

PROHYG 3.0

Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene



Impressum

Medieninhaber:in und Herausgeber:in:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK),
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlagsort: Wien

Fotonachweis: Cover: © istockphoto.com/176902138

ISBN: 978-3-85010-720-4

Wien, 2024

Projektleitung: BMSGPK, Abteilung VII/A/9 (Leitung: stv. GLⁱⁿ Priv. Doz.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Reinhild
Strauß, MSc)

Layout: Gabriela El Belazi (BMSGPK)

Organisatorische Unterstützung: Raphal Farkas, Clemens Haushofer, Angela Lehner,
Richard Pentz, Ilayda Türkmen

Copyright und Haftung:

Ein auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Speicherung auf Datenträgern zu kommerziellen Zwecken, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD Rom.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Titel der jeweiligen Publikation, Erscheinungsjahr.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen

Inhalt

Mitwirkende Expertinnen und Experten der vorliegenden 3. Auflage.....	8
Einleitung	10
1.1 Ziel der Krankenhaushygiene.....	10
1.2 Herausforderungen für die Krankenhaushygiene	11
1.2.1 Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (HAI)	11
1.2.2 Zunahme der antimikrobiellen Resistenz (AMR) von bakteriellen Infektionserregern	12
1.2.3 Einflussfaktoren bei der Prävention von HAI.....	12
1.2.4 Schnittstellen zu Gesundheitseinrichtungen	13
1.3 Surveillance von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen	14
1.3.1 Datenschutz und Datensicherheit	14
1.4 Sichere Patient:innenumgebung, Medizinprodukte und bauliche Infrastruktur.....	14
2 Zusammenarbeit zwischen der Sanitätsbehörde und der Krankenanstalt	16
2.1 Rolle des Hygieneteams bei der Einschau im Rahmen der Sanitären Aufsicht.....	16
2.2 Weitere Kontakte mit der Behörde	18
2.2.1 Sanitätsbehördliche Verfahren (Errichtungs- oder Änderungs- /Betriebsbewilligung von Neu-, Zu- und Umbauten, Medizinprodukte).....	18
2.2.2 Wechselseitige Kontakte zwischen Hygieneteam und Sanitätsbehörde	19
2.2.3 Mitarbeit in krankenhausübergreifenden Arbeitskreisen	20
2.2.4 Hilfestellung bei Kontrollen durch den Rechnungshof.....	20
2.2.5 Schlussfolgerung	20
3 Kooperationsbereiche der Krankenhaushygiene	21
3.1 Antimicrobial Stewardship-Team (AMS-Team)	22
3.2 Mitarbeiter:innen des erweiterten Hygieneteams mit besonderen Aufgaben	22
4 Das Hygieneteam und die Stellung der Krankenhaushygiene	23
4.1 Kollegiale Führung / Anstaltsleitung.....	24
4.2 Leitendes Personal von Abteilungen, Stationen und anderen Untereinheiten	24
4.3 Das Hygieneteam	25
4.3.1 Personelle Zusammensetzung des Hygieneteams in einer Krankenanstalt.....	25
4.3.2 Geschäftsordnung.....	26
4.4 Funktionsbeschreibungen	26
4.4.1 Krankenhaushygieniker:in und Hygienebeauftragte:r Ärzt:in.....	27
4.4.2 Hygienefachkraft.....	29
4.4.3 Biomedizinische:r Analytiker:in	30

5 Kooperationspartner:innen.....	33
5.1 Hygienekontaktpersonen aus dem pflegerischen und ärztlichen Bereich.....	33
6 Aufgaben des Hygieneteams.....	35
6.1 Kernaufgaben.....	35
6.2 Fakultative Aufgaben des Hygieneteams	39
7 Priorisierung von Arbeitsthemen	40
8 Erforderliche Ressourcen	41
8.1 Personelle Ressourcen des Hygieneteams	41
8.1.1 Voraussetzungen für effiziente Infektionskontrolle	41
8.1.2 Personalressourcen international.....	42
8.1.3 Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung.....	45
8.1.4 Gehalt/Entlohnung	47
8.2 Organisatorische Hilfen/administrative Unterstützung	48
8.3 Finanzielle Ressourcen.....	48
8.4 IT-Unterstützung.....	49
8.5 Zugang zu Befunden, Patient:innendaten und -unterlagen	49
8.6 Räumlichkeiten	50
8.7 Zusammenarbeit mit einem mikrobiologischen Labor.....	50
8.8 Zusammenarbeit mit externen Expert:innen	50
9 Nationale Referenzzentren	52
9.1 Fort- und Weiterbildung	54
9.2 Zugang zur aktuellen Literatur.....	54
9.3 Erforderliche Ressourcen zur Zusammenarbeit	55
10 Organisation und Arbeitsweise in der Krankenhaushygiene	56
10.1 Persönliche Präsenz des Hygieneteams	56
10.2 Verankerung der Aufgaben und Kompetenzen in der Anstaltsordnung.....	57
10.3 Arbeitsweise und Zeitmanagement des Hygieneteams	58
10.4 Hygienekommission.....	60
10.5 Zusammenarbeit zwischen Hygieneteam und Leitung der Krankenanstalt/kollegialen Führung	61
11 Instrumente der Krankenhaushygiene	62
11.1 Hygieneplan	62
11.2 Hygieneordner	63
11.3 Technisch-hygienische Überprüfungen	64
11.3.1 Wassersicherheitsplan.....	64
11.4 Hygienevisite - Begehungen	65

11.5 Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter:innen der Krankenanstalt	67
11.6 Erfassung und Surveillance von HAI im Netzwerk	68
11.6.1 In Österreich in Verwendung stehende Surveillance-Netzwerke	69
11.6.2 Nationale Surveillance	69
12 Die Rolle des Hygieneteams bei Ausbruchsgeschehen	72
13 Kommunikation, Information und Dokumentation	76
13.1 Kommunikation und Informationsfluss	76
13.2 Basis der Kommunikation	77
13.3 Anfragen an das Hygieneteam	78
13.4 Information und Informationsfluss	78
13.5 Dokumentation	79
14 Weitere Gesundheitseinrichtungen	82
14.1 Hygienezentren mit Schwerpunkt für Krankenhaushygiene	82
15 ANHANG	85
15.1 Wesentliche rechtliche Grundlagen der Organisation der Hygiene in Gesundheitseinrichtungen	85
15.1.1 Die österreichische Bundesverfassung	85
15.1.2 Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (GQG)	86
15.1.3 Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 - ÄrzteG 1998)	87
15.1.4 Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztegesetz – ZÄG)	87
15.1.5 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuKG)	87
15.1.6 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) in Form des Grundsatzgesetzes	88
15.1.7 Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG)	88
15.1.8 Krankenanstaltengesetze der Bundesländer	89
15.2 Beispiele für fachliche Fortbildungsveranstaltungen	91
15.3 Muster für einen Aktionsplan Ausbruchsmangement in Anlehnung an das RKI 2002 (42) (43) (44)	91
15.4 Erreger	96
15.5 Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen	97
Tabellenverzeichnis	98
Abbildungsverzeichnis	99
Literaturverzeichnis	100

Glossar und Abkürzungsverzeichnis..... 107

Mitwirkende Expertinnen und Experten der vorliegenden 3. Auflage

Gerlinde ANGERLER, BA, HFK DGKP	Ordensgemeinschaften Österreich
Frank BAUER, MSc	Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH
Dr. Michael BINDER	Wiener Gesundheitsverbund, Generaldirektion
Dr. Alexander BLACKY	Amt der Niederösterreichischen Landesregierung
Barbara BRANDSTETTER HFK	Universitätsklinikum AKH Wien
Mag. Johannes CULEN, MBA	Österreichische Gesellschaft für Krankenhaushygiene
Edith DEMIRHAN, HFK	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflege Verband
Dr. ⁱⁿ Barbara EGGER-PRITZ	Amt der Salzburger Landesregierung
Gabriela EL BELAZI	BMSGPK, Abteilung VII/A/9
Andrea FOIT, STLP HFK	Universitätsklinikum AKH Wien
Monika GILHOFER	Klinik Landstraße
Dr. ⁱⁿ Renate GOSCH-QUEHENBERGER	Amt der Tiroler Landesregierung
Dr. Wolfgang GRABHER	Amt der Vorarlberger Landesregierung
Univ. Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Andrea GRISOLD	Medizinische Universität Graz
Mag. Burkhard GRUNDTNER, akad. HCM	Wiener Gesundheitsverbund, Generaldirektion
Mag. Irene HAGER-RUHS	BMSGPK, Abteilung VI/A/2
Christine HAIN	BMSGPK, Abteilung VII/A/9
Dr. Milo HALABI	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
Christian HASLINGER, DGKP HFK	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflege Verband
Clemens HAUSHOFER, MSc	Gesundheit Österreich GmbH.
Hans HIRSCHMANN MPH	Landeskrankenhaus Feldkirc
Mag. Stefan HOLY	BMSGPK, Abteilung VI/A/4
Dr. Oskar JANATA	Klinik Donaustadt
Dr. ⁱⁿ Alexandra KRASNOVSKY-EHRENREICH	Landessanitätsdirektion Steiermark
Thomas KURTA, DGKP	A. ö. Krankenhaus Oberwart
Prim. PD Dr. Bernd LAMPRECHT	Kepler Universitätsklinikum GmbH

Univ. Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Cornelia LASS-FLÖRL	Medizinische Universität Innsbruck
Julia MAURER-AUINGER BScN	Amt der Oberösterreichischen. Landesregierung
HR ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Gisela MAYR-STRIMITZER	Amt der Tiroler Landesregierung
OSTv Walter MITTER, DGKP HFK	Bundesministerium für Landesverteidigung
Dr. ⁱⁿ Margarete MÜLLER-WOHLGENANNT PLL.M	Amt der Vorarlberger Landesregierung
Mag. ^a Isabella PAVEK	Amt der Wiener Landesregierung
Mag. ^a Raffaella PENNINGER	Amt der Oberösterreichischen Landesregierung
Dr. Richard PENTZ, MSc	Gesundheit Österreich GmbH.
Dr. ⁱⁿ Michaela PICHLER	Amt der Tiroler Landesregierung
Dr. Barbara PITNER	Landessanitätsdirektion Steiermark
Mag. ^a Andrea POLAK MSc	Amt der Kärntner Landesregierung
Univ. Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Elisabeth PRESTERL MBA	Medizinische Universität Wien
OA Dr. Helmut SALZER, J.F. MPH, FECMM	Kepler Universitätsklinikum GmbH
Mag. ^a Eva SCHATTOVITS	Amt der Burgenländischen Landesregierung
Andrea SCHMIDBAUER, STLP HFK	Klinik Landstraße
Dr. ⁱⁿ Karin SCHORNA-DRESCHER	Amt der Kärntner Landesregierung
Dr. ⁱⁿ Brigitte STOISER	Klinik Hietzing
Priv.-Doz. ⁱⁿ DDr. ⁱⁿ Reinhild STRAUSS, MSc DTM&H	BMSGPK, Abteilung VII/A/9
Univ. Prof. Dr. Florian THALHAMMER	Medizinische Universität Wien
Mag. ^a Evamaria TIEBER	Wiener Gesundheitsverbund, Generaldirektion
Dr. ⁱⁿ Julia WEBER	BMSGPK, Abteilung VII/A/9
Dr. ⁱⁿ Agnes WECHSLER-FÖRDÖS	Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)
Univ. Doz. Dr. Christoph WENISCH	Klinik Favoriten
Mag. (FH) Egon UNTERBERGER, MSc	Wiener Gesundheitsverbund, Generaldirektion

Einleitung

PROHYG 3.0 beschäftigt sich mit Hygiene in Krankenanstalten. Dieses fasst den derzeitigen Wissensstand über die Organisation der Hygiene und gibt Strategien und Maßstäbe vor, die zur Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Krankenhaushygiene führen sollen.

Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (eng. healthcare-associated infections, HAI), gehören zu den schweren Komplikationen der Patient:innenversorgung, i.e.S. medizinischer Behandlung und Pflege. Die World Health Organisation schätzt, dass 7 von 100 Patient:innen in Akutspitälern in Ländern mit hohem Einkommen zumindest eine Gesundheitssystem-assoziierte Infektion während ihres Spitalsaufenthaltes erwerben (1). Das Europäische Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) schätzt, dass über 4 Millionen HAI jedes Jahr in der EU/EEA auftreten (2).

Krankenhaushygiene umfasst alle Maßnahmen zu Prävention und Kontrolle dieser Infektionen in Gesundheitseinrichtungen. Verbunden damit ist das Thema der antimikrobiellen Resistenz (AMR) und die Prävention deren Entstehung und Ausbreitung. Maßnahmen zu Vermeidung von AMR ist nicht nur die konsequente Vermeidung der Erregerübertragung durch adäquate Hygienemaßnahmen, sondern auch eine umsichtige und kontrollierte Anwendung von Antibiotika und anderer Antiinfektiva. Das Thema antimikrobielle Resistenz wird ausführlich im *Nationalen Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz - NAP AMR* behandelt (3). Dieser beinhaltet auch Maßnahmen und Tätigkeiten im Sinne des „Antimicrobial Stewardship“ (AMS).

Prohyg 3.0 ist die aktuelle Zusammenstellung von fachlicher Expertise und aktuellen Rechtsvorschriften und kann als Referenz für Rechtsentscheidungen dienen.

1.1 Ziel der Krankenhaushygiene

Krankenhaushygiene zielt auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zum Schutz vor Infektionen und zur Kontrolle von deren Ausbreitung in einer Gesundheitseinrichtung ab. Somit inkludieren Ziele der Krankenhaushygiene die Ergebnisqualität der Patient:innenversorgung und des Betriebs der Gesundheitseinrichtung. Das gilt für alle

Strukturen und Prozesse, die Patient:innen, Mitarbeiter:innen, Besucher:innen und alle anderen Personen in einer Gesundheitseinrichtung betreffen. Krankenhaushygiene hat somit einen Systemansatz (oder: ist daher von systemischer Bedeutung), in dem alle Schnittstellen und deren Veränderung inkludiert werden müssen. Hygienemaßnahmen müssen daher in allen Strukturen und Prozessen und von allen medizinischen Berufsgruppen und allen anderen beteiligten Personen angewendet werden, um die Ergebnisqualität in der Patient:innenversorgung nachhaltig zu verbessern. Krankenhaushygiene ist somit eine Gemeinschaftsleistung.

1.2 Herausforderungen für die Krankenhaushygiene

1.2.1 Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (HAI)

HAI verändern sich durch die Weiterentwicklung von diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zum Beispiel durch:

- neue (minimal)invasive Eingriffe für Therapie und lebenserhaltende Maßnahmen
- Verwendung von neuen immunmodulierenden oder gentechnischen Therapeutika
- Betreuung polymorbider, älterer Patient:innen
- Transferierung von Patient:innen (zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt und zwischen Gesundheitseinrichtungen, auch über Landesgrenzen hinweg - Stichwort „Repatriierung“).

Die Konsequenzen dieser Infektionen sind vor allem vom Zustand der Patient:innen, möglichen Grundleiden und von der Art der Infektionen abhängig. Die häufigsten HAI sind postoperative Wundinfektionen, Pneumonie, Sepsis und Harnwegsinfekte (4). Neben der zusätzlichen Morbidität und den längeren Aufenthalten in Gesundheitseinrichtungen sind Pneumonien und Bakteriämien bei Intensivpatienten mit einer vergleichsweise höheren Letalität assoziiert.

HAI haben Konsequenzen im Hinblick auf Morbidität, Mortalität und Letalität, nicht nur während des Aufenthalts im Gesundheitswesen für einzelne Patient:innen, sondern auch auf die Lebens- und Erwerbsqualität der gesamten Bevölkerung. HAI erhöhen Kosten durch verlängerte und wiederholte Aufenthalte in Gesundheitseinrichtungen, wiederholte Therapie und durch krankheitsbedingte Verdienstentgänge der Betroffenen. All diese Kosten von HAI können gegen die Kosten der präventiven Hygienemaßnahmen

abgewogen werden. Daher fordert die WHO, dass Hygienemaßnahmen von kompetenten Spezialist:innen für Hygiene, i.e.S. das Hygieneteam, erstellt und geleitet werden. Studien beweisen die medizinische und ökonomische Wirksamkeit der Gesamtheit dieser Hygiene- und AMS-assoziierten Maßnahmen (5) (6). So führt Krankenhaushygiene nachweislich zu einer Reduktion Gesundheitssystem-assoziiierter Infektionen von 35-70 % (7).

1.2.2 Zunahme der antimikrobiellen Resistenz (AMR) von bakteriellen Infektionserregern

AMR ist das Schlagwort für die Zunahme von bakteriellen Erregern, die durch bisher sehr wirksame, günstige und gut verträgliche antimikrobielle Substanzen („Antibiotika“) nicht behandelbar sind. AMR stellt somit eine Bedrohung für die globale Gesundheit dar (8). Die Übertragung von multiresistenten Bakterien amplifiziert das Problem der AMR (9).

Hygiene in Gesundheitseinrichtungen ist essentiell, um die Übertragung von multiresistenten Keimen zu verhindern (1). Der gezielte Einsatz von antimikrobiellen Substanzen, d.h. ein Antimicrobial Stewardship Programm, ist eine weitere wichtige Maßnahme durch Minimierung des Selektionsdruckes insbesondere auf MRE.

1.2.3 Einflussfaktoren bei der Prävention von HAI

Die Prävention und Kontrolle von HAI ist nicht nur auf die Versorgung einzelner Patient:innen in Gesundheitseinrichtungen beschränkt, sondern umfasst auch Bereiche, die nicht automatisch mit Belangen der Hygiene in Verbindung gebracht werden. Der multifokale Ansatz der Krankenhaushygiene, der von der WHO (10) propagiert wird, bedeutet die Konfrontation mit administrativen Hürden und möglichen Fehleinschätzungen durch relevante Entscheidungsträger:innen.

Prinzipien der Prävention und Kontrolle von HAI sind zwar einfach aufzustellen, aber nicht immer einfach in die Praxis umzusetzen (11):

- Hygienemaßnahmen bedeuten zusätzlichen Aufwand in der Patient:innenversorgung, wenn sie nicht bereits im Prozess integriert und durch organisatorische und bauliche Maßnahmen strukturell unterstützt sind.
- Die Bereitstellung von evidenzbasierten und effizienten Maßnahmen bedeutet noch nicht, dass sie umgesetzt werden. Für die Implementierung und die nachhaltige

Umsetzung in der Patient:innenversorgung ist ein regelmäßiges Beobachten (Audit) und Feedback notwendig.

- Veränderungen im Gesundheitssystem und in den Gesundheitseinrichtungen führen zu Veränderungen der Prozesse und Schnittstellen und somit zu einer neuen Situation für die Hygieneaufgaben.
- Bauliche Strukturen halten mit der Veränderung und neuen Anforderungen der medizinischen Versorgungsprozesse nicht Schritt.
- Personalmangel und -fluktuation führen zu Hygienemängel und Wissensverlust.
- Die Effizienz und das Kosten-Nutzen-Verhältnis einzelner Maßnahmen sind nicht immer wissenschaftlich belegbar (12) (13) und daher werden die Kosten dafür hinterfragt. Es besteht allerdings Evidenz für Maßnahmenbündel, die in der Krankenhaushygiene eingesetzt werden (14) (15). Die Wirksamkeit der Händedesinfektion vor dem Legen von peripheren Venenkathetern ist nachgewiesen worden (16).

1.2.4 Schnittstellen zu Gesundheitseinrichtungen

Eine Krankenanstalt kann nicht mehr als eine in sich geschlossene Einheit gesehen werden. Es besteht ein ständiger Austausch von Patient:innen mit anderen Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen und anderen Gesundheitseinrichtungen sowie dem niedergelassenen Bereich. Die Vernetzung und Kommunikation dieser Bereiche ist daher essentiell.

Mehr Beachtung als früher muss der Verbreitung von Infektionserregern durch „Personentransfer“ (Patient:innen, Personal und Besucher:innen) geschenkt werden. Als Beispiele sind Norovirus-Infektionen und Besiedelungen oder Infektionen mit resistenten Erregern zu nennen. Bei Zuweisung in eine Gesundheitseinrichtung oder Verlegung innerhalb derselben wird oft die Information nicht mitgeliefert, dass die Person Träger eines speziellen Infektionserregers ist. Daher ist es nötig, dass geeignete Hygienestandards in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens etabliert werden und dass die Kommunikation zwischen den beteiligten Einrichtungen und den Rettungsdiensten aufgebaut oder verbessert wird (17).

Weitere Schnittstellen betreffen auch nicht unmittelbar mit der Patient:innenbetreuung zusammenhängenden Prozesse wie:

- die Reinigung/Desinfektion von Flächen und Aufbereitung von Medizinprodukten

- die Versorgung mit Gütern und Essen
- die Infrastruktur der wasserführenden Systeme
- die sicheren raumluftechnischen Anlagen
- die Entsorgung
- die Lenkung und Logistik von Personenströmen

1.3 Surveillance von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen

Surveillance von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen ist Kernkomponente 4 der WHO Richtlinien für Infektionsprävention und –kontrolle (1). Krankenhausepidemiologie kann auch als Steuerungselement für Maßnahmen und Adjustierungen der Hygiene, aber auch von Änderungen von Betrieb und Organisation der Gesundheitseinrichtung bzw. Teilen davon dienen. Die Epidemiologie der Krankenhaushygiene fokussiert primär auf die Erfassung von HAI und das Auftreten von multiresistenten Erregern in der Gesundheitseinrichtung. Die Rückmeldung der Daten von HAI, MRE oder anderen hygienischen Inhalten geht mit einer Reduktion dieser einher (1).

1.3.1 Datenschutz und Datensicherheit

Der korrekte Umgang mit Surveillance-Daten ist durch Schulungen durch Datenschutzbeauftragte der Gesundheitseinrichtungen zu gewährleisten.

1.4 Sichere Patient:innenumgebung, Medizinprodukte und bauliche Infrastruktur

Der Wandel der medizinischen Versorgung und die Demographie erfordern Neubauten von Gesundheitseinrichtungen oder Renovierung bestehender Objekte. Die bauliche Infrastruktur ist für Hygieneprozesse wesentlich und kann Hygienefehler verhindern und eine sichere Umgebung für die Patient:innenversorgung gewährleisten. Im Medizinproduktegesetz MPG 2021 auf Basis der EU-Gesetzgebung muss für Medizinprodukte ein validierter und hygienisch sicherer Aufbereitungsprozess vorliegen, um Erregerübertragungen zu vermeiden.

Sowohl das Bundesgesetz über Kranken- und Kuranstalten (KAKuG) wie auch die WHO Kernkomponenten für Infektionsprävention und -kontrolle sehen den Beitrag der

Krankenhaushygiene in der Beurteilung als wesentlich (1). Das Hygieneteam ist bei Neu-, Zu- und Umbauten und für alle Belange der Hygiene (z. B. Anschaffung von Medizinprodukten) beizuziehen.

2 Zusammenarbeit zwischen der Sanitätsbehörde und der Krankenanstalt

Die Behörde hat im Rahmen der sogenannten „sanitären Aufsicht“ die Verpflichtung, Krankenanstalten regelmäßig zu überprüfen. Krankenanstalt und Behörde können zumindest diese Pflichtaufgabe nutzen, eventuell bestehende Probleme im Rahmen der Einschau zu thematisieren und gemeinsam eine zielorientierte Lösung zu finden. Ein Teilgebiet der Sanitären Aufsicht betrifft auch die Hygiene.

Die rechtlichen Grundlagen der „Sanitären Aufsicht“ sowie nähere Informationen zur Organisation der Sanitären Einschau sowie der Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind in der regelmäßig aktualisierten Publikation des BMSGPK *Sanitäre Aufsicht in Kranken- und Kuranstalten* (18) veröffentlicht.

2.1 Rolle des Hygieneteams bei der Einschau im Rahmen der Sanitären Aufsicht

Die Sanitätsbehörde macht regelmäßig, nach schriftlicher Ankündigung, eine Einschau in allen Krankenanstalten. In dieser Verständigung soll neben der Rechtsgrundlage und dem Zeitpunkt der beabsichtigten Amtshandlung auch festgehalten sein, welche Funktionsträger seitens der Krankenanstalt und des Rechtsträgers anwesend sein müssen und welche Unterlagen für die Einschau bereitzuhalten oder vorzubereiten sind. Dazu werden in manchen Bundesländern Checklisten beigelegt, aus denen ersichtlich ist, welche Untersuchungsbefunde, Prüfprotokolle, Atteste, Nachweise, Betriebsvorschriften etc. am Tag der Einschau zur Einsicht durch die Behörde vorgelegt werden müssen, welche Statistiken erforderlich sind und von welchen Unterlagen beabsichtigt ist, dass sie im Original oder in Kopie zum Behördenakt genommen werden. Diese Verständigung soll seitens der Behörde so rechtzeitig vor dem Termin der Einschau ergehen, dass es der Anstaltsleitung möglich ist, die notwendigen Unterlagen zu beschaffen und ordnungsgemäß und vollständig vorzubereiten. Dadurch kann eine zügige und effiziente Einschau ermöglicht werden.

Da die Belange der Krankenhaushygiene einen sehr wichtigen Teil der Einschau darstellen, ist es nur allzu leicht verständlich, dass dem Hygieneteam in der Vorbereitung der Unterlagen eine wichtige und gelegentlich auch sehr umfangreiche Arbeit zukommt. Der Aufwand für die Vorbereitung der geforderten Unterlagen laut Checkliste kann geringgehalten werden, wenn sich die laufende Hygienearbeit bereits an dieser Checkliste orientiert. Für eine Überprüfung im Rahmen einer Einschau ist dann lediglich eine übersichtliche Präsentation der geleisteten Arbeit notwendig. Wichtig ist, dass zu diesem Zeitpunkt vom Hygieneteam die Vorlage von schriftlichen Unterlagen und Schriftverkehr zum Thema verlangt werden kann.

