



BUNDESMINISTERIUM
FÜR GESUNDHEIT

PROHYG 2.0

Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene



Impressum

Eigentümer, Herausgeber und Verleger

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Radetzkystr. 2, 1030 Wien

Projektteam

Mag. (FH) Michael Entleitner, Mag. Petra Feierabend, DI Anton Hlava, Mag. Dr. Robert Muchl, DDr. Reinhild Strauss MSc (Leitung), Dr. Veronika Wolschlager

Projektmanagement

Mag. (FH) Michael Entleitner, DI Anton Hlava

Redaktionsteam

Univ.-Doz. Dr. Petra Apfalter, Dr. Alexander Blacky, Mag. (FH) Michael Entleitner, Mag. Petra Feierabend, HFK DGKP Gerhard Fluch, DI Anton Hlava, Univ.-Prof. Dr. Walter Koller, Mag. Dr. Robert Muchl, Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Presterl MBA, DDr. Reinhild Strauss MSc, Dr. Veronika Wolschlager

Layout

Ariane Seitner, Abteilung III/1, BMG
Alexandra Mayerhofer, Gesundheit Österreich GmbH

Coverfoto

BMG

Druck

Hausdruckerei des BMG

ISBN 978-3-902611-48-2
2. Auflage November 2011

Für den Inhalt verantwortlich:

Doz. Dr. med. Pamela Rendi-Wagner, MSc
Leiterin der Sektion III (Öffentlicher Gesundheitsdienst und medizinische Angelegenheiten)
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

PROHYG 2.0 steht im Internet als Download unter www.bmg.gv.at zur Verfügung.

Hinweis

Alle Formulierungen sind durchgängig als geschlechtsneutral zu verstehen und richten sich gleichermaßen an Frauen und Männer.

Vorwort

Nosokomiale Infektionen haben eine erhebliche medizinische und ökonomische Bedeutung und stellen eine ständige Herausforderung bei der optimalen Betreuung von Patientinnen und Patienten dar. Krankenhaushygienische Maßnahmen nehmen in der Vermeidung von nosokomialen Infektionen eine Schlüsselrolle ein.



Im Jahr 2002 wurde daher die erste Auflage von PROHYG herausgegeben, welches zwischenzeitlich zu einem Standardwerk im Bereich der Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene avancierte. Die vorliegende Ausgabe PROHYG 2.0 stellt das Ergebnis einer grundlegenden Überarbeitung von PROHYG 2002 dar und berücksichtigt die wissenschaftlichen, rechtlichen und organisatorischen Entwicklungen der letzten Jahre. Innerhalb nur eines Jahres ist es gelungen, dieses interdisziplinäre Projekt unter Mitarbeit von Vertreterinnen und Vertretern aller betroffenen Bereiche umzusetzen.

Ich darf mich an dieser Stelle sehr herzlich bei allen mitwirkenden Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Krankenanstalten und Gesundheitsbehörden bedanken, ohne deren Engagement und Kooperationsbereitschaft die Überarbeitung von PROHYG 2002 nicht möglich gewesen wäre.

Ich freue mich, Ihnen PROHYG 2.0 präsentieren zu können, und hoffe, dass es zur Erleichterung der täglichen Arbeit im Bereich der Krankenhaushygiene beiträgt.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Alois Stöger'.

Alois Stöger
Bundesminister für Gesundheit

Nachruf für Primar Univ.-Prof. Dr. Helmut Mittermayer



Die Neuauflage von PROHYG ist untrennbar verbunden mit dem Namen von Helmut Mittermayer, der im Sommer 2010 völlig überraschend von uns gegangen ist. Primar Univ.-Prof. Dr. Helmut Mittermayer war ein herausragender Pionier der modernen Mikrobiologie und Hygiene in Österreich. Er baute das Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Tropenmedizin am A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen in Linz auf, heute

nicht nur eine bedeutende hygienisch-mikrobiologische Service-Einrichtung für die Krankenanstalten der Region Linz, sondern inzwischen im Status eines nationalen und internationalen Kompetenzzentrums für antimikrobielle Resistenzen.

Darüber hinaus leistete er einen wesentlichen Beitrag für den Aufbau des nationalen Referenzzentrums für nosokomiale Infektionen und antimikrobielle Resistenzen sowie als Koordinator für Aktivitäten des ECDC (European Center for Disease Prevention and Control) in Österreich. Mit seinem Namen verbunden bleibt auch der österreichische Resistenzbericht AURES, den er im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit begründete und in seine jetzige Form brachte.

Von ihm kamen zahlreiche mikrobiologisch-hygienische Initiativen auf Landes- und Bundesebene. Beispielhaft sei seine langjährige und an Perspektiven orientierte Mitwirkung im Hygiene-Beirat beim Bundesministerium für Gesundheit erwähnt.

Helmut Mittermayer – schon 2001 im Autorenteam für die Erstfassung – war auch jetzt wieder maßgeblich für die Erstellung von PROHYG 2.0 tätig. Seine Gegenwart, Stimme und Umsicht fehlen auch hier seit Juli 2010. Eines seiner Worte war: „Der Einsatz einzelner ‚Pioniere‘ ist enorm. Um Nachhaltigkeit zu sichern, müssen auch Strukturen für die Zeit nach den Pionieren geschaffen werden.“¹

PROHYG hat in diesem Sinne viel für die Infektionsprävention bewegt. Es war und ist dies eine gemeinsame Anstrengung vieler, die in unserem Land für die Hygiene in Gesundheitseinrichtungen wirken. Helmut Mittermayer war eine ganz wichtige Stimme und Integrationsfigur für diese Gemeinschaft – nicht nur in Oberösterreich, sondern weit über dessen Grenzen hinaus.

Univ.-Prof. Dr. Walter Koller

für das gesamte PROHYG-Team

Dezember 2010

¹ Zitiert nach einem Nachruf von S. Hinger, Klinik 4/2010.

Mitwirkende Expertinnen und Experten

Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Allerberger

Univ.-Doz. Dr. Petra Apfalter

Prim. Dr. Christoph Aspöck

Dr. Alexander Blacky

Prim. Dr. Athanasios Bogiatzis

Jennifer Born

Dr. Michaela Dachauer

HFK Christine Ecker, MBA, MA

Mag. (FH) Michael Entleitner

Mag. Petra Feierabend

Dr. Karl Fink

HFK DGKP Gerhard Fluch

Dr. Sylvia Füzsl

DDr. Michael Gehrler

Univ.-Prof. DDr. Wolfgang Graninger

Ao. Univ.-Prof. Dr. Andrea Grisold

HR Dr. Ernst Gschiel

Mag. Burkhard Grundtner

OA Dr. Gabriele Hartmann

OA Dr. Markus Hell

Dr. Klaus Herbich

HFK DGKP Hans Hirschmann

DI Anton Hlava

Dr. Michael Hubich

OA Dr. Oskar Janata

Dr. Andrea Kainz

HFK DGKP Leo Karner

Agentur für Gesundheit und

Ernährungssicherheit (AGES), Wien

Krankenhaus der Elisabethinen, Linz,

Oberösterreich

LKH St. Pölten, Niederösterreich

Klinisches Institut für

Krankenhaushygiene, Medizinische

Universität Wien

Institut für Krankenhaushygiene und

Mikrobiologie, LKH-Univ.-Klinikum

Graz, Steiermark

BMG, Abteilung III/1

Landessanitätsdirektion Linz

Oberösterreich

Arbeiter - Samariter - Bund Österreich

Gesundheit Österreich GmbH, Wien

BMG, Abteilung III/1

Magistratsabteilung 15, Wien

Krankenhaus der Elisabethinen, Linz,

Oberösterreich

BMG, Abteilung II/4

LKH Leoben, Steiermark

Klinische Abteilung für Infektionen und

Tropenmedizin, AKH, Wien

Institut für Hygiene, Mikrobiologie und

Umweltmedizin, Medizinische Universität

Graz, Steiermark

Landessanitätsdirektion Eisenstadt,

Burgenland

Magistratsabteilung 40, Wien

Abteilung für Krankenhaushygiene

LKH Feldkirch, Vorarlberg

Zentrum für Krankenhaushygiene und

Infektionskontrolle der SALK, LKH

Salzburg

Donauspital im SMZ-Ost, Wien

LKH Feldkirch, Vorarlberg

Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Krankenhaus der Barmherzigen

Schwestern, Linz (Vinzengruppe),

Oberösterreich

Donauspital im SMZ-Ost, Wien

Landessanitätsdirektion Graz, Steiermark

Landesklinikum Krems, Niederösterreich

Dr. Robert Kellner	Landessanitätsdirektion St. Pölten, Niederösterreich
Univ.-Prof. Dr. Walter Koller	Ehemaliger Leiter der Klinischen Abteilung für Krankenhaushygiene, Medizinische Universität Wien
Dr. Tilman Königswieser, MPH	Oö Gesundheits- und Spitals-AG (gespag), Linz, Oberösterreich
Dr. Günther Kraus	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), Wien
Univ.-Prof. Dr. Cornelia Lass-Flörl	Sektion für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, Medizinische Universität Innsbruck, Tirol
Mag. Dr. Astrid Mayr	Sektion für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, Medizinische Universität Innsbruck, Tirol
Dr. Stefan Meusburger, MSc	Landessanitätsdirektion Linz, Oberösterreich
Univ.-Prof. Dr. Helmut Mittermayer †	Krankenhaus der Elisabethinen, Linz, Oberösterreich
Mag. Dr. Robert Muchl	BMG, Abteilung III/1
Dr. Margarete Müller-Wohlgenannt	Bezirkshauptmannschaft Bludenz, Vorarlberg
Dr. Georg Palmisano	Landesnervenklinik Wagner-Jauregg, Linz Oberösterreich, Oö Gesundheits- und Spitals-AG (gespag)
HFK DGKP Angelika Presl	Hygienemanagement/ Qualitätsentwicklung TILAK GmbH, Innsbruck, Tirol
Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Prestlerl MBA	Klinisches Institut für Krankenhaushygiene, Medizinische Universität Wien
Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Franz F. Reinthaler	Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin, Medizinische Universität Graz, Steiermark
Univ.-Prof. DDr. Renate Rosengarten	Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin
Dr. Ingrid Rosenberger	Landessanitätsdirektion Linz, Oberösterreich
Dr. Monika Ruis	Landessanitätsdirektion Salzburg
Maria Sagl	BMG, Abteilung II/A/3
HFK Andrea Schmidbauer	Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien
Ariane Seitner	BMG, Abteilung III/1
Michael Sigl	BMG, Abteilung III/1
Prim. Dr. Rene Silye	(Oö Gesundheits- und Spitals-AG (gespag) Linz, Oberösterreich
DDr. Reinhild Strauß, MSc	BMG, Abteilung III/1

Ao. Univ.-Prof. Dr. Florian Thalhammer	Klinische Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, AKH und Medizinische Universität Wien
Renate Tresek	BMG, Abteilung III/1
Dr. Heimo Wallenko	Landessanitätsdirektion Klagenfurt, Kärnten
OA Dr. Agnes Wechsler-Fördös	Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wien
Primar Univ.-Doz. Dr. Christoph Wenisch	Medizinische Abteilung mit Infektions- und Tropenmedizin, Kaiser-Franz-Josef Spital, Wien
HFK DGKP Rainer Werlberger	Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK GmbH, Innsbruck, Tirol
Univ.-Prof. Dr. Günther Wewalka	Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), Wien
Dr. Melanie Wohlgenannt	Landessanitätsdirektion Innsbruck, Tirol
Dr. Veronika Wolschlager	BMG, Abteilung III/7
Dr. Maria Woschitz-Merkac	BMG, Abteilung III/4
Dr. Ulrich Zerlauth	LKH Klagenfurt, Kärnten

Inhalt

Vorwort	III
Nachruf für Primar Univ.-Prof. Dr. Helmut Mittermayer	V
Mitwirkende Experten.....	VII
Inhaltsverzeichnis.....	XI
Abbildungsverzeichnis.....	XIII
Glossar	XV
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangssituation und aktuelle Problemstellung	1
1.2 Epidemiologie NI.....	3
1.2.1 Endogene und exogene Infektionen	3
1.2.2 Epidemische und endemische NI	4
1.3 Zunahme multiresistenter Erreger	4
1.4 Auswirkungen von NI.....	4
1.5 Konsequenzen von NI	5
1.5.1 Morbidität, Mortalität und Letalität	5
1.5.2 Kosten.....	5
1.5.3 Qualitätsaspekte	6
1.5.4 Juristische Aspekte	6
1.6 Hürden bei der Prävention NI.....	7
1.6.1 Schnittstellenproblematik	8
1.7 Überleitung zu PROHYG 2.0.....	8
2 Gesetzliche Grundlagen der Organisation der Hygiene in Gesundheitseinrichtungen	13
2.1 Art 10 Abs 1 Z 12 Bundesverfassungsgesetz (B-VG).....	14
2.1.1 Das Ärztegesetz 1998	14
2.1.2 Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)	16
2.2 Art 12 Abs 1 Z 1 Bundesverfassungsgesetz (B-VG).....	17
2.2.1 Für die Krankenhaushygiene relevante Auszüge aus dem Gesetzestext des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG).....	19
2.2.2 Auszüge aus den Gesetzestexten der jeweiligen Ausführungsgesetze (Landeskrankenanstaltengesetze) der Bundesländer.....	25
2.3 Art 15 Abs 1 Bundesverfassungsgesetz (B-VG).....	46
2.4 Zivilrechtliche Haftung der Rechtsträger.....	46
2.5 Die österreichische Rechtsordnung und ihre Auslegungsmethoden	47
3 Zusammenarbeit zwischen der Sanitätsbehörde und der Krankenanstalt.....	54
3.1 Gesetzliche Grundlagen.....	54
3.2 Definition der sanitären Aufsicht	56
3.3 Häufigkeit und Intensität der sanitären Aufsicht	58
3.4 Rolle des Hygieneteams bei der Einschau im Rahmen der sanitären Aufsicht.....	59
3.5 Checkliste zur Überprüfung der Krankenhaushygiene.....	60
3.6 Weitere Kontakte mit der Behörde	61
3.6.1 Sanitätsbehördliche Verfahren (Errichtung/Betriebsbewilligung)	61

