Ich würde gerne wissen, woher ich den Keim habe.	Ursprung des Keimes.	Abläufe (VRE_N_2)
MRSA_W_2	23	Ich verstehe nicht, wie man so einen Keim kriegen kann.	Ursprung des Keimes.	
MRSA_W_2	91	Ich möchte wissen, wie man sich vor einem Keim schützen kann.	Prävention.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_N_1	35–39, 150–153	Ich würde gerne mehr über den Keim wissen, wo der herkommt und woher ich diesen Keim habe. Ich bin mir gar nicht sicher, ob es stimmt, dass ich den Keim habe.	Ursprung des Keimes. Wahrheitsgehalt der Aussagen.	
VRE_N_1	43–47	Ich würde gerne mehr über den Keim wissen, wo der herkommt und woher ich diesen Keim habe.	Ursprung des Keimes.	
VRE_N_1	101–103	Ich verstehe nicht, dass ich trotz des Keimes operiert werden konnte.	Unverständnis OP trotz Keim.	
VRE_N_2	67–69	Ich möchte gerne mehr Informationen haben über die Abläufe.	Abläufe.	
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen – Interesse der Patient_innen an Information				
MRSA_N_4	31	Da ich weiß, dass der Keim für mich nicht so relevant ist, habe ich auch kein großes Interesse. Die Informationen, die ich habe, reichen mir.	Kein großes Interesse, auf Grund fehlender Relevanz des Keimes.	Kein Interesse (MRSA_W_3) (VRE_W_1) wegen fehlender Relevanz (MRSA_N_4) (VRE_W_2)"
MRSA_N_5	2, 70	Ich habe weitergehendes Interesse.	Weitergehendes Interesse.	Weitergehendes Interesse (MRSA_N_5; MRSA_N_6; MRSA_N_7; MRSA_W_2)
MRSA_N_6	11, 37	Ich hätte gerne weitergehende Informationen.	Weitergehendes Interesse.	
MRSA_N_7	17-18	Ich wünsche mir mehr Informationen.	Weitergehendes Interesse.	Vertrauen in Ärzt_in (VRE_W_1)
MRSA_W_2	91, 96–97	Ich hätte gerne mehr Informationen.	Weitergehendes Interesse.	Keine Nachfragen auf Grund des eigenen Charakters (VRE_W_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_W_3	12	Da ich eh wenig behalte reicht mir das, was ich an Informationen bekommen habe.	Keine weiteren Informationen erwünscht.	Generelles Interesse (MRGN_W_1)
VRE_W_1	12	Ich glaube das, was der Arzt mir sagt.	Vertrauen in Ärzt_in.	
VRE_W_1	18	Ich behalte keine Informationen und brauche sie daher nicht.	Kein Interesse an Informationen.	
VRE_W_1	19–20	Ich brauche keine Informationen	Kein Interesse an Informationen.	
VRE_W_2	56–57	Ich bin eher ein stiller Mensch und frage deshalb nicht nach.	Kein Nachfragen auf Grund von Charaktereigenschaften.	
VRE_W_2	87–89	Mir war der Keim egal, solange es klar ist, dass keine große Gefahr besteht.	Kein großes Interesse auf Grund fehlender Relevanz des Keimes.	
VRE_W_2	201	Mir ist egal zu wissen, wo der Keim herkommt.	Herkunft des Keimes egal.	
MRGN_W_1	17	Ich bin immer an Informationen interessiert. Mir ist es wichtig die Situation selbst einschätzen zu können.	Generelles Interesse.	
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen – Information der Mitpatient_innen				
MRSA_N_4	71	Patienten sind unterschiedlich gut aufgeklärt. Ich weiß nicht, ob es gut ist Mitpatienten aufzuklären.	Aufklärung von Mitpatient_innen fraglich hilfreich.	Fraglich hilfreich (MRSA_N_4)
MRSA_N_5	7–10	Ein anderer Patient war anwesend als ich Informationen erhalten habe.	Mitpatient_in hat Informationen erhalten.	Mitpatient_in hat Informationen bekommen (MRSA_N_5)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_6	63	Die Mitpatienten halten sich nicht an die Schutzmaßnahmen. Sie sind dann selbst verantwortlich, wenn sie den Keim bekommen.	Mitpatient_innen nicht compliant.	Mitpatient_innen nicht compliant. (MRSA_N_6)
K6 Kommunikation, Information, Anleitung der Patient_innen – Antibiotika				
MRSA_N_4	114–119	Ich weiß gar nicht so recht, was Antibiotika bedeuten und nehme selten Medikamente.	Kein Wissen über Antibiotika. Seltene Einnahme.	Kein Wissen (MRSA_N_4)
MRSA_N_5	94–96	Antibiotika sollten nicht zu oft eingesetzt werden.	Restriktiver Einsatz von Antibiotika.	Einnahme selten (MRSA_N_4; MRSA_N_6; MRSA_N_7)
MRSA_N_6	29	In den Medien wird erzählt, dass wir Landwirte zu viel Antibiotika einsetzen. Das stimmt nicht. Das ist streng kontrolliert. Ich denke nicht, dass man Masttiere als Alternative mit pflanzlichen Mitteln behandeln könnte.	Zu häufiger Einsatz von Antibiotika in der Landwirtschaft entspricht nicht der Wahrheit.	Restriktiver Einsatz (MRSA_N_5)
MRSA_N_6	31	Wir selbst nehmen ganz selten Antibiotika. Nur pflanzliche Mittel.	Seltene Einnahmen von Antibiotika.	kein zu häufiger Einsatz in der Landwirtschaft (MRSA_N_6)
MRSA_N_7	142–148	Antibiotika sind gut, wenn sie helfen, ansonsten nicht. Es kann nicht sein, dass es Krankheiten gibt, bei denen kein Antibiotikum wirkt. Ich selbst nehme Antibiotika nur selten und kurz.	Seltene Einnahmen von Antibiotika. Unwirksamkeit von Antibiotika als Problem.	Resistenzen als Problem (MRSA_N_7; MRSA_W_2)
				Zusammenhang mit Massentierhaltung (MRSA_W_1)
				Einnahme bis Ende der Packung (MRSA_W_1)
				Einnahme häufig (MRSA_W_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_W_1	72–74	Antibiotika stehen im Zusammenhang mit Massentierhaltung. Die wird in Deutschland subventioniert. Jedoch nur die großen Betriebe profitieren davon. Da geht es nicht mehr um die Tiere. Ich selbst nehme Antibiotika bis die Packung leer ist.	Zusammenhang mit Massentierhaltung. Einnahme bis Ende der Packung.	bei Erkältung (MRSA_N_1) Angewiesensein auf Antibiotika (MRSA_W_2, MRGN_W_1) Kein Wissen über den Zusammenhang mit Resistenzentwicklung (MRSA_W_2)
MRSA_W_2	93	Ich bekomme viel Antibiotika und habe Angst, dass die Wirkung nachlässt. Aber ich brauche sie zur Bekämpfung meiner Krankheit.	Häufige Einnahme. Angst vor Wirkverlust. Angewiesen auf Antibiotika.	Allergie (VRE_N_1) Wissen über keine Wirksamkeit bei Viren (VRE_W_1)
MRSA_W_2	96–97	Der Zusammenhang zwischen Antibiotika und Krankenhauskeimen ist mir nicht bewusst.	Kein Wissen über Zusammenhang zwischen Antibiotika und Krankenhauskeimen.	häufige Einnahme fördert Resistenzen (VRE_W_2, MRGN_W_1)
VRE_N_1	169–172	Ich bin allergisch gegen Antibiotika. Das ist unangenehm.	Allergie.	
VRE_W_1	90	Erkältungen sind meistens durch Viren hervorgerufen. Da helfen Antibiotika nicht. Aber bei Bakterien sind Antibiotika notwendig.	Antibiotika unwirksam bei viral bedingten Erkältungskrankheiten. Bei bakterieller Ursache notwendig.	
VRE_W_2	207–209	Antibiotika werden zu viel eingesetzt. Daraus entstehen Resistenzen. Irgendwann wirkt nichts mehr.	Zu häufiger Einsatz Ursache von Resistenzen.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRGN_W_1	102	Antibiotika retten mein Leben, aber zu viel fördert die Resistenzen. Weniger einzusetzen ist wahrscheinlich vernünftig, aber einige Patienten sind darauf angewiesen.	Antibiotika retten Leben. Zu häufiger Einsatz fördert Resistenzen.	
MRSA_N_1	62	Ich nehme Antibiotika, wenn ich eine Erkältung habe.	Einnahme von Antibiotika bei Erkältungserkrankung	
MRSA_N_2	63	Ich bin auf Antibiotika angewiesen.	Ich bin auf Antibiotika angewiesen.	
K7 Kommunikation, Information und Anleitung der Angehörigen				
MRSA_N_1	26	Ich habe meine Angehörigen informiert. Danach kannten sie das Prozedere.	Information der Angehörigen durch Patient_innen.	Information an Angehörige durch Patient_innen (MRSA_N_1, VRE_W_1, MRGN_W_1)
MRSA_N_2	10–11	Meine Angehörigen sind durch Personal nicht informiert worden.	Keine Information der Angehörigen durch Personal.	Keine Information der Angehörigen durch Personal (MRSA_N_2)
MRSA_N_4	73	Viele meiner Freunde arbeiten in der Landwirtschaft und kennen sich aus.	Vorwissen bei Angehörigen.	Vorwissen bei Angehörigen (MRSA_N_4)
MRSA_N_6	17	Meine Tochter hat beim Personal gefragt.	Nachfragen von Angehörigen beim Personal.	Nachfragen von Angehörigen beim Personal (MRSA_N_6, VRE_N_2)
MRSA_N_7	44	Meine Mutter hat beim Gesundheitsamt angerufen.	Nachfragen von Angehörigen beim Gesundheitsamt.	Nachfragen von Angehörigen bei Gesundheitsamt (MRSA_N_7)
VRE_N_2	63	Meine Angehörigen informieren sich im Internet.	Information der Angehörigen im Internet.	Information der Angehörigen im Internet (VRE_N_2)
VRE_W_1	22	Ich habe meine Angehörigen informiert.	Information der Angehörigen durch Patient_innen.	Information der Angehörigen im Internet (VRE_N_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_2	69–70, 87	Meine Mutter hat sich selbst informiert und beim Personal nachgefragt.	Angehörige haben sich selbst informiert. Nachfragen beim Personal.	Angehörige haben sich selbst informiert (VRE_N_2)
MRGN_W_1	27–29	Ich informiere meine Angehörigen.	Information der Angehörigen durch Patient_innen.	
K7 Kommunikation, Information und Anleitung der Angehörigen – Reaktion der Angehörigen				
MRSA_N_1	27	Meinen Angehörigen tut es leid, dass ich den Keim habe. Manche haben Sorge.	Mitleid durch Angehörige. Sorge bei Angehörigen.	Mitleid (MRSA_N_1)
MRSA_N_1	30	Meine Angehörigen haben kein Verständnis für Verzögerungen.	Unverständnis bei Verzögerungen.	Unverständnis (MRSA_N_1)
MRSA_N_2	5	Ich denke, Besucher sind abgeschreckt.	Abschreckung von Angehörigen.	Sorge (MRSA_N_1, MRSA_N_6) (MRSA_W_1, VRE_W_2, MRGN_W_1)
MRSA_N_2	9	Bis auf eine Ausnahme, haben meine Angehörigen nicht negativ reagiert. Mein Bruder hatte Sorge um sein Kind.	Keine negative Reaktion außer einer negativen Reaktion.	Abschreckung (MRSA_N_2)