Dem Hygieneteam kommt damit im Rahmen der sanitären Aufsicht eine mehrfache Rolle zu:

- Vorbereitende Tätigkeit
- Ansprechpartner für Fragen seitens der Behörde
- Erarbeitung von Lösungsvorschlägen bei tatsächlich bestehenden Mängeln

Wichtig in diesem Zusammenhang ist allerdings die Tatsache, dass es nicht in der Verantwortung des Hygieneteams als Stabstelle liegt, die dokumentierten vorgeschlagenen Maßnahmen innerhalb der Krankenanstalt auch umzusetzen.

Liegt ein so gravierender Hygienemangel vor, dass durch dessen Fortbestand eine unmittelbare Gefahr für das Leben oder die Gesundheit von Patient:innen besteht, und werden die Verantwortlichen (kollegiale Führung/Anstaltsleitung oder Krankenanstaltenträger) trotz Information durch das Hygieneteam nicht tätig, so ist es zulässig, direkt die zuständige Gesundheitsbehörde schriftlich zu informieren. Im Verdachtsfall kann eine Einschau auch unangekündigt erfolgen. Ein gravierender Hygienemangel, der Gesundheit oder Leben gefährdet, kann für alle Beteiligten (auch für das Hygieneteam) strafrechtliche Folgen haben.

§ 28 Abs. 5 Salzburger Krankenanstaltengesetz verpflichtet das Hygieneteam ausdrücklich unter bestimmten Umständen zu einer direkten Kontaktaufnahme mit der Landesgesundheitsbehörde:

„Das Hygieneteam hat alle für die Wahrung der Hygiene der Krankenanstalt wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Maßnahmen zu beschließen, welche durch die für die Umsetzung jeweils Verantwortlichen zu vollziehen sind. Werden die erforderlichen

Maßnahmen nicht innerhalb angemessener Zeit umgesetzt, hat das Hygieneteam diesen Umstand der Landesregierung anzuzeigen, die dem Rechtsträger der Krankenanstalt die Beseitigung hygienischer Missstände aufzutragen hat.“

2.2 Weitere Kontakte mit der Behörde

2.2.1 Sanitätsbehördliche Verfahren (Errichtungs- oder Änderungs-/Betriebsbewilligung von Neu-, Zu- und Umbauten, Medizinprodukte)

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten sieht vor, dass das Hygieneteam bereits in der Planungsphase von Neu-, Um- oder Zubauten beizuziehen ist. (Beispiel MA15 - Hygienerichtlinie 25) (19).

Der Wandel der medizinischen Versorgung und die Demographie erfordern Neubauten von Gesundheitseinrichtungen oder Renovierung bestehender Objekte. Die bauliche Infrastruktur kann Hygieneprozesse wesentlich unterstützen und Hygienefehler verhindern und eine sichere Umgebung für die Patient:innenversorgung zu gewährleisten. Nach Ausführung der Bautätigkeit wird eine Stellungnahme des Hygieneteams zur Erteilung der Betriebsbewilligung durch die Behörde notwendig. Das Hygieneteam ist bei hygiene relevanten Fragestellungen auch während der Bauphase – insbesondere bei erfolgten Veränderungen zum ursprünglichen Bauvorhaben – durch eine vorher (von der Projektleitung) definierte Kontaktperson einzubinden. Ebenso sind dem Hygieneteam stichprobenartige Kontrollen (z.B. zu Staubschutz, Transport, Bauabfälle) zu ermöglichen, deren Ergebnisse bei Auffälligkeiten an die Kontaktperson zu berichten sind. Am Ende der Bautätigkeit wird eine Stellungnahme des Hygieneteams zur Erteilung der Betriebsbewilligung durch die Behörde notwendig. Es ist daher vom Bauausführer eine entsprechende Dokumentation vorzulegen.

Sowohl das österreichische KAKuG §8a wie auch die *WHO Kernkomponenten für Infektionsprävention und -kontrolle* (1) sehen den Beitrag der Krankenhaushygiene für die Struktur als wesentlich. Das Hygieneteam ist für alle Belange der Hygiene, d.h. auch für z.B. Anschaffung von Medizinprodukten, beizuziehen. Für Medizinprodukte muss ein validierter Aufbereitungsprozess gemäß den einschlägigen rechtlichen Vorgaben vorliegen, um Infektionsübertragungen zu vermeiden (20) (21).

Für die eigentliche Baudurchführung muss das Hygieneteam entsprechende Hygienemaßnahmen zum Schutz der Patient:innen vor Schäden einfordern und während der Baudurchführung kontrollieren. Damit soll während der Bauphase ein hygienisch sicherer Betrieb in angrenzenden bestehenden Bauteilen oder Bereichen der Krankenanstalt gewährleistet werden. Aufgrund dieser Stellungnahme des Hygieneteams kann die Behörde Hygieneauflagen verfügen, die bei der Realisierung der geplanten Bauvorhaben zu berücksichtigen sind.

Bei der Betriebsbewilligung einer neu erbauten Krankenanstalt ist die Funktion der:des Hygieniker:in, des:der Hygienebeauftragten und - falls es sich um eine bettenführende Krankenanstalt handelt - die Funktion der Hygienefachkraft zu besetzen. Die Behörde hat sich von der bestehenden Qualifikation dieser Personen und von der Einwilligung zur Funktionsübernahme zu überzeugen. Zusätzlich sind Angaben über die Mindeststunden für die Belange der Hygiene vorzulegen. Um den Fortgang des behördlichen Genehmigungsverfahrens nicht unnötig zu verzögern, sollten diese Dokumente (Facharzt Diplom oder Diplom *Krankenhausthygiene* der Österreichischen Ärztekammer, Nachweis der Sonderausbildung in Krankenhausthygiene gem. § 70 GuKG, Zustimmungserklärung und Mindeststundenausmaß) bei der Verhandlung vorliegen.

2.2.2 Wechselseitige Kontakte zwischen Hygieneteam und Sanitätsbehörde

Grundsätzlich sind Hygieneprobleme in der Krankenanstalt im Zusammenwirken von Leitung, betroffenem Bereich und Hygieneteam zu lösen. Wird vor Ort keine Lösung gefunden, kann eine Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Amtssachverständigen hilfreich sein. Derartige Kontakte dienen der Kommunikation insbesondere in Konfliktsituationen und sind notwendig, um Missverständnissen vorzubeugen. Die Behörde gewinnt dadurch z. B. im Vorfeld einer Einschau oder eines sanitätsbehördlichen Bewilligungsverfahrens bereits eine klare Vorstellung der anzutreffenden problembehafteten Situation. Sie kann dadurch schon frühzeitig beginnen, in Kooperation mit der Krankenanstaltsleitung zielorientierte Lösungsansätze zu erarbeiten. Die Krankenanstalt wird im Regelfall von dieser einvernehmlich geführten Kommunikationskultur profitieren. Dies gilt insbesondere bei Bauvorhaben und bei der Anschaffung von hygienerelevanten Geräten.

2.2.3 Mitarbeit in krankenhaushübergreifenden Arbeitskreisen

Für eine vernetzte Tätigkeit der Hygieneteams verschiedener Krankenanstalten ist es notwendig, sich in Arbeitskreisen oder Arbeitsgruppen zu engagieren (siehe Kapitel 6).

2.2.4 Hilfestellung bei Kontrollen durch den Rechnungshof

Das Hygieneteam ist bei Kontrollen durch den (Stadt-)Rechnungshof bzw. dessen Äquivalenten in den Bundesländern eingebunden.

2.2.5 Schlussfolgerung

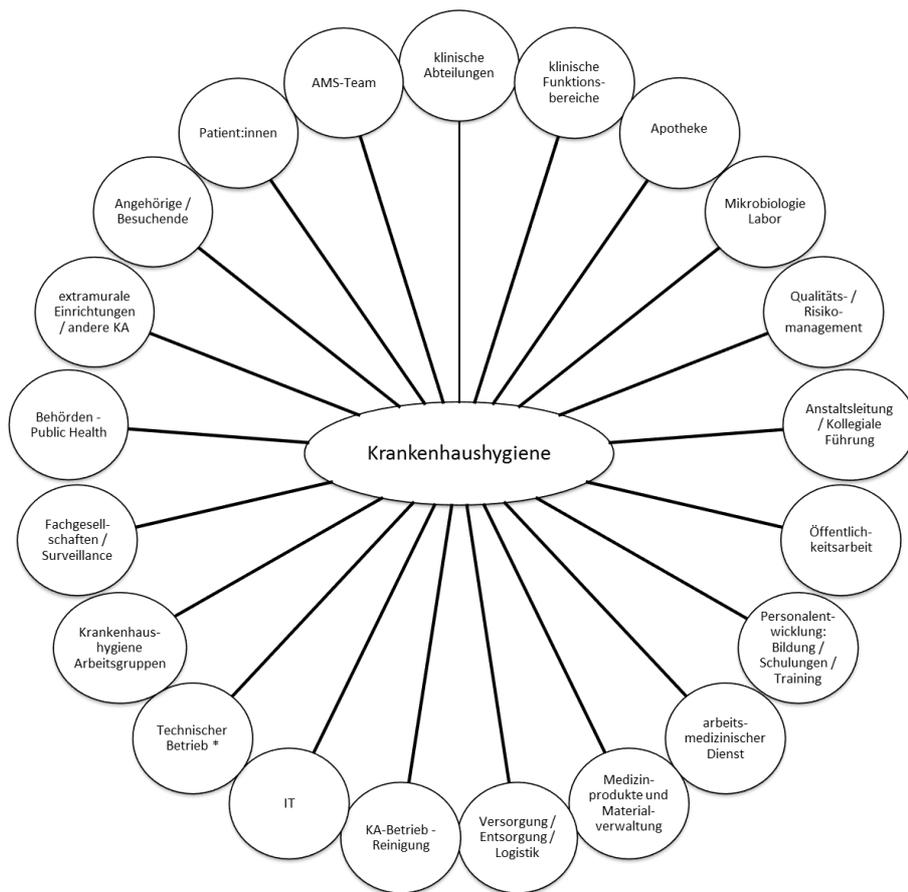
Aus der Sicht des Hygieneteams soll die durch die Behörde vorgenommene Einschau nicht nur als zusätzliche Arbeit gewertet, sondern auch als eine Gelegenheit gesehen werden, die Bedeutung der eigenen Tätigkeit gegenüber der Anstaltsleitung und dem Rechtsträger darzustellen. Eine enge Kooperation und eine positive Kommunikation mit der Behörde leisten generell gute Dienste, wenn es gilt, die Anforderungen der Krankenhaushygiene zielgerichtet umzusetzen und im Sinne des Patientenwohls zu erfüllen. Dadurch kann das Bewusstsein für den Stellenwert der Krankenhaushygiene und die Tätigkeit des Hygieneteams bei allen im Krankenanstaltenbereich beschäftigten Berufsgruppen verstärkt werden.

3 Kooperationsbereiche der Krankenhaushygiene

Die Arbeit der Krankenhaushygiene ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Zusammenarbeit mit sehr unterschiedlichen Interessenpartnern erforderlich ist. Ziel ist es, kompetenter Ansprechpartner für alle Hygienebereiche zu sein.

In der nachfolgenden Grafik ist beispielhaft das Umfeld der Krankenhaushygiene dargestellt:

Abbildung 1 Typische Kooperationsbereiche der Krankenhaushygiene



Darstellung: BMSGPK

technischer Betrieb: auch (Zentral-)sterilisation oder Sterilgutversorgung, Raumluftechnik, Med. Gase,

3.1 Antimicrobial Stewardship-Team (AMS-Team)

Ein Antimicrobial Stewardship Programm (AMS) optimiert den Gebrauch von antimikrobiell wirksamen Substanzen in Bezug auf Indikation, Auswahl, Wirkspektrum, Dosierung, Verabreichung, Therapiedauer, Nebenwirkungen und Interaktionen. Ziel ist die adäquate Auswahl von Antiinfektiva, um die Selektion und Bildung von multiresistenten Krankheitserregern zu reduzieren und eine verbesserte Patient:innenversorgung zu gewährleisten.

Das AMS-Team erstellt in Kooperation mit den jeweiligen Abteilungen Empfehlungen bezüglich des Managements von Infektionskrankheiten und sichert ihre Umsetzung durch AMS-Maßnahmen. Auch im AMS-Team nehmen Fachärzt:innen für Klinische Mikrobiologie und Hygiene und für die Krankenhaushygiene lokal verantwortlichen Ärzt:innen eine wichtige Rolle ein.

Beschreibung des Aufbaus, der Mitgliederzusammensetzung und der Funktionen des AMS-Teams sind im Qualitätsstandard *Antiinfektivaanwendung in Krankenanstalten* beschrieben, der demnächst veröffentlicht wird.

3.2 Mitarbeiter:innen des erweiterten Hygieneteams mit besonderen Aufgaben

Aufgrund der ständigen Erweiterung des Arbeitsspektrum von Hygieneteams muß in großen Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten neben den vorgeschriebenen Mitgliedern des HYTs, zusätzliche Aufgabenabhängige Unterstützung durch entsprechend ausgebildetes weiteres Personal (z.B.: Händehygieneprogramm-Verantwortliche, klinische Ablauf-Analytiker:innen, Techniker:innen, Biolog:innen, IT-Expert:innen, Kommunikationsexpert:innen, AMS-Ärzt:innen etc. sowie Expert:innen zur Unterstützung bei der technischen Beurteilungen von Medizinprodukten, Neu-, Zu- und Umbauten, epidemiologisch-statistischen Fragestellungen, Datenmanagement, Bioinformatik etc.) zur Verfügung gestellt werden (22). Die Aufgaben entsprechen den Aufgaben des HYTs und sind in der Arbeitsplatzbeschreibung abhängig vom Zeitausmaß festzulegen.

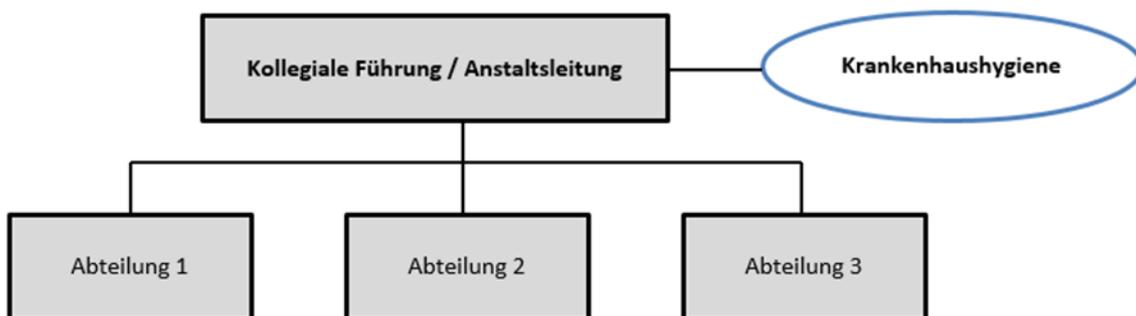
4 Das Hygieneteam und die Stellung der Krankenhaushygiene

Die Stellung des Hygieneteams ist in der Anstaltsordnung zu verankern.

Im Gesundheitswesen hat sich die moderne und effiziente Krankenhaushygiene zu einer anspruchsvollen Managementaufgabe entwickelt. Neben umfangreichem Fachwissen sind soziale Kompetenz und Kenntnisse in Kommunikation, Teamführung, Didaktik und Organisationsentwicklung, sowie Implementierungs-Know-How erforderlich. Organisatorisch kommt aufgrund der fehlenden Weisungsbefugnis ausschließlich eine Einbindung als Stabsstelle der kollegialen Führung / Anstaltsleitung in Frage.

Die Krankenhaushygiene ist eine Stabsstelle der kollegialen Führung / Anstaltsleitung.

Abbildung 2 Stellung der Krankenhaushygiene in einer bettenführenden Krankenanstalt



Darstellung BMSGPK

Somit ist das Hygieneteam der Führung des Hauses für den Bereich Krankenhaushygiene beigestellt. Das Hygieneteam hat eine beratende Funktion. Nur die kollegiale Führung / Anstaltsleitung kann dem Hygieneteam dienstliche Anweisungen erteilen. In fachlicher Hinsicht ist das Hygieneteam gegenüber der kollegialen Führung unabhängig. Grundsätzlich ist das Hygieneteam gegenüber anderen Stellen nicht weisungsberechtigt, im Einzelfall können jedoch dem Hygieneteam von der kollegialen Führung fachliche Weisungsbefugnisse gegenüber anderen Stellen übertragen werden. Die Verantwortung

für die Umsetzung von Empfehlungen des Hygieneteams trägt die kollegiale Führung / Anstaltsleitung.

4.1 Kollegiale Führung / Anstaltsleitung

- Ermöglicht dem Hygieneteam die Erfüllung seiner Aufgaben und den Aufbau notwendiger Strukturen und Ressourcen (insbesondere Personal und Infrastruktur).
- Trägt die Verantwortung für den Betrieb der Krankenanstalt nach den Regeln einer zeitgemäßen Krankenhaushygiene; insbesondere für die Schaffung der dazu erforderlichen Strukturen und für die Gewährleistung der dafür notwendigen Prozesse.
- Ermöglicht dem Hygieneteam überall, ohne vorherige Anmeldung Zugang zu allen Bereichen der Krankenanstalt – auch zu jenen Bereichen mit einem elektronischen Schließsystem
- Nimmt die Empfehlungen des Hygieneteams entgegen, sorgt für deren Umsetzung und gibt dem Hygieneteam innerhalb der empfohlenen Frist Rückmeldung.
- Ist Meinungsbildner in der Krankenanstalt im Interesse der Krankenhaushygiene und hat Vorbildfunktion.
- Nimmt Aufträge (z. B. Auflagen der Behörde) von außerhalb der Krankenanstalt entgegen und bindet in deren Umsetzung das Hygieneteam ein.

4.2 Leitendes Personal von Abteilungen, Stationen und anderen Untereinheiten

- Setzt im Auftrag der kollegialen Führung Empfehlungen des Hygieneteams um.
- Unterstützt das Hygieneteam bei der Durchführung von krankenhaushygienischen Aufgaben, die ihre Abteilung/Station betreffen.
- Teilt hygienerelevante Verbesserungspotenziale, die ihre Abteilung/Station oder die ganze Krankenanstalt betreffen, an das Hygieneteam mit.
- Ist Meinungsbildner in ihrer Abteilung/Station im Interesse der Krankenhaushygiene und hat Vorbildfunktion.

4.3 Das Hygieneteam

4.3.1 Personelle Zusammensetzung des Hygieneteams in einer Krankenanstalt

Das Hygieneteam ist eine Organisationseinheit in der Krankenanstalt. Es sind deshalb, wie für alle Organisationseinheiten einer Krankenanstalt, auch die gesetzlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung anzuwenden.

Eine optimale Prozess- und Ergebnisqualität setzt auch in der Krankenhaushygiene eine adäquate Strukturqualität voraus. (23) (24) (25).

Dem Hygieneteam sind zur Erfüllung seiner im Kapitel 6 beschriebenen Aufgaben ausreichende Personalressourcen zur Verfügung zu stellen.

Aufgaben und Funktionen

Die Mitglieder des Hygieneteams erfüllen gesetzlich definierte Funktionen, die entsprechende Qualifikationen voraussetzen:

- Funktion der/des Krankenhaushygieniker:in (Fachärzt:in für Klinische Mikrobiologie und Hygiene bzw. Hygiene und Mikrobiologie) oder der/des Hygienebeauftragten Ärzt:in (ein sonst fachlich geeigneter, zur selbstständigen Berufsausübung berechtigte/r Ärzt:in mit abgeschlossenem ÖÄK Diplom)
- Funktion der Hygienefachkraft (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit entsprechender Sonderausbildung im Bereich Krankenhaushygiene)

Bezüglich der konkreten Anzahl der Personen siehe Kapitel 8.1.3 Stellvertreter:innen mit den entsprechenden Qualifikationen und Zeitressourcen müssen vorhanden sein.

Erweitertes Team

Das Kernteam kann für die Wahrnehmung spezieller Aufgaben erweitert werden. Dazu können Angehörige aus dem ärztlichen und nichtärztlichen Dienst mit den erforderlichen Zeitressourcen bestellt und beigezogen werden (z. B. BMA, EDV-Personal, technische Mitarbeiter:innen, etc.).

Diese Mitarbeiter:innen können aber keinesfalls die Funktion de:rs Krankenhaushygieniker:in/Hygienebeauftragte:n Ärzt:in oder der Hygienefachkraft ersetzen.

4.3.2 Geschäftsordnung

Das Hygieneteam in Krankenanstalten legt in Absprache mit der kollegialen Führung/Anstaltsleitung den Inhalt der Geschäftsordnung fest. Diese hat folgendes zu umfassen:

- Aufgaben (jährliche Erstellung von Zielvereinbarungen mit der kollegialen Führung/Anstaltsleitung)
- Aufgabenverteilung
- Verantwortlichkeiten und Entscheidungsbefugnisse
- Kompetenzen
- Form und Organisation der Zusammenarbeit

4.4 Funktionsbeschreibungen

Das Hygieneteam besteht aus Mitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen. Das gesetzlich vorgeschriebene Kernteam besteht aus einer oder mehreren Hygienefachkräften (in bettenführenden Krankenanstalten) und einer/m Hygieniker:in oder hygienebeauftragten Ärzt:in. Entsprechend der Größe, Funktion und Leistungsspektrum der Gesundheitseinrichtung und aufgrund der daraus folgenden Aufgaben und Arbeitslast ist eine Differenzierung und personelle Erweiterung notwendig (s. Kapitel 8.1.3 Personalausstattung).

In Österreich werden Fachärzt:innen für Klinische Mikrobiologie und Hygiene als mikrobiologisches Sonderfach ausgebildet. Für die Tätigkeit als hygienebeauftragte:r Ärzt:in ist das ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene Voraussetzung. Für Pflegepersonen (Hygienefachkräfte) ist eine Sonderausbildung für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention vorgesehen. Für biomedizinische Analytiker:innen gibt es einen Lehrgang für Krankenhaushygiene. WHO und ECDC legen Fachwissen, Kenntnisse und Fertigkeiten in den WHO IPC Core Components bzw. in den ECDC *IPC Core Competencies* fest. Zuletzt wurde von der WHO auch das Dokument *Infection prevention and control in-service education and training curriculum* veröffentlicht (26).

Die Aufgabe des Hygieneteams ist, in multidisziplinärer Sicht, hygienische Mängel und Infektionsprobleme zu vermeiden, erkennen, etc. sowie berufsgruppenübergreifende und ganzheitliche Vorschläge zu deren Beseitigung zu machen (Beratungsfunktion). Das Wohl und die Sicherheit der Patient:innen stehen im Fokus.

Die Kompetenzen des Hygieneteams lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- Das Hygieneteam ist bei allen wichtigen Entscheidungsprozessen mit krankenhaushygienischer Relevanz beizuziehen und anzuhören. Dazu zählt auch die Einbindung bei der Planung/vor der Beschaffung von neuen hygienerlevanten Produkten/Medizinprodukten.
- Das Hygieneteam hat Stabsfunktion und Beratungskompetenz. Die Umsetzungsverantwortung trägt die Kollegiale Führung.
- Im Team müssen die Mitglieder ihre jeweilige berufsgruppenspezifische Fachkompetenz in die Entscheidungsfindungen einbringen. Der Entscheidungsfindungsprozess wird in der Geschäftsordnung festgelegt. Alle Berufsgruppen im Team müssen daher so in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, dass möglichst alle relevanten Aspekte Beachtung finden und im interdisziplinären Sinne bestmögliche Vorschläge entstehen können.
- Hinsichtlich der Inhalte der eigenen Fort- und Weiterbildung hat das Hygieneteam gegenüber der Leitung des Hauses Vorschlagskompetenz basierend auf den definierten Inhalten.

4.4.1 Krankenhaushygieniker:in und Hygienebeauftragte:r Ärzt:in

Tabelle 1 Funktionsbeschreibung: Krankenhaushygieniker:in und Hygienebeauftragte:r Ärzt:in

	Krankenhaushygieniker:in	Hygienebeauftragte:r Ärzt:in
Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Fachärzt:in für Klinische Mikrobiologie und Hygiene bzw. Hygiene und Mikrobiologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzt:in mit Berechtigung zur selbstständigen Berufsausübung • Diplom für Krankenhaushygiene der Österreichischen

		Ärztchammer (siehe www.arztakademie.at)
Qualifikation	<p style="text-align: center;">Kenntnisse über:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation und Management von Gesundheitseinrichtungen • Med. Mikrobiologie und AMR • Präventivmedizin • Grundlagen des öffentlichen Gesundheitswesens • Meldewesen und der Meldepflicht • rechtliche Grundlagen der Gesundheitsvorsorge und Infektionsprävention und der einschlägigen Rechtsvorschriften bezüglich des österreichischen Gesundheitswesens und des Sozialversicherungssystems • Grundkenntnisse der Arbeitsmedizin • Ökonomische und ethische Aspekte des medizinischen Handelns • Patient:innensicherheit • Kommunikation mit allen Stakeholdern und Mitarbeitern einer Krankenanstalt, des öffentlichen Gesundheitswesens, Patient:innen und Angehörigen, Öffentlichkeitsarbeit 	
Funktionsspezifische Fort- und Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none"> • Eine fachspezifische (hygienerrelevante) und persönlichkeitsbildende Aus- und Fortbildung ist im Mindestausmaß von 10 Tagen pro Jahr zu planen. • Kurse für umfassende Erfahrung mit Infektionen (Diagnostik/Therapie /ABS Programme); pädagogische Kenntnisse für Schulungen und Training sind zu absolvieren • Die Fort- und Weiterbildung sollte z. B. nachfolgende Themen umfassen: <ul style="list-style-type: none"> – Mikrobiologie und Immunologie – Antibiotikastrategien – Unterstützung im Bereich der ABS-Strukturen – Aufrechterhaltung der klinischen Kompetenz – Epidemiologie und Infektionsüberwachung – Datenverarbeitung und Datenschutz – Med. Statistik und Analyse – Kommunikationstechnik – Epidemiologie und deskriptive Statistik – Organisationsentwicklung – Informationsmanagement – Qualitätsmanagement und Prozessmanagement – Risikomanagement – Absolvierung einschlägiger Managementkurse – Präsentationstechniken, Didaktik – Wasser- und Abfallwirtschaft (Aufbereitung, i.S. Desinfektion und Sterilisation, Hygiene bei Neu-, Zu- und Umbauten, etc.) – Technische Hygiene 	

	<ul style="list-style-type: none"> – Konfliktmanagement
Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Die Aufgaben entsprechen den Aufgaben des Hygieneteams (siehe Kapitel 6). • Die Aufteilung der Aufgaben innerhalb des Hygieneteams ergibt sich aus der Basisqualifikation (pflegerisch/medizinisch) und aus Festlegungen in der Geschäftsordnung.
Verantwortlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen für die Hygiene in einer Krankenanstalt
Vertretungen	<ul style="list-style-type: none"> • Vertretungsbefugt ist eine entsprechend der Ausbildung und Kompetenz fachlich geeignete Person mit den erforderlichen Ressourcen.