3.6.2	Wechselseitige Kontakte zwischen Hygieneteam und Sanitätsbehörde	61
3.6.3	Mitarbeit in Arbeitskreisen	61
3.7	Zusammenfassung	62
4	Umfeld der Krankenhaushygiene	70
5	Stellung der Krankenhaushygiene	71
5.1	Das Hygieneteam	71
5.1.1	Personelle Zusammensetzung des Hygieneteams	71
5.1.2	Geschäftsordnung	72
5.1.3	Stellenbeschreibung	72
5.2	Funktionsbeschreibungen der Mitglieder des Hygieneteams (Kernteam)	72
5.2.1	Krankenhaushygieniker	73
5.2.2	Hygienebeauftragter	74
5.2.3	Hygienefachkraft	76
5.2.4	Biomedizinischer Analytiker	77
5.2.5	Stellvertretung	79
5.3	Hygieneverantwortung in der Krankenanstalt	79
5.3.1	Kollegiale Führung/Anstaltsleitung	79
5.3.2	Leitendes Personal von Abteilungen, Stationen und anderen Untereinheiten	79
6	Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Hygieneteams	82
6.1	Kernaufgaben	82
6.2	Fakultative Aufgaben des Hygieneteams	84
7	Erforderliche Ressourcen	85
7.1	Personelle Ressourcen des Hygieneteams	85
7.1.1	Voraussetzungen für effiziente Infektionskontrolle	85
7.1.2	Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung	88
7.1.3	Gehalt/Entlohnung	89
7.2	Organisatorische Hilfen/administrative Unterstützung	90
7.3	EDV-Unterstützung	90
7.4	Zugang zu Befunden, Patientendaten und -unterlagen	90
7.5	Räumlichkeiten	91
7.6	Zusammenarbeit mit einem mikrobiologischen Labor	91
7.7	Hygienezentren	91
7.7.1	Regionale Zentren für Krankenhaushygiene	91
7.7.2	Zusammenarbeit zwischen Hygieneteams und Hygienezentren	92
7.7.3	Nationales Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz	92
7.8	Fort- und Weiterbildung	93
7.9	Zugang zur aktuellen Literatur	93
7.9.1	Handbücher, Monografien, Expertenempfehlungen	94
7.9.2	Journale, Fachzeitschriften, Periodika	95
7.9.3	Ausgewählte Normen	95
7.10	Erforderliche Ressourcen zur Zusammenarbeit mit Behörde und Hygieneteams	96
8	Professionelle Organisation und Arbeitsweise in der Krankenhaushygiene	99
8.1	Verankerung der Aufgaben und Kompetenzen in der Anstaltsordnung	99
8.2	Geschäftsordnung des Hygieneteams	100

8.3	Arbeitsweise und Zeitmanagement des Hygieneteams.....	100
9	Elemente professioneller Arbeitsweise	105
9.1	Dokumentation/Protokolle/Schriftlichkeit.....	105
9.1.1	Jahresbericht	106
9.2	Fort- und Weiterbildung	106
9.3	Persönliche Präsenz des Hygieneteams	107
9.4	Hygienekommission.....	108
9.5	Alternative Formen der Zusammenarbeit zwischen Hygieneteam und kollegialer Führung.....	109
10	Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene	110
10.1	Hygieneplan	110
10.2	Hygieneordner	111
10.3	Begleitung der technisch-hygienischen Überprüfungen	112
10.4	Hygienevisite	112
10.5	Fortbildungsveranstaltungen.....	113
10.6	Leitlinie/Richtlinie/Standard/Empfehlung	114
10.7	Erfassung und Surveillance von nosokomialen Infektionen im Netzwerk	114
11	Priorisierung von Arbeitsthemen	125
12	Umfeld und Kultur	134
12.1	Werte und Normen der Zusammenarbeit im Team	134
12.2	Hygieneteam nach außen	135
12.2.1	Kommunikation und Informationsfluss.....	135
12.2.2	Hygienekontaktpersonen	136

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Umfeld der Krankenhaushygiene mit typischen Kooperationspartnern	70
Abbildung 2:	Stellung der Krankenhaushygiene in einer bettenführenden Krankenanstalt.....	71
Abbildung 3:	Kommunikationspartner.....	135

Glossar

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
AEMP	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte	Organisationseinheit, in der medizinische Instrumente gereinigt, desinfiziert und sterilisiert werden
ANISS	Austrian Nosocomial Infection Surveillance System	Österreichisches Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System, das seit 2004 als gemeinsames Projekt von der Medizinischen Universität Wien (Klinisches Institut für Krankenhaushygiene) und dem BMG betrieben wird. Dient der laufenden, standardisierten Infektionserfassung in österreichischen Krankenanstalten.
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, USA	http://www.cdc.gov/
Compliance	Bereitschaft eines Patienten zur Zusammenarbeit mit Arzt bzw. zur Mitarbeit bei diagnostischen oder therapeutischen Anweisungen; z. B. Zuverlässigkeit, mit der therapeutische Anweisungen befolgt werden (PSCHYREMBEL Klinisches Wörterbuch 2011)	Hier: Bereitschaft der Mitarbeiter 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 auch Konzept „Hazard Analysis and Critical Control Point“ (HACCP)
DDD	Defined Daily Dose definierte Tagesdosis	Maßzahl für vergleichende Verbrauchsanalysen von Arzneimitteln. Rechnerische Größe, die von Experten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) festgelegt wird.
DOSCH-Symposium	Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und	

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
	Präventivmedizin (ÖGHMP)	
EARSS	European Antimicrobial Resistance Surveillance System	Name für das Europäische Netzwerk zur Überwachung der Antibiotikaresistenz (bis 2010 von der Europäischen Kommission finanziertes EU-Projekt)
EARS-Net	European Antimicrobial Resistance Surveillance Network	Name für das Europäische Netzwerk zur Überwachung der Antibiotikaresistenz ab 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	Begründet 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
Empfehlung		Siehe Anhang 10.2
ESAC	European Surveillance of Antimicrobial Consumption	EU-Netzwerk zur Erhebung des Antibiotika-Verbrauchs
Geschäftsordnung	Hier: schriftliche Vereinbarung über die Abwicklung der „Geschäfte“ des Hygieneteams	Siehe Kapitel 8.2
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz	Siehe Kapitel 2
HAI	Healthcare associated infection	Synonym für NI (s. dort)
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.
Hygienebeauftragter	Zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt, der für Belange der	Siehe § 8a (KAKuG) Siehe Kapitel 5.2.2

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
	Krankenhaushygiene in einer Krankenanstalt bestellt und nicht Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie ist	siehe dazu -> Krankenhaushygieniker
Hygienefachkraft (HFK)	Qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit einer Sonderausbildung gem. § 70 GuKG, die mit Agenden der Krankenhaushygiene beauftragt ist	Siehe § 8a KAKuG Siehe Kapitel 5.2.3
Hygiene-Kernteam	Die kleinste Organisationseinheit eines Hygieneteams. Die Mitglieder des Hygienekernteams erfüllen gesetzlich definierte Funktionen und besitzen entsprechende Qualifikationen.	Gesetzlich nicht definiert Siehe Kapitel 5
Hygienekommission	Die Hygienekommission setzt sich aus den Personen des Hygieneteams und der kollegialen Führung zusammen, evtl. erweitert um Vertreter aus anderen Bereichen.	Gesetzlich nicht definiert Siehe Kapitel 9.4
Hygienekontaktperson HKP	Ansprechpartner für das Hygieneteam auf Stations-/ Abteilungsebene	Gesetzlich nicht definiert Siehe Kapitel 12.2.2.
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.	Siehe Kapitel 10.2
Hygieneplan	Der Hygieneplan ist ein „Qualitätshandbuch“ für alle hygienisch relevanten Sachverhalte der Gesundheitseinrichtung. Er umfasst die Struktur- und Prozesselemente für krankenhaushygienisch gute Leistungen, beschreibt die	Siehe § 8a Abs 4 KAKuG Siehe Kapitel 10.1

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
	Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und zielt auf hohe Ergebnisqualität.	
Hygieneteam (HYT)	In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaus-hygieniker bzw. der Hygiene-beauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.	Siehe § 8a Abs 3 KAKuG
Hygiene-Visite	Besuche einer Station oder eines anderen Bereiches mit dem Ziel, hygienisch relevante Sachverhalte zu erkennen und notfalls zu ändern	
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
IPSE	Improving Patient Safety in Europe	EU-Dachprojekt für HELICS und andere Gemeinschafts-Projekte der EU
KAG	Krankenanstaltengesetz	
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten	Siehe Rechtsinformationssystem http://www.ris.bka.gv.at
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System	Deutsches Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System, das ab 1996 als gemeinsames Projekt vom Deutschen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene und dem Robert Koch-Institut aufgebaut wurde und der laufenden Infektionserfassung dient. Dient der laufenden, standardisierten Infektionserfassung in deutschen Krankenanstalten.

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
Kollegiale Führung (Kofü)	Gemeinsame Leitung einer Krankenanstalt durch die LeiterInnen der Bereiche ärztlicher, Pflege-, Verwaltungs- und technischer Dienst	Das Prinzip der kollegialen Führung wird in § 6a KAKuG festgelegt. Die Landesgesetzgebung kann dazu Vorschriften erlassen.
Krankenanstalt (KA)	Definition gemäß § 1 KAKuG: „Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die 1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung, 2. zur Vornahme operativer Eingriffe, 3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung, 4. zur Entbindung oder 5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe bestimmt sind. 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.
Krankenhouseinschau	Kontrolltätigkeit der Bezirksverwaltungsbehörde aufgrund des § 60 KAKuG (siehe -> sanitäre Aufsicht)	
Krankenhaushygieniker	Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie, der in einer Krankenanstalt für Belange der Krankenhaushygiene bestellt ist	vgl. -> Hygienebeauftragter Siehe § 8a KAKuG Siehe Kapitel 5.2.1
Leitlinie		Siehe Anhang 10.2.
Letalität	Tödlichkeit einer bestimmten Erkrankung	Epidemiologische Maßzahl für die Häufigkeit, mit der eine Erkrankung bei den Betroffenen zum Tod führt
MHA	Maryland Hospital Association	siehe QIP

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
Morbidität	Krankheitshäufigkeit innerhalb einer Population in einem Beobachtungszeitraum	Epidemiologische Maßzahl für die Häufigkeit, mit der eine Erkrankung in einer Population auftritt
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
MTD	Medizinisch-technische Dienste	
NI	Nosokomiale Infektion, syn. Krankenhausinfektion, Healthcare Associated Infection (HAI), Gesundheitssystem-assoziierte Infektion	Lokale oder systemische Infektion, die in zeitlichem Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand oder inkubiert war.
NNIS	National Nosocomial Infection Surveillance System	Erfassungssystem für NI der US-amerikanischen CDC
NRZ	Nationales Referenzzentrum	Nationales Referenzzentrum für Nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenzen
ÖÄK-Diplom „Krankenhaushygiene“	Diplom der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) für Hygienebeauftragte	siehe ÖÄK-Diplomrichtlinie Krankenhaushygiene und Diplomordnung der Österreichischen Ärztekammer http://www.arztakademie.at
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst	
ÖGHMP	Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin	
PDM	Patientendaten-Management	Synonym für elektronisch geführte Krankengeschichte
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

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
QIP	Quality Indicator Project® der Maryland Hospital Association	System zur Messung klinischer Versorgungsleistung (Performance Measurement System). Stellt neben Indikatoren für das klinische Risiko- und Behandlungsmanagement und für die Organisationsqualität auch Indikatoren zur Überwachung von NI zur Verfügung.
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	
Richtlinie		siehe Anhang 10.2
RKI	Robert Koch-Institut	Nachfolge-Einrichtung des Bundesgesundheitsamts Berlin http://www.rki.de/
Sanitäre Aufsicht	Die Bezirksverwaltungsbehörden haben unter Beiziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzte in den Krankenanstalten und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften gemäß §§ 60 bis 62 KAKuG zu überwachen.	Ausnahmebestimmung siehe § 60 Abs 4 KAKuG
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	
Standard		Siehe Anhang 10.2

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
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 Gesundheitsschutzmaßnahmen	Referenz: „Kundmachung des Bundeskanzlers betreffend Annahme Internationaler Gesundheitsvorschriften“ (2005) BGBl III 2008/98 (www.ris.bka.at)
Validierung	Ein dokumentiertes Verfahren zum Nachweis, dass eine Methode (Verfahren, Prozess) zuverlässig innerhalb festgelegter Grenzen zum erwarteten Ergebnis führt.	

1 Einleitung

PROHYG 2.0 fasst den derzeitigen Wissensstand über die Organisation der Hygiene in Gesundheitseinrichtungen zusammen und gibt Strategien und Maßstäbe vor, die zur Verbesserung der Strukturqualität der Krankenhaushygiene führen sollen. PROHYG 2.0 erlangt durch die Einbeziehung aktueller Rechtsvorschriften und Expertisen – insbesondere auch in Haftungsfällen – rechtliche Bedeutung.

Untrennbar verbunden mit der Problematik der in heutigen Gesundheitseinrichtungen erworbenen Infektionen ist das Thema Antibiotikaresistenz. Maßnahmen zu deren Vermeidung sind nicht nur die umsichtige und kontrollierte Anwendung von Antibiotika, sondern auch die Vermeidung der Erregerübertragung durch zunehmend wichtige Hygienemaßnahmen, weil der Mangel an neuen Antibiotika, die auch gegen resistente Erreger wirksam sind, verstärkt an Bedeutung gewinnt.

Dem Thema „antibiotic stewardship“ ist eine eigene Projektlinie gewidmet, die vom Bundesministerium für Gesundheit schon vor Jahren angestoßen wurde (z. B. „ABS-Projekt“ – inzwischen weit über die Grenzen Österreichs bekannt und wirksam; „AURES“ – der jährliche offizielle Bericht zur Situation der Antibiotikaresistenz in Österreich) und die aus sachlichen, prozeduralen und logistischen Gründen nicht gemeinsam mit den Themen von „PROHYG 2.0“ behandelt werden konnte. Wirksame Strategien wurden bereits entwickelt und öffentlich gemacht. Das Bundesministerium für Gesundheit plant das Thema „Antibiotikaresistenz“ weiter zu bearbeiten und zu strukturieren.