MRSA_N_4	73	Meine Angehörigen reagieren nicht negativ. Ein Freund hat sich über die Schutzkleidung gewundert. Viele Freunde kennen das Problem.	Keine negative Reaktion. Verwunderung über Schutzkleidung. Vorwissen bei Angehörigen.	Keine negative Reaktion (MRSA_N_2, MRSA_N_4, MRSA_W_2, VRE_W_1, VRE_W_2)
MRSA_N_6	9	Meine Angehörigen haben Angst um mich und die Auswirkungen des Keims auf dritte, besonders Schwangere.	Sorge bei Angehörigen um Patient_innen und Schwangere.	Negative Reaktion (MRSA_W_2)
MRSA_W_1	29–30	Meine Familie war bestürzt und besorgt, dass es für sie eine Gefahr darstellt.	Bestürzung und Sorge vor Auswirkungen für die Familie.	Verwunderung über Schutzkleidung (MRSA_N_4)
MRSA_W_2	14, 51	Meine Angehörigen haben nicht negativ reagiert.	Keine negative Reaktion.	Vorwissen bei Angehörigen (MRSA_N_4)
				Bestürzung (MRSA_W_1, VRE_N_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_W_3	16	Meine Angehörigen waren verständnisvoll.	Verständnis bei Angehörigen.	Verständnis (MRSA_W_3, VRE_N_1)
VRE_N_1	97–101	Meine Angehörigen haben Verständnis für die Schutzmaßnahmen und haben mich ermutigt.	Verständnis bei Angehörigen. Ermutigung.	Ermutigung (VRE_N_1) Unsicherheit (MRGN_W_1)
VRE_N_2	61	Meine Tochter war entrüstet.	Bestürzung.	
VRE_W_1	24	Meine Angehörigen haben nicht negativ reagiert.	Keine negative Reaktion.	
VRE_W_2	87	Meine Mutter hatte zunächst Panik, da sie selbst chronisch krank ist.	Panik bei Angehöriger, da selbst von chronischer Erkrankung betroffen.	
VRE_W_2	95–101	Meine Angehörigen haben nicht in einer besonderen Weise reagiert.	Keine negative Reaktion.	
MRGN_W_1	27–29	Unsicherheit. Ich informiere meine Angehörigen.	Unsicherheit. Information durch Patient_in.	
MRGN_W_1	31	Ein Freund hatte Sorge um sein frühgeborenes Kind im Kontakt zu mir.	Sorge bei Angehörigen um Kind.	
K8 Vorwissen				
MRSA_N_1	16	Ich kannte das Problem aus der Landwirtschaft. Sanierung macht da keinen Sinn.	Aus Landwirtschaft bekannt. Wissen um beschränkte Möglichkeit der Sanierung.	Aus der Landwirtschaft (MRSA_N_1, MRSA_N_4) Sanierung (MRSA_N_1)
MRSA_N_1	64+66	Ich wusste bereits über Schutzmaßnahmen Bescheid.	Wissen über Schutzmaßnahmen.	Schutzmaßnahmen (MRSA_N_1, MRSA_N_4, VRE_W_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_1_korr	68	Ich wusste bereits über Schutzmaßnahmen und die Sanierung Bescheid.	Wissen über Schutzmaßnahmen und Sanierung.	Problem bekannt, Relevanz nicht (MRSA_N_2)
MRSA_N_2	49	Ich kannte das Problem, aber es war kein Thema für mich.	Problem bekannt, aber nicht als relevant erachtet.	Durch betroffene Angehörige (MRSA_N_2, MRSA_N_5, MRSA_W_2)
MRSA_N_2	49	Es gibt einen Angehörigen, der auch betroffen war.	Vorwissen durch betroffenen Angehörigen	Assoziation mit Landwirtschaft (MRSA_N_2)
MRSA_N_2	61	Die Medikamente, die wir den Tieren geben, nehmen wir selbst auf. Das ist ein Kreislauf.	Resistenzentstehung in der Landwirtschaft.	Vages Vorwissen (MRSA_N_2)
MRSA_N_4	5, 25, 29, 125	Durch Freunde aus der Landwirtschaft war mir das Problem bekannt. Wenn Freunde aus der Landwirtschaft im Krankenhaus waren spielte das schon eine Rolle. Daher wusste ich welche Schutzmaßnahmen auf mich zu kommen.	Vorwissen durch Angehörige in der Landwirtschaft. Schutzmaßnahmen bekannt.	Über Medien (MRSA_W_1) Betroffenheit als Überraschung (MRSA_W_1, MRSA_N_5) Altenheim (MRSA_W_2) Auswirkungen bei Wunde (MRSA_W_2)
MRSA_N_5	2	Meine Frau war schon mal betroffen. Dadurch wusste ich, dass es anstrengend ist. Dennoch war ich überrascht.	Vorwissen durch betroffene Angehörige. Überraschung des eigenen Betroffenseins.	Wissen über anderen Keim (MRSA_W_2, VRE_W_2)
MRSA_N_5	92	Meine Frau war schon mal betroffen. Dadurch wusste ich, dass es anstrengend ist.	Vorwissen durch betroffene Angehörige.	Relevanz nicht bekannt (VRE_W_1, VRE_W_2) Berufliche Bildung (VRE_W_2)
MRSA_N_7	140	Ich hatte schon mal von Krankenhauskeimen gehört, aber habe kein genaues Wissen.	Vages Vorwissen.	Aufwachsen mit Erkrankung (MRGN_W_1)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_W_1	78	Ich kannte das Problem aus dem Fernsehen, dachte aber nicht, dass ich selbst betroffen sein werde.	Vorwissen aus den Medien. Überraschung des eigenen Betroffenseins.	
MRSA_W_2	19	Ich kenne das Problem aus dem Altenheim.	Vorwissen aus dem Altenheim.	
MRSA_W_2	87	Mir war bekannt, dass es Probleme gibt, wenn der Keim in eine Wunde kommt.	Vorwissen über Auswirkungen des Keims bei Wundbesiedelung.	
VRE_N_1	158–163	Ich kannte einen anderen Krankenhauskeim, als den, den ich habe. Mein Mann war auch betroffen	Vorwissen über anderen Krankenhauskeim. Angehöriger betroffen.	
VRE_W_1	99–100	Ich habe nie über resistente Bakterien nachgedacht.	Bisher keine Relevanz.	
VRE_W_2	188–197	Das Problem von Krankenhauskeimen war mir nicht bewusst. ich kannte einen anderen Keim (MRSA), da ein Angehöriger betroffen war. Mir war die Wichtigkeit von Hygiene im Krankenhaus immer bewusst.	Keine Relevanz. Wissen über anderen Keim. Angehöriger betroffen. Vorwissen über Schutzmaßnahmen.	
VRE_W_2	207–209	Ich bin Naturwissenschaftler, daher habe ich Vorwissen über Resistenzen.	Vorwissen über berufliche Bildung.	
MRCN_W_1	7–9	Ich bin mit einer Erkrankung groß geworden, bei der resistente Keime eine Rolle spielen. Daher hatte ich umfangreiches Vorwissen.	Vorwissen durch Aufwachsen mit Erkrankung, bei der resistente Keime eine Rolle spielen.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K9 Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung				
K9 Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung – Koordination und Kontinuität der Versorgung vor der Aufnahme				
MRSA_W_1	36	Der Hausarzt wusste zunächst gar nicht, dass ich den Keim habe.	Hausärzt_in hatte keine Information über Besiedelung.	Informationsweitergabe funktioniert (MRSA_N_4)
MRSA_W_2	5	Ich hatte den Keim schon im Seniorenheim. Hier haben sie dann neue Tests gemacht und ihn auch festgestellt.	Besiedelung vorbekannt aus Altenheim.	Sanierung koordiniert (MRSA_N_4) Informationsweitergabe hat nicht funktioniert (MRSA_N_7, MRGN_W_1, MRSA_W_1)
MRSA_W_3	61–62	Ich habe meinem Hausarzt von dem Keim erzählt. Vielleicht hat er auch Information vom Krankenhaus bekommen.	Information des/der Hausärzt_in durch Patient_in. Übermittlung von Informationen durch Krankenhaus unklar.	Informationsweitergabe durch Patient_in (MRSA_N_7, MRSA_W_3, MRGN_W_1)
MRSA_W_3	65–66	Der Hausarzt hat mich nicht besonders behandelt.	Kein besonderes Verhalten durch Hausärzt_in.	Informationsaustausch zwischen Sektoren unklar (MRSA_W_3, MRSA_W_2)
MRSA_N_4	17	Nachdem ich vom Krankenhaus die Information über den Keim bekommen habe, habe ich das Sanierungsset von meinem Hausarzt bekommen und konnte gleich mit der Sanierung anfangen.	Direkte Information prästationär durch Krankenhaus. Sanierungsset durch Hausärzt_in. Sanierung prästationär gestartet.	Behandlung
MRSA_N_4	35	Übermittlung von Hausarzt über Angehörige. Absprachen haben funktioniert.	Übermittlung von Hausärzt_in über Angehörige. Absprachen haben funktioniert.	Keim keine Relevanz (MRSA_N_7)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_4	39–43	Das Krankenhaus hat dem Hausarzt die Informationen per Email zukommen lassen. Der hat das ausgedruckt und mir gegeben. Das hat gut funktioniert.	Informationsweitergabe von Krankenhaus zu Hausarzt_in durch E-Mail funktioniert.	Keine Unterschiede (MRSA_W_3)
MRSA_N_7	8	Das andere Krankenhaus hat die Information falsch dokumentiert, jetzt ist es aber hier auch so.	Übernahme von falschen Informationen vom einen zum anderen Krankenhaus	
MRSA_N_7	28–30	Ich habe die Information erst viel später bekommen als klar war, dass ich den Keim habe. In dem anderen Krankenhaus ist die Information, dass ich den Keim habe nicht weitergegeben worden.	Informationsweitergabe zu spät. Keine Informationsweitergabe in vorherigem stationären Aufenthalt (anderes Krankenhaus)	
MRSA_N_7	92	Beim ambulanten Röntgen, vor dem Aufenthalt, hat es niemanden interessiert, dass ich den Keim habe, obwohl wir vorher telefonisch Bescheid gesagt haben.	In prästationärer fachärztlicher Behandlung spielte Besiedelung keine Rolle. Vorherige telefonische Information durch Patient_in.	
MRSA_W_2	49	Im Heim wurde ich genauso behandelt wie hier.	Gleiche Behandlung im Altenheim.	
MRSA_W_2	73	Ich finde es selbstverständlich, dass ein Informationsaustausch stattfindet.	Informationsaustausch für Expert_in selbstverständlich.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_W_3	39–48	<p>Ich musste dem Krankentransport sagen, dass ich den Keim habe.</p> <p>Ob eine Informationsweitergabe von der Pflege zum Transport stattfindet kann ich nicht sagen.</p>	Information des Krankentransportes durch Expert_in. Unklar, ob Informationsaustausch zwischen Pflege und Transport stattfindet.	
MRGN_W_1	19–25	In meinem Arztbrief, den ich hier vorgelegt habe, stand nicht klar drinnen, dass ich den Keim habe. Deswegen wurde ich erst nicht isoliert. Also ich das gesagt habe, war der Arzt hier geschockt. Von Krankenhaus zu Krankenhaus kann die Information verloren gehen. Manchmal kennen auch die Pflegekräfte die Standards nicht. Der Arztbrief wäre ein gutes Mittel	Keine Isolierung als Folge von unklarer Kennzeichnung im Arztbrief. Informationsübermittlung durch Expert_in. Verlorengehen von Informationen. Arztbrief als Mittel der Informationsweitergabe vorgeschlagen.	