4.4.2 Hygienefachkraft

Tabelle 2 Funktionsbeschreibung: Hygienefachkraft

Anforderungen/Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung lt. GuKG zur:m Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:in • Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene lt. GuKG § 70 • Mindestens 3 Jahre Berufspraxis • wünschenswert: <ul style="list-style-type: none"> – Funktionsspezifische Fort- und Weiterbildungen – Weiterbildung zur Stationsleitung
Funktionsspezifische Fort- und Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none"> • Eine fachspezifische (hygienerrelevante) und persönlichkeitsbildende Aus- und Fortbildung ist im Mindestausmaß von 10 Tagen pro Jahr zu planen. • Die Fort- und Weiterbildung sollte z. B. nachfolgende Themen umfassen: <ul style="list-style-type: none"> – Mikrobiologie und Immunologie – Epidemiologie und Infektionsüberwachung – Allgemeine med. Statistik und Analyse, Interpretation, wissenschaftliche Methodik – Datenverarbeitung und Datenschutz – Organisationsentwicklung – Informationsmanagement – Qualitätsmanagement und Prozessmanagement – Risikomanagement – Präsentationstechniken, Didaktik

	<ul style="list-style-type: none"> – Schulung des Personals, Entwicklung von pädagogischen Fähigkeiten – Internationaler Erfahrungsaustausch – Wasser- und Abfallwirtschaft – Technische Hygiene – Konfliktmanagement – Absolvierung einschlägiger Managementkurse
Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Die Aufgaben entsprechen den Aufgaben des Hygieneteams (siehe Kapitel Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.). • Die Aufteilung der Aufgaben innerhalb des Hygieneteams ergibt sich aus der Basisqualifikation (pflegerisch/medizinisch) und aus eventuellen Festlegungen in der Geschäftsordnung.
Verantwortlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen für die Hygiene in einer Krankenanstalt • Fachlich richtige Durchführung der Aufgaben des Hygieneteams (siehe Kapitel Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.)
Vertretungen	<ul style="list-style-type: none"> • Vertretungsbefugt ist eine fachlich geeignete Person mit der gleichen Qualifikation. Die erforderlichen Ressourcen sind vom Arbeitgeber zu gewähren. Im Sinne der Qualitätssicherung zur Beibehaltung der Prozessqualität ist in kleinen Organisationseinheiten bei geplanten Abwesenheiten die Vertretung zwischen sowie innerhalb der Berufsgruppen möglich, wobei fachliche Qualifikationen (aufgrund des Berufsrechts) nicht überschritten werden dürfen.

4.4.3 Biomedizinische:r Analytiker:in

Tabelle 3 Funktionsbeschreibung: Biomedizinische:r Analytiker:in

Anforderungen/Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> • Berufsberechtigung lt. MTD-Gesetz 2024 zur:m Biomedizinischen Analytiker:in • Fortbildungsdiplom in Krankenhaushygiene für Biomedizinische Analytiker:in (dzt. gemäß §38 MTD-Gesetz 2024) • Mindestens 3 Jahre Berufspraxis • Wünschenswert: <ul style="list-style-type: none"> – Weiterbildung zur leitenden MTD
------------------------------------	--

Funktionsspezifische Fort- und Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none"> • Fachspezifische und persönlichkeitsbildende Fort- und Weiterbildung: Wird im Mindestausmaß von 10 Tagen pro Jahr empfohlen • Fort- und Weiterbildungen sollten nachfolgende Themen umfassen: <ul style="list-style-type: none"> – Epidemiologie und Infektionsüberwachung – Hygiene und Mikrobiologie – Allgemeine med. Statistik und Analyse, Interpretation, wissenschaftliche Methodik – Konfliktmanagement – Projektmanagement und Präsentationstechniken – Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung – Absolvierung einschlägiger Managementkurse
Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Die Aufgaben entsprechen den Aufgaben des Hygieneteams (siehe Kapitel 6). • Die Aufteilung der Aufgaben innerhalb des Hygieneteams ergibt sich aus der Basisqualifikation als BMA und aus eventuellen Festlegungen in der Geschäftsordnung des Hygieneteams.
Verantwortlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen für die Hygiene in einer Krankenanstalt • Fachlich richtige Durchführung der Aufgaben des Hygieneteams (siehe Kapitel Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.) • Fachliche Richtigkeit und Aktualität der gegenständlichen labortechnischen Probennahmen und Untersuchungen
Vertretungen	<ul style="list-style-type: none"> • Vertretungsbefugt ist eine fachlich geeignete Person mit der gleichen Qualifikation und den erforderlichen Ressourcen.

Grundsätze und Erläuterungen zu BMA im Hygieneteam:

Ein:e BMA kann die Agenden einer Hygienefachkraft nicht übernehmen, weil die Berufsbilder und Qualifikationen sehr unterschiedlich sind. In einem größeren Hygieneteam können aber beide Berufsgruppen einander sehr gut ergänzen und in Summe einen größeren Qualifikationsbereich abdecken.

BMA sind daher erst in Hygieneteams ab zwei nichtärztlichen Vollzeitäquivalenten/Dienstposten möglich und erst dann, wenn die gesetzlich vorgesehenen pflegerischen Agenden personell voll abgedeckt sind, d. h., sobald mindestens eine Hygienefachkraft und deren vollwertige Vertretung bestellt sind.

Die Tätigkeitsschwerpunkte der:s BMA sollen mit deren spezifischer Qualifikation und Kompetenz abgestimmt sein. Beispiele:

- Erreger- und Resistenzerfassung
- Mikrobiologische Aspekte der Infektions-Surveillance
- Spezielle krankenhaushygienisch-mikrobiologische Labortätigkeiten, z.B. Typisierung von hygienisch-relevanten Mikroorganismen, Führung der Stammsammlung
- Umgebungskontaktkulturen

Diese Tätigkeiten sind in Kooperation mit dem mikrobiologisch diagnostischen Laboratorium der Institution und anderen relevanten Partnern (z. B. Referenzzentren) sinnvoll abzustimmen.

5 Kooperationspartner:innen

5.1 Hygienekontaktpersonen aus dem pflegerischen und ärztlichen Bereich

Zur Unterstützung des Hygieneteams sind Hygienekontaktpersonen aus dem pflegerischen und ärztlichen Bereich in allen Krankenanstaltenbereichen zu nominieren. Diese nehmen eine Schlüsselfunktion ein, indem sie die Anliegen der Krankenhaushygiene im eigenen Arbeitsbereich vertreten und dadurch gleichzeitig als Multiplikatoren der Krankenhaushygiene in ihrem Bereich fungieren. Sie arbeiten eng mit dem Hygieneteam zusammen.

Ihre Funktion soll seitens der Krankenanstaltenleitung und der Bereichsleitung anerkannt sein und dafür auch die notwendigen Zeit- und sonstige Ressourcen bereitgestellt werden. Die Bekanntgabe der jeweiligen Personen sowie deren Aufgaben, beispielsweise im Intranet, auf Informationstafeln oder in der Krankenanstaltenzeitung, stellen einen wichtigen Faktor zur Akzeptanz und Implementierung der Kontaktpersonen dar.

Die Tätigkeiten umfassen u.a.:

- Informationsweitergabe von Hygiene-Inhalten
- Mithilfe bei der Umsetzung von Hygiene vor Ort
- Rückmeldung von den lokalen hygienischen Problemstellungen
- Koordinierungen und Mithilfe bei Hygiene-Schulungen

In der Core component 5 der *WHO Multimodal strategies* (1) werden für deren Implementierung sog. „champions“ genannt. Das sind Personen mit Vorbildfunktion und Verantwortung für hygienisches Arbeiten in allen medizinischen Fächern. Die klinische Leitung muss diese Personen ernennen und deren Funktion und das dafür notwendige Zeit-Aliquot der Hygienekontaktpersonen aus dem ärztlichen Bereich unterstützen.

Besonders wichtig ist es, Kontaktpersonen aus allen relevanten Berufsgruppen zu benennen. Für Krankenabteilungen soll jeweils eine Pflegeperson und ein:e Ärzt:in zur Verfügung stehen. Für beide Berufsgruppen ist ein österreichweiter Standard für eine Grundausbildung anzustreben.

Welche Voraussetzungen sollte eine Kontaktperson mitbringen?

- Freiwilligkeit für die Ausübung der Funktion
- Interesse für Krankenhaushygiene
- Möglichkeit und Bereitwilligkeit zur Teilnahme an Kontaktpersonentreffen
- Bereitschaft, als Ansprechpartner und Multiplikator zu fungieren

Mögliche Aufgaben einer Kontaktperson

- Teilnahme an Kontaktpersonentreffen
- Weitergabe von Informationen des Hygieneteams an die Mitarbeiter:innen des jeweiligen Bereiches
- Pflege und Betreuung der Hygienemappe des Bereiches
- Ansprechpartner:in sein für hygienerelevante Probleme innerhalb der Station
- Ansprechpartner:in und Schlüsselperson sein bei der Durchführung der Infektionserfassung

Kontaktpersonentreffen

- In Form von regelmäßigen Treffen, die als Dienstzeit anerkannt werden sollen, werden die Kontaktpersonen betreut, geschult und informiert.

Ziele der Treffen

- Information über aktuelle Themen und Vorhaben des Hygieneteams
- Möglichkeit zur Besprechung und Bearbeitung anstehender Hygieneprobleme
- Fortbildung zu konkreten Hygienethemen
- Feedback zu einschlägigen Richtlinien, Standards und Empfehlungen auf Aktualität, Praxisrelevanz und Durchführbarkeit

6 Aufgaben des Hygieneteams

Das Festlegen der Aufgaben und Verantwortlichkeiten ist eine der Voraussetzungen für effizientes Arbeiten in Hygieneteams.

Notwendige Grundlagen für die Weiterentwicklung der Organisation und Aufgaben der Krankenhaushygiene wurde in Österreich in PROHYG 2002 erstmals beschrieben.

Die WHO hat im Jahr 2016 die Kernkomponenten für die Etablierung von Infektionsprävention und -kontrolle (IPC, Infection Prevention and Control) in Gesundheitseinrichtungen festgehalten (1). Anfang des Jahres 2022 wurde von der WHO das Programm („Health Topic“) „Infection Prevention and Control“ (Healthsystems) sowohl auf globaler wie auch auf regionaler Ebene etabliert (10), in dem vor allem die fachliche Funktion des Hygieneteams festgehalten ist.

Diese Publikationen und Programme sind notwendige Grundlagen für die Weiterentwicklung der Krankenhaushygiene.

Das Hygieneteam ist als beratendes Organ vor Ort nicht selbst für die Umsetzung der Empfehlungen verantwortlich. Bei Feststellung von hygienischen Mängeln in der Krankenanstalt liegt es auch in der Verantwortung des Hygieneteams, die aus fachlicher Sicht und dem Stand des Wissens notwendigen Maßnahmen zu empfehlen und Vorschläge in organisatorischer Hinsicht zu machen, damit hygienisch einwandfreie Abläufe erreicht werden.

6.1 Kernaufgaben

- Erstellung und Aktualisierung eines allgemeinen Hygieneplanes für die gesamte Gesundheitseinrichtung.
- Erstellen von Hygienerichtlinien, deren Verbreitung in der Gesundheitseinrichtung und die Versionspflege.
- Durchführung von Hygieneaudits: Regelmäßige Begehungen aller Bereiche der Krankenanstalt zur Beobachtung (Audit), Feedback und Optimierung hygienisch relevanter Tätigkeiten in Patient:innen-Bereichen bzw. anderen hygiene-relevanten

Bereichen. Feedback - gegebenfalls nach eingehender Ablaufanalyse - erfolgt mündlich am besten gemeinsam mit den Betroffenen, um gemeinsam eine Lösung zu finden. Es ist auch schriftliches Feedback möglich

- Beratung und Unterstützung bei der Erstellung und Aktualisierung der bereichs- und abteilungsspezifischen Hygieneunterlagen
- Beratung bei der Ausarbeitung von abteilungsspezifischen Desinfektionsplänen der Patientenumgebung und zur Aufbereitung (Reinigung, Desinfektion und Sterilisation) von Geräten und Medizinprodukten
- Beratung bei der Ausarbeitung von abteilungsspezifischen Richtlinien im Zusammenhang mit hygienerelevanten Tätigkeiten und Arbeitsabläufen.
- Durchführung von strukturierten Hygienevisiten aller hygienerelevanten Bereiche in einer Krankenanstalt gemeinsam mit den Nutzern oder Betreibern, Besprechung/Feedback und Protokoll hinsichtlich Zustand und Abläufe im jeweiligen Bereich. Diese Visite wird dokumentiert. Dieses Dokument soll die Nutzer:innen/Betreiber:innen bei Verbesserungen und der dafür notwendigen Ressourcen unterstützen.
- Information zu hygienisch relevanten Themen in der Krankenanstalt
- Beratung, Schulung und Training des Personals in Hygiene-Angelegenheiten (alle hygienerelevante Fragestellungen), Abhaltung von innerbetrieblichen Fortbildungen und Schulungen in Zusammenarbeit mit den Hygienekontaktpersonen
- Tätigwerden bei Verdacht auf epidemische Krankenhausinfektionen und Ausbruchsmanagement.
- Beratung der Leitungen im Falle von Infektionsausbrüchen in der Gesundheitseinrichtung sowie bei Pandemien und Epidemien (Epidemiologie, Hygienemaßnahmen)
- Rasche Durchführung von Nachforschungen schon bei Verdacht auf eine Häufung von Infektionen oder beim Auftreten von verdächtigen mikrobiologischen Befunden
- Initiierung von gezielten mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen im Anlassfall
- Frühzeitige Beiziehung von und Zusammenarbeit mit externen Spezialisten, die in besonderen Fällen auf Empfehlung des Hygieneteams, durch die kollegiale Führung / Anstaltsleitung oder auch auf Veranlassung der Behörde beigezogen werden
- Mitwirkung bei der Einführung neuer Mitarbeiter:innen einer Krankenanstalt bezüglich hygienerelevanter Themen
- Konsile bei Patient:innen bezüglich Hygiene bei hygienerelevanten Erregern bzw. Erstellung von Unterlagen wenn nicht ausreichend Personalressourcen dafür vorhanden sind

- Implementierung und Kontrolle von neuen hygienischen Abläufen bei unvorhergesehenen Infektionssituationen (Pandemie, neue Infektionen etc.) oder bei Struktur- oder Organisationsänderungen („Change-Management“)
- Koordination und Information von hygiene-relevanten Informationen an alle betroffenen Bereichen und Einrichtungen der Krankenanstalt
- Beratung und Abstimmung mit hygienisch-relevanten technischen oder betriebsorganisatorischen Abteilungen einer Gesundheitseinrichtung (Logistik, Betriebsabteilung, Entsorgung, Wasserhygiene, Raumluftechnik etc.)
- Sicherstellung der Durchführung sämtlicher Anforderungen an die technische Hygiene, z.B. Probenahme von Wasserproben, Geräteüberprüfungen. Diese Überprüfungen können entweder selbst durchgeführt oder nach extern vergeben werden
- Beratung der Leitung der Gesundheitseinrichtung bezüglich hygienischer Belange
Absprache eines Jahresplans bezüglich hygienischer Projekte für das laufende Jahr mit der Leitung der Gesundheitseinrichtung (Festlegung)

Surveillance von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen, hygiene-relevanten Erregern und AMR (patientenbezogen)

- Initiierung, Koordination und Begleitung einer Surveillance von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und Patient:innen mit multiresistenten Erregern sowie Mitarbeit bei der Festlegung von deren Art und Umfang
- Vorschlag für und Mitwirkung bei Steuerungsmaßnahmen gegen Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen auf Basis von Surveillance-Ergebnissen
- Kenntnis und Diskussion der Erreger- und Resistenzstatistiken sowie Mitwirkung bei der Erstellung eines Konzeptes zur wirksamen Eindämmung von Erregerselektion und Resistenzentwicklungen;
- Vermittlung der Ergebnisse und daraus resultierender hygienischen Empfehlungen an die jeweiligen Abteilungen/Krankenhausleitung
- Kooperation mit dem AMS Team der Gesundheitseinrichtung

Mitwirkung bei der Planung und Organisation bei hygienischen Sachfragen des Hauses

- Beiziehung bei Neu-, Zu- und Umbauten durch die Krankenanstaltenleitung bei der Planung
- Fachliche Stellungnahmen für behördliche Errichtungs- oder Änderungsbewilligungen bzw. Betriebsbewilligungen im Rahmen von Neu-, Zu- und Umbauten in der

Krankenanstalt. Die Beiziehung des Hygieneteams hat in jedem Fall VOR den jeweils angeführten Aktivitäten (Planung Umbau/Planung Anschaffung, etc.) zu erfolgen.

- Das Hygieneteam ist frühzeitig über geplante Neu-, Zu- und Umbauten zu informieren.
- Beratung bei Beschaffung (gegebenenfalls bereits bei der Planung) von Medizinprodukten, Geräten und Gegenständen von denen eine Infektionsgefahr ausgehen kann im Sinne des Medizinproduktegesetzes, sodass durch eine einfache und sichere Aufbereitung (Reinigung, Desinfektion und/oder Sterilisation) keine Infektions(erreger)übertragung im laufenden Betrieb erfolgt.
- Beratung bei der Beschaffung (Ausschreibung) von Desinfektionsmitteln und Erstellung der Desinfektionsmittelliste (siehe auch Desinfektionsplan)
- Mitarbeit in Arbeitskreisen und Kommissionen der Krankenanstalt bei hygiene relevanten Themen
- Mitarbeit bei der Erstellung von Notfall- und Katastrophenplänen

Qualitätssicherung für die Strukturen und Abläufe der Hygienearbeit

- Besprechung hygiene relevanter Themen innerhalb des Hygieneteams
- Protokollierung aller Besprechungs- und Begehungsergebnisse und im Regelfall Weiterleitung der Protokolle an die Gesprächsteilnehmer:innen
- Weiterleitung der Ergebnisse an die für die Umsetzung verantwortlichen Personen (z. B. Abteilungsleitung oder kollegiale Führung / Anstaltsleitung)
- Aufbau und Pflege eines „Hygiene-Netzwerkes“ im Hause (Kontaktpersonen, kollegiale Führung / Anstaltsleitung, Einkauf, Haustechnik, IT, mittleres Management, uvm.) durch anlassbezogene oder regelmäßige Treffen

Personalentwicklung und Erfahrungsaustausch für die Mitglieder des Hygieneteams

- Kontinuierliche fachliche Weiterbildung für alle Mitglieder des Hygieneteams, damit der aktuelle Stand des Wissens gewährleistet ist
- Vertiefung der Fähigkeiten in Kommunikation und Managementaufgaben
- Erfahrungsaustausch mit Mitgliedern anderer Hygieneteams regional und bei Bedarf auch national und international
- Aktive Mitarbeit in Krankenhaushygiene-Arbeitsgruppen des eigenen Bundeslandes, in Österreich und, wenn sich die Möglichkeit ergibt, auch grenzüberschreitend

6.2 Fakultative Aufgaben des Hygieneteams

Je nach Festlegung in der Krankenanstalt und dem Vorhandensein von zeitlichen und personellen Ressourcen können folgende Aufgaben vom Hygieneteam teilweise - in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen -, zeitlich befristet oder ständig wahrgenommen werden:

- Beratung bei der Erstellung des Leistungskataloges für den Reinigungsdienst
- Initiierung externer Hygieneüberprüfungen im Bedarfsfall
- Beratung zu Hygienefragen im Zusammenhang mit der Abfallentsorgung
- Unterrichtstätigkeit in Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens
- Lehre und Forschungsprojekte
- Initiieren von bzw. Mitwirken bei Studien zur Schaffung von Evidenz für die Wirksamkeit von Hygiene und Hygienemaßnahmen
- Öffentlichkeitsarbeit innerhalb und außerhalb der Krankenanstalt (Berichte, Veranstaltungen, Vorträge, Publikationen, Beiträge im Intranet und Internet ...)

7 Priorisierung von Arbeitsthemen

Um die Arbeit des Hygieneteams erfolgreich zu machen, müssen die Aufgaben entsprechend den vorhandenen Ressourcen so priorisiert werden, dass sie den Anforderungen am besten entsprechen. Verwaltung und Dokumentation nehmen viel Zeit in Anspruch, sind aber bei Rückfragen, für die Wahrung der Kontinuität über einen längeren Zeitraum, bei Gewährleistung oder Schadenfällen und zur Erstellung von Gutachten sowie als Grundlage für Qualitätssicherungsprojekte und Veränderungsmanagement alternativlos.

Die Priorisierung erfolgt nach der Grundregel der Minimierung des größten Risikos. Für die Routinearbeit heißt das Priorisierung von Bereichen mit schwerkranken Patient:innen und mit hoher Infektionsgefahr, nicht gleich behebbare Mängel, hohes Arbeitsaufkommen durch Begleitung und Kontrolle, Gebrechen, akut auftretende Gefahren von außen (z.B. Epidemien, Pandemien, „neue“ Infektionskrankheit) und Veränderungen in der Betriebsorganisation oder der Struktur.

Dafür sollten folgende Regeln beachtet werden:

- Krankenhaushygiene steht auf zwei Säulen: „Erkennen und Überwachen von Infektionen“ (Surveillance, Ausbrüche, Epidemien etc.) und hygienische Maßnahmen („Verhüten und Bekämpfen von (Gesundheits-assoziierten) Infektionen“). Evidenz schaffen und daraus Präventivmaßnahmen entwickeln und setzen sind unverzichtbar.
- Mindestens ein Drittel der Arbeitskapazität (phasenweise mehr als die Hälfte) muss für Unvorhergesehenes und für ungeplante Interventionen reserviert bleiben.
- Etwa ein Drittel der Arbeitskapazität soll geplanten, gut definierten und systematischen Projektarbeiten dienen. Das sind Projekte zur Verbesserung der Hygiene oder die Implementierung von neuen Methoden für die Infektionsbekämpfung, Qualitätssicherung oder Veränderungen von Abläufen.
- Das restliche Drittel dient Regularien und Periodika (Teambesprechungen, Kommissionssitzungen, Fixterminen mit Organen der Krankenhausleitung usw.).
- Die Arbeitsschwerpunkte müssen periodisch und bewusst immer wieder ausbalanciert und neu gesetzt werden (z. B. in Form eines Jahresplanes). Durch entsprechende Flexibilität müssen ungewöhnliche Ereignisse abgedeckt werden

8 Erforderliche Ressourcen

Die Erfüllung der Aufgaben des Hygieneteams ist nur mit ausreichenden personellen Ressourcen und einer adäquaten Infrastruktur (sachlichen Ausstattung/Strukturqualität) möglich.

Eine optimale Prozess- und Ergebnisqualität setzt auch in der Krankenhaushygiene eine adäquate Strukturqualität voraus. Die Ressourcen des Hygieneteams müssen daher der Größe, dem Versorgungsauftrag und den Leistungen (auch Leistungsspektrum) der Gesundheitseinrichtung entsprechen.

8.1 Personelle Ressourcen des Hygieneteams

8.1.1 Voraussetzungen für effiziente Infektionskontrolle

Durch die ständige Weiterentwicklung der medizinischen Diagnostik und Therapie aber auch der Strukturen von Krankenanstalten sowie der zunehmend multimorbiden Patientenpopulation werden auch die Aufgaben der Krankenhaushygiene immer komplexer und umfassender. War früher die systemisierte Bettenanzahl einer Krankenanstalt ein Schlüsselfaktor bei der Zuteilung der Hygieneressourcen, so bildet das heute die meisten Krankenanstaltenstrukturen (Tageskliniken, Tages-OP-Zentren, etc.) nicht mehr vollständig ab. Bei der Aufgabenteilung sind daher neben den jeweiligen berufsgruppenspezifischen Aspekten sowie Befähigungen und Kenntnissen der einzelnen Teammitglieder auch die jeweiligen betriebsorganisatorischen Krankenanstaltenstrukturen sowie das Leistungsspektrum zu berücksichtigen (1) (27).