1.1 Ausgangssituation und aktuelle Problemstellung

In Krankenanstalten erworbene Infektionen, die sog. nosokomialen Infektionen (NI), gehören seit jeher zu den wichtigsten Komplikationen medizinischer Behandlungen (1). Bis Anfang des 20. Jahrhunderts wurden diese Infektionen vor allem durch fehlende Beachtung von – aus heutiger Sicht – elementaren Regeln der Hygiene verursacht.

Die gegenwärtigen NI sind überwiegend ein Spiegelbild der geänderten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten: Betreuung polymorbider Patienten (Alterung der Bevölkerung), vermehrte invasive Eingriffe, mechanische Beatmung, totale parenterale Ernährung, Hämodialyse, Implantation provisorischer oder permanenter prothetischer Materialien, Chemotherapie oder Organtransplantation mit nachfolgender Immunsuppression. Diese Neuerungen der modernen Medizin als lebenserhaltende und lebensverlängernde Maßnahmen sind für eine immer größer werdende Gruppe von „abwehrgeschwächten“ Patienten von Nutzen.

Das Vorkommen von NI ist somit nicht per se dem Vorliegen von Hygienemängeln gleichzusetzen. Es besteht jedoch eine Verpflichtung der Rechtsträger, alle zumutbaren Maßnahmen zu ergreifen, um das Auftreten vermeidbarer NI zu verhindern. Daher sind die elementaren Regeln der Hygiene immer zu beachten.

Mit der Herausgabe der ersten Auflage von PROHYG im Jahre 2002 ist es gelungen, diese Problemstellungen im Bereich der Krankenanstalten sowohl den unmittelbar handelnden Personen als auch der breiteren Öffentlichkeit verstärkt bewusst zu machen. So wurde in der Zwischenzeit in der Bundes- und Landesgesetzgebung z. B. die verpflichtende laufende Erfassung von NI nach anerkannten Surveillance-Systemen festgeschrieben. Zusätzlich wurde zu bestehenden nichtösterreichischen Systemen wie KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) und QIP (Quality Indicator Project) im Rahmen des Nationalen Referenzzentrums für nosokomiale Infektionen das Austrian Nosocomial Infection Surveillance System (ANISS) geschaffen.

Mit Verkürzung der Verweildauer und der nachfolgenden Betreuung in anderen Gesundheits- und Betreuungseinrichtungen (in stationären Pflegeeinrichtungen, Übergangspflege, anderen institutionellen Betreuungseinrichtungen, Tageszentren etc.) verlagern sich die Infektions- und Resistenzprobleme auch dorthin. Wirksame Gegenstrategien und Organisationsformen sind oft noch nicht ausreichend vorhanden. Mit steigender Lebenserwartung ist nach Spitalsaufenthalten vermehrt eine – wenn auch oft nur vorübergehende – Betreuung der Menschen in anderen, extramuralen Gesundheits- und Betreuungseinrichtungen erforderlich. Diesem Umstand tragen auch rezente Bemühungen auf Bundes- und Landesebene um Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung Rechnung.

Da Menschen in unterschiedlichen Einrichtungen medizinisch betreut werden, bildet die Gesamtheit der Einrichtungen des Gesundheitssystems kommunizierende Gefäße. Anstrengungen und Verbesserungen zur Vermeidung von NI nur in Krankenanstalten der Akutversorgung reichen darum nicht aus. Die Belange der Hygiene sind unteilbar. Sie müssen in allen Bereichen des Gesundheitswesens adäquat umgesetzt werden und richten sich nicht nach der jeweiligen Rechtsform der Einrichtung, sondern ausschließlich nach dem jeweiligen dort angebotenen Leistungsspektrum.

Diese Erkenntnis wird in der internationalen Fachliteratur zunehmend betont und durch Begriffe wie „health care institutions“ und „health care associated infections“ verdeutlicht, und dem wurde auch durch die Umbenennung auf „Hygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ Rechnung getragen. Krankenhaushygiene ist ein in unserer Sprache gut eingeführter und im folgenden Text beibehaltener Fachbegriff für ein Tätigkeitsfeld, das sich inhaltlich auf alle Einrichtungen des Gesundheitswesens und nicht nur auf Krankenanstalten bezieht.

Elemente der Hygienearbeit und Hygienemaßnahmen (siehe Kapitel 9) sind auch Merkmale der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Hygienische Maßnahmen leiten sich für die einzelnen Gesundheitseinrichtungen auch von den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung ab, auch wenn sie dort nicht in gesonderten Hygienebestimmungen definiert sind.

Eine detaillierte Abhandlung des Gesamtspektrums aller hygienerelevanten Problemstellungen im Gesundheitsbereich würde aufgrund der Unterschiedlichkeit in den jeweiligen Leistungsangeboten und rechtlichen Zuständigkeiten den Rahmen sprengen.

PROHYG 2.0 ist kein Ersatz für einschlägige krankenanstaltenrechtliche Bestimmungen und andere bundesweite Vorschriften, sondern präzisiert die Bedeutung der bereits existieren-

den unterschiedlichen Formulierungen in den jeweiligen Gesetzestexten. PROHYG 2.0 unterstützt deren praktische Umsetzung und hat somit auch Bedeutung für die Einrichtungen des Gesundheitswesens außerhalb von Krankenanstalten.

1.2 Epidemiologie NI

In den industrialisierten Ländern rechnet man mit 5 NI pro 100 stationärer Aufnahmen (2). Viele Faktoren, insbesondere die Art der medizinischen Abteilung oder der Patientenpopulation, haben einen Einfluss auf diese Häufigkeit. Obwohl nur etwa 5-10 % aller Krankenanstaltenpatienten in Intensivpflegestationen behandelt werden, haben NI bei Intensivpatienten einen Anteil von etwa 25 % aller NI in den Krankenanstalten (3). In einer multizentrischen westeuropäischen Studie (EPIC-Studie), die am Stichtag 29. April 1992 in 1.472 Intensivpflegestationen mit 10.038 Patienten durchgeführt wurde, stellte man eine Prävalenz der NI von 20,6 % fest (4, 5). In den österreichischen Intensivstationen lag die Prävalenz bei 20 %, in Intensivstationen in Deutschland bei 17,3 % und in denen der Schweiz bei 9,7 %.

Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) plant für 2011/2012 eine europaweite Prävalenzerfassung von NI in Akut-Krankenanstalten (6). Eine entsprechende Pilotstudie wurde im Juni 2010 in 15 Mitgliedstaaten durchgeführt; man erwartete eine durchschnittliche Prävalenz NI von 7,1 % und eine Inzidenz von 5 %. Laut ECDC soll es in der EU jährlich 4.000.000 NI geben, mit circa 37.000 dadurch direkt bedingten Todesfällen. Harnwegsinfektionen machen 27 % der NI aus, Infektionen des unteren Atemweges 24 %, postoperative Wundinfektionen 17 % und Bakteriämien/Fungämien 10,5 %. Durchfallserkrankungen, hauptsächlich durch *Clostridium difficile*, Weichteilinfektionen und sonstige NI, sind für die restlichen 21,5 % verantwortlich (6).

Ziel der Überwachung von NI ist es, dem ärztlichen und pflegerischen Personal Rückmeldungen als Mittel zur Verbesserung der Qualität ihrer Arbeit zu liefern. Es ist nicht vorrangiges Ziel der Erfassung von NI, Daten für den Vergleich verschiedener Gesundheitssysteme zu produzieren. Die erhobenen Inzidenz- und Prävalenzzahlen unterliegen einer Vielzahl von Einflussfaktoren, die einen direkten Vergleich zwischen verschiedenen Einrichtungen und Regionen erschweren.

1.2.1 Endogene und exogene Infektionen

Endogene NI werden durch Mikroben aus der Keimflora des Patienten verursacht und treten vor allem als Folge invasiver medizinischer Maßnahmen, z. B. Operationen oder Venenkatheter, und unabhängig von patientenfernen Hygienemaßnahmen auf. Maßnahmen der Asepsis und Antisepsis vermindern das Infektionsrisiko. Dennoch sind viele dieser Infektionen – abhängig von der Art des Eingriffes und vom Zustand des Patienten – unvermeidlich und schicksalhaft. Die Notwendigkeit invasiver Maßnahmen ist deshalb stets kritisch zu hinterfragen.

Exogene NI haben ihren Ursprung in der Umgebung des Patienten (Mitpatienten, Krankenhauspersonal, Besucher, unbelebte Infektionsquellen). Klassische Aufgabe der Krankenhaushygiene ist es, Infektionen aus exogenen Infektionsquellen zu verhindern. Eine Kreuzinfektion liegt dann vor, wenn in der Krankenanstalt Krankheitserreger von Mensch zu

Mensch übertragen werden (z. B. Hepatitis-C-Viren, methicillinresistenter *Staphylococcus aureus*). Man findet dann bei zwei oder mehr Patienten idente Mikroorganismen. Kreuzinfektionen sind als exogene Infektionen durch Hygienemaßnahmen vermeidbar.

Bei längeren Krankenhausaufenthalten kann eine Kolonisierung mit exogenen Keimen die Quelle für spätere endogene Infektionen darstellen (7). Eine exakte Trennung zwischen endogen und exogen ist dann oft nicht möglich. Welchen Anteil derart nachgewiesene Übertragungen an der endemischen Infektionsrate einer Krankenanstalt haben, wurde bisher nur in wenigen Studien untersucht. In diesen Arbeiten wurde ein Anteil von 13-23 % festgestellt (8-11).

1.2.2 Epidemische und endemische NI

Im Anlassfall kommt Ausbrüchen von NI, sog. epidemischem Auftreten, großes Interesse zu. In den letzten Jahren sind z. B. Norovirus-Ausbrüche in Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen ein großes Problem geworden. Epidemische Infektionen machen in der Krankenanstalt meist nur 2-4 % der Infektionen aus (12). Der weit überwiegende Teil der Krankenhausinfektionen manifestiert sich jedoch endemisch, als sporadische Einzelerkrankungen.

1.3 Zunahme multiresistenter Erreger

Im letzten Jahrzehnt ist es zu einer Zunahme des Auftretens von multiresistenten Erregern wie z. B. Extended-Spectrum-Betalaktamase-bildenden Enterobakterien und Vancomycin-resistenten Enterokokken gekommen. Die Ursachen dafür sind vielschichtig und in der Fachliteratur gut beschrieben. Eine Übertragung solcher Erreger gilt es auf jeden Fall zu verhindern, weil der Erwerb einer NI im Krankenhaus vermeidbares Leid bedeutet, die betroffenen Patienten durch ihre Grundkrankheit(en) geschwächt sind und die Auswahl der wirksamen antimikrobiellen Therapeutika limitiert ist. Die Übertragung solch hochresistenter Bakterien von Patient zu Patient amplifiziert das Problem dieser antimikrobiellen Resistenzentwicklung (13, 14). Hygiene in Gesundheitseinrichtungen ist essentiell, um das Auftreten von multiresistenten Keimen zu verhindern (15). Neben Hygienemaßnahmen spielt der gezielte Einsatz von antimikrobiellen Substanzen eine wichtige Rolle. Die Wahl der antimikrobiellen Therapie muss nicht nur der Art der Infektion, dem Erregerspektrum und dem Zustand des Patienten angepasst werden, sondern auch der Resistenzsituation Rechnung tragen.

Eine zu lange dauernde oder zu früh beendete Antibiotikatherapie, falsche Dosierung oder fehlerhafte Verabreichung spielen wesentliche Rollen bei der Entstehung von Resistenzen. Auch wenn die Ursache dieser Entwicklung oft nicht in der Krankenanstalt gelegen ist, können Patienten, ihre Mitpatienten und das Personal in der Krankenanstalt gefährdet sein.

1.4 Auswirkungen von NI

Die Epidemiologie von NI hängt vom medizinischen Fachgebiet, den angebotenen Leistungen, den Grundkrankheiten der Patienten und somit auch von der Art der Gesundheitseinrichtung ab (siehe Kapitel 1.2). Die häufigsten NI sind Harnwegsinfektionen, gefolgt von respiratorischen Infekten, postoperativen Wundinfektionen und Bakteriämien. Die

unterschiedlichen Infektionsbilder haben unterschiedliche Ursachen und verlangen daher unterschiedliche Präventionsmaßnahmen.

In einer Nationalen Prävalenzstudie der Schweiz (16) wurden 1.349 Patienten untersucht (5 Universitätskliniken). Als Ergebnis wurden 176 NI bei 156 Patienten (=11,6 %; inkl. Mehrfachinfektionen) registriert. Folgende Häufigkeiten wurden festgestellt: postoperative Wundinfektionen fanden sich bei 30 %, Harnwegsinfektionen bei 22 %, Atemwegsinfektionen bei 15 %, Septikämien bei 13 % und sonstige Infektionen (inkl. Gastroenteritiden) bei 20 % der Patienten mit NI.

Im Rahmen einer jährlichen Stichtag-Prävalenzerfassung an konservativen Abteilungen einer Wiener Krankenanstalt wurden in den Jahren 1997 bis 2006 bei 179 von 2.647 Patienten (6,8 %) NI gefunden (17). Harnwegsinfektionen fanden sich bei 46,9 %, Atemwegsinfektionen bei 14,5 %, Septikämien bei 10,6 %, Gastroenteritiden inklusive Clostridium-difficile-Infektionen bei 10 % sowie postoperative Wundinfektionen bei 7,2 % der Patienten mit NI.

1.5 Konsequenzen von NI

NI haben Konsequenzen für das gesamte Gesundheitswesen, und zwar im Hinblick auf Morbidität, Mortalität, Letalität und Kosten sowie auf Qualitätssicherung und Patientenrechte.

1.5.1 Morbidität, Mortalität und Letalität

Die Konsequenzen dieser Infektionen sind vor allem vom Zustand der Patienten und von der Art der Infektionen abhängig (18). Harnwegsinfekte sind sehr häufig (hohe Morbidität), verlaufen aber meistens ohne Komplikation. Pneumonien und Bakteriämien sind hingegen mit einer bedeutenden Letalität assoziiert. Die Prognose hängt vom Grundleiden des Patienten ab. In den USA geht man davon aus, dass bei 0,9 % der Todesfälle in der Krankenanstalt eine NI als Ursache anzunehmen ist, bei weiteren 2,7 % seien derartige Infekte wesentlich beteiligt (19, 20). Im Falle der Bakteriämien und Pneumonien kann die Letalität bis zu 40 % betragen (18).