K9 Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung – Zusammenarbeit und Koordination der schnittstellenübergreifenden Versorgung stationär				
MRSA_N_2	51	In meiner Akte wird vermerkt, dass ich den Keim hatte.	Vermerk in Akte.	Vermerk in Akte (MRSA_N_2, VRE_W_2)
MRSA_N_7	108–110	Manchmal weiß das Pflegepersonal nicht, was ich habe. Durch das Schichtsystem geht die Information über den Keim verloren.	Verlorengehen von Information beim Pflegepersonal durch Schichtsystem.	Koordination schlecht (MRSA_N_7, VRE_W_2, MRGN_W_1, MRSA_N_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_2	3	Auf der Station, auf die ich gekommen bin, nachdem der Keim entdeckt wurde, war nichts vorbereitet. Das musste ganz schnell gemacht werden. Und keiner hat mir etwas gesagt.	Station schlecht vorbereitet.	Zusammenarbeit gut (VRE_W_2)
MRSA_N_2	51	Es wäre besser gewesen, man hätte den Keim vorher festgestellt und mich dann nicht operiert.	Besser früherer Nachweis und Verzicht auf Operation.	
MRSA_W_1	60	Die Zusammenarbeit muss gut laufen. Es gibt keine Unterschiede in der Behandlung.	Zusammenarbeit gut.	
MRSA_W_2	33	Wenn die Ärzte bei mir im Zimmer waren dürfen sie nicht mehr operieren, damit sie den Keim nicht mit in den OP nehmen.	Ärzt_innen können nach Kontakt mit Expert_in nicht mehr operieren.	
VRE_W_2	49–51	Weil auf der anderen Station Panik herrscht, bin ich auch hier im Einzelzimmer, obwohl ich eigentlich negativ getestet wurde. Das ist im Computer vermerkt, deswegen werden die Schutzmaßnahmen auf dieser Station übernommen.	Durch Vermerk übertriebene Schutzmaßnahmen.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_2	156–161	Die Informationsweitergabe läuft nicht gut. Da werden lieber Tests doppelt gemacht, als dass ein Austausch stattfindet. In Funktionsabteilungen erfolgt die Informationsweitergabe über den Computer. Da funktioniert das gut.	Informationsweitergabe schlecht. Doppelte Tests. Informationsweitergabe an Funktionsabteilungen durch EDV gut.	
MRGN_W_1	92–94	In Funktionsabteilungen wird der Keim oft nicht beachtet. Das macht mich auch skeptisch. Manchmal fragt das Personal mich, warum ich einen Mundschutz trage. Selten spielt der Keim in Funktionsabteilungen eine Rolle.	Selten Beachtung in Funktionsabteilungen. Personal fragt bei Patient_in nach.	
K9 Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung – Koordination und Planung der weiterführenden Versorgung				
MRSA_N_1	56	Der Hausarzt würde mir weiterhelfen.	Hausärzt_in kann weiterhelfen.	Gut (MRSA_W_3, VRE_W_1) Durch Hausärzt_in (MRSA_W_1, VRE_W_2)
MRSA_N_2	27	Ich weiß noch nicht wie das abläuft, wenn ich zu ambulanten Kontrollen komme. Wahrscheinlich bekomme ich einen späten Termin. Ich hoffe, dass die Sanierung funktioniert und es dann keine Einschränkungen mehr gibt.	Unwissen über Ablauf in der poststationären Versorgung.	Unwissen (MRSA_N_2) Sanierung auf Wunsch des/der Patient_in abgebrochen (MRSA_N_4) Keine Schutzkleidung nach Entlassung (MRSA_N_7, VRE_W_1, VRE_W_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_4	21	Ich werde die Sanierung ambulant nicht fortführen, da das mit der Landwirtschaft keinen Sinn hat. Sollte ich wieder ins Krankenhaus müssen, würde ich einen neuen Test machen.	Keine ambulante Fortführung der Sanierung. Bei Wiederaufnahme erneute Testung.	Sorgen (MRSA_N_5) Sanierung erwünscht (MRSA_N_5, VRE_W_1)
MRSA_N_5	39–46	Ich möchte den Keim loswerden, denn ich weiß nicht was in der Zukunft passiert.	Wunsch nach Dekolonisierung. Sorge vor zukünftiger Behandlung.	Versorgung im Altenheim (MRSA_W_2) Transport (MRSA_W_3)
MRSA_N_7	125–130	Bei meinem Hausarzt gehe ich nicht ins Wartezimmer. Keiner trägt Schutzkleidung. Der Besuch ist aber auch nur kurz.	Bei dem/der Hausärzt_in, kein Aufenthalt im Wartezimmer. Keine Schutzkleidung. Kurze Behandlung.	Versorgung geregelt (MRSA_W_3, MRSA_N_2, VRE_N_1)
MRSA_W_2	55	Ich werde ins Seniorenheim entlassen. Da bin ich auch allein im Zimmer.	Im Seniorenheim auch Einzelunterbringung.	Informationsaustausch Über Arztbrief (VRE_W_2)
MRSA_W_2	65	Ich werde dort durch Schwestern versorgt. Einmal in der Woche kommt eine Ärztin.	Versorgung im Seniorenheim.	Telefonisch (VRE_W_2)
MRSA_W_2	73	Ich denke es findet ein Austausch zwischen dem Heim und dem Krankenhaus statt.	Austausch zwischen Altenheim und Krankenhaus findet statt.	Unklar (VRE_W_1)
MRSA_W_3	39–48	Ich sage dem Krankentransport, dass ich den Keim habe.	Information des Transportes durch Expert_in.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_W_3	49–50	Der Übergang Krankenhaus - häusliches Umfeld funktioniert gut.	Funktionieren des Übergangs Krankenhaus/häusliches Umfeld.	
VRE_N_1	35–37	Ich werde in die Kurzzeitpflege entlassen.	Versorgung in Kurzzeitpflege.	
VRE_W_1	54	Die Sozialarbeiterin hat die Anschlussversorgung arrangiert.	Organisation der Versorgung durch Sozialarbeitende_n.	
VRE_W_1	64–68	Ich hoffe, dass ich den Keim nicht mehr habe, wenn ich nach Hause komme. Der Hausarzt hat keine besonderen Schutzmaßnahmen eingehalten.	Wunsch nach Dekolonisierung. Keine Schutzmaßnahmen durch Hausärzt_in.	
VRE_W_1	75–76	Ich weiß nicht, ob ein Informationsaustausch stattfindet.	Unklarheit über Informationsaustausch.	
VRE_W_1	77–80	Ich habe keine Schwierigkeiten bei der Entlassung.	Funktionieren des Übergangs Krankenhaus/häusliches Umfeld.	
VRE_W_2	65	Wenn man das Krankenhaus verlässt, muss man keine Schutzmaßnahmen mehr einhalten. Das kommt mir seltsam vor.	Verwunderung über das Nichtexistieren von Schutzmaßnahmen nach der Entlassung.	
VRE_W_2	163–167	Die Information wird über den Arztbrief vermittelt. Mein Hausarzt hat auch telefonische Rückfragen im Krankenhaus gestellt.	Übermittlung von Informationen an Hausärzt_in über Arztbrief. Nachfragen durch Hausärzt_in an Krankenhaus möglich.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K9 Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung – Kompetenz im stationären Bereich				
MRSA_N_5	102–104	Ich glaube nicht, dass kleine Krankenhäuser kompetent sind, obwohl das letzte Krankenhaus sofort einen Abstrich genommen hat.	Kleine Krankenhäuser nicht kompetent. Erfahrungen stehen Aussage entgegen.	Weniger Kompetenz in kleinen Krankenhäusern (MRSA_N_5, MRSA_W_1)
MRSA_W_1	12–14	Ich bin froh, dass ich zurzeit in einem großen Krankenhaus behandelt werde.	Zufriedenheit über Behandlung in einem großen Krankenhaus.	Keim als Ausrede (VRE_W_2) Unsicherheiten (MRGN_W_1)
VRE_W_2	137	Ich hatte das Gefühl verarscht zu werden und der Keim sei nur eine Ausrede.	Keim als Ausrede wahrgenommen.	
MRGN_W_1	21	Bei den Pflegekräften herrschen Unsicherheiten.	Unsicherheit bei Mitarbeitenden. Pflegepersonal.	
MRGN_W_1	39	Mitarbeiter aus der Küche sind unsicher. Die Pflegekräfte mussten erst aufgeklärt werden.	Unsicherheit bei Mitarbeitenden, Pflegepersonal, Service.	
K9 Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung – Kompetenz im ambulanten Bereich				
MRSA_N_1	56	Mein Hausarzt könnte mir weiterhelfen.	Hausärzt_in kompetent.	Kompetenz bei Hausärzt_in (MRSA_N_1, MRSA_N_4, MRSA_N_6, MRSA_N_7, MRSA_W_3, VRE_W_2, MRGN_W_1)
MRSA_N_4	37	Mein Hausarzt ist ein guter Allgemeinmediziner.	Hausärzt_in kompetent.	
MRSA_N_5	98	Ich würde jemandem raten, sich mit seinem Hausarzt in Verbindung zu setzen.	Hausärzt_in kompetent.	Fachärzt_in kompetent (VRE_W_2)
MRSA_N_6	9–11	Ich wollte mit meinem Hausarzt reden, aber er war nicht zu erreichen. Er könnte mir meine Fragen beantworten.	Hausärzt_in kompetent. Nicht zu erreichen.	Rückversicherung bei ambulanten Ärzt_innen (VRE_W_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_7	123–124	Obwohl der Hausarzt kompetent ist, spielt er keine Rolle in der Behandlung.	Hausarzt_in kompetent. Spielt keine Rolle.	
MRSA_N_7	131–132 + 134–136	Der Hausarzt ist kompetent	Hausarzt_in kompetent.	
MRSA_W_3	55–60	Der Hausarzt kann Informationen am besten erklären.	Hausarzt_in kompetent.	
MRSA_W_3	63–64	Der Hausarzt ist mein Arzt des Vertrauens.	Hausarzt_in kompetent.	
VRE_W_2	65	Wir haben uns bei den ambulanten Ärzten rückversichert.	Rückversicherung bei ambulanten Ärzt_innen.	
VRE_W_2	90–93	ich halte meinen Hausarzt für kompetent, obwohl er sich erst informieren musste. Mein Onkologe kennt sich damit gut aus und hat ein professionelles Raumkonzept. Das wirkt sehr kompetent.	Hausarzt_in kompetent. Benötigte Information. Onkologe kompetent.	
MRGBN_W_1	73–76	Der Hausarzt trägt keine Schutzkleidung. Ich würde ihn als kompetent einschätzen.	Hausarzt_in kompetent. Keine Schutzkleidung.	
K9 Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung – Information über Verhalten nach der Entlassung				
MRSA_N_1	45–48	Man hat mir nichts gesagt, aber ich glaube ich muss mich zu Hause nicht besonders Verhalten.	Keine Information aber Annahme, dass keine besonderen Maßnahmen notwendig sind.	Keine Informationen enthalten (VRE_W_1) Unsicherheiten (MRSA_N_2,