Herausforderungen für die Implementierung und Aufrechterhaltung der Krankenhaushygiene

- Veränderungen medizinischer Leistungen, u.a. Zunahme minimal-invasiver Maßnahmen mit und ohne Implantation von Fremdmaterial
- Verlagerung stationärer Behandlungsformen in ambulante oder teilstationäre Versorgung

- Vermehrtes Auftreten neuer und alter Infektionskrankheiten durch Migration, Reisetätigkeit und Klimawandel
- Einrichtungen im Umfeld und Nahebezug zu Gesundheitseinrichtungen und medizinische/diagnostisch/therapeutische Zusatzangebote außerhalb der GE welche aufgrund der Geschäftsformen jedoch der GE zugeordnet werden
- Neue Behandlungsmethoden
- Zunahme von Infektionserregern mit speziellen Resistenzen und/oder Multiresistenzen, die Aufnahmescreening, Isolierung oder Kohortierung und erweiterte Dokumentation erfordern
- Laufende Reorganisationmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen (Change-Management, Schnittstellenmanagement)
- Änderung der Betriebsorganisation, z.B. mehr Nutzung von externen Dienstleistungen
- Fluktuation des Personals in und zwischen Gesundheitseinrichtungen
- Personalmangel
- Zunahme von Patient:innen mit bestehenden Risikofaktoren für Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen
- Auftreten neuer Infektionserreger
- Zunahme von Patient:innen mit Immuninkompetenz
- Persistenz von COVID-19 und damit assoziierte Präventionsmaßnahmen gegen Übertragung in einer Gesundheitseinrichtung
- Surveillance von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und multiresistenten Erregern als behördliche und gesetzliche Verpflichtung
- Hoher Bedarf an gezielter hygienischer Schulung für alle der verschiedensten Berufsgruppen in der Gesundheitseinrichtung
- Auslagerung von Gesundheitsleistungen in den ambulanten und tagesklinischen Bereich mit Zunahme der Leistungen und Patient:innenzahlen wie auch hygienerelevanter Fragestellung und Anforderungen (Surveillance)
- Steigender Arbeitsaufwand bei besonderen Ereignissen(Pandemie)

8.1.2 Personalressourcen international

Die deutsche Empfehlung für *Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen*, veröffentlicht 2023 von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Berlin (28), lautet:

Der Bedarf an Betreuung und Beratung durch Hygienefachpersonal lässt sich aus Größe (Anzahl der Betten), Risikoprofil der Patienten, Art und Umfang der Funktionsabteilungen und bei der Tätigkeit des KHH zusätzlich aus der strukturellen Komplexität der Einrichtung abschätzen.

Die Bewertung des Risikoprofils sollte in einem Konsens zwischen den leitenden Ärzt:innen, der Krankenhausleitung und der:dem Krankenhaushygieniker:in erfolgen.

Abbildung 3 Risikoeinstufung

Tab. 8 Einstufung von Maßnahmen/Patienten und Bereichen in Bezug auf das Infektionsrisiko sowie die Folgen von auftretenden Infektionen (Beispiele)			
Maßnahmen			
Risiko	<i>Hoch</i>	<i>Mittel</i>	<i>Niedrig</i>
	<ul style="list-style-type: none"> — Intensivmedizinische oder vergleichbare Betreuung — Komplexbehandlungen — Betreuung isolierter Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> — Alle Operationen — Invasive Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> — Konservative Diagnostik und Therapie
Patienten und Bereiche			
Risiko	<i>Hoch</i>	<i>Mittel</i>	<i>Niedrig</i>
<i>Stationär</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Immunsupprimierte/-defiziente Patienten mit signifikant erhöhtem Infektionsrisiko — Transplantationsbereiche (Stammzell- und Organtransplantationen) — Polytraumatisierte Patienten — Schwerebrandverletzte — Alle Intensivpatienten (auch neonatologische Intensivstationen der Versorgungsstufen I und II) — Weaningpatienten in Weaningzentren und -stationen — Beatmete und tracheotomierte Patienten in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B nach BAR) 	<ul style="list-style-type: none"> — Chirurgische Fächer — Gynäkologie — Geburtshilfe — Stroke Unit — Intermediate Care — Interventionelle Radiologie — Operative Dermatologie — Patienten mit systemischer antineoplastischer Therapie (Chemotherapie; auch in Rehabilitationseinrichtungen) — Dialyse — Nicht-beatmete und nicht-tracheotomierte Patienten der neurologischen Frührehabilitation (Phase B nach BAR, nur nicht-beatmete Patienten) 	<ul style="list-style-type: none"> — Psychiatrie — Konservative Medizin der versch. Fachrichtungen (z. B. Innere Medizin, Geriatrie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, Neurologie, Radiologie) — Akutkrankenhäusern angeschlossene Rehabilitationsabteilungen — Patienten der neurologischen Frührehabilitation (Phase C nach BAR)
<i>Ambulant und teilstationär</i>	—	<ul style="list-style-type: none"> — Ambulante Operationen — Ambulante, invasive Diagnostik (z. B. Endoskopien) — Ambulante/teilstationäre Dialyse — Ambulante systemische antineoplastische Therapien (Chemotherapien) 	<ul style="list-style-type: none"> — Behandlungsbereiche ohne invasive Maßnahmen und Diagnostik (inkl. Tageskliniken)

BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Quelle: RKI

Abbildung 4 Bedarf an Krankenhaushygiene und Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung

Tab. 9 Bedarf an KHH pro Betten gemäß Risikoeinstufung analog zu Tab. 8		
Betten-führende Abteilungen	Hoch (A)	1: 1000 Betten
	Mittel (B)	1: 2000 Betten
	Niedrig (C)	1: 5000 Betten

Tab. 10 Bedarf an Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung analog zu Tab. 8		
Betten-führende Abteilungen	Hoch (A)	1: 100 Betten
	Mittel (B)	1: 200 Betten
	Niedrig (C)	1: 500 Betten

Quelle: RKI

Je nachdem wie viele Patient:innen grundsätzlich in der Einrichtung bzw. auf einer bestimmten Station behandelt werden, welches Risiko die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit sich bringen und welche Disposition bei den behandelten Patient:innen vorliegt, ist ein unterschiedlich hoher Bedarf für krankenhaushygienische Tätigkeiten zu erwarten.

Die vorliegenden Bedarfsberechnungen beziehen sich ausschließlich auf die Krankenversorgung. Insbesondere in Kliniken der Maximalversorgung, wie z. B. Universitätskliniken bzw. größeren akademischen Lehrkrankenhäusern, ergeben sich zusätzliche Bedarfe sowohl für Krankenhaushygieniker:innen als auch für HFK durch:

- Lehre,
- Forschung,
- Aus- und Weiterbildungstätigkeit,
- krankenhaushygienische Labortätigkeit und
- Beratung von Behörden und ÖGD.

Dieser Zusatzbedarf ist nicht Gegenstand der vorliegenden KRINKO-Empfehlung und bedarf separater Berücksichtigung und Berechnung.

IPC core components der WHO

In den IPC core components der WHO zur Infektionskontrolle wird festgehalten, dass entsprechend fachlich ausgebildete Hygieneexpert:innen in den Krankenanstalten vor Ort arbeiten müssen und deren Zahl wird mit einem Minimum von 1 Vollzeitäquivalent pro 250 Betten vorgesehen. Im Hinblick auf die zunehmenden Fortschritte in Diagnostik und Therapie mit vermehrt multimorbiden, komplexen Patient:innen und dementsprechend angepassten erweiterten Leistungsspektren der Krankenanstalten, verändert sich auch deren Versorgungsauftrag.

In einem von der WHO im Jahr 2022 herausgegebenen Dokument (29) wird unter Punkt PP5 klar festgestellt, dass Infektionskontrolle/Krankenhaushygiene eine wissenschaftlich-klinische Disziplin ist, die entsprechend fachlich ausgebildete Expert:innen (Zitat: *dedicated specialist health work force*) zur Wahrung der Prävention von Infektionskrankheiten im Krankenhaus vor Ort braucht. Weiters wird unter Punkt PP14 festgestellt, dass Krankenhaushygiene eine kritische Rolle bei der Prävention und zeitgerechten Reaktion auf Public Health Risiken und Notfällen spielt, wie jüngst am Beispiel der Corona Pandemie demonstriert.

Analysen des ECDC auf Basis der Punkt-Prävalenz-Untersuchung 2015/2016 ergaben, dass die Anzahl der vorhandenen bzw. nicht vorhandenen Hygienefachkräfte mit der Prävalenz von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und AMR zusammenhängt. Zahlen für „Hygieneärzt:innen“ sind weniger klar, weil es in vielen europäischen Staaten keine Fachärzt:innen für Klinische Mikrobiologie und Hygiene oder für die Belange der Hygiene zuständige Ärzt:innen in Krankenanstalten gibt. Die Empfehlung wird daher auf 1 HFK auf 100 Betten in eine KA lauten (1) (30) (31). Grundsätzlich lässt sich schließen, dass Leistung und Leistungsspektrum einer Krankenanstalt und die Aufgaben des Hygieneteams die Anzahl der Hygienefachkräfte und -ärzt:innen bedingen (32).

8.1.3 Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung

Die folgenden Empfehlungen für die Personalausstattung setzen die Verfügbarkeit von administrativer Kapazität und die Unterstützung durch IT- und Statistik-Expert:innen voraus, damit das Hygieneteam seine Zeitressourcen vorwiegend für fachliche, nicht delegierbare Aufgaben verwenden kann.

Das zeitliche Ausmaß der Tätigkeiten von Krankenhaushygieniker:innen, Hygienebeauftragten und Hygienefachkräften ist in Abhängigkeit von Infektionsrisiken, Leistungsangeboten und der zu betreuenden Bettenanzahl zu ermitteln und schriftlich festzulegen. Bei allen Berechnungen ist zu berücksichtigen, dass eine adäquate Stellvertretung mit den erforderlichen Zeitressourcen gewährleistet sein muss (32). Die Mindestanzahl von Krankenhaushygieniker:innen, Hygienebeauftragten Ärzt:innen und Hygienefachkräften wird in der folgenden Tabelle unten beschrieben. Die notwendige Anzahl richtet sich nach der leistungsbasierten Personalplanungsmethode und somit den Aufgaben des Hygieneteams.

Tabelle 4 Personalressourcen¹

Typ	Krankenhaushygieniker:in/ Hygienebeauftragte:r Ärzt:in (Vollzeitäquivalente)	Hygienefachkraft (Vollzeitäquivalente)
Zentralkrankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker:in und 1 Hygienebeauftragte:r Ärzt:in Bei Krankenanstalten über 800 Betten zusätzlich 1 FA für Hygiene und Mikrobiologie / Hygienebeauftragte:r Ärzt:in pro weitere 400 Betten	Mindestens 1 Hygienefachkraft pro 150 Betten Im Hinblick auf die Effizienz und Ergebnisqualität ist ein Schlüssel von 1:100 erstrebenswert
Schwerpunkt- krankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker:in oder 1 Hygienebeauftragte:r Ärzt:in Bei Krankenanstalten über 400 Betten zusätzlich je 1 FA für Hygiene und Mikrobiologie / Hygienebeauftragte:r Ärzt:in pro weitere 400 Betten	Mindestens 1 Hygienefachkraft pro 200 Betten Im Hinblick auf die Effizienz und Ergebnisqualität ist ein Schlüssel von 1:150 erstrebenswert
Standardkranken- anstalt/ Sonder- krankenanstalt mit operativen Fächern	1 Krankenhaushygieniker:in oder Hygienebeauftragte:r Ärzt:in pro 400 Betten	Mindestens 1 Hygienefachkraft pro 200 Betten Wenn keine

¹ Informationen zu weiteren Gesundheitseinrichtungen, wie z.B. Langzeitpflegeeinrichtungen, sind in Kapitel 14 dargestellt.

Typ	Krankenhausthygieniker:in/ Hygienebeauftragte:r Ärzt:in (Vollzeitäquivalente)	Hygienefachkraft (Vollzeitäquivalente)
		<ul style="list-style-type: none"> • Immunsupprimierte/-defiziente Patient:innen mit signifikant erhöhtem Infektionsrisiko • Polytraumatisierte • Schwerstbrandverletzte • Intensivpatient:innen <p>behandelt werden, ist ein Schlüssel von 1:250 möglich</p>
Sonderkrankenanstalt ohne besonders infektionsrelevante Bereiche	1 Krankenhaushygieniker:in oder Hygienebeauftragte:r Ärzt:in pro 800 Betten	Mindestens 1 Hygienefachkraft pro 400 Betten

Quelle PROHYG 2.0

Bezüglich der Zuteilung über die Mindestzahl von HBA und HFK (gerechnet auf die Bettenzahl einer Einrichtung) müssen auf eine Bedarfserhebung begründete Abweichungen möglich sein. Einrichtungen, die Krankenanstalten sind, aber keine Betten führen, müssen fachlich geeignete hygienebeauftragte Personen in der personellen Ausstattung abbilden.

Für spezielle Fragestellungen und Expertisen muss für Hygieneteams ohne eigene:n Krankenhaushygieniker:in gewährleistet sein, eine:n Fachärzt:in für Hygiene und Mikrobiologie beiziehen zu können. Es könnten sich auch mehrere hygienebeauftragte Ärzt:innen ein Vollzeitäquivalent teilen.

8.1.4 Gehalt/Entlohnung

Die Bezahlung der Hygienefachkräfte und der Krankenhaushygieniker:innen/ Hygienebeauftragten ist im Vergleich zu vergleichbar ausgebildeten Personen in der Patient:innenbetreuung niedriger. Es gibt Gehaltseinbußen von Hygieneteammitgliedern im Vergleich zu ihrer ursprünglichen Tätigkeit im klinischen Bereich aufgrund des Wegfalls von diversen Zulagen, obwohl die erbrachten Leistungen einen direkten Patient:innenbezug haben. Das führt zu Mangel an gut ausgebildeten Personen aller

Berufsgruppen in der Krankenhaushygiene, was durch den allgemeinen Mangel an Pflegekräften und Ärzt:innen noch verstärkt wird. Um das wichtige Präventivfach der Hygiene zu attraktivieren, bedarf es einer marktkonformen, konkurrenzfähigen Entlohnung. Diese ist nur dann gegeben, wenn sich der Verdienst am mittleren bzw. gehobenen Spitalsmanagement orientiert, was auch der Verantwortung für die abteilungsübergreifende Zuständigkeit der Ärzt:innen und Hygienefachkräfte in der Einrichtung entspricht.

Diese Problematik sollte allen Entscheidungsträgern bewusst sein. Nur Lohnanpassung, die der Berufserfahrung, dem breitem Tätigkeitsprofil und den Management-Aufgaben von Krankenhaushygieniker:innen und Hygienebeauftragte Ärzt:innen gerecht werden, werden zu einer Verbesserung der Mangelsituation führen und die notwendige Personalausstattung mit qualifiziertem Personal ermöglichen.

Hygienefachkräfte dürfen im Vergleich zu Ihren Kolleg:innen in anderen Bereichen finanziell nicht benachteiligt werden. Das gilt für die Anrechnung der Dienstzeiten und die Auszahlung gängiger Zuschläge (aufgrund der Leitungsfunktion und der Zuständigkeit in Sachen Hygiene und Prävention für die Mitarbeiter:innen der Krankenanstalt Einstufung und Bezahlung wie z.B. Stationsleitung).

8.2 Organisatorische Hilfen/administrative Unterstützung

Eine administrative Unterstützung des Hygieneteams ist unverzichtbar, um das Hygieneteam für seine eigentlichen Aufgaben freizuspielen. Bei Hygieneteams mit mehreren Mitgliedern ist für diese Administrationskraft eine Arbeitszeit von mindestens 20 Stunden anzustreben, für kleinere Häuser wäre diese Vorgangsweise ebenfalls sinnvoll bzw. die Ermöglichung in Stundenäquivalenten bei bestehenden Administrationskräften.

8.3 Finanzielle Ressourcen

Die Ressourcenbereitstellungspflicht betrifft den Träger der Einrichtung und es sind Ressourcen im erforderlichen Ausmaß bereitzustellen. Dies betrifft Budget, Fortbildung, Anschaffung von notwendiger Fachliteratur, IT-Unterstützung)

8.4 IT-Unterstützung

Zur IT-Standardausstattung einer funktionstüchtigen Einheit gehört zum Zwecke der Kommunikation, Dokumentation, Fort- und Weiterbildung jeweils ein Computerarbeitsplatz mit adäquater und zeitgemäßer Ausstattung für jedes Mitglied des Hygieneteams, selbst wenn diese Personen nicht vollbeschäftigt im Hygieneteam tätig sind. Jedes Mitglied des erweiterten Hygieneteams muss über eine offizielle E-Mail-Adresse, einen Internetzugang und einen Zugang zum krankenhauseigenen IT-Netzwerk verfügen.

Neben der Ausstattung mit Hard- und fachspezifischer Software müssen Ressourcen zur Instandhaltung, Reparatur der Geräte sowie zur Implementierung und Aktualisierung der Programmversionen und Schulung durch professionelles IT-Fachpersonal zur Verfügung stehen.

Ressourcen für die personelle Unterstützung für Statistik und Epidemiologie sollten vorhanden sein bzw. festgelegt werden.

Erreger- und Resistenzstatistiken und sofortige elektronische Übermittlung infektionsrelevanter mikrobiologischer Befunde sind dem Hygieneteam zur Verfügung zu stellen. Dem Hygieneteam müssen auch geeignete Softwarelösungen für die epidemiologischen Aufgaben (Surveillance) zur Verfügung stehen. Für die Erhebung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen ist die Einbindung in ein Surveillance-Netzwerk und die Nutzung deren Software zu empfehlen. IT-Support zur Erhebung von Bezugswerten, z.B. Patiententage u.v.m., muss vorhanden sein. In Zukunft wird die Nutzung von vorhandenen Daten aus dem Patientendatenmanagementsystem (PDMS) zunehmend eine Rolle spielen, wobei auch hier die Entwicklung zur Vereinheitlichung der Datenformate der unterschiedlichen PDMS eine entscheidende Rolle spielen wird. Zur Dokumentation vor Ort ist eine Digitalkamera bzw. Handykamera hilfreich.

8.5 Zugang zu Befunden, Patient:innendaten und -unterlagen

Dem Hygieneteam müssen zur Erfüllung seiner Aufgaben sämtliche Befunde und Krankengeschichten der Patient:innen sowie alle sonstigen Daten, Befunde und Berichte mit Relevanz für die Krankenhaushygiene verfügbar gemacht werden. Sollten in diesem

Zusammenhang Schwierigkeiten entstehen, hat das Hygieneteam die kollegiale Führung / Anstaltsleitung einzuschalten.

8.6 Räumlichkeiten

Um effizient arbeiten zu können, benötigt jedes Hygieneteam eigene Büroräume, in dem jedem Mitglied ein geeigneter Arbeitsplatz einschließlich zeitgemäßer Kommunikationsmittel und Medien zur Verfügung steht. Ein eigener Besprechungsraum ist anzustreben, ansonsten ist die Möglichkeit zur Mitnutzung eines Besprechungszimmers sicherzustellen. Um eine rasche persönliche Kontaktaufnahme mit den klinischen Abteilungen zu ermöglichen und die Wege des Hygieneteams effizient zu gestalten, ist eine zentrale Verortung der Räumlichkeiten des Hygieneteams notwendig.

8.7 Zusammenarbeit mit einem mikrobiologischen Labor

Für die Arbeit des Hygieneteams ist der Zugang zu mikrobiologischen Befunden unverzichtbar. Die enge Zusammenarbeit mit dem zuständigen mikrobiologischen Labor umfasst auch die Entwicklung gemeinsamer Strategien aufgrund der Erreger- und Resistenzstatistiken. (Anm: die vom Labor zur Verfügung gestellt werden). Gemeinsam ist auch die Alarmfunktion der Mikrobiologie beim Auftreten bestimmter Gesundheitssystem-assoziiertes Infektionserreger (z.B. 4 MRGN, *S. aureus* in der Blutkultur) festzulegen. Besonderes Augenmerk ist dabei auf nosokomial bedeutsame Resistenzmechanismen und Resistenzkonstellationen zu richten. Die Typisierung von Mikroorganismen zur Analyse von Infektionsketten ist eine weitere Aufgabe, die gemeinsam mit der Mikrobiologie gelöst werden muss. Sollte kein eigenes mikrobiologisches Labor in der Krankenanstalt verfügbar sein, muss die beschriebene Zusammenarbeit mit dem externen mikrobiologischen Labor sichergestellt sein. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit setzt regelmäßige Besprechungen zwischen Hygieneteam und Mikrobiologie voraus.

8.8 Zusammenarbeit mit externen Expert:innen

Vor Ort tätige Hygieneteams sind nicht durch externe Expert:innen ersetzbar (1) (27). Diese können zusätzlich für bestimmte Fragestellungen (Autoklaven, Lüftungen, etc.) und

Expertisen herangezogen werden, wenn Fragestellungen oder Aufgaben durch die Expertise des lokalen Hygieneteams nicht abgedeckt sind. Zwischen den Hygieneteams der einzelnen Einrichtungen und den externen Dienstleistern kann eine regelmäßige Zusammenarbeit etabliert werden.

Jede Einrichtung kann eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit mit einem externen Dienstleister innerhalb oder außerhalb der eigenen Trägerorganisation treffen. Diese Vereinbarung muss den Umfang der Leistungen und der zur Verfügung stehenden Ressourcen beinhalten.

9 Nationale Referenzzentren

Das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Krankenhaushygiene wird von der Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle der Medizinischen Universität Wien betrieben. Das Nationale Referenzzentrum für Antibiotikaresistenz wird vom Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Tropenmedizin des Ordensklinikums Linz Elisabethinen betrieben. Diese NRZs werden vom Bundesministerium für Gesundheit nominiert, arbeiten in dessen Auftrag und sind in die europäischen Netzwerke eingebunden.

Aufgaben des NRZ für Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Krankenhaushygiene

- Expertise und fachliche Kompetenz auf dem Gebiet der Infektionsepidemiologie und Datenmanagement sowie Praxis in Betrieb und Betreuung von multizentrischer Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen
- Internationale Vernetzung und Kooperation mit anderen auf Hygiene und Infektionskontrolle spezialisierte Zentren und Organisationen
- Lehr- und Ausbildungskompetenz für die Schulungen von Gesundheitseinrichtungen zur Teilnahme an einem oder mehreren der folgenden epidemiologischen Teilprojekten:
 - ANISS
 - ANeoPedS
 - APPS
- Jährliche Erstellung eines nationalen HAI-Berichtes über Infektionen in Gesundheitseinrichtungen mit den Resultaten aus den oben angeführten Teilprojekten und Analysen
- Beratung der regionalen Zentren für Krankenhaushygiene und von Krankenanstalten
- Entwicklung und Betreuung epidemiologischer Netzwerke für Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und assoziierter antimikrobieller Resistenz
- Datenmanagement
- Bereitstellung oder Vermittlung spezialisierter Untersuchungen (z. B. epidemiologische Typisierung von Mikroorganismen) in Zusammenarbeit mit den regionalen Zentren für Krankenhaushygiene und den mikrobiologischen Laboratorien
- Beratung von Ministerien, Behörden und anderen Institutionen auf Bundesebene

- Mitwirkung bei der Erstellung und Implementierung von nationalen Strategien und nationalen Aktionsplänen zur Eindämmung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und antimikrobieller Resistenzen
- Interaktion mit europäischen Institutionen (z. B. ECDC)

Aufgaben des NRZ für Antimikrobielle Resistenzen (NRZ AMR)

- Expertise und fachliche Kompetenz auf dem Gebiet der Infektionsepidemiologie und Datenmanagement sowie Praxis in Betrieb und Betreuung von multizentrischer Erfassung von antimikrobiellen Resistenzen
- Internationale Vernetzung und Kooperation mit anderen auf antimikrobielle Resistenzen spezialisierten Zentren, insbesondere Zusammenarbeit mit European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID)
- Mitarbeit beim European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST)
- Lehr- und Ausbildungskompetenz für die Schulungen von an Surveillancenetzen teilnehmenden mikrobiologischen Laboren und Gesundheitseinrichtungen für die Datenübermittlung bzw. Zusendung von Isolaten zur Teilnahme an einem oder mehreren der folgenden epidemiologischen Teilprojekten:
 - EARS-Net
 - SURV-Net
 - CARBA-Net
- Sicherstellung der Durchführung von konventioneller und molekularbiologischer Diagnostik auf spezifische Resistenzmechanismen verdächtiger Isolate
- Jährliche Erstellung des nationalen Resistenzberichtes AURES aus Berichten repräsentativer Daten zur antimikrobiellen Resistenz und zum Verbrauch antimikrobieller Substanzen aus dem Human-, Veterinär- und Lebensmittelbereich
- Beratung von Ministerien, Behörden und anderen Institutionen auf Bundesebene
- Mitwirkung bei der Erstellung und Implementierung von nationalen Strategien und von nationalen Aktionsplänen (z. B. Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz)
- Interaktion mit europäischen Institutionen (z. B. ECDC) und Einrichtungen anderer Staaten

Die Surveillancedaten von EARS-Net, SURV-Net und CARBA-Net spiegeln nicht nur die österreichische Lage wider, sondern bieten durch die Teilnahme an den europäischen Netzwerken die Möglichkeit des Vergleichs mit den anderen europäischen Mitgliedsstaaten. Die Zusammenarbeit des NRZ AMR mit der vom ECDC nominierten Stelle

bei der Durchführung des 1 x jährlich stattfindenden EARS-Net-Rundversuches trägt zur Qualitätssicherung bei den am EARS-Net teilnehmenden mikrobiologischen Laboren bei.

9.1 Fort- und Weiterbildung

Für die Mitglieder des Hygieneteams ist, unabhängig von der im Kapitel 4.4 beschriebenen Qualifikation, eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung unerlässlich. Für alle Mitglieder des Hygieneteams besteht gemäß den einschlägigen Gesetzen eine Fortbildungsverpflichtung. Der zur Verfügung zu stellende Zeitumfang hat für jedes Hygieneteammitglied mindestens 10 Tage im Jahr zu betragen. Die entsprechenden Zeit- und Budgetmittel sind von der kollegialen Führung des Hauses sicher zu stellen. Die fachliche Auswahl, welche Fort- und Weiterbildung besucht werden soll, liegt im Ermessen des Hygieneteams.