In Deutschland sollen jährlich zirka 500.000 NI im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung auftreten und NI somit für 10.000-15.000 Todesfälle im Jahr verantwortlich sein (21).

1.5.2 Kosten

Die in Gesundheitseinrichtungen erworbenen Infektionen stellen einen erheblichen Kostenfaktor dar. Häufig müssen Betroffene in eine Einrichtung höherer Versorgungsstufe überstellt werden (z. B. von einem Pflegeheim in eine Krankenanstalt oder von einer allgemeinen Station auf eine Intensivstation). Zusätzliche Kosten ergeben sich vor allem aus der verlängerten Verweildauer des Patienten sowie aus Diagnostik und Therapie der Infektionen. NI verlängern die Verweildauer um durchschnittlich vier Tage; die zusätzlich erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind ihrerseits zum Teil mit weiteren Risiken behaftet (12). Im Rahmen einer deutschen Studie verlängerten nosokomiale Clostridium-difficile-Infektionen die Verweildauer im Median um 7 Tage und

erhöhten die durchschnittlichen Gesamtbehandlungskosten von 7.147 Euro auf 33.840 Euro (22).

Britische Daten untermauern sogar, dass die Dauer einer stationären Behandlung für Patienten mit NI im Durchschnitt 2,5-mal bzw. um 11 Tage länger ist als die Dauer der stationären Behandlung vergleichbarer Patienten ohne Krankenhausinfektion; die Mehrkosten betragen das 2,8-Fache der Kosten ohne NI und im Durchschnitt 2.917 Britische Pfund pro Fall (23).

Die genauen Kosten von nosokomialen Infektionen sind schwierig zu beziffern. An einer Schweizer Universitätsklinik wurden in den Jahren 2000/2001 die Zusatzkosten einer chirurgischen Wundinfektion mit 19.638 Schweizer Franken pro Fall berechnet (24).

Für Großbritannien werden die Kosten durch NI mit circa 1 Milliarde Britischer Pfund pro Jahr geschätzt, in den USA auf 10 Milliarden Dollar (19, 20).

Diese Kosten müssen gegen die Kosten prophylaktischer Maßnahmen abgewogen werden, wobei viele der Präventivmaßnahmen allgemeiner Art allein schon im Rahmen der Qualitätssicherung als „good clinical practice“ zu fordern wären. Bestimmte Präventivmaßnahmen müssen jedoch von kompetenten Spezialisten (Hygieneteam) geleitet werden. Mehrere Studien weisen die medizinische und ökonomische Wirksamkeit der Gesamtheit dieser Maßnahmen nach (25, 26).

Neben den Kosten für die Allgemeinheit darf man zudem nicht die sozialen und persönlichen Folgen von Arbeitsunfähigkeit oder vorzeitigem Tod außer Acht lassen.

1.5.3 Qualitätsaspekte

Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen reflektieren bereits eine gesellschaftspolitische Entwicklung hin zu vermehrter Qualitätssicherung in der Medizin (27). Nach Erscheinen der Leitlinie PROHYG im Oktober 2002 wurde im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten sowie in den Ausführungsgesetzen der Bundesländer die Verpflichtung für die laufende Erfassung nosokomialer Infektionen nach anerkannten Systemen verankert. Damit wurden die Qualitätssicherungsbestimmungen für die Einhaltung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch in den Belangen der Hygiene näher definiert.

1.5.4 Juristische Aspekte

Juristische Konsequenzen nosokomialer Infektionen sind mittlerweile nicht nur in den USA, sondern auch in Europa relevant. In Österreich gab es bereits 1992 erstmals eine Entscheidung des Obersten Gerichtshofes (OGH 2Ob 538/92 vom 17. 6. 1992) mit der Verurteilung des Rechtsträgers einer Krankenanstalt zu Schadenersatz, weil keine ausreichenden Maßnahmen ergriffen worden waren, um Krankenhausinfektionen zu verhindern – darunter auch, dass es keine Stellvertretung für den Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragten gab.

1.6 Hürden bei der Prävention NI

Die Prävention nosokomialer Infektionen involviert viele Bereiche der Gesundheitseinrichtungen und umfasst auch Organisationseinheiten, die nicht automatisch mit Belangen der Hygiene in Verbindung gebracht werden. Dieser multifokale Ansatz bedeutet die Konfrontation mit administrativen Hürden und möglichen Fehleinschätzungen durch relevante Entscheidungsträger.

Prinzipien der Prävention von nosokomialen Infektionen sind zwar einfach aufzustellen, aus zwei Gründen aber nicht immer vollständig in die Praxis umzusetzen (12):

1. Die Effizienz und das Kosten-Nutzen-Verhältnis einzelner Maßnahmen sind nicht immer wissenschaftlich belegbar (28, 29).
2. Das Erkennen effizienter Maßnahmen bedeutet noch nicht, dass die Maßnahmen auch umgesetzt werden. Obwohl beispielsweise die Wirksamkeit der Händedesinfektion vor dem Legen von peripheren Venenkathetern nachgewiesen worden ist, wird diese einfache Maßnahme in der Praxis häufig vernachlässigt (30).

Dennoch haben systematische Untersuchungen wiederholt ein beachtliches Präventionspotenzial gezeigt. In einer der ersten Studien zum Präventionspotenzial, der Ende der 1970er Jahre in den USA durchgeführten SENIC-Studie, wurde der Anteil von vermeidbaren Infektionen mit 32 % der endemischen NI ermittelt (31). Für Deutschland belegte die Ende der 1990er Jahre durchgeführte NIDEP-Studie, dass in chirurgischen Abteilungen und Intensivstationen der teilnehmenden Häuser NI durch konsequentes hygienisches Qualitätsmanagement um 26 % reduziert werden konnten; in den Kontrollkrankenhäusern wurde allein durch die Etablierung von Surveillance eine Reduktion um 10 % erreicht (32).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vertritt sogar die Ansicht, dass durch konsequente Händedesinfektion bis zu 40 % der nosokomialen Infektionen verhindert werden könnten (33).

In England zeigte eine Befragung der Infection Control Teams durch das National Audit Office, dass nur 39 % der Befragten eine Reduktion der nosokomialen Infektionen um 30 % für realisierbar erachten. Der Anteil vermeidbarer nosokomialen Infektionen wurde von den Befragten im Durchschnitt auf 15 % geschätzt (von <5 % bis >35 %) (34).

Solche Studien zeigen zwar die Wirksamkeit von Hygienemaßnahmen und die Wichtigkeit von deren Einhaltung, sie geben aber nur selten Auskunft über die Ursachen der „Nicht-Compliance“. Einige Gruppen wie z. B. Pittet u. Mitarb. (16) konnten allerdings zeigen, dass auch Hygienemaßnahmen – wie in der Produktwerbung – PR und Promotion benötigen, um Beachtung zu finden.

Inwieweit sich in einer realen Situation ohne Studienbedingungen die Reduktion von nosokomialen Infektionen auch wirtschaftlich rechnet, wird immer wieder kritisch in Frage gestellt. Der Zeitaufwand für die Surveillance von nosokomialen Infektionen auf Intensivstationen (mit durchschnittlich 10 Betten) im Rahmen des deutschen Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) wird mit 2-3 Stunden wöchentlich angegeben (26). Der Zeitaufwand für die Surveillance postoperativer Wundinfektionen ist sehr von der Größe der Abteilungen, der Anzahl der ausgewählten Indikatoroperationen und von den Möglichkeiten zur computergestützten Übernahme der notwendigen Daten abhängig. Auch hier wird im Durchschnitt ein wöchentlicher Zeitaufwand von 2-3 Stunden pro 10 Betten genannt. Damit

scheint die Surveillance von NI (mit ihrem Reduktionspotenzial von zumindest 10 %) nicht nur medizinisch geboten, sondern auch wirtschaftlich sinnvoll. In einer nationalen Untersuchung in den USA wurde bereits in den 1980er Jahren nachgewiesen, dass schon eine Reduktion der NI um nur 6 % unter amerikanischen Bedingungen ausreicht, um die jährlichen Kosten der Krankenhaushygiene zu decken (35).

1.6.1 Schnittstellenproblematik

Mehr Beachtung als früher muss der Verbreitung von Infektionserregern durch „Personen-transfer“ (Patienten, Personal und Besucher) 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 Infektionserregers ist. Aus diesem Grund haben zahlreiche Krankenanstalten ein Screening bei Aufnahme bestimmter Patientengruppen in die Krankenanstalt eingeführt. In den Spitälern des Wiener Krankenanstaltenverbundes wird schon bei der Aufnahme von Patienten mit der Anamnese von multiresistenten Erregern ein elektronischer Hinweis ausgelöst. Grundsätzlich ist es aber nötig, dass geeignete Hygienestandards in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens etabliert werden und dass die Kommunikation zwischen den beteiligten Einrichtungen aufgebaut oder verbessert wird.

1.7 Überleitung zu PROHYG 2.0

Durch in Gesundheitseinrichtungen erworbene Infektionen entstehen in hohem Maße persönliches Leid, erhöhter Betreuungsaufwand sowie direkte und indirekte Kosten. Wesentliche Elemente betreffend die Organisation. Die Aufgaben der Krankenhaushygiene sind für Österreich in den Novellen des KAKuG definiert. 2010 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit eine Aktualisierung der aus dem Jahr 2002 stammenden PROHYG-Leitlinie initiiert.

Ziele:

- Aktualisierung der aus dem Jahr 2002 stammenden PROHYG-Leitlinie
- Verbesserung der Grundlagen zur Senkung der Rate NI in Gesundheitseinrichtungen
- Bekanntmachung der Leistungen der Hygiene in den Gesundheitseinrichtungen
- Verbesserung der Organisationsstruktur der Hygiene in den Gesundheitseinrichtungen
- Bewusstmachung der Schnittstellenproblematik im Gesundheitswesen
- Verbesserung der berufsübergreifenden Kommunikation
- Verbesserung der Kommunikation zwischen den Hygieneteams
- Verbesserung der Ausbildung der Mitglieder des Hygieneteams
- Verbesserung der Mitarbeiter-Zufriedenheit in Hygieneteams
- Verantwortungsbewusste Nutzung von Ressourcen

- Förderung der Effizienz der Hygiene in den österreichischen Gesundheitseinrichtungen
- Verbesserung der Compliance mit Hygiene-Regeln
- Unterstützung der Projekte zur Verbesserung des Umganges mit Antibiotika
- Beitrag zur Kosteneffizienz im Gesundheitswesen

Referenzen:

- 1 Anonymus (2009) Empfehlung des Rates vom 9. Juni 2009 zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen. EU Amtsblatt Nr. C 151 vom 03/07/2009:0001–0006
- 2 Bates DW, Larizgoitia I, Prasopa-Plaizier N, Jha AK, on behalf of the Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety (2009) Global priorities for patient safety research. *BMJ* 338:b1775
- 3 Trilla A (1994) Epidemiology of nosocomial infections in adult intensive care units. *Intensive Care Med* 20:1-4
- 4 Vincent JL, Bihari DJ, Suter PM, Bruining HA, White J, Nicolas-Chanoin MH, Wolff M, Spencer RC, Hemmer M (1995) The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe (the EPIC study). *JAMA* 274:639-644
- 5 Pauser G (1997) Infektionsprophylaxe als wichtiger Baustein der Intensivmedizin. In: Hygienestatus an Intensivstationen 2; European Interdisciplinary Committee for Infection Prevention in Intensive Care Medicine (EURIDIKI) (Hrsg.) MPH Verlag, Wiesbaden, 9-12
- 6 European Centre for Disease Prevention and Control (2009) Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2008. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control <http://www.ecdc.europa.eu>
- 7 Lass-Flörl C, Salzer MG, Schmid T, Rabl W, Ulmer H, Dierich MP (1999) Pulmonary Aspergillus colonization in humans and its impact on management of critically ill patients. *Brit J Haem* 104:745-747
- 8 Webster C, Townner K (2000) Use of RAPD-ALF analysis for investigating the frequency of bacterial cross-transmission in an adult intensive care unit. *J Hosp Infect* 44:254-260
- 9 Mellmann A, Orth D, Dierich MP, Allerberger F, Klare I, Witte W (2000) Nosocomial cross transmission as a primary cause of vancomycin-resistant enterococci in Austria. *J Hosp Infect* 44:281-287
- 10 Ruppitsch W, Stöger A, Braun O, Strommenger B, Nübel U, Wewalka G, Allerberger F (2007) Methicillin-resistant Staphylococcus aureus: occurrence of a new spa type in two acute care hospitals in Austria. *J Hosp Infect* 67:316-322
- 11 Eiff C, Becker K, Machka K, Stammer H, Peters G (2001) Nasal Carriage as a source of Staphylococcus aureus bacteremia. *NEJM* 344:11-16
- 12 Francioli P, Pittet D, Raeber PA, Ruef C, Siegrist H, Von Overbeck J, Widmer AF (1994) Die Bekämpfung der nosokomialen Infektionen: nicht nur eine Aufgabe für den Spezialisten. *Swiss-NOSO* 1:1-11
- 13 World Health Organization (2001) WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance. WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2. <http://www.who.int/>
- 14 Kaier K, Wilson C, Chalkley M, Davey PG, Suetens C, Grundmann H, de Kraker M, Schumacher M, Wolkewitz M, Frank U (2008) Health and economic impacts of antibiotic resistance in European hospitals – outlook on the BURDEN project. *Infection* 36:492-494