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_2	45	Ich fühle mich zu Hause unsicher, da ich nicht genug über die Bakterien weiß.	Unsicher bezüglich Verhaltens zu Hause.	MRSA_N_6, MRSA_N_4 (auch in Bezug auf Kinder)) Keimfreie Entlassung angestrebt (MRSA_N_5) Entlassung nicht relevant (MRSA_N_5) Informationen erhalten (VRE_W_2, MRGN_W_1) Keine Besonderheiten (MRSA_N_4, MRSA_N_7, MRSA_W_1, MRSA_W_3, VRE_W_2) Annahme (MRSA_N_1) Sanierung (MRSA_N_7)
MRSA_N_4	45	Zu Hause wird sich nichts ändern.	Keine Besonderheiten im häuslichen Umfeld.	
MRSA_N_4	47–49	Ich weiß nicht, wie ich mich Kindern zu Hause gegenüber verhalten soll. Da wünsche ich mir mehr Informationen.	Verhalten gegenüber Kindern unklar.	
MRSA_N_5	37–38	Meine Entlassung ist weit weg.	Kein Nachdenken über Entlassung	
MRSA_N_5	60	Ich gehe davon aus, dass ich keimfrei entlassen werde.	Keimfreie Entlassung angestrebt.	
MRSA_N_6	41	Ich glaube ich brauche zu Hause auch Kittel	Ich glaube, ich brauche zu Hause auch Kittel.	
MRSA_N_6	49	Ich möchte zu Hause niemanden anstecken. Manchen würde ich es dennoch wünschen.	Ich möchte niemanden anstecken. Manchen wünsche ich es.	
MRSA_N_7	40	Zu Hause muss sich niemand verkleiden.	Keine Schutzmaßnahmen im häuslichen Umfeld.	
MRSA_N_7	117–118	Man hat mir erklärt wie die Sanierung zu Hause funktioniert und ab wann ich nicht mehr positiv gelte.	Informationen über Sanierung und MRSA-Status erhalten.	
MRSA_W_1	42	Solange ich zu Hause allein bin, sei der Keim kein Problem.	Keim im häuslichen Umfeld unproblematisch, solange Expert_in allein lebt.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_W_3	29–38	Zu Hause ist der Keim nicht schlimm. Das Pflegepersonal zu Hause zieht keine Schutzkleidung an.	Keim im häuslichen Umfeld unproblematisch. Keine Schutzmaßnahmen bei Pflegedienst.	
VRE_W_1	64–68	Ich hoffe, dass der Keim weg ist, wenn ich zu Hause bin. Ich weiß nicht was ich beachten muss, wenn der Keim dann noch da ist.	Keine Informationen über Verhalten, wenn Besiedelung persistiert.	
VRE_W_2	69–70	Wir sollen uns zu Hause nur die Hände desinfizieren. Schutzkleidung brauche ich da nicht.	Information über Verhalten zu Hause erhalten, Händedesinfektion ausreichend.	
VRE_W_2	98–99	Wir sollen uns zu Hause nur die Hände desinfizieren. Schutzkleidung brauche ich da nicht.	Information über Verhalten zu Hause erhalten, keine Schutzkleidung erforderlich	
MRGN_W_1	33	Zu Hause werde ich nicht von Immunsupprimierten besucht. Ich vermeide es aus Schutz das Bad zu putzen, um eine Keimanhäufung zu vermeiden.	Kein Kontakt zu Immunsupprimierten. Kein Reinigen des Badezimmers.	
K9 Koordination, Planung und Zusammenarbeit in der schnittstellenübergreifenden Versorgung – Konsistenz der schnittstellenübergreifenden übermittelten Informationen und Botschaften				
MRSA_N_4	15	Ein Sanierungsplan wurde meinem Hausarzt geschickt.	Sanierungsplan an Hausärzt_in geschickt.	Sanierungsplan erhalten und an Hausärzt_in geschickt (MRSA_N_4)
MRSA_N_4	61	Für den Transport hat das Personal im Zimmer das gleiche angehabt, wie außerhalb. Das ist für mich nicht logisch.	Unverständnis für Verhalten Transport.	Unverständnis (MRSA_N_4, MRSA_N_7, VRE_W_2) Nicht konsistent (MRSA_W_1)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_7	152	Wenn die Sanierung nicht funktioniert, soll man sie irgendwann lassen, das ist sonst ein zu großes hin und her.	Sanierungsversuche irgendwann erschöpft.	Keine Informationsweitergabe (VRE_W_2) Nachfragen möglich (VRE_W_2) Unsicherheiten (MRGN_W_1)
MRSA_N_7	156	Ich glaube nicht, dass die Sanierung funktioniert. Inzwischen ist mir das egal.	Annahme, dass Sanierung keinen Erfolg bringt.	
MRSA_W_1	46	Zu Hause sind die Pfleger manchmal verkleidet, manchmal nicht.	Häusliche Pflege hält Schutzmaßnahmen unterschiedlich ein.	
VRE_W_2	49, 53	Ich verstehe nicht, dass die Information, dass ich den Keim nicht mehr habe, keine Konsequenzen hat. Das macht mich aggressiv.	Informationen haben keine Konsequenz.	
VRE_W_2	65	Dass außerhalb des Krankenhauses keine Maßnahmen mehr getroffen werden, finde ich unlogisch. Verschiedene Ärzte haben uns die gleichen Informationen gegeben.	Unverständnis für weniger strenge Schutzmaßnahmen außerhalb des Krankenhauses. Gleiche Informationen durch mehrere Ärzt_innen	
VRE_W_2	156–161	Test Ergebnisse werden nicht von einer auf die andere Station weitergegeben.	Keine Informationsweitergabe zwischen Stationen.	
VRE_W_2	163–167	Mein Hausarzt konnte im Krankenhaus nachfragen.	Nachfrage durch Hausärzt_in bei Krankenhaus möglich.	
MRGN_W_1	19–25	Die Pflegekräfte sind unsicher über die Relevanz des Keimes und die Standards im Umgang mit mir. Ich finde es wichtig den Keim nicht weiterzugeben.	Pflegekräfte unsicher. Prävention für Expert_in relevant.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K10 Zugang zu schnittstellenübergreifender Versorgung				
VRE_W_2	77–79	Beim Hausarzt komme ich jetzt schneller dran, damit ich nicht solange da bin.	Schnellerer Termin bei dem/der Hausärzt_in.	Bei dem/der Hausärzt_in schneller/gut (VRE_W_2, MRGN_W_1)
MRGN_W_1	72–74	Der Hausarzt orientiert sich nach mir und behandelt mich in einem Extrazimmer. Sonst gibt es da nichts Besonderes.	Hausärzt_in geht auf Patient_in ein. Separates Behandlungszimmer, sonst keine Besonderheit	
K10 Zugang zu schnittstellenübergreifender Versorgung – Zugang zu Versorgung vor der stationären Aufnahme				
MRSA_N_2	49	Ich hätte mich gerne vorher etwas gegen den Keim unternommen. Aber das ist schwierig.	Wunsch zum Handeln vor der Aufnahme.	Prävention nicht möglich (MRSA_N_2) Abstriche gelaufen (MRSA_N_2, MRSA_N_4) Kein Unterschied durch Keim (MRSA_N_7, MRSA_W_2) Kritik an vorangegangener stationärer Versorgung (VRE_W_2, MRSA_N_2)
MRSA_N_2	51	Bei den Voruntersuchungen war ein Abstrich unauffällig.	Abstriche prästationär genommen.	
MRSA_N_4	9	Bei mir wurden vorstationär Abstriche genommen und dann das Ergebnis telefonisch mitgeteilt.	Abstriche prästationär genommen. Ergebnismitteilung telefonisch.	
MRSA_N_7	92	Dass ich den Keim habe, hatte keinen Einfluss auf eine Untersuchung vor meinem Aufenthalt hier.	Besiedelung keinen Einfluss auf prästationäre Versorgung.	
MRSA_W_2	49	Vor dem Aufenthalt wurde ich genauso wie hier behandelt.	Kein Unterschied zwischen prästationärer und stationärer Versorgung.	
VRE_W_2	61–63	Ich kenne Krankenhäuser, in denen die Schwester den ganzen Tag nicht gekommen ist, obwohl ich nicht isoliert war.	Vor dieser Behandlung war ich stationär schlecht versorgt.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K10 Zugang zu schnittstellenübergreifender Versorgung – Zugang zu stationärer schnittstellenübergreifender Versorgung				
MRSA_N_1	38	Ich bekomme Krankengymnastik	Zugang zu Krankengymnastik	Zugang zu Physiotherapie (MRSA_N_1, MRSA_N_4, VRE_W_2) Röntgen (MRSA_N_4, VRE_N_1, VRE_W_2)
MRSA_N_2	21	Der Termin beim Röntgen wurde nicht eingehalten.	Terminverzögerung Röntgen	Terminverzögerung Röntgen (MRSA_N_2)
MRSA_N_4	63	Beim Röntgen wurden Schutzmaßnahmen ergriffen. Das war unspektakulär.	Zugang zu Röntgen mit Schutzmaßnahmen.	Kein Zugang/Eingeschränkter Zugang Physiotherapie (VRE_N_2, MRGN_W_1)
MRSA_N_4	103	Ich bekomme Physiotherapie.	Zugang zu Krankengymnastik.	
VRE_N_1	84–89	Ich war beim Röntgen.	Zugang zu Röntgen.	
VRE_N_2	81–89	Vorher hatte ich Krankengymnastik. Obwohl es angekündigt war ist keiner mehr gekommen.	Kein Zugang mehr zu Krankengymnastik.	
VRE_W_2	80–85	Ich habe genau wie vorher einen Termin beim Röntgen bekommen, allerdings am Ende des Programms. Das stört mich nicht.	Zugang zu Röntgen am Ende des Programms. Nicht als Einschränkung empfunden.	
VRE_W_2	113–115	Ich bekomme Krankengymnastik. Die Krankengymnastin hält Schutzmaßnahmen ein.	Zugang zu Krankengymnastik mit Schutzmaßnahmen.	
MRGN_W_1	56–58	Ich habe weniger Physiotherapie.	Zugang zu Physiotherapie eingeschränkt.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K11 Zugang zu schnittstellenübergreifender Versorgung – Zugang und Information zur weiterführenden Versorgung				
MRSA_N_2	22–23	Ich weiß nicht, wie meine Versorgung nach der Entlassung aussieht. Ich weiß nicht, wie der Hausarzt mit dem Keim umgeht.	Keine Information über poststationäre Versorgung.	Keine Information (MRSA_N_2) Kein Zugang (MRSA_N_6)
MRSA_N_6	9	Ich habe meinen Hausarzt nicht erreicht.	Hausärzt_in nicht erreicht.	Zugang geregelt (MRSA_W_2) Keine negativen Auswirkungen (MRSA_W_2, VRE_N_1) Keine Schutzmaßnahmen (VRE_W_1)
MRSA_N_6	17	Ich kenne jemanden, dem wurden die ambulanten Abstriche nicht bezahlt. Nach dem Krankenhausaufenthalt wurden die Abstriche bezahlt. Das verstehe ich nicht.	Unverständnis für Regelung bezüglich Kostenübernahme der Abstriche.	Sorge (VRE_W_2)
MRSA_W_2	65	Wenn ich nach Hause komme werde ich wie hier von den Schwestern versorgt. Einmal in der Woche kommt eine Ärztin.	Poststationär im Altenheim versorgt. Zugang zu Versorgung geregelt.	
MRSA_W_2	69	Die Ärztin reagiert gelassen.	Keine negative Reaktion des/der Hausärzt_in.	
VRE_N_1	141	Nach der Entlassung bekomme ich Krankenpflege. Ich denke der Keim wird dann nicht mehr da sein.	Expert_in geht von Dekolonisierung aus. Versorgung durch Krankenpflege.	
VRE_W_1	69–74	Der ambulante Arzt trägt keine Schutzkleidung.	Versorgung ohne Schutzmaßnahmen durch ambulante_n Ärzt_in.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
VRE_W_2	173	Ich muss wahrscheinlich im Anschluss eine Reha machen. Das mache ich nicht gerne. Auch weil ich fürchte, dass der Keim dann noch eine Rolle spielt.	Anschlussbehandlung in Reha. Sorge vor Auswirkung des Keims in Reha.	
K10 Zugang zu schnittstellenübergreifender Versorgung – Transport				
MRSA_N_4	61	Beim Transport hat das Personal Schutzkleidung getragen.	Transport mit Schutzkleidung.	Schutzkleidung (MRSA_N_4, MRSA_N_7)
MRSA_N_4	67	Es ist ein komisches Gefühl, wenn man für den Transport eingepackt wird. Man kommt sich vor wie ein Schwerkranker. Man gewöhnt sich an die Blicke.	Unverständnis für Schutzmaßnahmen bei Transport. Zunächst Stigmatisierung.	Unverständnis (MRSA_N_4) Information durch Expert_in (MRSA_W_3)
MRSA_N_7	79–80	Ich musste beim Transport nur einen Mundschutz tragen.	Geringe Schutzmaßnahmen bei Transport.	
MRSA_W_3	39–48	Ich sage dem Transport, dass ich den Keim trage. Nach meinem Transport muss desinfiziert werden. Der Transport erfährt nur durch mich von dem Keim.	Information des Transports durch Expert_in.	
K11 Lösungsansätze				
MRSA_W_2	44–45	Ich habe keine Verbesserungsvorschläge.	Keine Verbesserungsvorschläge.	Keine Verbesserungsvorschläge (MRSA_W_2)
K11 Lösungsansätze – Lösungsansätze zur Qualität der Versorgung				
MRSA_N_2	51, 53	Man muss vor einer Operation wissen ob man den Keim trägt und dann sanieren. Dann muss man nicht isoliert werden.	Prästationäres Screening.	Prästationäres Screening (MRSA_N_1, MRSA_N_5, MRSA_W_1, MRSA_N_2)