Fortbildungsbereiche:

- Fachspezifische Fort- und Weiterbildung
- Seminar- und Kongressbesuche mit Schwerpunkt Hygiene (In- und Ausland)
- Persönlichkeitsbildende Fortbildung
- Managementschulungen
- Qualitätsmanagement
- Projektmanagement
- Ausbildung in Führungs- und Leitungsaufgaben
- Seminarbesuche mit Schwerpunktthemen wie Konfliktmanagement, Präsentations- und Moderationstechnik, Gesprächsführung und Rhetorik, Verhandlungsführung etc.
- Effiziente und sichere Nutzung von Online-Medien

9.2 Zugang zur aktuellen Literatur

Unabhängig von der Größe einer Krankenanstalt müssen den Mitgliedern der Hygieneteams Standardwerke der Krankenhaushygiene sowie aktuelle Literatur entweder analog oder digital sowie einschlägige, für die Hygienearbeit (EN, ISO, ÖNORMen, DIN, etc.) notwendige Normen zur Verfügung stehen. Im Sinne einer raschen und unkomplizierten Information ist es notwendig, Zugang zur aktuellen Literatur auch auf

elektronischem Wege (Internet) zu haben. Dem Hygieneteam muss ein Budget für die Literaturanschaffung bzw. -recherche zur Verfügung stehen.

9.3 Erforderliche Ressourcen zur Zusammenarbeit

Als Basis einer zeitgemäßen Hygienearbeit ist es erforderlich, dass Hygieneteams einander regelmäßig in einrichtungsübergreifenden Arbeitsgruppen treffen. Inhalt dieser Arbeitsgruppensitzungen sind beispielsweise Erfahrungsaustausch, Fort- und Weiterbildung, Netzwerktätigkeit sowie Problembesprechungen/bearbeitungen.

Die Tätigkeit in diesen Arbeitsgruppen muss innerhalb der Dienstzeit möglich sein, allfällige Kosten sind vom Dienstgeber zu tragen. Besprechungen mit Behörden sind der Dienstzeit zuzurechnen.

10 Organisation und Arbeitsweise in der Krankenhaushygiene

Die Festlegung der unter Kapitel 10.2 angeführten Grundsätze in der Anstaltsordnung kann für die operative Arbeit des Hygieneteams bedeutend sein.

10.1 Persönliche Präsenz des Hygieneteams

Persönliche Präsenz ist für die erfolgreiche Umsetzung von Krankenhaushygiene unumgänglich, da ein Telefonat die aktuellen Gegebenheiten vor Ort zumeist nicht konkret genug klären kann. Darüber hinaus hilft sie sowohl in der Planungsarbeit als auch in der Realisierung. Es muss die nötige Zeit eingeplant werden

Aktuelle Anlässe, z. B.

- Visiten und Audits (Hygiene- oder Stationsvisite), Feedback-Besprechungen
- Schulungen und Trainings
- Ausbruchssituation,
- Befundrückmeldung,
- Sanitäre Einschau,
- sanitätsbehördliche Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverfahren,
- Besprechungen zu Fragen der Organisationsentwicklung, des Bauwesens (Planung, Errichtung, Betrieb) sowie des Beschaffungswesens (z. B. Beschaffungskommission).

Relevante Gremien, z. B.

- leitendes Pflegepersonal,
- Primärärztesitzung,
- kollegiale Führung / Anstaltsleitung, erweiterte Anstaltsleiterkonferenz, Geschäftsführung u. ä.,
- Hygienekommission
- Qualitätssicherungskommission,
- Arzneimittelkommission,

- Arbeitssicherheitsausschuss,
- Ernährungskommission,
- Umweltforum.

Fachlich relevante Bereiche

- Risikobereiche (z. B. OP, Intensivstation, Dialyse, Blutzentralen),
- Gebrechen (z.B. Wasserschäden),
- Baustellen bei Neu-, Zu- und Umbauten,
- Mikrobiologisches Labor,
- Haustechnik,
- Apotheke,
- Krankenhausküche,
- Arbeitsmedizinischer Dienst,
- Sicherheitstechnischer Dienst,
- Aufbereitungseinheiten für Medizinprodukte.

Unterrichtstätigkeit

Im Curriculum für die Ausbildung zur:m Gesundheits- und Krankenpfleger:in ist eine Mindestanzahl von sechzig Stunden für Hygiene und Infektionslehre vorgesehen.

Mit der Übernahme von Unterrichtstätigkeit durch Mitglieder des Hygieneteams ergibt sich eine wichtige Möglichkeit, Bewußtsein zu schaffen für das Problem von HAI und deren Vermeidung durch adäquate Hygienemaßnahmen.

10.2 Verankerung der Aufgaben und Kompetenzen in der Anstaltsordnung

Die Aufgaben und Kompetenzen des Hygieneteams müssen mit der kollegialen Führung vereinbart werden und sollen in der Anstaltsordnung verankert werden. Die Funktion des Hygieneteams soll damit im Haus klar definiert, bekannt gemacht und die Berichtspflichten dargelegt werden (siehe Kapitel 4 und 15.1).

Folgende Grundsätze sollen in der Anstaltsordnung verankert werden:

Das Hygieneteam

- arbeitet in Stabsfunktion, d. h., es handelt sich um eine beratende Gruppe, die nicht in die Linienverantwortung der Leitungen von Organisationseinheiten eingreift (siehe Kapitel 4).
- fasst Beschlüsse zu allen für die Hygiene wichtigen Angelegenheiten.
- hat die Verantwortung, dass erhobene hygienerrelevante Daten und Sachverhalte den Leitungsverantwortlichen schriftlich kommuniziert werden.
- hat krankenhaushygienische Empfehlungen zu geben. Die Verantwortung für die Umsetzung von Empfehlungen des Hygieneteams trägt die kollegiale Führung/Anstaltsleitung.
- hat Zugang zu allen relevanten Daten zu erhalten. Dies sind insbesondere die mikrobiologischen Befunde (Erreger- und Resistenzsituation) sowie die Krankenakten und -geschichten (Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen, besondere Infektionsrisiken aus Krankheitsbild, Diagnostik und Interventionen). Die Erkennung, Feststellung und Dokumentation von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen hat in Kooperation von Behandlungsteam und Hygieneteam zu erfolgen, wobei das Hygieneteam fachlich begleitet. Seitens des Rechtsträgers der Krankenanstalt sind den verantwortlichen Personen entsprechende Instrumente zur rationellen Erfassung, Auswertung und Interpretation solcher Daten beizustellen.
- muss bei Entscheidungen über Methodik und Vorgangsweise bei krankenhaushygienisch-epidemiologisch orientierten Untersuchungen (z. B. mikrobiologisches Screening von Patient:innen und Mitarbeiter:innen) eingebunden werden.

Die Verantwortung für die Umsetzung von vorgeschlagenen Maßnahmen liegt jedoch bei der Leitung der jeweiligen Organisationseinheit.

Auf der Basis der Anstaltsordnung soll eine Geschäftsordnung für das Hygieneteam erarbeitet werden.

10.3 Arbeitsweise und Zeitmanagement des Hygieneteams

Die Mitarbeiter des Hygieneteams sind abteilungsübergreifend tätig und keiner medizinischen Abteilungen zugeordnet. Die Mitarbeiter:innen aller Abteilungen sind auch

als die „Kund:innen“ des Hygieneteams anzusehen, die oftmals mit Anfragen, Problemen und Anliegen an das Hygieneteam herantreten.

Zeitmanagement

Effektives Zeitmanagement erfordert die Unterteilung der Aufgaben des Hygieneteams in

- **selbstbestimmte Tätigkeiten**, bei denen die Initiative vom Hygieneteam ausgeht
Beispiele: Projekte, komplexe Aufgabenstellungen, Schulungen, geplante wiederkehrende Tätigkeiten (periodische Überprüfungen, Begehungen, Infektionserfassung)
- **Projektarbeit und komplexe Aufgaben**
 - Unter „Projektarbeit“ wird die Ideenfindung, Beauftragung, Durchführung und Evaluierung von größeren Vorhaben verstanden. Zu einem frühen Zeitpunkt muss man sich klarwerden, ob eine Aufgabe als „laufende Anfrage“ befriedigend erledigt werden kann oder ob diese Aufgabe in Form eines Projektes abgewickelt werden sollte. Projekte zeichnen sich durch klare Ziele und Grenzen (Anfang und Ende) sowie durch Einmaligkeit aus. Für die Planung und Umsetzung können Ablaufdiagramme hilfreich sein.
- **Fremdbestimmte Tätigkeiten** z. B. laufende Anfragen, Beratung, Hilfestellung, Projekte, Einteilung der Ressourcen der Arbeitszeit
 - Beispiel laufende Anfragen: Darunter sind Anforderungen der Mitarbeiter:innen der Krankenanstalt an das Hygieneteam zu verstehen. Diese umfassen meist kurzfristig zu erledigende Beratungsleistungen im Routinealltag der Krankenanstalt.
- **Geplante, wiederkehrende Aufgaben**
 - Hierbei handelt es sich um periodisch wiederkehrende Tätigkeiten, die nach einem definierten Plan festgelegt sind, wie z. B. Durchführen von periodischen Überprüfungen, Schulungen und Feedback, Audits, Ablaufbeobachtungen, Begehungen, Durchführen von Fortbildungsveranstaltungen.
- **Abgrenzung**
 - Wie in anderen Bereichen ist es nötig, dass sich das Hygieneteam auch bewusst von Aufgaben abgrenzt, die dem Hygieneteam von außen/höherer Stelle etc. zugeordnet werden. Dem Hygieneteam ist die Möglichkeit einzuräumen, sich von nicht hygienerelevanten Themen zu distanzieren. Ein bewusstes Hinterfragen der Aufgabenstellung und allenfalls Zurückweisen der Aufgabe an die/den Auftraggeber:in kann oft vonnöten sein.

- **Personalentwicklungsmaßnahmen (PE)**
 - Wie in anderen Bereichen ist PE eine wichtige Rolle. Zur Verbesserung der Funktion des HYT intern und nach außen sind PE Maßnahmen wie Teambuilding Aktivitäten, Coaching, Supervision, Gesprächstechnik etc. periodisch sinnvoll.
- **Mindestens ein Drittel der Arbeitskapazität** muss für Unvorhergesehenes und für ungeplante Interventionen reserviert bleiben.

10.4 Hygienekommission

Die Hygienekommission setzt sich aus den Personen des Hygieneteams und der kollegialen Führung zusammen, evtl. erweitert um Vertreter:innen aus anderen Bereichen, z.B. Apotheke, medizinisch-technische Dienste, Wirtschaftsabteilung, Technik, Arbeitsmedizin, mikrobiologisches Labor und Personalvertretung. Die interdisziplinäre Zusammensetzung kann es erleichtern, komplexe Themen von mehreren Seiten zu beleuchten.

Die Hygienekommission soll eine direkte Kooperation zwischen Hygieneteam und kollegialer Führung herstellen, und zwar zur Bearbeitung und Lösung von Hygienethemen, die über die Grenzen einer einzelnen Abteilung hinausgehen, sowie für bestimmte abteilungsinterne Anliegen, die mit einem Abteilungsverantwortlichen nicht geregelt werden können oder die besonders dringend sind (Gefahr in Verzug).

Die Errichtung einer Hygienekommission wird vom CDC sowie in den RKI-Richtlinien empfohlen. Die Umsetzung in den Häusern kann allerdings von den Vorgaben und Vorschlägen abweichen.

In Österreich ist eine Hygienekommission kein gesetzliches Erfordernis. Eine Implementierung dieses Gremiums ist jedoch für die genannte Problemlösungsmöglichkeit anzuraten.

Die Hygienekommission benötigt eine Geschäftsordnung, welche die Regeln der Zusammenarbeit beschreibt (Häufigkeit der Zusammenkunft, außerordentliche Anlässe, Einladung, Tagesordnung, Protokoll, Vorsitz, Entscheidungsfindung, ...).

Die Sitzungen der Hygienekommission werden von der kollegialen Führung einberufen.

Die Entscheidung sowie die Durchsetzungs- bzw. Umsetzungsverantwortung für die verhandelten Sachverhalte liegen bei der kollegialen Führung.

10.5 Zusammenarbeit zwischen Hygieneteam und Leitung der Krankenanstalt/kollegialen Führung

Institutionalisierte Besprechung zwischen Hygieneteam und kollegialer Führung

- Das Ziel von regelmäßigen, formalisierten und geplanten Besprechungen zwischen der kollegialen Führung und dem Hygieneteam ist die Aufrechterhaltung des Kontaktes und der Kommunikation.
- In jedem Fall muss gewährleistet werden, dass in Institutionen, in denen keine Hygienekommission installiert ist, die Abstimmung zwischen kollegialer Führung und Hygieneteam gesichert ist.

Kooptierung von Hygieneteammitgliedern in Sitzungen der kollegialen Führung

- Diese sollte möglichst mit formalen Tagesordnungspunkten und Protokoll erfolgen. Wichtig ist bei dieser Form der Zusammenarbeit, dass Entscheidungen getroffen und die Beschlüsse wirklich umgesetzt werden.

Informelle Zusammenkunft

- Grundsätzlich muss ein gutes Einvernehmen zwischen KA-Leitung und dem Hygieneteam bestehen – die gegenseitige Erreichbarkeit in wichtigen Belangen und Notfällen ist unumgänglich.
- Eine gute Abstimmung zwischen KA-Leitung und dem Hygieneteam bewirkt positive Ergebnisse.
- Zur erfolgreichen Bewältigung von Krisenzeiten sind effiziente Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen erforderlich.

11 Instrumente der Krankenhaushygiene

11.1 Hygieneplan

In einem Hygieneplan sind alle innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionsprävention und Infektionskontrolle (Hygienerichtlinien) festgelegt. Damit sind die Regeln für ein Hygienemanagement definiert, dessen Art und Umfang sich an den Infektionsrisiken unterschiedlicher Bereiche (ICU, Station/Ambulanz, Tageskliniken, etc.) in den betreffenden Einrichtungen orientieren muss.

Der Hygieneplan enthält insbesondere:

- die Beschreibung und Benennung der krankenhaushygienisch relevanten Strukturen des Hauses:
 - Personen, Zuständigkeiten (Organigramm), Erreichbarkeit des Hygieneteams sowie Ansprechpartner in den für die Hygiene wichtigen Bereichen (z. B. OP-Leitung, Apotheke, Haustechnik, IT ...). Sofern diese Informationen schon Bestandteil der Anstaltsordnung des Hauses und/oder der Geschäftsordnung des Hygieneteams sind (siehe Kapitel 10.2), genügen im Hygieneplan entsprechende Querverweise.
- eine geordnete Sammlung aller krankenhaushygienisch relevanten Dokumente des Hauses. Dazu gehören insbesondere:
 - der aktuelle Hygieneordner mit allgemeinen hygienischen Richtlinien, Dienstanweisungen und Arbeitsanweisungen (SOPs) für diverse medizinische und pflegerische Routinen,
 - Überprüfungsprotokolle für hygienisch relevante Geräte und Einrichtungen,
 - Desinfektions- und Reinigungspläne allgemein und spezifisch,
 - Schulungsprotokolle für einzelne Personalgruppen des Hauses.

Diese Dokumente können physische Teile des Hygieneplans sein, oder der Hygieneplan benennt die Dokumente nur und gibt an, an welchem Ort sie zu finden und einsehbar sind (z. B. Intranet, Leitstelle der Station, Büro des Hygieneteams, Direktionskanzlei, ...)

Der Hygieneplan ist ein Abbild der laufenden Hygienearbeit des Hauses und ist evident und aktuell zu halten.

Darüber hinaus sollen auch Hygienestandards festgelegt werden, die eine trägerweit harmonisierte Vorgehensweise bei bestimmten hygienerelevanten Vorgängen und Tätigkeiten regeln. Diese Standards sind mit der organisatorischen Führung des Anstaltenträgers abgestimmt und dienen als Orientierung, um vereinheitlichte Mindestqualitätsziele in diesen Belangen zu definieren. Die einzelnen Krankenanstalten sind aufgefordert, diese Ziele umzusetzen und bei Nichterfüllung eine Analyse und einen Plan zur Erreichung der Standardvorgaben zu entwickeln.

11.2 Hygieneordner

„Hygieneordner“ oder „Hygienemappe“ steht als Arbeitsbegriff für eine Sammlung von Dokumenten, die hygienisch korrekte Abläufe für infektionsrelevante Sachverhalte des Hauses und seiner Bereiche beschreiben, z.B. Arbeitsanweisungen oder Zuständigkeitsfestlegung. In diesen Dokumenten sollen Grundanforderungen betreffend hygienegerechter Maßnahmen für den jeweiligen Bereich zusammengetragen und verständlich begründet dargestellt sein. Diese Dokumente müssen in der jeweils aktuellen Fassung den Mitarbeiter:innen im Intranet oder auf einem anderen elektronischen Weg zur Verfügung gestellt werden.

Diese Dokumente können allgemein oder bereichsspezifisch sein. Entsprechend kann es neben den bereichsspezifischen Hygieneordnern auch einen allgemeinen Ordner geben. Bereichsspezifische Dokumente sind z. B. der stationsspezifische Reinigungs- und Desinfektionsplan, spezifische SOP, spezifische Strukturen. Der bereichsspezifische Hygieneordner kann somit als Hygieneteilplan der jeweiligen Organisationseinheit des Hauses gesehen werden.

Dokumente müssen grundsätzlich den Anforderungen des Qualitätsmanagements genügen. Zum Teil oder auch gänzlich können diese auch digital verfügbar sein.

Beispiele für solche Dokumente sind auf der Internetseite der Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle der Medizinischen Universität Wien zu finden (28).

Hinweise zur Dokumentenlenkung

- Version der Auflage, Datum und Versionsnummer
- Freigebende Stelle
- Inhaltsverantwortliche
- Verteiler

11.3 Technisch-hygienische Überprüfungen

Die technische Hygiene stellt eine zunehmend wichtige Aufgabe innerhalb der Krankenhaushygiene dar. Häufig sind Mitarbeiter:innen in der KH-Hygiene ausschließlich mit der Abwicklung von Wasserproben, Geräteüberprüfungen oder Begutachtungen beschäftigt. Diese Spezialisierung erfordert einerseits hohes Hygienewissen und andererseits auch technisches Verständnis. Diese Aufgabe wird grundsätzlich innerhalb des Hygieneteams wahrgenommen. Bei Bedarf können auch geeignete externe Expert:innen oder Dienstleister mit der Durchführung von Überprüfungen etc. herangezogen werden. Wenn externe Expert:innen oder Dienstleister herangezogen werden, muss eine entsprechende Zertifizierung entsprechend facheinschlägiger State-of-the-Art-Dokumente, Normen und Standards nachgewiesen werden (33).

11.3.1 Wassersicherheitsplan

Die Krankenanstalt muss entsprechend der ÖNORM B1921 einen Wassersicherheitsplan haben, in den bzw. in dessen Erstellung das Hygieneteam bezüglich des Infektionsrisiko, das von Wasser ausgehen kann, eingebunden ist.

Die Erstellung des Wassersicherheitsplan betrifft vor allem technische Belange, sodass die Beauftragung und Koordinierung von der Kollegialen Führung/Anstaltsleitung erfolgen muss.

Grundsätzlich muss es in jedem Hygieneteam zumindest eine Person geben, die sich etwas tiefer mit dem Thema beschäftigt.

Die Erstellung einer „Checkliste“, eines Prüfplans sowie einer Terminübersichtsplanung gemeinsam mit der Haustechnik und den betroffenen Bereichen soll am Anfang stehen.

Bei Fragen zum Wassersicherheitsplan von Seiten der Technik steht die Krankenhaushygiene beratend zur Verfügung.

Der Prüfplan soll einen großen Überblick geben über die Anlagen, die Geräte oder Wassersysteme, ein angeschlossener Terminplan bzw. Abarbeitungsplan soll helfen, nichts zu vergessen und alles zu dokumentieren. Bei kniffligen Fragestellungen können auch externe Expert:innen zu Rate gezogen werden und mithelfen, den Prüfplan effektiv zu gestalten.

Beispiele zur Erstellung von Prüfplänen sowie weitere Anleitungen zu Fragen der technischen Hygiene finden sich z.B. unter folgender Referenz (34).

11.4 Hygienevisite - Begehungen

Unter diesen Arbeitstiteln sollen Möglichkeiten beschrieben werden, wie das Hygieneteam und seine Mitglieder zielführend und erfolgreich im Hause auftreten. In den IPC Core Components der WHO wird diese klinische Begehung und Kontrolle in den klinischen Bereichen als „Audit“ bezeichnet. Das wesentliche Element der Hygienevisite und Begehung ist der Besuch sowie die persönliche Präsenz. Beide Formen sollten in einer Verfahrensanweisung definiert und deren Ziele und Instrumente klar dargelegt werden.

Mögliche Ziele

- Vor Ort gehen, sich an Ort und Stelle ein Bild machen, Sachverhalte und Situationen mit eigenen Augen sehen
- Überprüfung von Strukturqualitätskriterien
- Beobachten von konkreten Prozeduren (z.B. Verbandwechsel, Legen von Kathetern etc.)
- Evaluieren von Hygienemaßnahmen, z.B. persönliche Hygiene, Händehygienemaßnahmen etc.

Methoden und Formen

Für die Hygienevisiten sollen klare Strukturen gefunden und festgelegt werden, die das Erreichen der gesetzten Ziele bestmöglich gewährleisten. Klare Vorstellungen und dezidierte Handlungsmuster sind deshalb wichtig:

- unangemeldeter Besuch (sinnvoll zur Kontrolle von zentralen Abläufen, die für das Wohl der Patient:innen kritisch sind und von denen keine Abweichungen geduldet werden können),
- angemeldeter Besuch,
- Teilnahme an der klinischen Visite des Stationsteams,
- Besuch im Rahmen einer Überprüfung des hygienischen Zustandes bestimmter, definierter Sachverhalte (z. B. Venenkatheter-Liegedauer, Verwendungsdauer und Handhabung von Durchstichampullen, Zustand und Gebrauch der Handwaschbecken und der Desinfektionsmittelspender, nach einer Checkliste vorgehen),
- Arbeitsablaufbeobachtungen,
- Besuch, um Ergebnisse zu präsentieren und zu besprechen.

Eckpunkte einer guten Hygienevisite

- Klares Ziel für Visite und Audit haben
- Prioritäten setzen
- Auf eindeutige Aussagen und Festlegungen bestehen (bei sich selbst und bei den anderen!)
- Als Abschluss gemeinsames Resümee ziehen (sich versichern, dass man vom Gleichen geredet hat und dass die getroffenen Vereinbarungen verstanden wurden)
- Begehungs-/Gedächtnisprotokoll für Hygieneteam intern
- Rückmeldung des Ergebnisses und gemeinsames Besprechen eventuell notwendiger Maßnahmen

Dokumentation und Kontrolle

- Dokumentation und Kontrolle der abgeleiteten Maßnahmen sind die Grundvoraussetzungen für eine professionelle Hygienevisite.

Feedback -Rückmeldung

- Das Feedback kann sofort oder nach Besprechung und Ausarbeitung von Maßnahmen im Hygieneteam am besten persönlich mit der für die Umsetzung verantwortlichen Personen (Ansprechperson Station/Abteilung, Hygienekontaktperson oder auch mit dem ganzen Bereichsteam) erfolgen. Auch eine schriftliche Rückmeldung ist möglich.

Elemente

- Stichwortprotokoll, Checklisten-Bericht, Konsiliarschein
- Kopien anfertigen (gleichlautende, schriftliche Information für beide Seiten)
- Protokoll möglichst elektronisch archivieren (gesichert)
- Vereinbarung von Zeitpunkten für die Durchführungs- oder Erfolgskontrolle
- Einhalten und Durchführen der vereinbarten Kontrollen

11.5 Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter:innen der Krankenanstalt

Damit Hygienewissen allen Mitarbeiter:innen zugänglich gemacht wird und ein Wissenstransfer auf breiterer Basis stattfinden kann, sind Fortbildungsveranstaltungen unumgänglich. Diese Fortbildungen können vom Hygieneteam initiiert oder vom Hygieneteam durchgeführt werden. In diesen Wissenstransfer sollen auch Hygienekontaktpersonen eingebunden werden.

Für alle gilt:

Damit diese Veranstaltungen zum Erfolg werden, ist die Planung und Organisation der folgenden Parameter unumgänglich:

- Erhebungen, welche Veranstaltungen von Interesse sind (hausinterne Anpassungen),
- Definition des Teilnehmerkreises, Gültigkeitsbereich/Zielgruppe,
- Festlegen der Inhalte und Ziele der Fortbildungsveranstaltung,
- Einholen der Zustimmung der übergeordneten Stelle (Einbeziehung der kollegialen Führung),
- Klärung des Ausmaßes der anzurechnenden Fortbildungsstunden (Diplom für Hygienebeauftragte, Fortbildungsnachweis für Pflegepersonal etc.).

Zu Dokumentations- und Evaluationszwecken sollten folgende Eckdaten jeder Fortbildungsveranstaltung dokumentiert werden:

- Thema/Inhalt der Fortbildung,
- Datum, Uhrzeit, Dauer und Örtlichkeit,
- Referent:innen,
- Arbeitsmethoden,
- Anzahl und Namen der Teilnehmer:innen (unterschiedene Teilnehmerliste),

- wesentliche Anmerkungen.

Die Akzeptanz von Fortbildungen wird noch um ein Vielfaches gesteigert, wenn ein Evaluierungsbogen (Feedback- oder Beurteilungsbogen) geführt wird.

Auf Basis der Beurteilungsbögen sowie der dokumentierten Eckdaten kann eine professionelle Evaluierung und Auswertung der durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen erfolgen.

Als Beispiel für eine periodische Fortbildungsveranstaltung, die vom Hygieneteam initiiert bzw. durchgeführt wird, sei hier die Hygieneschulung für alle neuen Mitarbeiter:innen (Pflege/Medizin, Verwaltung/Technik, ggf. gemeinsam mit anderen Präventivdiensten) genannt. Die Realisierung und Teilnahme veranlasst die Führung der Krankenanstalt.