- 15 Allerberger F, Gareis R, Jindrák V, Struelens MJ (2009) Antibiotic stewardship implementation in the European Union: The way forward. *Expert Rev Anti Infect Ther* 7:1175-1183
- 16 Pittet D (1999) Prevalence and Risk Factors for Nosocomial Infection in Switzerland. *Journal of Infection Control and Hospital Epidemiology* 20(1):37-42
- 17 Lenhart V, Stickler K, Kriz E (2008) 10 Jahre Prävalenzuntersuchung: Nosokomiale Infektionen an den Internen Abteilungen und der Neurologie. *Krankenhausthygiene und Infektionsverhütung* 30:204-206
- 18 Spektrum der Infektionskrankheiten: Diagnostik, Verlauf und zeitgemäße Therapie (2006) Mittermayer H, Allerberger F (Hrsg), Spitta-Verlag, Balingen
- 19 Senior K (2001) Can we keep up with hospital-acquired infections? *The Lancet Infectious Diseases* April 2001:8
- 20 Slater F (2001) Cost-effective infection control success story: a case presentation. *Emerging Infectious Diseases* 7:293-298
- 21 Gastmeier P, Geffers C (2008) Nosocomial infections in Germany. What are the numbers, based on the estimates for 2006? *Dtsch Med Wochenschr* 133:1111–1115
- 22 Vonberg RP, Reichardt C, Behnke M, Schwab F, Zindler S, Gastmeier P (2008) Costs of nosocomial *Clostridium difficile*-associated diarrhoea. *Journal of Hospital Infection* 70:15-20
- 23 Plowman R, Graves N, Griffin M, Roberts J, Swan A, Cookson B, Taylor L (2000) Socioeconomic burden of hospital-acquired infection. *PHLS*
- 24 Weber WP, Zwahlen M, Reck S, Feder-Mengus C, Misteli H, Rosenthal R, Brandenberger D, Oertli D, Widmer A, Marti WR (2008) Economic burden of surgical site infections at a European university hospital. *Infection control and hospital epidemiology* 29:623-629
- 25 Richards C, Emori TG, Peavy G, Gaynes R (2001) Promoting quality through measurement of performance and response: prevention success stories. *Emerging Infectious Diseases* 7:299-301
- 26 Gastmeier P, Mielke M, Nassauer A, Daschner F, Rüden H (2001) Ist die Surveillance von Krankenhausinfektionen sinnvoll und kosteneffektiv? *Das Krankenhaus* 4/2001: 317-321
- 27 Troillet N, Francioli P, Pittet D, Ruef Ch (2001) Die Häufigkeit nosokomialer Infektionen als Indikator medizinischer Qualität. *Swiss-NOSO* 8(1):1-8
- 28 Graves N, Weinhold D (2006) Complexity and the attribution of cost to hospital-acquired infection. In: *The Economics of Infectious Disease*. Roberts JA (Hrsg) Oxford University Press, Oxford, 103-115
- 29 Plowman R (2006) The economic evaluation of HAI. In: *The Economics of Infectious Disease*. Roberts JA (Hrsg) Oxford University Press, Oxford, 129-157
- 30 Hirschmann H, Fux L, Podusel J, Schindler K, Kundi M, Rotter M, Wewalka G with assistance of EURIDIKI (2001) The influence of hand hygiene prior to insertion of peripheral venous catheters on the frequency of complications. *Journal of Hospital Infection* 49:199-203
- 31 Haley RW, Culver D H, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, Hooton TM (1985) The efficiency of infection control programs in preventing nosocomial infections in U.S. hospitals. *Am J Epidemiol* 121:182-205

- 32 Rüden H, Daschner F (2000) Nosokomiale Infektionen in Deutschland – Erfassung und Prävention (NIDEP-Studie); Teil 2: Studie zur Einführung eines Qualitätsmanagementprogramms. Nomos-Verlag, Baden-Baden
- 33 WHO (2009) WHO guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge – clean care is safer care. www.who.int/patientsafety/en/
- 34 Report of the Comptroller and Auditor General (2000) The Management and Control of Hospital Acquired Infection in Acute NHS Trusts in England. The Stationery Office, London
- 35 Haley R, White J, Cluver D, Hughes J (1987) The financial incentive for hospitals to prevent nosocomial infections under the prospective payment system. An empirical determination from a national representative sample. JAMA 257:1611-1614

2 Gesetzliche Grundlagen der Organisation der Hygiene in Gesundheitseinrichtungen

In diesem Kapitel werden die gesetzlichen Grundlagen der Krankenhaushygiene mit den entsprechenden Auszügen aus den Gesetzestexten, Erläuterungen und allfälligen Interpretationen behandelt.

Die Gesetzestexte des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), das Ärztegesetz 1998, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) und die einzelnen Krankenanstaltengesetze der Bundesländer (L-KAG) sind im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes (RIS) unter der Internetadresse <http://www.ris.bka.gv.at/> abrufbar (alle zitierten Gesetzestexte Stand: 31. 12. 2010).

Die österreichische Bundesverfassung

Das österreichische Bundesverfassungsgesetz (B-VG) regelt die grundsätzliche Kompetenzverteilung im Bereich des Gesundheitswesens, wobei unter den Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ alle Angelegenheiten der 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. Dem Bund kommen dabei Kompetenzen auf dem Gebiet der Staatsgewalten der Gesetzgebung, Vollziehung und der Gerichtsbarkeit zu. Die Bundesländer haben Kompetenzen auf dem Gebiet der Gesetzgebung und Vollziehung.

Für den Bereich des Krankenanstaltenwesens sind folgende Kompetenzbestimmungen des Bundesverfassungsgesetzes von Bedeutung:

- In Artikel 10 werden die Agenden abgehandelt, in denen dem Bund die Kompetenz in Gesetzgebung und Vollziehung zukommt (Näheres siehe unten Punkt 2.1).
- Unter Artikel 12 fallen die Agenden, in denen dem Bund die sogenannte „Grundsatzgesetzgebung“ zukommt, die von den Bundesländern in „Ausführungsgesetzen“ umzusetzen sind, die Vollziehung ist gleichfalls Landessache (Näheres siehe unten Punkt 2.2).
- In Artikel 15 werden die Agenden behandelt, in denen die Kompetenz der Gesetzgebung und Vollziehung allein den jeweiligen Bundesländern zukommt.

In Artikel 15a wird Bund und Ländern ermöglicht, untereinander Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches zu schließen, und die Länder können untereinander Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres selbstständigen Wirkungsbereiches treffen.

2.1 Art 10 Abs 1 Z 12 Bundesverfassungsgesetz (B-VG)

Gemäß Art 10 Abs 1 Z 12 B-VG ist das Gesundheitswesen in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache, mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindegesundheitsdienstes und Rettungswesens; Bundessache sind weiters die sanitäre Aufsicht hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten, das Kurortwesen und die natürlichen Heilvorkommen.

Anm.: Darunter fallen z. B. das Ärztegesetz, Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), verschiedene Gesetze über weitere medizinische Berufe, Apothekengesetz, Strahlenschutzgesetz, Epidemiegesetz, Tuberkulosegesetz, AIDS-Gesetz, Geschlechtskrankheitengesetz, Arzneimittelgesetz, Medizinproduktegesetz. Es werden darin unterschiedliche Bestimmungen wie Ausbildungserfordernisse, Schutzbestimmungen und Meldepflichten geregelt. Für einzelne Gesetze bestehen noch zusätzlich Durchführungsverordnungen, mittels derer detailliertere Regelungen getroffen werden.

Gesetzliche Grundlagen der Hygiene in Gesundheitseinrichtungen im Bereich des Artikels 10 B-VG sind u. a.:

2.1.1 Das Ärztegesetz 1998

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

§ 49 Abs 1 Ein Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards, insbesondere aufgrund des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.

Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung, § 51 (ÄrzteG 1998)

§ 51 Abs 1 Der Arzt ist verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten und der zur Identifizierung dieser Arzneyspezialitäten und der jeweiligen Chargen im Sinne des § 26 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, erforderlichen Daten zu führen und hierüber der beratenen oder behandelten oder zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen. In Fällen eines Verdachts im Sinne des § 54 Abs. 4 sind Aufzeichnungen über die den Verdacht begründenden Wahrnehmungen zu führen. Den gemäß § 54 Abs. 5 oder 6 verständigten Behörden oder öffentlichen Dienststellen ist hierüber Auskunft zu erteilen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen.

Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht, § 54 (ÄrzteG 1998)

§ 54 Abs 1 Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.

§ 54 Abs 2 Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn

- 1. nach gesetzlichen Vorschriften eine Meldung des Arztes über den Gesundheitszustand bestimmter Personen vorgeschrieben ist,*
- 2. die Offenbarung des Geheimnisses im Interesse der Allgemeinheit liegt,*
- 3. die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist.*

Ordinationsstätten, § 56 (ÄrzteG 1998)

§ 56 Abs 1 Der Arzt ist verpflichtet, seine Ordinationsstätte

- 1. in einem solchen Zustand zu halten, dass sie den hygienischen Anforderungen entspricht,*
- 2. den fachspezifischen Qualitätsstandards entsprechend zu betreiben und*
- 3. durch eine entsprechende äußere Bezeichnung kenntlich zu machen.*

§ 56 Abs 2 Der Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörde hat die Ordinationsstätte zu überprüfen, wenn Umstände vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass sie den im Abs. 1 Z 1 angeführten Voraussetzungen nicht entspricht. Der Überprüfung ist ein Vertreter der Ärztekammer beizuziehen. Entspricht die Ordinationsstätte nicht den hygienischen Anforderungen, ist dem Arzt die Behebung der Mängel innerhalb einer angemessenen Frist aufzutragen.

§ 56 Abs 3 Kommt bei der Überprüfung zutage, dass Missstände vorliegen, die für das Leben und die Gesundheit von Patienten eine Gefahr mit sich bringen können, ist die Sperre der Ordinationsstätte bis zur Behebung dieser Missstände von der Bezirksverwaltungsbehörde zu verfügen.

Österreichische Ärztekammer, § 117b (ÄrzteG 1998)

§ 117b Abs 2 Im eigenen Wirkungsbereich obliegt der Österreichischen Ärztekammer die Erlassung insbesondere nachfolgender Verordnungen und sonstiger genereller Beschlüsse:

- 1. über die Ausgestaltung der ärztlichen Berufsausübung, insbesondere hinsichtlich der*
- 2. hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (§ 56 Abs. 1 Z 1), sofern nicht bundesrechtliche Vorschriften bestehen,*

(siehe Anhang 2.1 „Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (Hygiene-VO 2010)“,

<http://www.aerztekammer.at>

2.1.2 Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)

§ 4 Abs 1 und 2 regeln die allgemeinen Berufspflichten einschließlich Sorgfaltspflicht und laufende Fortbildung auch für Hygienefachkräfte.

§ 4 Abs 1 Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren. Jede eigenmächtige Heilbehandlung ist zu unterlassen.

§ 4 Abs 2 Sie haben sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der medizinischen und anderer berufsrelevanter Wissenschaften regelmäßig fortzubilden.

⋮

§ 17 definiert die Krankenhaushygiene als Spezialaufgabe, für deren Ausübung eine Sonderausbildung erforderlich ist.

§ 17 Abs 1 Der erweiterte Tätigkeitsbereich umfaßt die Ausübung von Spezial-, Lehr- oder Führungsaufgaben.

§ 17 Abs 2 Spezialaufgaben sind:

⋮

7. Krankenhaushygiene

⋮

§ 22 definiert den Aufgabenbereich der Krankenhaushygiene.

§ 22 Abs 1 Die Krankenhaushygiene umfaßt die Mitwirkung bei allen Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen und der Gesunderhaltung dienen.

§ 22 Abs 2 Hierzu zählen insbesondere:

- 1. Ermittlung des Hygienestatus in pflegerischen, diagnostischen, therapeutischen und versorgungstechnischen Bereichen,*
- 2. Mitwirkung bei der Erstellung von Hygieneplänen, Hygienestandards und Hygienerichtlinien,*
- 3. Mitwirkung bei der Beschaffung von Desinfektionsmitteln und bei der Beschaffung und Aufbereitung von Produkten, sofern durch diese eine Infektionsgefahr entstehen kann,*
- 4. Beratung des Personals in allen für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten und*
- 5. Mitwirkung bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten.*

§ 70 definiert die Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene (Ausbildungsumfang und Minstdauer von 800 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung).

§ 70 Abs 1 Die Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene dauert mindestens sechs Monate und umfaßt mindestens 800 Stunden theoretische und praktische Ausbildung.

§ 70 Abs 2 Sie beinhaltet insbesondere folgende Sachgebiete:

- 1. Epidemiologie, Mikrobiologie und Immunologie*
- 2. Pflegerisch-organisatorische und pflegerisch-technische Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen*
- 3. Organisation und Betriebsführung*
- 4. Kommunikation, Angewandte Pädagogik, Gesprächsführung und Konfliktbewältigung*
- 5. Projektmanagement und Qualitätsmanagement in der Krankenhaushygiene*
- 6. Gesetzliche Grundlagen der Krankenhaushygiene.*

2.2 Art 12 Abs 1 Z 1 Bundesverfassungsgesetz (B-VG)

Gemäß Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG ist Bundessache die Gesetzgebung über die Grundsätze, Landessache die Erlassung von Ausführungsgesetzen sowie die Vollziehung in den Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten, der natürlichen Heilvorkommen und der vom gesundheitlichen Standpunkt aus an Kurorte sowie Kuranstalten und Kureinrichtungen zu stellenden Anforderungen. Aufgrund dieser verfassungsrechtlichen Regelung existieren in Österreich das

1. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) als Grundsatzgesetz und dazu
2. neun unterschiedliche Ausführungsgesetze der Bundesländer in Form der jeweiligen Krankenanstaltengesetze.

Ausführungsgesetze dürfen den Bestimmungen eines Grundsatzgesetzes nicht widersprechen. Für den Rechtsunterworfenen (Krankenanstaltenträger) unmittelbar verbindlich sind jedoch ausschließlich die Bestimmungen der Ausführungsgesetze der Länder. Das Grundsatzgesetz selbst richtet sich nicht an die Rechtsunterworfenen, sondern an die Ausführungsgesetzgeber. Es ist allenfalls im Rahmen der Auslegung von Bestimmungen der Ausführungsgesetze als Auslegungsmaßstab heranzuziehen, da bei unklarem Wortlaut eines Ausführungsgesetzes im Zweifel die Bestimmung „grundsatzgesetzkonform“ zu interpretieren ist.

Wichtig zu erwähnen ist, dass die „sanitäre Aufsicht“ über Krankenanstalten nicht dem Kompetenztatbestand des Art 12 B-VG unterliegt. Hier besteht eine Zuständigkeit des Bundes in Gesetzgebung und Vollziehung nach Art 10 B-VG. Die sanitäre Aufsicht ist in mittelbarer Bundesverwaltung zu vollziehen, d. h., dass Landesorgane funktionell als Bundesorgane tätig werden. Im Fall der sanitären Aufsicht (§§ 60 ff. KAKuG) sind dies die Bezirksverwaltungsbehörden (Magistrate, Bezirkshauptmannschaften) sowie die Landeshauptmänner (Näheres siehe unten Punkt 3.1).