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_1	16	Es sollte möglichst schnell untersucht werden. Die Voruntersuchung wäre ein guter Zeitpunkt.	Prästationäres Screening.	Infrastruktur (MRSA_N_2, MRSA_N_1)
MRSA_N_1	16	Es sollte einen separaten Bereich, der getrennt von anderen Patienten liegt für Patienten mit Krankenhauskeimen geben.	Isolierstation für betroffene Patient_innen.	Schutzmaßnahmen lockern (MRSA_N_2, VRE_W_2)
MRSA_N_1	72	Man sollte im Vorfeld auf den Keim untersuchen.	Prästationäres Screening.	Keine Verbesserungsvorschläge (MRSA_N_7, MRGN_W_1)
MRSA_N_2	5	Ich finde die Schutzmaßnahmen gehen zu weit. Mundschutz und Handschuhe würden ausreichen.	Schutzmaßnahmen zu weitgehend.	Bessere personelle Situation (MRSA_W_2, VRE_W_2, MRGN_W_1)
MRSA_N_2	35	Eine bessere bauliche Gestaltung mit Räumen mit eigener Toilette wäre wünschenswert.	Bessere Infrastruktur, eigene Toilette	Personal freundlicher (VRE_N_2, VRE_W_2)
MRSA_N_2	37	Eine Schleuse vor dem Zimmer wäre sinnvoll.	Bessere Infrastruktur, Schleuse.	Bessere Organisation (VRE_N_2)
MRSA_N_2	65	Die Krankenhäuser müssen sich in Zukunft darauf einstellen. Die Voraussetzungen für eine würdige Unterbringung müssen gegeben sein. Es muss bauliche Lösungen geben.	Bessere Infrastruktur.	
MRSA_N_5	70	Es sollte möglichst früh ein Abstrich gemacht werden.	Prästationäres Screening.	
MRSA_N_5	76	Der Keim sollte schneller entdeckt werden.	Schnellere Screening-Ergebnisse.	