Mögliche Themen:

- Vorstellung und Bekanntmachung des Hygieneteams und deren Aufgaben
- Hygienisch relevante Basisthemen (Händehygiene, Venenkatheterismus ...), evtl. auch als e-learning
- Sofern die jeweilige Krankenanstalt über ein Fortbildungsteam verfügt, soll dieses Team das Hygieneteam bei der Organisation der Veranstaltungen unterstützen und entlasten.
- Einbinden der Hygienekontaktpersonen in die Fortbildungsaktivitäten

11.6 Erfassung und Surveillance von HAI im Netzwerk

Surveillance von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und anderen hygienisch-relevanten Erfassungen (Krankenhausepidemiologie) sind ein Grundpfeiler der Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle. Wie gesetzlich vorgesehen müssen diese epidemiologischen Erhebungen methodisch dem wissenschaftlichen Standard entsprechen. Das betrifft die Datenerhebung anhand eines Handbuchs (Protokoll), das durch die festgelegte Methode der Erhebung und die Definition der zu erfassenden Größe die zeitliche und räumliche Vergleichbarkeit bedingen. Daraus ergibt sich Vergleichbarkeit zwischen Institutionen und eine zeitliche Kontinuität auf nationaler und internationaler Ebene. Kooperationen und Teilnahme bei nationalen und internationalen Surveillanceprojekten sind zusätzliche Qualitätskriterien der Patient:innenversorgung.

Grundkenntnisse der Epidemiologie, der IT und Datenverarbeitung sowie der statistischen Mathematik sind ein wichtiger Bestandteil einer funktionierenden Infektionsprävention und -kontrolle. Zusammenarbeit mit und Teilnahme an international anerkannten Surveillance-Netzwerken sind gesetzlich vorgesehen.

11.6.1 In Österreich in Verwendung stehende Surveillance-Netzwerke

Derzeit stehen den österreichischen Krankenanstalten die folgenden vier Surveillance-Systeme zur Verfügung:

- ANISS (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System)
- ASDI (Österreichisches Zentrum für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin),
- NISS (Nosocomial Infections Surveillance System der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft) und
- KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System an der Charité Berlin)

Dies sind vergleichbar konzipierte Surveillance-Systeme, deren Unterschiede in erster Linie in den Definitionen der Protokolle für die Datenerhebung liegen, z. B.:

- ob für die Definition der einzelnen HAI-Arten die CDC-Kriterien oder die ECDC-Kriterien angewendet werden oder aber
- ob die Infektionsdaten patientenbezogen oder nur stationsbezogen gegenübergestellt werden.

11.6.2 Nationale Surveillance

Punkt-Prävalenz-Untersuchung zur Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und Antibiotikagebrauch (APPS)

Um eine Übersicht von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und den Antibiotikagebrauch zu erhalten, wird eine Punkt-Prävalenz-Untersuchung durchgeführt, bei der einmalig punktuell alle HAI eines Bereiches erhoben werden. So können alle Arten von HAI in einer Gesundheitseinrichtung erhoben werden. Zudem werden Daten zur Struktur- und Prozessqualität auf allen Ebenen erhoben.

Die Ergebnisse aus dieser Studie fördern einerseits die Sensibilisierung gegenüber HAI und antimikrobieller Resistenz und ermöglichen andererseits das Feststellen von Problemen und das damit einhergehende Verbesserungspotential.

Österreich hat bereits Erfahrungen mit der Durchführung von fünf Studien, wobei die letzte Studie 2021/22 durchgeführt wurde.

Erfassung von Infektionen auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen (ANeoPedS)

Das Projekt *Österreichische Infektionssurveillance auf neonatologischen und pädiatrischen Intensivstationen* (Austrian Neonatology and Pediatrics Surveillance, ANeoPedS) wird durchgeführt um die Surveillance von HAI bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500g sowie bei Neonaten, Kinder- und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr umzusetzen. Dadurch soll eine Steigerung der Versorgungsqualität sowie eine Verbesserung der Patientenbehandlung auf neonatologischen bzw. pädiatrischen Intensivstationen erreicht werden.

HAI-Bericht

Seit dem Jahr 2015 erfolgt jährlich eine Veröffentlichung des Berichtes mit Daten der Netzwerke ANISS und ASDI sowie den Projekten ANeoPedS und APPS. Im Bereich der postoperativen Wundinfektionen werden von ANISS Daten zu 22 Indikator-Operationen gesammelt – das sind doppelt so viele wie das ECDC vorgibt. Internationale Vergleiche auf EU/EWR-Ebene sind ebenso enthalten wie Berichte zu einmaligen Projekten, z.B. *Pilotstudie zur klinischen Surveillance von Clostridioides difficile Infektionen in österreichischen Akut-Krankenanstalten.*

A-HAI

Auf Grundlage der in dem Projekt A-HAI (35) erfassten Daten zu HAI wird ein jährlicher, österreichweiter Bericht mit den Daten der in Kapitel 11.6.1 angeführten Netzwerken erstellt. Die Basis dafür wird das vom BMSGPK erstellte Analysekonzept herangezogen. Es werden folgende Daten erhoben:

- Erfassung von postoperativen Wundinfektionen für die Indikatoroperationen
 - Hüftendoprothese

- Cholezystektomie
- Sectio caesarea (ab dem Datenjahr 2024)
- Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen auf Intensivstationen für die Indikatorinfektionen
 - Beatmungsassoziierte Pneumonie
 - Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen
 - Bakteriämie
 - Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen

Ausblick

Die nächste Generation von Surveillance/Epidemiologie ist die automatische Surveillance (33). Sie zielt auf die Verwendung vorhandener Daten aus den Patientenverwaltungssystem der Krankenanstalten. Das verspricht eine Verlagerung des krankenhaushygienischen Aufwands für die manuelle Sammlung dieser Daten auf die Verbreitung und Kommunikation dieser Informationen in der Patientenversorgung. Da die IT-Systeme und deren Subsystemkomponenten sowie die Datenformate sehr divers sind, müssen bis zur vollautomatischen Erfassung aller hygienisch relevanter Daten noch einige Meilensteine absolviert werden. In Projekten setzen das ECDC wie auch die europäische Kommission bereits erste Schritte (36) (37) für eine semi-automatische Erfassung unter Nutzung von Struktur- und Administrationsdaten

12 Die Rolle des Hygieneteams bei Ausbruchsgeschehen

Infolge der COVID-19 Pandemie hat sich die Notwendigkeit der Vorbereitung, Bereitschaft und des Vorgehens bei Ausbruchsgeschehen gezeigt. Für die Zukunft müssen gesetzliche Grundlagen für eine bundesweit einheitliche Vorgangsweise geschaffen werden.

Infektionen - z.B. Influenza, COVID-19 u.a.-, die primär in der Bevölkerung auftreten, haben eine wesentliche Auswirkung auf die Gesundheitseinrichtungen, weil infizierte Personen wegen der Infektion selbst oder wegen einer anderen Krankheit in der Gesundheitseinrichtung versorgt werden müssen. Ebenso werden durch Besuchende, Begleitpersonen u.a., und - nicht zuletzt - durch das Personal der Gesundheitseinrichtung diese Infektionen in die Krankenanstalt gebracht. Daher müssen für diese Situationen Vorgehensweisen (Pläne) vorbereitet werden. Ist so eine Situation wahrscheinlich, werden die ersten Maßnahmen gesetzt (Bereitschaft), um bei Beginn des Infektionsgeschehen sofort die vorbereiteten Handlungen zu setzen.

Das Hygieneteam hat eine zentrale Rolle bei der Erkennung und Kontrolle von Übertragungsketten, Clustern und Ausbrüchen in Gesundheitseinrichtungen.

Um die Patient:innen aber auch das Personal vor Übertragung und zusätzlicher Infektion zu schützen, was wiederum eine Verschlechterung des Gesamtzustands bedeuten würde, müssen hygienische Vorkehrungen getroffen werden.

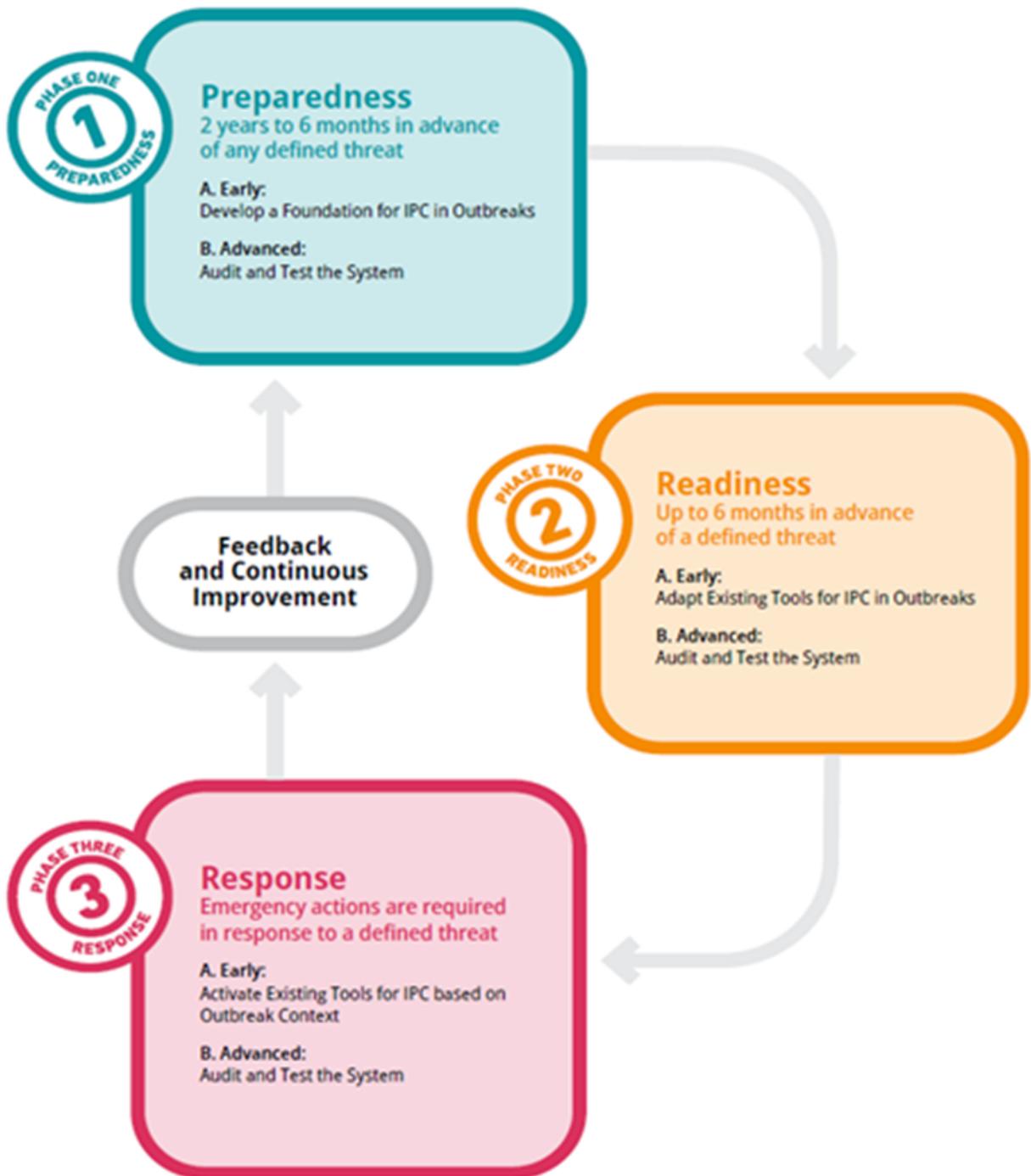
Die WHO hat im Jahr 2022 ein Dokument (38) herausgegeben, das die Stufen und Maßnahmen des Vorgehens für das Hygieneteam beschreibt. Dieses Dokument zielt nicht nur auf „neue“ epidemische Infektionskrankheiten, sondern vor allem auch auf die Eindämmung der Ausbreitung von multi-resistenten Erregern und AMR ab.

Das Ziel dieses Dokuments ist „Infektionsprävention und -kontrolle“ generell für die Vorbereitung, Bereitschaft und Eindämmung und besonders auf Ebene von Gesundheitseinrichtungen die Krankenhaushygiene und Hygieneteams zu stärken und zu unterstützen.

Phasen des Ausbruchsmanagements:

1. Vorbereitung (vor einer voraussichtlichen und definierten Gefahr eines Ausbruchs)
 - a) Basis: Entwicklung eines Standardprozesses für das Vorgehen von IPC/KHH bei Ausbrüchen
 - b) Erweitert: Überprüfung und Probe des Vorgehens
2. Bereitschaft (vor einer voraussichtlichen und definierten Gefahr, e.v Neudefinition)
 - a) Basis: Anpassung der bestehenden Pläne für das Vorgehen bei Ausbrüchen
 - b) Erweitert: Überprüfung und Probe des Vorgehens
3. Eindämmung - Akutintervention bei Ausbruch
 - a) Basis: Inkraftsetzung des/der geplanten Vorgehen für diesen aktuellen Ausbruch
 - b) Erweitert: Begleitende Überprüfung und Validierung des Vorgehens

Abbildung 5 Ausbruchsphasen



Quelle: WHO

Es ist zu empfehlen, entsprechend des WHO-Dokuments zu prüfen und vorzugehen, und entsprechende Maßnahmen und deren personelle Umsetzung vorzubereiten. Es ist aber

davon auszugehen, dass in österreichischen Gesundheitseinrichtungen viele der vorgeschlagenen Maßnahmen bereits in den Hygieneplänen vorhanden sind.

Die ECDC bietet auf ihrer Homepage Vorgehensweisen für Ausbrüche, die auf die europäischen Verhältnisse abgestimmt sind (39). Diese Dokumente beziehen sich auf die öffentliche Gesundheit (public health), enthalten aber für die Kooperation des Hygieneteams mit den Behörden wichtige Informationen.

Ausbruchsmangement - Allgemeines

Ein Ausbruch ist definiert als gehäuftes Auftreten Gesundheitssystem-assoziiertes Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird. Etwa fünf Prozent der Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen treten im Rahmen von Ausbrüchen auf. Der erste Schritt ist jedenfalls die Überprüfung und Verifizierung des Ausbruchsgeschehens.

Es ist zweckmäßig, sich vorab Gedanken über Vorgangsweisen bei Ausbruchsgeschehen zu machen (Vorbereitung – z.B. Muster für einen Aktionsplan Ausbruchsmangement Anhang 15.3)

Dabei ist insbesondere Folgendes zu beachten:

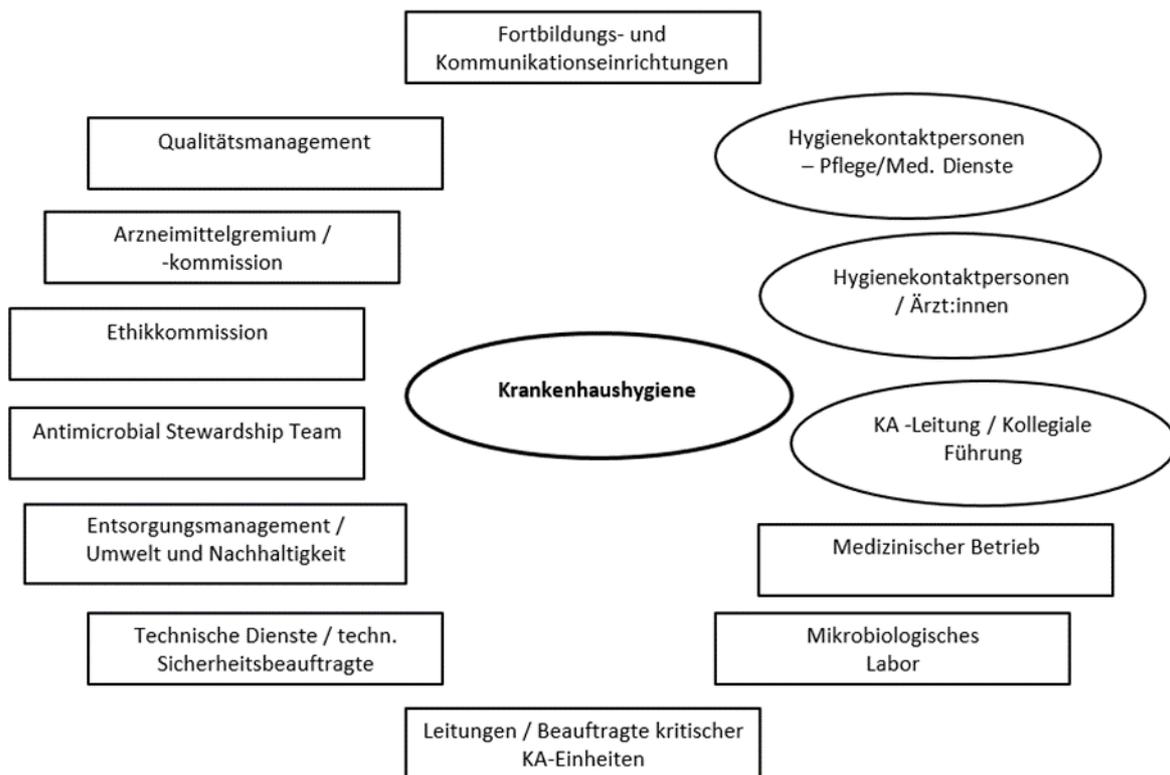
- In welchen Schritten ist vorzugehen? Reihenfolge?
- Wer ist einzubinden (mit Kontaktdaten: Telefon, Pager, E-Mail-Adresse ...)?
- Was hat wer zu tun?
- Wer ist wie und wie rasch zu informieren?
- Wie und von wem ist was zu dokumentieren?
- Wie ist der Prozess abzuschließen, wann ist er beendet?
- Sind Öffentlichkeit und Medien relevant – wer setzt wann welchen Schritt?
- Wer ist auskunftsberechtigt?

13 Kommunikation, Information und Dokumentation

13.1 Kommunikation und Informationsfluss

Die Art und Weise der Kommunikation zwischen dem Hygieneteam und den Mitarbeiter:innen der Krankenanstalt ist ein wesentliches Kennzeichen der Professionalität der Arbeit des Hygieneteams.

Abbildung 6 Kommunikationspartner:innen



Quelle: BMSGPK

Die Art und Weise der Kommunikation mit jeder dieser Einheiten wird unterschiedlich sein und soll in beide Richtungen gepflegt werden. Eine gute Kommunikation auch mit der kollegialen Führung und wechselseitige Information ist für eine effektive Hygienearbeit

unerlässlich. Bei Gefahr in Verzug oder fruchtloser Intervention ist die kollegiale Führung / Anstaltsleitung bzw. der Rechtsträger zu informieren.

13.2 Basis der Kommunikation

Kommunikation beruht auf Verständnis. Üblicherweise liegt ihr eine Interaktion von Informationsgeber und Informationsempfänger zugrunde. Kommunikation erfordert daher nicht nur Fachwissen, sondern auch Grundlagen der Kommunikationstechnik. Grundsätzlich zielt sie auf eine Reaktion, eine Antwort ab. Diese Antwort kann unterschiedliche Formen haben.

- Kommunikation und deren Inhalt muss (gut) vorbereitet sein
- Regelmäßiger persönlicher Kontakt zu Stationen und klinischen Bereichen, primär über die Hygienekontaktpersonen
- Regelmäßiger Kontakt mit allen Bereichen der Krankenanstalt durch Hygienevisiten und Audits
- Erreichbarkeit (Telefon, E-mail, Zuständigkeit)
- Homepage und leicht findbare Inhalte für Hygienebelange und deren Aktualität
- Mitwirkung in Kommissionen (z.B. Qualitätssicherungskommission, Task Forces, Arbeitskreisen etc.)
- Nutzung neuer digitaler Medien für Hygieneinformationen, z.B. Lernplattformen, kurze Videos für Prozesse, Webinars, Telekonferenzen usw.
- Relevante Informationen werden in Form von Gesprächen, Protokollen, Unterlagen und Befunden regelmäßig vom Hygieneteam weitergeleitet.
- Informelle Kommunikation ist eine wichtige Informationsquelle für Hygienethemen. Das können einfache Gespräche oder Telefonate, die Übermittlung von Protokollen, Unterlagen oder Befunde sein.
- Die Art der Kommunikation muss aufgrund des Inhalts, der Dringlichkeit und der zu erreichenden Empfänger gewählt werden (Telefon, Email, Brief, interne einrichtungsweite Kommunikationsabteilung im Wege der kollegialen Führung / Anstaltsleitung, Homepage (Krankenhausthygiene, Anstaltshomepage), u.v.m.
- Der Umgang mit „sensiblen Informationen“ muss taktvoll innerhalb des Teams und nach außen praktiziert werden. Grundsätzlich gilt die Verschwiegenheitspflicht.
- Kommunikation zu Sekten und Gruppen mit anderen Weltansichten bedarf besonderer Fertigkeiten (40).

13.3 Anfragen an das Hygieneteam

- Einlangende Anfragen werden in einem ersten Schritt auf die Zuständigkeit geprüft.
- Die Beantwortung von Anfragen soll rasch und verständlich nach Abstimmung im Hygieneteam erfolgen.
- Telefonische Fragen, die nicht einfach und leicht zu beantworten sind, werden innerhalb des Hygieneteams abgestimmt und dann beantwortet.
- Schriftliche Anfragen sollten, müssen aber nicht schriftlich beantwortet werden. Oft ergibt ein persönliches Gespräch eine für alle zufriedenstellende Lösung.
- Kritische Sachverhalte sollten immer in Form einer schriftlichen Anfrage dargestellt werden.
- Komplexe und schwierige Sachverhalte müssen schriftlich festgehalten werden.
- Mündliche Anfragen, die einer ausführlichen Antworten bedürfen, sollten zumindest in Form einer Aktennotiz dokumentiert werden. Wenn möglich, sollte die Anfrage schriftlich beantwortet werden.
- HKP können als Beispiele für die Kommunikation mit den Bereichen angeführt werden, ebenso wie gut gestaltete Webpages und HRL, die niederschwellig zugänglich sind.

Komplexe Fragen und Fragen mit nicht ganz klaren Inhalte werden am besten in der Hygieneteam-Tagesbesprechung besprochen. Es müssen auch der Aufwand für die Beantwortung und ggf. Folgeaufgaben geklärt werden. Es können sich daraus Projekte ergeben, die Zeit- und Personenressourcen brauchen, und in die Aufgaben des HYTs eingebaut werden müssen.

13.4 Information und Informationsfluss

Der Hygieneplan und die in ihm enthaltenen Hygienerichtlinien sind strategische und - wenn elektronisch einfach verfügbar – immer erreichbare Informationsquellen. Die Kommunikation erfolgt dann mit den „Werkzeugen des Hygieneteams“. Über das Netzwerk von Hygienekontaktpersonen oder der Tätigkeit in Kommissionen kommunizieren Hygieneteams auch auf struktureller Ebene mit allen Personen in ihrer Gesundheitseinrichtung.

Wesentlich ist bei besonderen Ereignissen, z.B. Pandemie, Notfallsituationen, eine gute Abstimmung aller Beteiligten. Das erfordert einen beträchtlichen Zeitaufwand und

Koordination (Kordinator:in). Am besten wird dieses Szenario auch in der Planung für die „Vorbereitung, Bereitschaft und Vorgehen“ einbezogen, geplant und trainiert. Die Weitergabe von sensiblen Informationen erfordert eine genaue Prüfung, ob sie dem Empfänger zustehen bzw. konform mit der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) (41) ist.

13.5 Dokumentation

Eine nachvollziehbare Dokumentation der Arbeit des Hygieneteams ist aus folgenden Gründen absolut notwendig:

- um Entscheidungen und Kommunikation nach außen zu dokumentieren und nachvollziehbar zu machen,
- zum Wissenstransfer,
- als Gedächtnisstütze,
- als Grundlage für eine Evaluierung des Erfolges gesetzter Maßnahmen,
- um Verbesserungspotenziale zu entdecken,
- aus rechtlichen Gründen,
- als Leistungsdokumentation (Jahresbericht) und Grundlage für Ressourcenanforderung.

Was dokumentiert werden sollte:

- Visiten, Begehungen,
- alle relevanten Prüfberichte,
- Besprechungen,
- strittige Situationen oder Sachverhalte,
- Briefverkehr, Mailverkehr,
- telefonische Anfragen und telefonische Vereinbarungen,
- Projektarbeit.

Worauf zu achten ist:

- Protokolle/schriftliche Aufzeichnungen müssen entsprechend abgelegt werden (Wiederfindung).
- Protokolle sind zehn Jahre aufzubewahren.

- Informationen müssen innerhalb des Teams jederzeit verfügbar sein.
- Ein geeigneter Zugriff auf diese Informationen muss jederzeit gewährleistet werden (elektronisches Archiv, Vernetzung der PCs des Hygieneteams, Einbindung in das IT-Netz des Hauses).
- Wesentliche Informationen müssen nachweislich rasch weitergeleitet werden, sowohl innerhalb des Teams als auch an beteiligte Personen.
- Möglicher Protokollinhalt:
 - Wer (Veranlasser:in, Beteiligte:r)
 - Wann
 - Wo
 - Sachverhaltsdarstellung
 - Inhalt, Ergebnisse und Konsequenzen der Besprechung
 - Wer ist betroffen (Gültigkeitsbereich)
 - Wer ist für die Durchführung verantwortlich und/oder zuständig
 - Zeitplan
 - Wer kontrolliert wann
 - Verfasser:in, Protokollführer:in (Name, Datum und Unterschrift)
 - Teilnehmer:innenliste mit Erreichbarkeit

Innerhalb des Teams sollten die oben genannten Aspekte abgesprochen und vereinbart werden.

Die Dokumentation sollte mit sekretarieller Unterstützung erfolgen.

Der dafür notwendige Zeitaufwand soll von vornherein in der Planung der Aktivitäten des Hygieneteams berücksichtigt werden.