Angelegenheiten, die von Art 12 B-VG erfasst sind, können von den Ländern frei geregelt werden, solange der Bund kein entsprechendes Grundsatzgesetz erlassen hat.

Rechtliche Grundlagen für die Krankenhaushygiene finden sich demnach im

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

- § 8 Abs 2 (Behandlung nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft),
- § 8a Krankenhaushygiene (an dieser Stelle wird festgehalten, dass § 8a KAKuG für Kuranstalten nicht gilt),
- § 5b Qualitätssicherung,
- § 6 Abs 1 lit c Anstaltsordnung,
- § 8d Verpflichtung zur Personalbedarfsberechnung

**und in den einzelnen Krankenanstaltengesetzen der Länder
in Form der Ausführungsgesetze**

- in den Bestimmungen, die § 8 Abs 2 umsetzen,

- in den Bestimmungen über die Krankenhaushygiene,
- in den Bestimmungen über Qualitätssicherung, nachdem die Arbeit des Hygieneteams als eine Organisationseinheit wie alle anderen Tätigkeiten in der Krankenanstalt auch diesen Bestimmungen unterliegt,
- in den Bestimmungen über die Anstaltsordnung,
- in den Bestimmungen zur Personalbedarfberechnung in Krankenanstalten.

Beim Krankenhaushygieniker/Hygienebeauftragten und bei der Hygienefachkraft handelt es sich um gesetzlich definierte Funktionen. Es wäre irrig, die Formulierung des Gesetzestextes dahingehend zu interpretieren, dass pro Krankenanstalt – unabhängig von deren Größe und Funktionsangebot – nur je eine Person aus der Berufsgruppe der Ärzte und der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zu bestellen ist. Vielmehr ist auch auf eine adäquate Personalausstattung (siehe Kapitel 3 und 7), insbesondere auf die Bestellung geeigneter Stellvertreter für die jeweilige Funktion (siehe Kapitel 5) zu achten.

Eine Grundvoraussetzung für Qualitätssicherung ist die Strukturqualität. Erst durch diese kann eine Prozess- und Ergebnisqualität in der Krankenhaushygiene erreicht bzw. eingehalten werden. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Qualität mit anderen Krankenanstalten ermöglichen.

Strukturqualitätssicherungsstandards betreffen demnach ...

1. ... die personelle Besetzung mit der entsprechenden fachlichen Qualifikation.
 - Es ist dafür unumgänglich, dass für die jeweiligen Funktionen eine ausreichende personelle Besetzung durch den Rechtsträger der Krankenanstalt oder in dessen Vertretung durch die kollegiale Führung gegeben ist. Zudem müssen Stellenbeschreibungen vorhanden sein, in denen die einschlägigen Richtlinien und Zeitverpflichtungen definiert, schriftlich dokumentiert und jederzeit nachlesbar festgehalten werden.
 - Weiters ist die individuelle fachliche Qualifikation der einzelnen Mitglieder, verbunden mit den einschlägigen Bestimmungen bezüglich einer regelmäßigen Fort- und Weiterbildung, eine Grundvoraussetzung für ein qualitätsgesichertes Schaffen in den Belangen der Krankenhaushygiene.
2. ... die Organisation und den inneren Ablauf der in der Krankenhaushygiene zu treffenden Maßnahmen sowie das Wissen um die relevanten Belange, die für eine gedeihliche Hygienearbeit vonnöten sind. Erst dadurch kann die erforderliche Prozess- und Ergebnisqualität erreicht werden.
3. ... die sachliche Ausstattung des Arbeitsbereiches mit geeigneten Räumlichkeiten, der nötigen Fachliteratur, einer PC-Ausstattung des Arbeitsplatzes mit Zugang zu den Möglichkeiten der modernen Kommunikation wie Internetanschluss, E-Mail und Fax-Möglichkeiten, damit rasches und zielgerichtetes Handeln möglich ist.
 - Der Zugriff auf moderne Kommunikationsmedien ermöglicht den raschen Zugriff auf erforderliche neueste und laufend aktualisierte Rechtsgrundlagen, Richtlinien und Empfehlungen. Dies ist durch den ausschließlichen Kauf von Fachliteratur nicht ausreichend zu bewerkstelligen.

- Elektronische Kommunikation (insb. E-Mail-Zugang) ermöglicht die Vernetzung und rasche Kommunikation mit anderen Stellen und Abteilungen, die in die Belange der Krankenhaushygiene involviert sind. Dies sowohl innerhalb der Krankenanstalt als auch mit den entsprechenden Arbeitskreisen für Krankenhaushygiene, den zuständigen übergeordneten Behörden, die ebenso Informationen und Richtlinien zur Verfügung stellen, und mit anderen Hygieneteams von Krankenanstalten, vor allem innerhalb desselben Rechtsträgers.

2.2.1 Für die Krankenhaushygiene relevante Auszüge aus dem Gesetzestext des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)

Gegenüber der ersten Auflage von PROHYG sind folgende wesentliche Novellierungen hervorzuheben:

2006: Erweiterung um die Mitwirkung des Hygieneteams bei der Überwachung/Surveillance von nosokomialen Infektionen nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System;

2009: Einführung einer speziellen Regelung der Hygiene in Zahnambulatorien. Der Hygienebeauftragte darf nunmehr ausschließlich ein Zahnarzt oder ein Facharzt ZMK sein. Die Ärztekammer bietet ein Diplom für Krankenhaushygiene an. In Niederösterreich wird dieses Diplom der Krankenhaushygiene als Voraussetzung für diese Tätigkeit im Gesetz festgeschrieben (siehe § 19a Abs 2 NÖ KAG).

Weiterhin gilt, dass eingehendere Bestimmungen für Kuranstalten in den selbstständigen Wirkungsbereich der Länder fallen, soweit sie nicht durch § 42a bis d KAKuG geregelt sind.

Der Krankenhaushygieniker/Hygienebeauftragte, § 8a (KAKuG)

§ 8a Abs 1 Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Für jedes Zahnambulatorium ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten.

Die Hygienefachkraft, § 8a (KAKuG)

§ 8a Abs 2 In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, hauptberuflich auszuüben.

Das Hygieneteam, § 8a (KAKuG)

§ 8a Abs 3 In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

Der Aufgabenbereich des Hygieneteams, § 8a (KAKuG)

§ 8a Abs 4 Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung/Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten.

§ 8a Abs 4a Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Pfleglinge indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

§ 8a Abs 5 In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch der ärztliche Leiter ausüben. Für die im Abs 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

Zur Auslegung der zitierten Gesetzesbestimmung sind folgende Auszüge aus den Erläuterungen relevant:

Erläuterungen Novelle 1993 zu § 8a:

„Schon bisher hatten die Träger von Krankenanstalten durch die Bestellung eines zur Wahrung der Belange der Hygiene verantwortlichen fachlich geeigneten Arztes Sorge zu tragen, dass die Aufgaben der Krankenhaushygiene erfüllt werden können. Aus Hygienefachkreisen wurde in den letzten Jahren wiederholt Kritik geübt, dass der im bisherigen § 8a KAG allein vorgesehene Krankenhaushygieniker nicht allen Anforderungen gerecht werden kann. Dies sei schon aus der Fülle der mit dieser Stellung verbundenen Aufgaben unmöglich.

Es wird daher vorgeschlagen, § 8a KAKuG im fachlich gebotenen Ausmaß zu erweitern, wobei der Entwurf den aus Fachkreisen der Hygiene geäußerten Vorstellungen über eine Regelung dieses Bereiches entspricht.

Da es nicht möglich sein wird, für jede Krankenanstalt einen Facharzt für Hygiene als Krankenhaushygieniker zu bestellen, soll alternativ auch – dem bisherigen § 8a KAG folgend – ein sonst fachlich geeigneter Arzt für die Wahrung der Belange der Hygiene bestellt werden können. Die Bezeichnung ‚Krankenhaushygieniker‘ sollte aber dem Facharzt für Hygiene vorbehalten sein, während der sonst fachlich geeignete Arzt die Bezeichnung ‚Hygienebeauftragter‘ erhalten soll.

Die geforderte fachliche Eignung des ‚Hygienebeauftragten‘ wird durch spezielle postpromotionelle Fort- und Weiterbildung erzielt und nachgewiesen werden können. (Hervorhebung nicht im Original)

In bettenführenden Krankenanstalten sind die Aufgaben der Hygiene so mannigfach und umfassend, dass mit der Bestellung eines Arztes iS des § 8a Abs.1 aber keinesfalls das Auslangen gefunden werden kann.

In diesem Sinn schlägt daher § 8a Abs. 2 vor, dem Krankenhaushygieniker oder dem Hygienebeauftragten aus dem Kreis des diplomierten Krankenpflegedienstes eine die

Hygienebelange hauptberuflich wahrnehmende Person als Hygienefachkraft zur Seite zu stellen. Die notwendige Wissensvermittlung wird insbesondere durch die im sog. Krankenpflegegesetz für Spezialaufgaben vorgesehene Abhaltung spezieller Kurse erfolgen können (siehe § 57b Krankenpflegegesetz; heute § 70 GuKG / Gesundheits- und Krankenpflegegesetz).

Der grundsatzgesetzliche Auftrag, mindestens eine Hygienefachkraft zu bestellen, wird durch die Ausführungsgesetzgebung näher zu präzisieren sein. Die Anzahl der Hygienefachkräfte in einer Krankenanstalt hängt von deren Umfang oder Aufgabenbereich ab.

Weiters wird es als unumgänglich angesehen, in bettenführenden Krankenanstalten auch Hygieneteams zu bilden, denen neben dem Krankenhaushygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten und der Hygienefachkraft weitere Mitarbeiter des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes anzugehören haben. Dem Aufgabenbereich des Hygieneteams (wie z. B. Infektionsüberwachung, Ausarbeitung von Richtlinien für infektionsrelevante Tätigkeiten, Ausarbeitung eines Hygieneplanes, Stellungnahme zu Planungsunterlagen für Neu-, Zu- und Umbauten sowie bei der Anschaffung infektionsrelevanter Geräte und Güter) sollte ein eigener Abschnitt in der Anstaltsordnung gewidmet sein. Dies hätte durch die Ausführungsgesetzgebung über die grundsatzgesetzlichen Vorgaben des § 6 KAG hinaus angeordnet zu werden.

Überdies erscheint es sinnvoll, dem Hygieneteam auch eine qualifizierte Person des medizinisch-technischen Dienstes beizustellen (mikrobiologisches Labor).

Da die Bestimmungen über die Bildung eines Hygieneteams jedenfalls nach dem Grundsatzgesetz für Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien nicht vorgesehen sind, gilt es in einem eigenen Abs. 5 sicherzustellen, dass zu den demonstrativ im Abs. 4 genannten Aufgaben des Hygieneteams in Ambulatorien jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen ist.“

Erläuterungen: Novelle 2006 zu § 8a Abs 4 und 4a:

„Die Überwachung nosokomialer Infektionen (NI) wurde in den letzten Jahren zu einer essentiellen Aufgabe der Krankenhaushygiene. Da besonders die schwerwiegenden NI auf Intensivstationen und in chirurgischen Bereichen auftreten, liegen in diesen Fachdisziplinen wichtige Schwerpunkte der Infektions-Surveillance.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen weist darauf hin, dass Krankenanstalten bereits nach geltender Rechtslage zur Überwachung nosokomialer Infektionen – jedenfalls krankenanstaltenintern – verpflichtet sind. Insofern ist die Einführung des Wortes ‚Überwachung‘ bei den Aufgaben des Hygieneteams lediglich als Klarstellung zu verstehen.

Erfassen und Vergleichen der eigenen Ergebnisse über die Zeit ist ein Grundelement der Surveillance und eine wichtige Basis für qualitätsbewusste Prozesssteuerung. Zu einer effizienten Überwachung gehört allerdings neben einer anerkannten Methodik auch ein Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen anderer, vergleichbarer Institutionen. Aus diesen Gründen ist vorgesehen, dass die Teilnahme an einem international anerkannten, dem Stand der Wissenschaften entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen hat.

Den Krankenanstalten stehen bereits derartige Systeme zur Verfügung:

- das **ANISS**-Projekt (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System), das auf den EU-weit akkordierten HELICS-Protokollen basiert und von der nationalen Referenzzentrale betrieben wird,

- das deutsche Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System **KISS**, das ab 1996 als gemeinsames Projekt vom Nationalen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene und dem Robert Koch Institut aufgebaut wurde, sowie
- das Quality Indicator Project® – **QIP** der Maryland Hospital Association, innerhalb dessen ein System zur Messung klinischer Versorgungsleistung (Performance Measurement System) angeboten wird, das sowohl das Hygienemanagement als auch das Risk- und Behandlungsmanagement sowie die Organisation unterstützt.

Österreichischen Krankenanstalten soll kein bestimmtes Überwachungssystem vorgeschrieben werden. Die Wahl bleibt den Krankenanstalten oder ihren Trägern überlassen.

Im Rahmen der sanitären Aufsicht soll in weiterer Folge lediglich überprüft werden, ob die Krankenanstalten an einem anerkannten Überwachungssystem teilnehmen und welche relevanten Maßnahmen zur Reduzierung der Infektionsraten sie gesetzt haben bzw. zu setzen beabsichtigen. Die Infektions-Surveillance ist vom Hygieneteam zu initiieren und zu begleiten. Sie liegt jedoch im Verantwortungsbereich der betroffenen Abteilung oder Krankenanstalt. Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt gemeinsam mit dem Hygieneteam und den Abteilungen. Das Setzen daraus folgender Schritte liegt ebenfalls in der Verantwortung der Abteilungen und der Führung der Krankenanstalt.

Die Überwachung/Surveillance von NI soll den Krankenanstalten einen Vergleich der eigenen Ergebnisse über die Zeit und ein nationales oder internationales Benchmarking ermöglichen. Das Setzen daraus folgender Schritte liegt ebenfalls in der Verantwortung der Abteilungen und der Führung der Krankenanstalt.

Bezug zur europäischen Dimension:

Die Komplexität der Krankenhaushygiene wurde auch auf EU-Ebene erkannt. Innerhalb der letzten Jahre wurden einige wichtige Netzwerke und Projekte initiiert und finanziert, die zur Reduktion der Infektionsrate in Krankenanstalten in der Europäischen Gemeinschaft wesentlich beitragen, den kritischen Umgang mit Antibiotika fördern und darüber hinaus innereuropäische Vergleiche ermöglichen sollen.