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRSA_N_7	93–94	Ich habe keine Verbesserungsvorschläge.	Keine Verbesserungsvorschläge.	
MRSA_W_1	62	Ich fände es gut, wenn jeder auf den Keim untersucht würde.	Generelles Screening.	
MRSA_W_2	83	Es muss sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim mehr Personal geben.	Mehr Personal.	
VRE_N_2	77–79	Der Umgang des Personals muss freundlicher werden. Oft bekomme ich lange keine Reaktion. Die Organisation sollte besser laufen. Es sollte jemand kommen, wenn man klingelt. So komme ich nicht aus dem Bett.	Personal freundlicher. Bessere Organisation, um Wartezeiten zu verkürzen.	
VRE_W_2	181	Es wäre schön, wenn die Tür offenstehen könnte.	Schutzmaßnahmen zu weitgehend. Offene Türen.	
VRE_W_2	213	Die Reinigungskräfte brauchen mehr Zeit.	Mehr Zeit für Reinigungskräfte.	
MRGN_W_1	96	Für die Terminvergabe fällt mir keine Lösung ein.	Kein Lösungsvorschlag für Terminvergabe.	
MRGN_W_1	100	Es muss mehr Personal geben, um die Versorgung qualitativ hochwertig zu gestalten, sonst sind die Schutzmaßnahmen nicht durchsetzbar.	Bessere personelle Infrastruktur.	