Kennzahlen für die Arbeit der Krankenhaushygiene (z.B. Strukturdaten oder jährliche Leistungszahlen der Krankenanstalt) und die Leistungskennzahlen der Krankenhaushygiene müssen vom Controlling der Krankenanstalt zur Verfügung gestellt werden

Dokumentation der patientenbezogenen fachlichen Interventionen und der Leistungen des HYT sollte im Patientendokumentationssystem möglich sein, sodass auch diese für alle Personen in der klinischen Patient:innenbetreuung einfach ersichtlich sind.

Die Dokumentation von patientenbezogenen fachlichen Interventionen und Leistungen des Hygieneteam wie beispielsweise Maßnahmen bei MRE sollte im Patientendokumentationssystem möglich sein, sodass derartige Empfehlungen für alle die:den Patient:in betreuenden Personen einfach ersichtlich sind.

Jahresbericht

Die Erstellung eines Jahresberichtes (auch Managementreview genannt) ist ein langfristiges Ziel, das auch schrittweise entwickelt werden kann. Ein erster Schritt kann das Verfassen eines Jahresberichts nur für einzelne Inhalte sein (z. B. MRSA-Bericht).

Nutzungsziele

- Transparenz/Darstellung des Geleisteten für sich selbst und nach außen (Ergebnisqualität)
- Unterstützung für Künftiges durch die kollegiale Führung / Anstaltsleitung
- Evtl. Verwendung im Rahmen der Sanitären Einschau

Mögliche Inhalte

- Leistungsübersicht (Routineleistungen, Unterrichts-, Fortbildungs- und Schulungstätigkeiten der Teammitglieder, besondere Leistungen)
- Analyse der erhobenen Daten und daraus zu ziehende strategische Konsequenzen (z.B. Anpassung von Richtlinien)
- Besondere Vorkommnisse
- Keim- und Resistenzdaten, Infektionsstatistik
- Summe der Zeitaufwendungen der Hygieneteammitglieder
- Ziele und geplante Investitionen (Personal, Sachmittel) für das nächste Jahr
- Nicht erreichte Ziele mit Darlegung der Hinderungsgründe
- Schulungsplan

14 Weitere Gesundheitseinrichtungen

Zu den Gesundheitseinrichtungen werden nicht nur Krankenanstalten gezählt, sondern auch

- Kuranstalten
- Langzeitpflegeeinrichtungen
- Arztpraxen
- Zahnarztpraxen
- Dialysepraxen
- Geriatrische Wohngruppen
- Menschen in der stationären Behindertenbetreuung
- Freiberuflich tätige Gesundheitsberufe
- Mobile Dienste
- Sonstige nicht-stationäre Einrichtungen

Auch in diesen Gesundheitseinrichtungen ist die Einhaltung von Hygieneregeln im Sinne der öffentlichen Gesundheit unerlässlich. Diese müssen sich derzeit an den Vorgaben der Krankenhaushygiene unter Berücksichtigung der jeweiligen spezifischen Gegebenheiten der unterschiedlichen Einrichtungen orientieren. Unabhängig davon sind von der Bundeszielsteuerung zukünftig spezifische, verbindliche Vorgaben zu entwickeln.

Für ärztlichen Ordinationsstätten und Gruppenpraxen wurde von der Österreichischen Ärztekammer die sogenannte Hygiene-Verordnung veröffentlicht.

Die Österreichische Zahnärztekammer hat den *Leitfaden für Hygiene in Zahnarztordinationen* entwickelt.

14.1 Hygienezentren mit Schwerpunkt für Krankenhaushygiene

Zur Erfüllung seiner Aufgaben muss das Hygieneteam Zugriff auf fachliche Unterstützung haben. Diese wird durch Institutionen mit unmittelbarem Patientenbezug (Krankenanstalten) gewährleistet, die sich unter Leitung einer:s Fachärzt:in für Klinische Mikrobiologie und Hygiene bzw. Hygiene und Mikrobiologie beschäftigen und über die

erforderliche wissenschaftliche und praktische Expertise sowie über die notwendige personelle Ausstattung verfügen.

Die Zentren für Krankenhaushygiene müssen über geeignete räumliche, informationstechnologische und personelle Ressourcen (z. B. Fachärzt:innen für Klinische Mikrobiologie und Hygiene bzw. Hygiene und Mikrobiologie, Hygienefachkräfte, BMA etc.) verfügen. Die Zahl der jeweiligen Mitarbeiter:innen orientiert sich am konkreten Leistungsangebot und der Anzahl der zu beratenden Einrichtungen.

Hygienezentren sind kein Ersatz für die Hygieneteams vor Ort und sollten folgende Leistungen anbieten können:

- Beratung von Hygieneteams, von Ambulatorien und anderen medizinischen Einrichtungen hinsichtlich Struktur, Organisation, Arbeitsweise, Qualitätssicherung und Marketing der Arbeit in der Krankenhaushygiene
- Organisation von Fortbildung und Schulung für Hygieneteams und regionale Krankenhaushygiene-Arbeitsgruppen
- Hilfestellung für Hygieneteams bei schwierigen Situationen (z. B. Infektionsausbrüche, akute organisatorische und strukturelle Probleme, akute epidemiologische Fragestellungen)
- Hilfestellung, Beratung und Koordination von Surveillance auf lokaler Ebene (Durchführung, Auswertung, Konsequenzen)
- Hilfestellung und Beratung bei Fragen von Um-, Zu- und Neubauten von Krankenanstalten, bei der Beschaffung von Medizinprodukten und bei technischen Hygienemaßnahmen
- Unterstützung bzw. Übernahme von technischen Hygienemaßnahmen
- Führung eines Labors oder enge Zusammenarbeit mit einem Labor für klinische Mikrobiologie und Infektionsdiagnostik, für krankenhaushygienische Untersuchungen und für weiterführende Spezialdiagnostik (z. B. epidemiologische Typisierung von Mikroorganismen)
- Fachliche Supervision und Begleitung von Hygieneteams
- Aufbau und Betreuung von lokalen/regionalen Krankenhaushygiene-Netzwerken, Aufbau, Betreuung oder Weiterführung bestehender Krankenhaushygiene-Arbeitsgruppen
- Beratung der lokalen/regionalen Behörden und Krankenanstalten-Trägerorganisationen in Angelegenheiten der Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle

- Ausbildungsstätte für in der Krankenhaushygiene tätige Berufsgruppen (Ärzt:innen, Hygienefachkräfte, Ärzt:innen im ÖGD, BMA, technisches Personal)

Die Hygienezentren können für bestimmte Fragestellungen und Expertisen herangezogen werden, wenn Fragestellungen oder Aufgaben durch die Expertise des lokalen Hygieneteams nicht abgedeckt sind. Zwischen den Hygieneteams der einzelnen Krankenanstalten und den Zentren für Krankenhaushygiene kann eine regelmäßige Zusammenarbeit etabliert werden. Jede Krankenanstalt kann eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit mit einem Zentrum für Krankenhaushygiene innerhalb oder außerhalb der eigenen Trägerorganisation treffen. Diese Vereinbarung muss den Umfang der Leistungen und der zur Verfügung stehenden Ressourcen beinhalten. Der Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen ist in der Geschäftsordnung abzubilden.

15 ANHANG

15.1 Wesentliche rechtliche Grundlagen der Organisation der Hygiene in Gesundheitseinrichtungen

In diesem Kapitel werden die wesentlichen rechtlichen Grundlagen, aber auch Leitlinien und Qualitätsstandards, zur Hygiene in den genannten Gesundheitseinrichtungen behandelt.

15.1.1 Die österreichische Bundesverfassung

Das österreichische Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) regelt die grundsätzliche Kompetenzverteilung im Bereich des Gesundheitswesens, wobei unter den Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ alle Maßnahmen zur Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung (Volksgesundheit) fallen. Da die Republik Österreich ein Bundesstaat ist, sind die Kompetenzen des Gesamtstaates zwischen einzelnen Gliedstaaten („Bundesländern“) und einem organisatorischen Verbund („Bund“) mit eigener Staatlichkeit aufgeteilt.

Folgende Kompetenzbestimmungen des Bundes-Verfassungsgesetzes sind hier von Bedeutung:

- In Artikel 10 werden jene Angelegenheiten abgehandelt, in denen dem Bund die Kompetenz in Gesetzgebung und Vollziehung zukommt.
 - Art 10 Abs 1 Z 12 Bundesverfassungsgesetz (B-VG) als Grundlage u.a. des Ärztegesetzes 1998 und den Regelungen der sanitären Aufsicht im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)
- Unter Artikel 12 fallen jene Angelegenheiten, in denen dem Bund die sogenannte „Grundsatzgesetzgebung“ zukommt, die von den Bundesländern in „Ausführungsgesetze“ umzusetzen ist, die Vollziehung ist gleichfalls Landessache.
 - Art 12 Abs 1 Z 1 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) als Grundlage des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) und der Ausführungsgesetze der Länder
- Artikel 15 betrifft jene Angelegenheiten, in denen sowohl die Gesetzgebung, als auch die Vollziehung den Ländern zukommt.

- Art 15 Abs 1 Bundesverfassungsgesetz (B-VG) als Grundlage u.a. der Regelungen über Pflegeheime
- In Artikel 15a wird Bund und Ländern ermöglicht, untereinander Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches zu schließen; auch die Länder können untereinander Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres selbstständigen Wirkungsbereiches treffen.
 - Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000138>

15.1.2 Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (GQG)

Das GQG sieht vor, dass die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend, insbesondere auch einschließlich des niedergelassenen Bereichs, zu erfolgen haben. Darüber hinaus werden u.a. die Begriffe der „Qualität“ und der „Qualitätsstandards“ definiert und ein rechtlicher Rahmen für Qualitätsstandards geschaffen.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883>

Der Bundesqualitätsstandard *Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene* ist kein Ersatz für einschlägige krankenanstaltenrechtliche Bestimmungen und andere bundesweite Vorschriften, sondern präzisiert die Bedeutung der bereits existierenden unterschiedlichen Formulierungen in den jeweiligen Gesetzestexten. Er fokussiert daher auf Krankenanstalten und insbesondere auf bettenführende Krankenanstalten. Die konkrete Umsetzung des Bundesqualitätsstandards liegt im Zuständigkeitsbereich der Bundesländer. Die Verantwortlichen in den Bundesländern können entweder landesrechtliche Regelungen im Rahmen ihrer Kompetenz erlassen, entsprechend dem Qualitätsstandard oder sich im Rahmen der Vollziehung im Bereich der sanitären Aufsicht daran orientieren.

15.1.3 Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 - ÄrzteG 1998)

Dieses enthält allgemeine einschlägige Bestimmungen, wie sie auch für eine qualifizierte Hygienearbeit grundsätzlich erforderlich sind.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>

Aufgrund § 117b Abs 2 Z 9 lit. c des Ärztegesetzes und des Beschlusses der Vollversammlung der Österreichischen Ärztekammer am 24.06.2022 wurde die 3. Änderung der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (Hygiene-VO 2014) beschlossen.

https://www.aerztekammer.at/kundmachungen/-/asset_publisher/KSydEGNV6Ajn/content/hygieneverordnung/261766

15.1.4 Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen Berufs und des Dentistenberufs (Zahnärztegesetz – ZÄG)

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004372>

15.1.5 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (GuKG)

- § 4 Abs 1 und 2 regeln die allgemeinen Berufspflichten einschließlich Sorgfaltspflicht und laufende Fortbildung auch für Hygienefachkräfte.
- § 17 Abs 2 Z 7 definiert die Krankenhaushygiene als Spezialaufgabe, für deren Ausübung eine Sonderausbildung erforderlich ist.
- § 22 definiert den Aufgabenbereich der Krankenhaushygiene.
- § 30 betrifft die EWR-Qualifikationsnachweise – Spezialisierungen.
- § 68 betrifft Sonderausbildungen in der Intensivpflege, in der Anästhesiepflege und in der Pflege bei Nierenersatztherapie.
- § 69 betrifft die Sonderausbildung in der Pflege im Operationsbereich.
- • § 70 definiert die Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene (Ausbildungsumfang und Mindestdauer von 800 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung).

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>

15.1.6 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) in Form des Grundsatzgesetzes

- § 5b Qualitätssicherung,
- § 6 Abs 1 lit e Anstaltsordnung,
- § 8 Abs 2 (Behandlung nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen bzw. zahnmedizinischen Wissenschaft),
- § 8a Krankenhaushygiene,
- § 8d Verpflichtung zur Personalbedarfsberechnung
- §§ 60, 61 und 62 Sanitäre Aufsicht (unmittelbar anwendbares Bundesrecht)

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285>

15.1.7 Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG)

Das G-ZG regelt die integrative partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung zwischen Bund, gesetzlicher Krankenversicherung und den Ländern und berührt nicht die Zuständigkeit der Länder zur Gesetzgebung und Vollziehung (§ 1 G-ZG). Die Zielsteuerung-Gesundheit umfasst in struktureller und organisatorischer Hinsicht alle intra- und extramuralen Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens sowie etwaige betroffene Nahtstellen (§ 2 G-ZG).

- § 19 - Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)
 - Kapitel 3.2.3.17 Hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen (HKLE)
 - Kapitel 3.4.2.1 Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Hygiene

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009791>

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2013 bis 2016 wurde die Umsetzung einer bundesweit einheitlichen Erfassung von HAI gefordert. Um dies zu ermöglichen wurde im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit eine Rahmenrichtlinie erarbeitet (Version 1.0 wurde am 6. April 2016 durch die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) abgenommen) und in einer überarbeiteten Version als *Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen (Projekt A-HAI) – Version 2.0* (32) im April 2022 von der B-ZK beschlossen. Die B-ZK ist gemäß § 25 Abs. 1 Zi 1 G-ZG ein Organ der Bundesgesundheitsagentur (BGA). Die BGA wurde gemäß § 56a KAKuG beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet.

15.1.8 Krankenanstaltengesetze der Bundesländer

Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrBgl&Gesetzesnummer=20000055>

Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 - K-KAO

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrK&Gesetzesnummer=10000292>

NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG)

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrNO&Gesetzesnummer=20001038>

Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997)

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=10000568>

Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 – SKAG

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrSbg&Gesetzesnummer=20000045>

Verordnung der Salzburger Landesregierung vom 12. Mai 2005, mit den Richtlinien für die bauliche Gestaltung und Einrichtung von Krankenanstalten erlassen werden

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrSbg&Gesetzesnummer=20000385>

Gesetz vom 16. Oktober 2012 über Krankenanstalten in der Steiermark (Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 – StKAG)

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=200000106>

Tiroler Krankenanstaltengesetz – Tir KAG

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrT&Gesetzesnummer=200000190>

Vorarlberg - Gesetz über Krankenanstalten (Spitalgesetz)

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrVbg&Gesetzesnummer=20000372>

Vorarlberg - Verordnung der Landesregierung über die Beschaffenheit der Krankenanstalten (Spitalbauverordnung) LGBl. Nr. 42/2013

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrVbg&Gesetzesnummer=20000373>

Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000282>

15.2 Beispiele für fachliche Fortbildungsveranstaltungen

- Symposium zum Internationalen Tag der Händehygiene (BMSGPK)
- Europäischer Antibiotikatag – EAAD (BMSPK)
- Antimicrobial Stewardship Program (BMSGPK)
- Antimicrobial Stewardship-Seminare der ÖGACH
- Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)
- Dosch-Symposium für Krankenhaushygiene (ÖGHMP)
- ÖÄK Diplom zur Fort- und Weiterbildung für Ärzte in der Krankenhaushygiene
- Fortbildungstage des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV)
- Ulmer Symposium – Krankenhausinfektionen
- Tagung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH)
- Fachtagung der Österreichischen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (ÖGSV)
- Fortbildung im Rahmen der Krankenhaushygienearbeitsgruppen
- Hygienetage in den Bundesländern
- Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für antimikrobielle Chemotherapie
- Österreichischer Infektionskongress
- Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress
- Kongress der Hospital Infection Society
- Kongress der Society for Healthcare Epidemiology of America
- ESCMID PG Courses
- ICPIC

15.3 Muster für einen Aktionsplan Ausbruchsmanagement in Anlehnung an das RKI 2002 (42) (43) (44)

Ein Ausbruch ist definiert als gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird.

Etwa fünf Prozent der Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen treten im Rahmen von Ausbrüchen auf.

Vorbereitende (proaktive) Phase

1. Überprüfung und Verifizierung des Ausbruchsgeschehen
2. Definition von Auslöseereignissen für das Inkrafttreten des Ausbruchsmanagements
 - Infektionen bei zwei oder mehr Patient:innen, deren Art sowie örtliche und zeitliche Abfolge einen epidemiologischen Zusammenhang vermuten lassen
 - Infektionen, die bereits beim ersten Fall und bei vereinzeltm Auftreten Anlass für eine hygienische Analyse geben
 - Auffällige Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen
3. Etablierung eines Ausbruchsmanagement-Kernteams
 - Krankenhaushygiene (Kontakt:)
 - Bereichsverantwortliche (Ärzt:innen, Pflege, u.a.)
 - Leitung der Krankenanstalt, Ärztliche Direktion (ADR) (Kontakt:), Pflegedienstleitung (PDR) (Kontakt:)
 - Mikrobiologe oder Virologe (Kontakt:)
4. Informationsmanagement
 - Grundsatzfestlegung: Wer tut was? Wer informiert wen und wann?
5. Sicherstellung bzw Abnahme von Untersuchungsmaterial (Patient:innen, Umgebung)
6. Festlegung der Art der Untersuchung (Untersuchungsmaterial, Art des Tests), Untersuchung und Untersuchungskapazitäten (Labor, Ansprechpartner, Öffnungszeiten) und Festlegung des Probenversands
 - Mikrobiologie, Virologie, Referenzzentren
7. Erste Maßnahmen zur Eindämmung der Übertragung (Punkte 1-6 geschehen fast gleichzeitig)
8. Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem Gesundheitsamt und anderen beteiligten Stellen
9. Festlegung der Kommunikation mit allen Beteiligten und der Öffentlichkeitsarbeit
 - Kommunikation mit der Presse / den Medien prinzipiell durch die ärztliche Direktion (ADR), allenfalls durch Krankenhaushygieniker:innen in Abstimmung mit und im Auftrag der ADR

Management eines vermuteten oder bestätigten Ausbruchs (reaktive Phase)

1. Feststellen eines Auslöseereignisses
 - Basisinformation:
 - Zeitpunkt und Ort des Auftretens des auffälligen Ereignisses
 - Namen der betroffenen Personen

- Art des Erregers
 - Vorliegen von Risikofaktoren (Eingriffe, Operationen etc.)
 - Klinische, labormedizinische und pathologisch-anatomische Befunde der betroffenen Patient:innen
 - Die Umstände, unter denen es zum Auftreten des Auslöseereignisses kam (Zimmerbelegung etc.)
 - Bereits vorliegende auffällige Befunde hygienisch-mikrobiologischer Umgebungsuntersuchungen
2. Beurteilung der aktuellen Situation aufgrund der bereits vorliegenden Erkenntnisse sowie Entscheidung über die Einberufung und Zusammensetzung des Ausbruchmanagement-Teams
 - Auf der Basis der ersten Durchsicht und Bewertung der vorliegenden Befunde und Informationen wird entschieden,
 - inwieweit ein Auslöseereignis tatsächlich vorliegt,
 - ob das Ausbruchsteam einberufen werden soll, ggf. erweitert um zusätzliche Mitglieder.
 3. Welche Partner:innen werden im aktuellen Ausbruchmanagement-Team zusätzlich benötigt?
 - Infektionsdienst (Kontakt:)
 - Kliniker:in, Pflegekraft der betroffenen Station(en) – welche? (Kontakt: Sekretariat, Leitstelle)
 - Apotheke (Kontakt:; Bereitschaftsdienst)
 - Ev. Mitarbeiter:in des Gesundheitsamtes (Rücksprache mit der ADR)
 - Betriebsärztlicher Dienst (Kontakt:)
 - Technische Direktion (Kontakt:)
 - Verwaltungsdirektion (Kontakt:)
 - Zentraldesinfektion (Kontakt:)
 - Zentralsterilisation (Kontakt:)
 - Haustechnik (Kontakt:)
 - Referenzzentren, externe Experten:innen
 4. Einberufung des Ausbruchmanagement-Teams, Fallermittlung und ggf. Bestätigung eines Ausbruchs und entsprechende Meldung
 - Vorläufige Gefährdungsbeurteilung, Feststellung, ob tatsächlich ein Ausbruch vorliegt, Basisinformation (Schritt 1) hinterfragen, ggf. ergänzen. Checkliste:
 - Welche Infektionen sind aufgetreten?
(Was?)
 - Welche Erreger wurden isoliert?

- (Art, Resistenz?)
 - Welche Patient:innen sind betroffen?
(Wer?)
 - Welche räumlichen und zeitlichen Zusammenhänge bestehen?
(Wann? Wo?)
 - Welche Personen sind zusätzlich involviert?
(Fallermittlung)
 - Welche technischen Systeme bzw. Medien (wie Wasser, Luft, Lebensmittel) kommen als Infektionsquelle/Vehikel in Frage?
(ökologische/mikrobiologische Eigenschaften der Erreger)
5. Erste krankenhaushygienische Ortsbegehung und Festlegung des akuten Handlungsbedarfs
 - Beurteilung der hygienischen Situation mit Beobachtung und Darstellung der Handlungsabläufe
 - Abweichungen von festgelegten Hygienerichtlinien?
 - Mögliche Infektionsquellen?
 - Risiko einer weiteren Übertragung auf Patient:innen und Personal?
 6. Festlegung von ersten Interventionsmaßnahmen zur Verhütung der Weiterverbreitung von Erregern (Schadensbegrenzung)
 - Sofortmaßnahmen auf Basis der verfügbaren Informationen:
 - Information und Schulung des Personals
 - Gezielte Desinfektionsmaßnahmen
 - Ggf. Isolierung betroffener Patient:innen
 - Ggf. vorübergehende Schließung von Abteilungen und Stationen
(Abstimmung mit dem Gesundheitsamt)
 7. Ermittlung der Infektionsquelle (Ursachenfindung)
 - In Ergänzung zu Schritt 4, je nach Erfordernis:
 - Sorgfältig geplante ausführliche krankenhaushygienische Ortsbegehungen
 - Detaillierte Überprüfung der Handlungsabläufe
 - Hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen
 - (ggf. systematische epidemiologische Analyse)
 8. Bewertung aller erhobenen Befunde und Festlegung gezielter Interventionsmaßnahmen
 - Überprüfung der bereits eingeleiteten Interventions- und Präventionsmaßnahmen, ggf. Modifizierung und Fokussierung
 - Beobachten der weiteren Entwicklung der Infektionen im Rahmen des Ausbruchs

- Festlegung, aufgrund welcher Kriterien / wann der Ausbruch bzw. die Gefährdungssituation als beendet angesehen werden kann
- 9. Abschluss des Ausbruchsmanagements und Festlegung absichernder Maßnahmen
 - Sind die festgelegten Kriterien für die Feststellung des Endes des Ausbruchs bzw. der Gefährdungssituation erfüllt: Ende des Ausbruchs formell erklären
 - Festlegung, unter welchen Auflagen risikobelastete Arbeitsabläufe wieder aufgenommen werden können
 - Festlegung, unter welchen Voraussetzungen geschlossene Stationen wieder geöffnet werden können
 - Ev. gezielte Surveillance-Maßnahmen für einen bestimmten Zeitraum
- 10. Abschließende Evaluierung, Defizitanalyse und Festlegung von zukünftigen Präventionsstrategien
 - War eine rechtzeitige Erkennung des Ausbruchs gewährleistet?
 - Waren die Arbeit des Ausbruchsmanagement-Teams und die Kommunikationsketten effizient?
 - Waren die Sofortmaßnahmen und die gezielten Maßnahmen richtig und notwendig?
 - Sind trotz der eingeleiteten Maßnahmen weitere Erkrankungen aufgetreten?
 - War eine effiziente Ursachenklärung gewährleistet? (hygienisch, mikrobiologisch, epidemiologisch)
 - Gelang eine ursächliche Klärung der Infektionsquellen und Infektionsketten?
 - Bleiben Fragen offen? (z. B. zu Infektionsquellen, Infektionsketten, Erreger)
 - Welche Präventionsstrategien haben sich bewährt?
 - Welche Präventionsstrategien mussten modifiziert oder neu etabliert werden?
 - Sind zusätzliche Aufwendungen und Kosten durch die Gefährdungssituation bzw. den Ausbruch entstanden?
- 11. Abschließende Dokumentation
 - Liste A: Infektionen bei zwei oder mehr Patienten, deren Art sowie örtliche und zeitliche Abfolge einen epidemiologischen Zusammenhang vermuten lassen
 - Liste B: Infektionen, die bereits beim ersten Fall und bei vereinzeltm Auftreten Anlass für eine hygienische Analyse geben (siehe Anhang 15.4)
 - Liste C: Auffällige Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen, die dem Ausbruchsmanagement-Kernteam bekanntzugeben sind (siehe Anhang 15.5)

15.4 Erreger

Beispiele für Ereignisse, die einen Hinweis auf ein nosokomiales epidemisches Geschehen geben und ein Auslöseereignis darstellen können (42)

I) Infektionen, die bereits bei vereinzelterem Auftreten Anlass für eine hygienische Analyse darstellen können

Während eines Krankenhausaufenthaltes auftretende:

- Legionellose,
- Aspergillus spp.-bedingte Organmykose,
- Pertussis,
- Infektion mit *Streptococcus pyogenes* (Gruppe A),
- Konjunktivitis epidemica,
- Scabies

II) Infektionen, bei denen bei einem Auftreten bei zwei oder mehr Patient:innen ein epidemischer Zusammenhang gegeben sein kann:

- Infektionen mit Erregern mit speziellen Resistenzen (bei identischem Resistenzmuster) (z.B. die erfassten Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen)
- Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA),
- Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE),
- *S. pneumoniae*,
- *E. coli*,
- *Klebsiella* spp.,
- *Enterobacter cloacae*,
- *Citrobacter* spp.,
- *Serratia marcescens*,
- *Pseudomonas aeruginosa*,
- *Stenotrophomonas maltophilia*,
- *Burkholderia cepacia*,
- *Acinetobacter baumannii*,
- *Candida* spp. (invasive Candidainfektion),
- Infektionen mit ungewöhnlichem Erreger,

- Sepsis mit einheitlichem Erreger (Einheitlichkeit auf Speciesebene und gegebenenfalls im Resistenzmuster, eine Typisierung ist anzustreben),
- Infektionen durch blutübertragene Erreger (z.B. HBV, HCV. Aufgrund der langen Inkubationszeit auch bei Auftreten nach Entlassung, wenn ein Zusammenhang der Fälle aufgrund eines vorausgegangenen Aufenthaltes in der gleichen Einrichtung anzunehmen ist),
- Erreger der Gastroenteritis (z.B. Clostridioides difficile, Rotaviren).