Dazu gehören insbesondere die Projekte HELICS (Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance) und IPSE (Improving Patient Safety in Europe) bzw. EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System).

Das HELICS-Projekt stützt sich als Initiative der Europäischen Kommission auf die Entscheidung Nr. 2119/98/EG bezüglich der Schaffung eines Netzes zur epidemiologischen Überwachung und Kontrolle übertragbarer Krankheiten innerhalb der Gemeinschaft.

Grundlage des Projektes ist – analog zu anderen Netzwerken der EU – die Kommunikation über die Nationalen Referenzzentren (NRZ). Daher wurden die europäischen Mitgliedstaaten im Rahmen dieses Projektes zur Einrichtung von NRZ für die Überwachung von NI aufgefordert, sofern derartige nicht bereits existierten.

Das HELICS-Netzwerk soll als Netzwerk aller nationalen Netzwerke fungieren (European Network on Nosocomial infections). In verschiedenen HELICS-Arbeitsgruppen wurden von Experten aus allen Mitgliedstaaten Kriterien, Standards und Manuals für die Datenerfassung von NI entwickelt. Diese wurden allen Mitgliedstaaten zur Verfügung gestellt mit dem Ziel, eine Erfassung von NI sowohl auf nationaler Ebene als auch EU-weit nach einheitlichen Kriterien zu erreichen. Pilotprojekte zur Überwachung von NI auf Intensivstationen und im chirurgischen Bereich sowie ein Pilotprojekt zur Prävalenzstudie wurden durchgeführt.

HELICS wurde als eigenständiges Projekt mit Ende 2004, mit der Phase HELICS IV, abgeschlossen und fand ab 2005 im Folgeprojekt IPSE (insbesondere im Work Package 4: Technical support for implementation and control of Healthcare Associated Infections – HAI and Antimicrobial Resistance – AMR) seine Fortsetzung.

Das IPSE-Projekt wurde von der Europäischen Kommission, zunächst für die Jahre 2005–2008, finanziert und betreut. Als österreichischer Projektpartner fungiert das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für Nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz am Klinischen Institut für Krankenhaushygiene der Medizinischen Universität Wien (Schwerpunkt ANISS/HELICS/IPSE) bzw. am Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Tropenmedizin am Krankenhaus der Elisabethinen Linz (Schwerpunkt EARSS).“

Qualitätssicherung, § 5b (KAKuG)

§ 5b Abs 1 Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend über-regionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

§ 5b Abs 2 Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.

§ 5b Abs 3 Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

§ 5b Abs 4 In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, gehört der Kommission auch das Rektorat oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität an.

§ 5b Abs 5 Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

Arzneimittelkommission, § 19a (KAKuG)

§ 19a Abs 1 Die Träger von Krankenanstalten haben hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Die Landesgesetzgebung kann vorsehen, dass eine Arzneimittelkommission auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet wird.

§ 19a Abs 2 Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

- 1. Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste);*
- 2. Adaptierung der Arzneimittelliste,*
- 3. Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln.*

§ 19a Abs 3 Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben hat die Arzneimittelkommission insbesondere nachstehende Grundsätze zu berücksichtigen:

- 1. Für die Anwendung der Arzneimittel ist ausschließlich der Gesundheitszustand der Pfleglinge maßgeblich.*
- 2. Die Auswahl und Anwendung der Arzneimittel darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft erfolgen.*
- 3. Die Erstellung der Arzneimittelliste hat unter Bedachtnahme auf den Anstaltszweck und das Leistungsangebot so zu erfolgen, dass die gebotene Versorgung der Pfleglinge mit Arzneimitteln sichergestellt ist.*
- 4. Bei Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, ist darüber hinaus zu gewährleisten, dass diese ihre Aufgaben auf dem Gebiet der universitären Forschung und Lehre uneingeschränkt erfüllen können.*

§ 19a Abs 4 Bei der Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung und den Umgang mit Arzneimitteln ist neben den Grundsätzen gemäß Abs. 3 auch auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit Bedacht zu nehmen, insbesondere, dass

- 1. von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das ökonomisch günstigste gewählt wird;*
- 2. gegebenenfalls statt der Verordnung von Arzneimitteln überhaupt andere, z. B. therapeutisch gleichwertige Maßnahmen, die zweckmäßiger und wirtschaftlicher wären, ergriffen werden;*
- 3. bei der Verordnung von Arzneimitteln für die Versorgung nach der Entlassung von mehreren therapeutisch gleichwertigen Arzneimitteln das im Falle einer entgeltlichen Beschaffung ökonomisch günstigste gewählt und, wenn medizinisch vertretbar, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegebene Heilmittelverzeichnis und die darin enthaltenen Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise berücksichtigt werden.*

§ 19a Abs 5 Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, dafür Sorge zu tragen, dass die in der Arzneimittelliste enthaltenen Arzneimittel in der Krankenanstalt Anwendung finden und dass bei Abweichung von der Arzneimittelliste im Einzelfall die medizinische Notwendigkeit dieser Abweichung der Arzneimittelkommission nachträglich zur Kenntnis zu bringen und zu begründen ist.

§ 19a Abs 6 Die Landesgesetzgebung hat sicherzustellen, dass der Arzneimittelkommission jedenfalls ein Vertreter der Sozialversicherung angehört und dass im Wege der Geschäftsordnung der Arzneimittelkommission festgelegt wird, dass die Vorgangsweise gemäß Abs. 4 Z 3 mit diesem Vertreter abzustimmen ist. Darüber hinaus kann die Landesgesetzgebung weitere Vorschriften über die Arzneimittelkommission, insbesondere deren Zusammensetzung, über die Geschäftsordnung, die Einberufung der Kommission, die Verhandlungsführung sowie die von der Kommission allenfalls wahrzunehmenden Kontrollaufgaben, erlassen.

§ 19a Abs. 7 Die Arzneimittelkommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Weiters hat die Landesgesetzgebung sicherzustellen, dass die Mitglieder der Arzneimittelkommissionen in Ausübung ihrer Tätigkeit keinen Weisungen unterliegen.

Anstaltsordnung, § 6 (KAKuG)

§ 6 Abs. 1 Der innere Betrieb der Krankenanstalt wird durch die Anstaltsordnung geregelt. Die Landesgesetzgebung hat nähere Vorschriften über den Inhalt der Anstaltsordnung zu erlassen, die insbesondere zu enthalten hat:

- a) die Aufgaben und Einrichtungen der Krankenanstalt, bei allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Abteilungen für Akutkranke und, neben diesen Abteilungen, auch in zusätzliche Abteilungen für Langzeitbehandlung, oder in Pflegegruppen für die Behandlung Akutkranker und für Langzeitbehandlung innerhalb von Abteilungen;*

- b) *die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik), oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, aufgenommen werden.*
- c) *die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen*
- d) *das von Pflegenden und Besuchern in der Krankenanstalt zu beobachtende Verhalten;*
- e) *die Festlegung von Räumen, in denen das Rauchen gestattet ist.*

Verpflichtung zur Personalbedarfsberechnung, § 8d (KAKuG)

§ 8d Die Landesgesetzgebung hat die Träger von bettenführenden Krankenanstalten zu verpflichten, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hiefür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen, jährlich der Landesregierung zu berichten.

2.2.2 Auszüge aus den Gesetzestexten der jeweiligen Ausführungsgesetze (Landeskrankenanstaltengesetze) der Bundesländer

Burgenland – Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000

Krankenhausthygieniker/Hygienebeauftragter, § 26 (B)

§ 26 Abs 1 Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhausthygieniker) oder einen sonst fachlich geeigneten, zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Die Bestellung eines Krankenhausthygienikers oder eines Hygienebeauftragten für mehrere Krankenanstalten ist zulässig.

§ 26 Abs 2 Die Bestellung des Krankenhausthygienikers oder Hygienebeauftragten ist der Landesregierung anzuzeigen.

§ 26 Abs 6 In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien ist für die im Abs. 5 genannten Aufgaben jedenfalls der Krankenhausthygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

Hygienefachkraft, § 26 (B)

§ 26 Abs 3 In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhausthygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, hauptberuflich auszuüben.

Hygieneteam, § 26 (B)

§ 26 Abs 4 In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhausthygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

§ 26 Abs 5 Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in Krankenanstalten und der Gesunderhaltung dienen.

Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Beschlüsse zu fassen. Diese sind schriftlich an den für die Umsetzung Verantwortlichen, wie ärztlichen Leiter der Krankenanstalt oder Verwaltungsleiter, weiterzuleiten.

Qualitätssicherung, § 23 (B)

§ 23 Abs 1 Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

§ 23 Abs 2 Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.

§ 23 Abs 3 Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

§ 23 Abs 4 In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören.

§ 23 Abs 5 Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt sowie in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

Anstaltsordnung, § 15 (B)

§ 15 Abs 1 Der innere Betrieb einer Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat unter Anführung des Rechtsträgers, der Betriebsform und der Bezeichnung der Krankenanstalt jedenfalls Bestimmungen zu enthalten über:

-
-
- 8. die Obliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, insbesondere des verantwortlichen ärztlichen Leiters, der Leiter der Abteilungen (Institute, Laboratorien, Ambulatorien und der Anstaltsapotheke), der Konsiliarärzte, des Leiters des Pflegedienstes, des Krankenhaushygienikers, des Konsiliarapothekers, des Technischen Sicherheitsbeauftragten sowie des Leiters der wirtschaftlichen, administrativen und technischen Angelegenheiten und gruppenweise aller anderen beschäftigten Personen in dem durch die besonderen Verhältnisse der Krankenanstalt gegebenen Umfang (Dienstordnung); weiters Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;*
-
-

§ 15 Abs 2 Die Anstaltsordnung hat Bestimmungen über die Leitung der Krankenanstalt zu enthalten. Im Falle der Einrichtung einer kollegialen Führung (§ 19) hat sie Bestimmungen über ein gemeinsames Vorgehen festzulegen. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass die kollegiale Führung ihre Aufga-

ben hinsichtlich der Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 23 Abs. 3 erfüllen kann. Die diesen Führungskräften nach den §§ 25 Abs. 1, 27 Abs. 1 und 28 Abs. 1 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen nicht beeinträchtigt werden.

Personalbedarfsplanung, (B)

Es existiert im burgenländischen Landesgesetz kein Passus über Personalbedarfsplanung.

Kärnten – Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 – K-KAO

Krankenhaushygieniker/Hygienebeauftragter, § 28 (K)

§ 28 Abs 1 Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Für jedes Zahnambulatorium ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Zahnarzt oder Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten, wobei auch für mehrere Anstalten gemeinsam ein Krankenhaushygieniker (Hygienebeauftragter) bestellt werden kann, wenn dies aufgrund der Größe, des Leistungsangebotes und der räumlichen Entfernung gleichzeitig bewältigbar ist. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

§ 28 Abs 2 Die fachliche Eignung des Hygienebeauftragten ist durch eine mehrjährige Tätigkeit in einem Hygieneinstitut oder in einer bundesstaatlichen bakteriologisch-serologischen Untersuchungsanstalt oder durch eine einschlägige postpromotionelle Aus- und Weiterbildung nachzuweisen.

Hygienefachkraft, § 28 (K)

§ 28 Abs. 3 In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers (Hygienebeauftragten) mindestens eine qualifizierte Person des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit jedenfalls in Schwerpunktkrankenanstalten hauptberuflich auszuüben. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

Hygieneteam, § 28 (K)

§ 28 Abs 4 In bettenführenden Krankenanstalten bilden der Krankenhaushygieniker (Hygienebeauftragter), die Hygienefachkraft und allfällige weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt das Hygieneteam. Aufgabe des Hygieneteams ist insbesondere die Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und die Obsorge für sich daraus ergebende Maßnahmen, die der Gesunderhaltung der Patienten und der Anstaltsbediensteten dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung/Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung konkret Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten.

§ 28 Abs 4a Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patienten indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

§ 28 Abs 5 In selbständigen Ambulatorien obliegen die nach Abs. 4 vom Hygieneteam wahrzunehmenden Aufgaben dem Krankenhaushygieniker (Hygienebeauftragten).

Qualitätssicherung, § 24 (K)

§ 24 Abs 1 In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission zur Qualitätssicherung unter dem Vorsitz des Leiters des ärztlichen Dienstes einzurichten. Dieser Kommission haben mindestens je ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören sowie ein Psychologe und ein Psychotherapeut.

§ 24 Abs 2 Aufgabe der Kommission nach Abs. 1 ist es, Maßnahmen zur fortlaufenden Qualitätssicherung zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherungsvorschläge zu fördern und die kollegiale Führung (§ 25), in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung, die zur Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahmen jeweils Verantwortlichen zu beraten.

§ 24 Abs 3 Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, dass die Qualität der Krankenhausleitungen gesichert und fortlaufend optimiert wird. Sie haben die Voraussetzungen für die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die kollegiale Führung, in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung durch die jeweiligen Verantwortlichen zu schaffen. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen; sie sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten möglich sind und überregionale Belange ausreichend berücksichtigt werden. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahme der Qualitätssicherung einzubinden.

Anstaltsordnung, § 22 (K)

§ 22 Abs 1 Der Rechtsträger einer Krankenanstalt hat eine Anstaltsordnung zu erlassen. Diese hat jedenfalls zu enthalten:

-
-
- c. die Dienstobliegenheiten des verantwortlichen ärztlichen Leiters, der Abteilungsvorstände, der Leiter von Departements und des übrigen ärztlichen Personals, des Verwalters, des Leiters des Pflegedienstes, der übrigen Pflegepersonen und aller anderen in der Krankenanstalt beschäftigten Personen in dem durch die besonderen Verhältnisse der einzelnen Krankenanstalten gegebenen Umfang und je nach Bedarf für einzelne Gruppen gesondert, dabei ist auch festzulegen, in welchen Abständen berufsgruppenübergreifende Dienstbesprechungen abzuhalten sind;*

Personalplanung, Supervision, Fortbildung, § 38 (K)

§ 38 Abs 1 Die Träger von Krankenanstalten sind dazu verpflichtet, jährlich den Personalbedarf, bezogen auf die in den Krankenanstalten tätigen Berufsgruppen sowie auf die einzelnen Organisationseinheiten zu ermitteln. Die Personalplanung (z. B. Personalbedarfsermittlung, Personaleinsatz und Dienstpostenplan) ist von hierfür fachlich geeigneten Personen wahrzunehmen. Die kollegiale Führung hat jährlich im Wege des Rechtsträgers über die Personalplanung der Landesregierung einen Bericht zu erstatten.