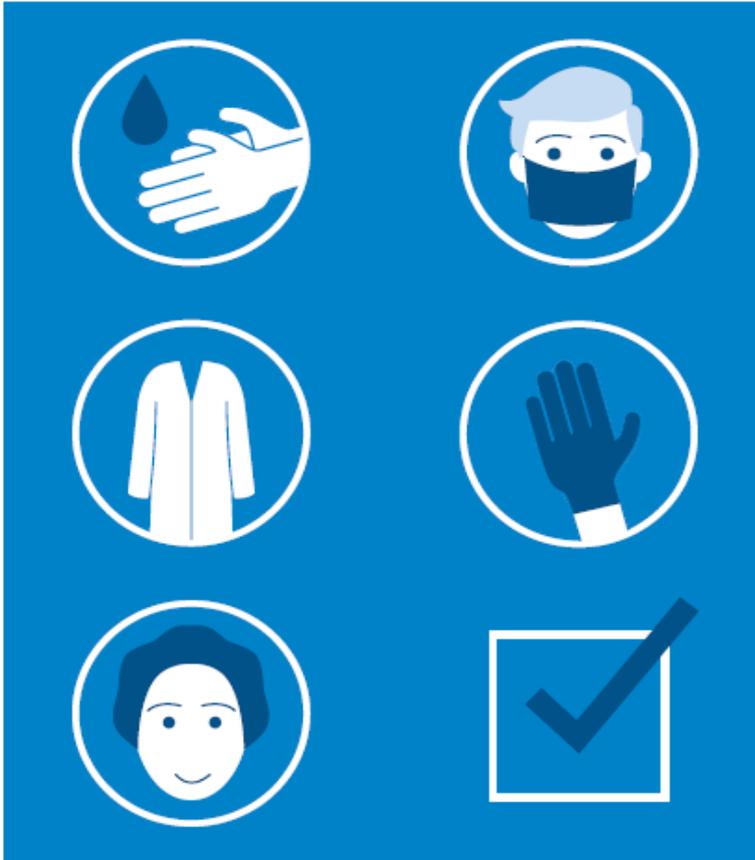
Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
K11 Lösungsansätze – Lösungsansätze zur Information				
MRSA_N_1	16	Mehr Aufklärung über die Sanierung.	Mehr Aufklärung über die Sanierung.	Mehr Aufklärung zur Sanierung (MRSA_N_1)
MRSA_N_2	7	Es wäre gut, den Informationsbogen zusammen mit den Ärzten durchzugehen.	Besprechen des Informationsblattes.	Informationsblatt besprechen (MRSA_N_2)
MRSA_N_2	15	Die Informationen sollten ausführlicher sein.	Ausführlichere Informationen.	Ausführlicher (MRSA_N_2) (VRE_N_1)
MRSA_N_2	46–47	Ich hätte mehr Informationen benötigt.	Mehr Informationen.	Schriftliche Informationen (MRSA_N_6) (MRSA_N_7)
MRSA_N_6	29	Es sollte Informationsblätter geben. Die Medien machen zu viel Angst	Informationsblätter. Andere Darstellung in den Medien.	Mehr Transparenz (VRE_W_2)
MRSA_N_7	20	Eine bebilderte Broschüre wäre gut.	Informationsblätter.	
MRSA_W_3	55–56	Der Hausarzt kann am besten Informieren.	Einbindung Hausarzt_in.	
VRE_N_1	43	Die Informationen sollten ausführlicher sein. Nicht so schnell.	Informationen ausführlicher.	
VRE_W_2	139	Die Informationen sollten transparenter sein. Die Zwischenmenschlichkeit fehlt.	Informationen transparenter. Mehr Empathie.	
K11 Lösungsansätze – Lösungsansätze zu schnittstellenübergreifender Versorgung				
MRSA_N_5	98	Man sollte mit seinem Hausarzt zusammenarbeiten. Schnell sanieren.	Zusammenarbeit mit Hausarzt_in.	Hausarzt_in einbinden (MRSA_N_5, MRSA_W_3)
MRSA_W_3	68	Man sollte mit seinem Hausarzt darüber reden.	Einbinden des/der Hausarzt_in.	Informationsaustausch über Arztbrief