15.5 Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen

Auffällige Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen, die der Krankenhaushygiene und dem Ausbruchmanagement-Kernteam bekanntzugeben sind, beispielsweise:

- Trinkwasser
- Dialysewasser, Dialysierflüssigkeit
- Endoskope und Endoskopwaschmaschinen
- Desinfektionsmittelzumischanlagen
- Milch- und Breiküche
- Zentralküche
- Anstaltsapotheke
- etc.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Funktionsbeschreibung: Krankenhaushygieniker:in und Hygienebeauftragte:r Ärzt:in	27
Tabelle 2 Funktionsbeschreibung: Hygienefachkraft.....	29
Tabelle 3 Funktionsbeschreibung: Biomedizinische:r Analytiker:in	30
Tabelle 4 Personalressourcen	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Typische Kooperationsbereiche der Krankenhaushygiene	21
Abbildung 2 Stellung der Krankenhaushygiene in einer bettenführenden Krankenanstalt	23
Abbildung 3 Risikoeinstufung.....	43
Abbildung 4 Bedarf an Krankenhaushygiene und Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung	44
Abbildung 5 Ausbruchsphasen	74
Abbildung 6 Kommunikationspartner:innen.....	76

Literaturverzeichnis

1. **WHO.** Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. *World Health Organization*. [Online] 2016. [Cited: 13 2024.] <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/251730/9789241549929-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. **ECDC.** Infographic: Healthcare-associated infections – a threat to patient safety in Europe. *ECDC*. [Online] 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-threat-patient-safety-europe>.
3. **BMSGPK.** Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz. *BMSGPK*. [Online] 2021. [Cited: 13 2024.] https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=299&attachmentName=Nationaler_Aktionsplan_zur_Antibiotikaresistenz_2021_pdfUA.pdf.
4. —. Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen in Österreich 2021. *BMSGPK*. [Online] 2023. [Cited: 13 2024.] https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=636&attachmentName=Gesundheitssystem_assozierte_Infektionen_in_%C3%B6sterreich_2021_pdfUA.pdf.
5. **Rennert-May, E., Conly, J., Leal, J. et al.** Economic evaluations and their use in infection prevention and control: a narrative review. *Antimicrob Resist Infect Control*. [Online] 2018. [Cited: 13 2024.] <https://doi.org/10.1186/s13756-018-0327-z>.
6. **OECD.** Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More. *OECD Health Policy Studies*. [Online] 2018. <https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>.

7. **WHO Executive Board.** Infection prevention and control. *EB 150/12*. [Online] 1 10 2022. [Cited: 3 1 2024.] https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_12-en.pdf.
8. **Ltd., The Author(s). Published by Elsevier.** Antimicrobial resistance: a top ten global public health threat. *EClinicalMedicine, The Lancet*. [Online] 11 2021. [Cited: 1 3 24.] <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101221>.
9. **WHO.** Global action plan on antimicrobial resistance. *WHO*. [Online] 1 1 2016. [Cited: 1 3 24.] <https://www.who.int/publications/i/item/9789241509763>.
10. —. Infection prevention and control. *WHO*. [Online] WHO. [Cited: 4 3 2024.] https://www.who.int/health-topics/infection-prevention-and-control#tab=tab_1.
11. **Francioli P, Pittet D, Raeber PA, Rued C, Siegrist H, Von Overbeck J, Widmer AF.** Die Bekämpfung der nosokomialen Infektionen: nicht nur eine Aufgabe für den Spezialisten. *Swiss-NOSO 1:1-11*. 1994.
12. **Graves N, Weinhold D.** Complexity and the attribution of cost to hospital-acquired infection. *In: The Economics of Infectious Disease*. s.l. : Roberts JA (Hrsg) Oxford University Press, Oxford, 129-157, 2006.
13. **R, Plowman.** The economic evaluation of HAI. *In: The Economics of Infectious Disease*. s.l. : Roberts JA (Hrsg) Oxford University, Oxford, 129-157, 2006.
14. **Peter Pronovost, Dale Needham, Sean Berenholtz, et al.** An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine* . [Online] 28 12 2006. [Cited: 1 3 2024.] <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa061115>.

15. **Victor Rosenthal, Camilla Rodrigues, Carlos Álvarez-Moreno, et al.** Effectiveness of a multidimensional approach for prevention of ventilator-associated pneumonia in adult intensive care units from 14 developing countries of four continents: Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. *Critical Care Medicine* . [Online] 1 12 2012. [Cited: 1 3 2024.] https://journals.lww.com/ccmjournals/Abstract/2012/12000/Effectiveness_of_a_multidimensional_approach_for.1.aspx.
16. **G., Wewalka.** The influence of hand hygiene prior to insertion of peripheral venous catheters on the incidence of complications. *GMS Krankenhhyg Interdiszip.* [Online] 13 9 2007. [Cited: 1 3 2024.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20200662/>. 2(1):Doc01. PMID: 20200662; PMCID: PMC2831484..
17. **Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.** Qualitätsstandard Aufnahme- und Entlassungsmanagement. *BMASGK.* [Online] 6 2018. [Cited: 1 3 2024.] https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:ba0d5fca-c521-4308-8674-8f4cd0fb8c73/Qualit%C3%A4tsstandard%20AUFEM_bf.pdf.
18. **Sanitäre Aufsicht in Kranken- und Kuranstalten.** *BMSGPK.* [Online] 01 2022. [Cited: 17 06 2024.] <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=535>.
19. **MA 15 - Gesundheitsdienst der Stadt Wien.** Anforderungen an die Stellungnahme des Hygieneteams bei Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern mit Infektionsrelevanz. *Hygienerichtlinie 25.* [Online] 22 11 2017. [Cited: 1 3 2024.] <https://www.wien.gv.at/gesundheit/strukturen/hygiene/pdf/hygiene-nr25.pdf>.
20. **Bundesgesetz betreffend Medizinprodukte 2021 (Medizinproduktegesetz 2021 – MPG 2021).** [Online] [Cited: 23 10 2024.] <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011580>.

21. Verordnung (EU) 2017/745 des europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte. [Online] [Cited: 23 10 2024.] <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:32017R0745>.
22. Smathers SA, Sammons JS. A strategy for expanding infection prevention resources to support organizational growth. *Am J Infect Control*. 48(9):975-981. Epub 2020 Apr 17. PMID: 32305429. [Online] 9 2020. [Cited: 1 3 2024.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32305429/>.
23. Robert Koch Institut. Hygienefachpersonal - wann ist der Bedarf gedeckt? *Epidemiologisches Bulletin*. [Online] 8 11 2018. [Cited: 1 3 2024.] https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2018/Ausgaben/45_18.pdf?__blob=publicationFile.
24. Rodríguez-Baño J, del Toro MD, López-Méndez J, Mutters NT, Pascual A. Minimum requirements in infection control. *Clin Microbiol Infect*. 21(12):1072-6. Epub 2015 Sep 10. PMID: 26363406. 12, 2015, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X15008113>.
25. Walter Zingg, MD, Prof Alison Holmes, MD, Prof Markus Dettenkofer, MD, et al. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. *The Lancet Infectious Diseases*. [Online] 10 11 2014. [Cited: 1 3 24.] [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(14\)70854-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(14)70854-0/abstract).
26. WHO. Infection prevention and control in-service education and training curriculum. [Online] 28 05 2024. [Cited: 23 10 2024.] <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094123>.
27. B, Gordts. Models for the organisation of hospital infection control and prevention programmes. *Clin Microbiol Infect. Suppl 1:19-23*. PMID: 15760439. [Online] 11 4 2005. [Cited: 4 3 2024.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15760439/>.

28. RKI. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. *Bundesgesundheitsbl* 2023 · 66:332–351. [Online] 2023. [Cited: 4 3 2024.]
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Rili_Hygmanagement.pdf?__blob=publicationFile.
29. WHO 75. World Health Assembly. Global Strategy on Infection Prevention and Control. *A75/A/CONF./5. Agenda item 14.6*. [Online] 25 5 2022. [Cited: 4 3 2024.] https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_ACONF5-en.pdf.
30. ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, 2016-2017. *ECDC*. [Online] 5 5 2023. [Cited: 3 4 2024.]
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-5>.
31. Med. Uni Wien, Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle. Sammlung der krankenhaushygienischen Richtlinien für das AKH Wien. [Online] [Cited: 4 3 2024.] <https://krankenhaushygiene-infektionskontrolle.meduniwien.ac.at/informationen-fuer-medizinisches-fachpersonal/hygienemappe/hygienerichtlinien-a-z/>.
32. BMSGPK. Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaus-Hygiene. *BMSGPK*. [Online] 2015, 2021. [Cited: 1 3 2024.]
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/QS-Krankenhaushygiene----Qualitaetsstandard-Organisation-und-Strategie-der-Krankenhaus-Hygiene.html>.
33. ÖGHMP, ÖGSV. Positionspapier zur Hygieneüberprüfung von Geräten zur Aufbereitung von Medizinprodukten und anderen hygienisch relevanten Gegenständen durch Hersteller bzw. Vertreiber dieser Geräte in Einrichtungen des Gesundheitswesens. [Online] 04 2019. [Cited: 17 06 2024.] https://www.oeghmp.at/media/positionspapier_vs.1_stand_april_2019.pdf.

34. Halabi M, Sommer R, Sorger A. *Wasserhygiene in Gesundheitseinrichtungen*. Wien : Austrian Standards, 2019.
35. BMSGPK. Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen (Projekt A-HAI). Version 2.0. *BMSGPK*. [Online] 2022. [Cited: 13 2024.] https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:9c2c52c1-06b7-4d94-bbec-701567044d51/A-HAI_Rahmenrichtlinie%20Erfassung%20HAI_2.0.pdf.
36. van Mourik MSM, van Rooden SM, Abbas M, et al. PRAISE network. PRAISE: providing a roadmap for automated infection surveillance in Europe. *Clin Microbiol Infect*. PMID: 34217466. [Online] 7 2021. [Cited: 13 2024.] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34217466/>.
37. Verberk JDM, Aghdassi SJS, Abbas M, Nauc ler P, Gubbels S, Maldonado N, Palacios-Baena ZR, Johansson AF, Gastmeier P, Behnke M, van Rooden SM, van Mourik MSM. Automated surveillance systems for healthcare-associated infections: results from a European survey and experiences from real-life utilization. [Online] 4 2022. doi: 10.1016/j.jhin.2021.12.021.
38. Framework and toolkit for infection prevention and control in outbreak preparedness, readiness and response at the health care facility level. WHO. [Online] 06 09 2022. [Cited: 17 06 2024.] <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051027>.
39. ECDC. Surveillance and outbreak tools. *ECDC*. [Online] [Cited: 4 3 2024.] <https://www.ecdc.europa.eu/en/tools/outbreak-surveillance-tools>.
40. Holm Gero H umlmer, Ulrike Schiesser, et al. *Fakt und Vorurteil: Kommunikation mit Esoterikern, Fanatikern und Verschw rungsgl ubigen*. 2021.

41. Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (DSGVO). [Online] [Cited: 23 10 2024.] <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A02016R0679-20160504>.

42. RKI. Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen.

Bundesgesundheitsblatt. [Online] 2002. [Cited: 4 3 2024.]

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Ausbr_Rili.pdf?__blob=publicationFile.

43. Ammon A, Gastmeier P , Weist K , Kramer MH, Petersen LR. Empfehlungen zur Untersuchung von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen. [Online] 2001. [Cited: 4 3 2024.]

<https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/246/24mcvjjwBmM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

44. Gastmeier P, Stamm-Balderjahn S, Hansen S, Nietzsche-Tiemann F, Zuschneid I, Groneberg K, Rüden H. Der Beitrag von Ausbruchanalysen zur Prävention nosokomialer Infektionen. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2004 · 47:334–338. [Online] DOI 10.1007/s00103-004-0808-5.

Glossar und Abkürzungsverzeichnis

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
ADR	Ärztliche Direktion	verwendete Abkürzung des RKI im Aktionsplan Ausbruchmanagement
AEMP	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte	Organisationseinheit, in der medizinische Instrumente gereinigt, desinfiziert und sterilisiert werden
AMR	Antimikrobielle Resistenz	
AMS	Antimicrobial Stewardship	
ANISS	Austrian Nosocomial Infection Surveillance System	Österreichisches Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System, das seit 2004 als gemeinsames Projekt von der Medizinischen Universität Wien (Universitätsklinik für Krankenhaushygiene & Infektionskontrolle) und dem BMSGPK betrieben wird. Dient der laufenden, standardisierten Infektionserfassung in österreichischen Krankenanstalten
ANeoPedS	Austrian Neonatology Surveillance zur Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen an pädiatrischen und neonatologischen Intensivstationen mit Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1500g in österreichischen Krankenanstalten	
APPS	Österreichische Punkt-Prävalenz-Untersuchung	
ARHAI	Antimicrobial resistance and Healthcare-associated infections Networks	Netzwerk zur Überwachung von Antibiotikaresistenzen und Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen des ECDC

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
ASDI	Österreichisches Zentrum für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin	Gemeinnütziger Verein, 1996 gegründet, und anerkannter Netzwerkbetreiber für die Übermittlung von Daten zu Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen auf Intensivstationen
BMA	Biomedizinische:r Analytiker:in	
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	
CARBA-Net	Diagnostik und Surveillance von Carbapenemase produzierenden gramnegativen Bakterien in Österreich	
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, USA	http://www.cdc.gov/
Champions	Vorbild für hygienisches Handeln bei der Umsetzung von Hygiene, WHO	In der 5. core component der WHO "multimodal strategies" werden für die Implementierung dieser multimodalen Strategien sog. „champions“ genannt, diese Vorbildfunktion für hygienisches Handeln obliegt von der Bereichsleitung ausgewählten Personen, die auch die Wichtigkeit der Funktion der Hygienekontaktpersonen aus dem ärztlichen Bereich unterstützen sollen.
Compliance	Bereitschaft einer:s Patient:in zur Zusammenarbeit mit Ärzt:in bzw. zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Anweisungen; z. B. Zuverlässigkeit, mit der therapeutische Anweisungen befolgt werden (PSCHYREMBEL Klinisches Wörterbuch 2011)	<u>Hier</u> : Bereitschaft der:s Mitarbeiter:in einer Institution des Gesundheitswesens zur Einhaltung der vereinbarten hygienischen Regeln
Critical Control Points	Kontrollpunkte an kritischen Stellen eines Prozesses	Abkürzung „CCP“ - Begriff aus der Qualitätskontrolle; siehe Konzept „Hazard Analysis and Critical Control Point“ (HACCP)

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
DDD	Defined Daily Dose definierte Tagesdosis	Maßzahl für vergleichende Verbrauchsanalysen von Arzneimitteln. Rechnerische Größe, die von Expert:innen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegt wird.
DOSCH-Symposium	Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)	
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung	
EARSS	European Antimicrobial Resistance Surveillance System	Europäisches Netzwerk zur Überwachung der Antibiotikaresistenz (bis Ende 2009 von der Europäischen Kommission finanziertes EU-Projekt)
EARS-Net	European Antimicrobial Resistance Surveillance Network	Europäisches Netzwerk zur Überwachung der Antibiotikaresistenz ab 1.1.2010 Übernahme des Netzwerkes durch das ECDC
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten	Gegründet mittels Verordnung (EG) NR. 851/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 21. April 2004 zur Errichtung eines Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten http://www.ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx
ESAC	European Surveillance of Antimicrobial Consumption	EU-Netzwerk zur Erhebung des Antibiotika-Verbrauchs
ESCMID	Europäische Gesellschaft für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten	
EUCAST	European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing	
EU/EEA	European Union/European Economic Area	
FA	Fachärzt:in	

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
Geschäftsordnung		<u>Hier</u> : schriftliche Vereinbarung über die Abwicklung der „Geschäfte“ des Hygieneteams
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz	
HAI	Healthcare-associated Infection	Gesundheitssystem assoziierte Infektion, die in zeitlichem Zusammenhang mit einem Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand oder inkubiert war.
HBA	Hygienebeauftragte:r Ärzt:in	
HBV, HCV	Hepatitis B-, Hepatitis C-Virus	
HELICS	Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance	EU-Projekt zur Schaffung eines Netzes zur epidemiologischen Überwachung und Kontrolle nosokomialer Infektionen innerhalb der Gemeinschaft. Das HELICS-Projekt stützte sich als Initiative der Europäischen Kommission auf die Entscheidung Nr. 2119/98/EG. Übernahme durch das ECDC ab 1.7.2008, integriert in ARHAI
HFk	Hygienefachkraft	
Hygieneaudit	s. Hygienevisite	
Hygienebeauftragte:r Ärzt:in	Ärzt:in mit Berechtigung zur selbstständigen Berufsausübung, die:der für Belange der Krankenhaushygiene in einer Krankenanstalt bestellt ist und ein Diplom für Krankenhaushygiene der Österreichischen Ärztekammer vorweisen kann	

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
Hygienefachkraft (HFK)	Qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege	
Hygiene-Kernteam	Die kleinste Organisationseinheit eines Hygieneteams. Die Mitglieder des Hygienekernteams erfüllen gesetzlich definierte Funktionen und besitzen entsprechende Qualifikationen.	Gesetzlich nicht definiert
Hygienekommission	setzt sich aus den Personen des Hygieneteams und der kollegialen Führung /Anstaltsleitung zusammen, evtl. erweitert um Vertreter:innen aus anderen Bereichen.	Gesetzlich nicht definiert
Hygienekontaktperson aus dem pflegerischen und ärztlichen Bereich	Ansprechpartner:in für das Hygieneteam auf Stations-/Abteilungsebene	Gesetzlich nicht definiert
Hygienemappe	Siehe -> Hygieneordner	
Hygieneordner	„Hygieneordner“ oder „Hygienemappe“ steht als Arbeitsbegriff für eine Sammlung von Dokumenten, die hygienisch korrekte Abläufe für infektionsrelevante Sachverhalte des Hauses und seiner Bereiche beschreiben.	
Hygieneplan	„Qualitätshandbuch“ für alle hygienisch relevanten Sachverhalte der Gesundheitseinrichtung. Er umfasst die Struktur- und Prozesselemente für krankenhaushygienisch gute Leistungen, beschreibt die Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und zielt auf hohe Ergebnisqualität.	

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
Hygienerichtlinie	Dokument des Hygieneteams	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionsprävention und Infektionskontrolle
Hygieneteam (HYT)	Die Mitglieder des Hygieneteams erfüllen gesetzlich definierte Funktionen, die entsprechende Qualifikationen voraussetzen und der Führung des Hauses für den Bereich Krankenhaushygiene beigestellt sind.	
Hygienevisite	Besuch einer Station oder eines anderen Bereiches durch das Hygieneteam mit dem Ziel, hygienisch relevante Sachverhalte zu erkennen und notfalls zu ändern	
ICPIC	International Consortium for Prevention and Infection Control	
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraums	Epidemiologische Messgröße für die Häufigkeit des Krankheitsgeschehens innerhalb eines bestimmten Zeitraums in einer bestimmten Population. Vgl. Prävalenz
IPC	Infection Prevention and Control	
IPSE	Improving Patient Safety in Europe	EU-Dachprojekt für HELICS und andere Gemeinschafts-Projekte der EU Übernahme durch ECDC im Jahr 2008
KAG	Krankenanstaltengesetz	Ausführungsgesetz KAKuG
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten	Siehe Rechtsinformationssystem http://www.ris.bka.gv.at
KHH	Krankenhaushygiene	

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System	Das deutsche Nationale Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) stellt für Krankenhäuser die zentrale Referenzdatenbank für nosokomiale Infektionen (KISS) zur Verfügung. Dient der laufenden, standardisierten Infektionserfassung in deutschen Krankenanstalten
Kollegiale Führung (Kofü) / Anstaltsleitung	Gemeinsame Leitung einer Krankenanstalt durch die Leiter:innen der Bereiche ärztlicher, Pflege-, Verwaltungs- und technischer Dienst	Die Landesgesetzgebung kann dazu Vorschriften erlassen.
Krankenanstalt (KA)	Definition gemäß § 1 KAKuG Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.“	Rechtlich werden dazu auch nicht bettenführende Institutionen gezählt, die nach KAKuG als Krankenanstalten zugelassen sind (z.B. Ambulatorien).
Krankenhausthygieniker:in	Fachärzt:in für Klinische Mikrobiologie und Hygiene bzw. Hygiene und Mikrobiologie	
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI)	
Letalität	Verhältnis der Anzahl der Gestorbenen zu derjenigen der Erkrankten, beschreibt die Sterberate unter den Erkrankten	Epidemiologische Maßzahl für die Häufigkeit, mit der eine Erkrankung bei den Betroffenen zum Tod führt
Morbidität	Verhältnis der Anzahl der Erkrankten zu derjenigen der gesamten Bevölkerung und somit die Krankheitshäufigkeit innerhalb einer Population in einem Beobachtungszeitraum	Epidemiologische Maßzahl für die Häufigkeit, mit der eine Erkrankung in einer Population auftritt

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
Mortalität	Anzahl der einer bestimmten Erkrankung zugeordneten Todesfälle in einer Population in einem Beobachtungszeitraum	Epidemiologische Maßzahl für die Häufigkeit, mit der eine Erkrankung in einer Population Todesfälle verursacht
MPG	Medizinproduktegesetz	
MRE	Multiresistente Erreger	
MRGN	Multiresistente gramnegative Bakterien	
MTDG	Medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe Gesetz 2024	
NI	Nosokomiale Infektion	Synonym für Krankenhausinfektion, nun durch den Begriff Healthcare-associated Infection (HAI), Gesundheitssystem-assoziierte Infektion, ersetzt
NISS	Nosocomial Infections Surveillance System	Erfassungssystem für HAI der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft
NRZ	Nationales Referenzzentrum	
ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene	Diplom der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) für Hygienebeauftragte	siehe ÖÄK-Diplomrichtlinie Krankenhaushygiene und Diplomordnung der Österreichischen Ärztekammer http://www.arztakademie.at
ÖGACH	Österreichische Gesellschaft für antimikrobielle Chemotherapie	
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst	

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
ÖGHMP	Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin	
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband	
PDMS	Patientendaten-Managementsystem	Synonym für elektronisch geführte Krankengeschichte, weiteres Synonym: Krankenhausinformationssystem (KIS)
PE	Personalentwicklungsmaßnahme	
Prävalenz	Anzahl an Fällen einer bestimmten Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer bestimmten Population (auch Punkt-Prävalenz genannt). Wird die Zeiteinheit länger gewählt, so kann z.B. über eine Wochenprävalenz gesprochen werden (Periodenprävalenz).	Epidemiologische Messgröße für die Häufigkeit eines Krankheitsgeschehens in einer bestimmten Population – umfasst neue Fälle und solche, die zu Beginn des Beobachtungszeitraums schon bestanden. Vgl. Inzidenz
PROHYG	Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene	
Reinigungs- und Desinfektionsplan	Teil des Hygieneplans, der darüber Auskunft gibt, wer was wann wie oft und womit zu reinigen bzw. gegebenenfalls zu desinfizieren hat.	
Resistenzstatistik	Statistische Auswertung der Antibiotika-Resistenzdaten	
RKI	Robert Koch-Institut	Nachfolgeeinrichtung des Bundesgesundheitsamts Berlin http://www.rki.de/
Sanitäre Aufsicht	Die Bezirksverwaltungsbehörden haben unter Beiziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzt:innen in den Krankenanstalten und Kuranstalten ihres örtlichen	

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
	Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften gemäß §§ 60 bis 62 KAKuG zu überwachen.	
Selbstständiges Ambulatorium	Organisatorisch selbständige Einrichtung, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dient, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen	
SOP	Standard Operating Procedure	Standardarbeitsanweisung
Stabstelle Stabsfunktion	Organisatorische Einheit, die als Leitungshilfsstelle zur Unterstützung einer oder mehrerer Instanzen eingerichtet wird	
Surveillance	Systematische laufende Sammlung, Abgleichung und Analyse von Daten für die Zwecke des Gesundheitsschutzes sowie die rechtzeitige Verbreitung von für die öffentliche Gesundheit relevanten Informationen zur Bewertung und nötigenfalls Einleitung von Gesundheits-schutzmaßnahmen	Referenz: „Kundmachung des Bundeskanzlers betreffend Annahme Internationaler Gesundheitsvorschriften“ (2005) BGBl III 2008/98 https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005937
SURV-Net	Resistenzbericht für ausgewählte nicht-invasive Infektionserreger	
Validierung	Ein dokumentiertes Verfahren zum Nachweis, dass eine Methode (Verfahren, Prozess) zuverlässig innerhalb festgelegter Grenzen zum erwarteten Ergebnis führt.	
WHO – Infection Prevention and Control (WHO – IPC)	Internationales Regelwerk für die Organisation, Implementierung und Betrieb von Infection, Prevention and Control (IPC) auf nationaler und lokaler Ebene (Krankenhaushygiene)	

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

post@sozialministerium.gv.at

sozialministerium.gv.at