Expert_in	Absatz	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
MRGN_W_1	22–25	Die Informationsweitergabe zwischen den Krankenhäusern muss verbessert werden. Die Kennzeichnung im Arztbrief muss deutlich sein. Die Informationsweitergabe kann über die Arztbriefe erfolgen.	Verbesserung der Informationsweitergabe durch Arztbriefe.	verbessern (MRSA_W_1)

13.6 Neugestalteter Informationsflyer für Patient_innen



Institut für Hygiene



Hygiene am UKM Termine für Patientenseminare

Dienstag, 15.8.2017 von 16.00 bis 17.00 Uhr und
Mittwoch, 15.11.2017 von 16.00 bis 17.00 Uhr
im Großen Konferenzraum Ost, Ebene 03

Hygiene-Informationen

Was kann ich als Patient tun?

Am UKM werden sehr viele schwerkranke Patienten behandelt, die abwehrgeschwächt und daher besonders gefährdet sind. Um Infektionen zu verhindern, sind gute Hygiene-Maßnahmen extrem wichtig.

Die Übertragung von Krankheitserregern lässt sich oft gut durch Händehygiene verhindern.



In den Hygiene-Seminaren werden praktische Tipps gegeben und Hintergründe erklärt.

Bei offenen Fragen zum Thema Hygiene wenden Sie sich gerne an das Stationspersonal oder direkt an das Institut für Hygiene.

Kontakt

T 0251 83-52317

Mehr Informationen unter
krankenhaushygiene.ukmuenster.de



13.7 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, dass alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen wurden, als solche kenntlich gemacht sind und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.

Diesem Promotionsverfahren sind keine früheren Promotionsversuche vorausgegangen.

Bonn Oktober

Dr. med. Annelene Kossow