§ 38 Abs 2 Die Träger von Krankenanstalten haben durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass die in einer Krankenanstalt beschäftigten Personen im Rahmen ihrer Dienstzeit Gelegenheit zur Teilnahme an einer berufsbegleitenden Supervision, die durch fachlich qualifizierte Personen auszuüben ist, geboten wird. In der Anstaltsordnung ist für die Festlegung der geeigneten Maßnahmen des erforderlichen Ausmaßes und des betroffenen Personenkreises nach Maßgabe und Beurteilung des Anstaltszweckes, des Leistungsangebotes der Anstalt, sowie der eine berufsbegleitende Supervision bedingenden entsprechenden Belastung unter Berücksichtigung bestehender Ressourcen und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Anstalt Vorsorge zu treffen.

§ 38 Abs 3 Die Träger von Krankenanstalten haben sicherzustellen, dass den in den Krankenanstalten tätigen Ärzten (§ 31 Abs. 2 lit. c) und den Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, den Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie dem übrigen in Betracht kommenden nichtärztlichen Personal nach Maßgabe der betrieblichen Erfordernisse, dem Leistungsangebot der einzelnen Anstalten sowie dem Kenntnisstand der Medizin, der Krankenpflege und der Gesundheitsvorsorge im erforderlichen Ausmaß Gelegenheit zur Fortbildung geboten wird.

Niederösterreich – NÖ KRANKENANSTALTENGESETZ – 2009

Krankenhausthygieniker/Hygienebeauftragter, § 19a (NÖ)

§ 19a Abs 1 Für jede Krankenanstalt ist, soweit dies nicht vom Ärztlichen Direktor wahrgenommen werden kann, ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhausthygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Für mehrere Krankenanstalten kann ein gemeinsamer Krankenhausthygieniker (Hygienebeauftragter) bestellt werden, wenn dies auf Grund der Größe, des Leistungsangebotes und der räumlichen Entfernung der Krankenanstalten zueinander durchgeführt werden kann.

§ 19a Abs 2 Als Krankenhausthygieniker oder Hygienebeauftragter fachlich geeignet im Sinne des Abs. 1 gilt ein Arzt, wenn er einen erfolgreichen Besuch eines Schulungskurses in Krankenhausthygiene nachweisen kann. Als Mindestausbildungserfordernis gilt das Diplom „Krankenhausthygiene“ der Österreichischen Ärztekammer oder eine gleichwertige Ausbildung.

§ 19a Abs 3 Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Bestellung des Krankenhausthygienikers oder Hygienebeauftragten unter Nachweis der fachlichen Eignung der Landesregierung anzuzeigen.

Hygienefachkraft, § 19a (NÖ)

§ 19a Abs 4 In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhausthygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen; diese Aufgaben können, wenn die Voraussetzungen des Abs. 5 vorliegen, durch den Pflegedirektor ausgeübt werden.

§ 19a Abs 5 Als qualifiziert im Sinne Abs. 4 gilt ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, wenn er eine Sonderausbildung nach den Bestimmungen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, BGBl. I Nr. 108/1997, in der Fassung BGBl. I Nr. 101/2008 absolviert hat.

Hygieneteam, § 19a (NÖ)

§ 19a Abs 6 In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhausthygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für die Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

§ 19a Abs 7 Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung/Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die Anstaltsleitung weiterzuleiten.

§ 19a Abs 8 Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patienten anonymisiert zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

§ 19a Abs 9 In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien ist für die im Abs. 7 genannten Aufgaben jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

Qualitätssicherung, § 16c (NÖ)

§ 16c Abs 1 Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

§ 16c Abs 2 Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.

§ 16c Abs 3 Die Anstaltsleitung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

§ 16c Abs 4 In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist vom Rechtsträger eine Kommission für Qualitätssicherung, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht, einzusetzen. Dieser Kommission haben zumindest je ein fachlich geeigneter Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. Die Mitglieder der Kommission sind auf die Dauer von 5 Jahren zu bestellen, eine Wiederbestellung ist zulässig. Für jedes Mitglied ist jeweils ein qualifiziertes Ersatzmitglied zu bestellen. Die Mitglieder wählen aus ihrer Mitte einen Leiter und einen Stellvertreter.

§ 16c Abs 5 Aufgabe der Kommission für Qualitätssicherung ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die Anstaltsleitung über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

§ 16c Abs 6 Der Leiter der Kommission für Qualitätssicherung oder bei seiner Verhinderung sein Stellvertreter beruft die Sitzung mindestens zwei Mal pro Jahr ein und leitet sie. Die Mitglieder sind schriftlich unter Bekanntgabe der Gegenstände der Tagesordnung spätestens eine Woche vor der Sitzung einzuladen.

Die Kommission ist beschlussfähig, wenn drei Viertel der Mitglieder zur Zeit der Beschlussfassung anwesend sind. Zu einem gültigen Beschluss ist die einfache Mehrheit der anwesenden Mitglieder erforderlich. Bei Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Der Leiter der Kommission oder bei dessen Verhinderung sein Stellvertreter haben dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds halbjährlich über die Tätigkeit der Kommission zu berichten.

Anstaltsordnung, § 16 (NÖ)

§ 16 Abs 1 Der Rechtsträger einer Krankenanstalt hat die Rahmenbedingungen für die Führung der Krankenanstalt, den Aufgabenbereich der Anstaltsleitung und den inneren Betrieb der Krankenanstalt durch die Anstaltsordnung zu regeln. Sie hat mindestens zu enthalten:

-
-
- c. die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, z. B. Ärzte, diplomiertes Krankenpflegepersonal, Sanitätshilfsdienste, medizinisch-technisches Personal, Apotheker, Apothekerhilfskräfte, Verwaltungs-, technisches und Betriebspersonal;*
-
-

§ 16 Abs 2 In der Anstaltsordnung sind festzulegen:

-
-
- 4. Regelungen über die Fortbildung der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen;*
- 5. Regelungen über eine fachliche und organisatorische Zusammenarbeit innerhalb der Krankenanstalt sowie mit anderen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen;*
-
-
- 9. Regelungen über die Arzneimittelkommission gemäß § 19d und die Ethikkommission gemäß § 19e.*

§ 16 Abs 3 In der Anstaltsordnung sind nähere Regelungen über Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 16c vorzusehen.

§ 16 Abs 6 Die Anstaltsordnung und jede Änderung derselben bedürfen der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu versagen, wenn die Anstaltsordnung über einen der im Abs. 1 aufgezählten Punkte keinen Aufschluss gibt oder nicht gewährleistet, dass die Patienten in der Anstalt nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft ärztlich behandelt werden können.

Personalbedarf, § 22a (NÖ)

§ 22a Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, die Planung des Personaleinsatzes und die Erstellung des Dienstpostenplanes, ist fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Die Personalbedarfsermittlung ist nach wissenschaftlich anerkannten Methoden vorzunehmen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist von der Anstaltsleitung der Landesregierung jährlich im Zusammenhang mit der Antragstellung gemäß § 24 Abs. 1 zu berichten.

Arzneimittelkommission, § 19d (NÖ)

§ 19d Abs 1 Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben hinsichtlich der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Es kann auch eine Arzneimittelkommission für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden; bestehen für die Krankenanstalten verschiedene Rechtsträger, so haben diese das Einvernehmen herzustellen.

§ 19d Abs 2 Die Arzneimittelkommission setzt sich zusammen aus:

- 1. den Mitgliedern der Anstaltsleitung*
- 2. den Abteilungsleitern*
- 3. einem Vertreter der Sozialversicherung*
- 4. dem Krankenhaushygieniker und*
- 5. dem Anstaltsapotheker, dem Konsiliarapotheker oder einem Pharmazeuten der Lieferapotheke (§ 37 Abs. 4).*

Soferne eine Arzneimittelkommission für mehrere Krankenanstalten eingerichtet ist, setzt sich diese zusammen aus:

- 1. einem ärztlichen Leiter, einem Verwaltungsleiter und einem Leiter des Pflegedienstes einer dieser Krankenanstalten*
- 2. einem Abteilungsleiter pro medizinischem Bereich einer dieser Krankenanstalten*
- 3. einem Vertreter der Sozialversicherung*
- 4. einem Krankenhaushygieniker einer dieser Krankenanstalten*
- 5. einem Anstaltsapotheker, einem Konsiliarapotheker oder einem Pharmazeuten der Lieferapotheke (§ 37 Abs. 4) einer dieser Krankenanstalten und*
- 6. soferne ein zentraler Einkauf eingerichtet wurde, aus einem Vertreter des zentralen Einkaufes.*

§ 19d Abs 3 Der Arzneimittelkommission können über Beschluss weitere Personen beigezogen werden.

§ 19d Abs 4 Die Arzneimittelkommission hat insbesondere folgende Aufgaben:

- 1. Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste);*
- 2. Adaptierung der Arzneimittelliste;*
- 3. Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln*
-
-

§ 19d Abs 9 (Verfassungsbestimmung) Die Mitglieder der Arzneimittelkommissionen unterliegen in Ausübung ihrer Tätigkeit keinen Weisungen.

Oberösterreich – Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz 1997

Krankenhaushygieniker/Hygienebeauftragter, § 16 (OÖ)

§ 16 Abs1 Der Rechtsträger hat für jede Krankenanstalt einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder einen sonst fachlich geeigneten, zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt (Hygienebeauftragten), der in bettenführenden Krankenanstalten nicht der ärztliche Leiter der Krankenanstalt sein darf, zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Der Rechtsträger der Krankenanstalt hat die Bestellung des Krankenhaushygienikers (Hygienebeauftragten) der Landesregierung anzuzeigen.

Hygienefachkraft, § 16 (OÖ)

§ 16 Abs 2 In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit zusätzlicher Qualifikation als Hygienefachkraft zu bestellen. In Krankenanstalten mit über 300 Betten ist die Tätigkeit der Hygienefachkraft hauptberuflich auszuüben. Die Zahl der weiteren Hygienefachkräfte sowie das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Zahl der Betten und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten (Anm.: LGBL. Nr. 41/2001).

Hygieneteam, § 16 (OÖ)

§ 16 Abs3 In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft (Hygienefachkräfte) und weitere für Belange der Hygiene erforderliche Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören. Die Leitung des Hygieneteams obliegt dem Krankenhaushygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten.

§ 16 Abs 4 Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in der Krankenanstalt und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung/Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten. (Anm: LGBL. Nr. 35/2008)

§ 16 Abs 4a Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patienten indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten. (Anm: LGBL. Nr. 35/2008)

§ 16 Abs 5 Für die Erfüllung seiner Aufgaben sind dem Hygieneteam die erforderlichen räumlichen, technischen und personellen Voraussetzungen zur Verfügung zu stellen.

§ 16 Abs 6 In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien ist für die im Abs. 4 genannten Aufgaben jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

Qualitätssicherung, § 27 (OÖ)

§ 27 Abs 1 Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben die Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) der Leistungen der Krankenanstalten sicherzustellen. Dazu sind interne organisatorische Einrichtungen zu schaffen, die regelmäßig vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten unter Bedachtnahme auf überregionale Belange ermöglichen. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden. (Anm: LGBL. Nr. 71/2001)

§ 27 Abs 2 Die kollegiale Führung der Krankenanstalt hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

§ 27 Abs 3 In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und ein Vertreter des Verwaltungsdienstes anzugehören. Erforderlichenfalls sind ein Vertreter des Hygieneteams, ein Facharzt für Pathologie, der Technische Sicherheitsbeauftragte sowie weitere Experten als stimmberechtigte Mitglieder beizuziehen.

⋮

§ 27 Abs 5a Nimmt die Kommission im Rahmen ihrer Tätigkeit Mängel in der Qualität der Leistungen der Krankenanstalt wahr, hat sie die kollegiale Führung nachweislich zu informieren. Können diese Mängel von der kollegialen Führung nicht behoben werden, hat die kollegiale Führung den Rechtsträger der Krankenanstalt und gleichzeitig die für die sanitäre Aufsicht zuständige Behörde zu informieren, die nach § 60 KAKuG vorzugehen hat. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung gilt diese Bestimmung sinngemäß für den jeweiligen Verantwortlichen. (Anm: LGBL. Nr. 41/2001, 122/2006)

§ 27 Abs 6 Die Landesregierung kann durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Maßnahmen der Qualitätssicherung im Hinblick auf die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität und deren Kontrolle erlassen. Dabei sind überregionale Belange zu berücksichtigen und ist darauf Bedacht zu nehmen, daß eine vergleichende Prüfung mit anderen Krankenanstalten ermöglicht wird.

Anmerkung: Verordnung der Oö. Landesregierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten (QIP-Verordnung) und der § 17 a OÖ Krankenanstaltengesetz „Spitalskatastrophenpläne“ sind im Anhang 2.4 zu finden.

Anstaltsordnung, § 10 (OÖ)

§ 10 Abs 1 Der innere Betrieb einer Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln.

§ 10 Abs 2 Die Anstaltsordnung hat jedenfalls zu enthalten:

-
-
- 4. die Regelung der Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, insbesondere des verantwortlichen ärztlichen Leiters, der Leiter der Abteilungen, der Institute, der Laboratorien, der Departments, der Fachschwerpunkte und der Anstaltsapothek, des Leiters des Pflegedienstes, des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten und des Hygieneteams, des Konsiliarapothekers, des Technischen Sicherheitsbeauftragten sowie des Verwalters und gruppenweise aller anderen beschäftigten Personen in dem durch die besonderen Verhältnisse der einzelnen Krankenanstalt gegebenen Umfang; insbesondere ist auch die Verschwiegenheitspflicht und die disziplinarische Ahndung ihrer Verletzung in die Anstaltsordnung aufzunehmen; es ist auch festzulegen, daß Personen, die mit medizinischen Apparaten und technischen Einrichtungen arbeiten, an solchen Apparaten und Einrichtungen festgestellte Mängel sofort dem Technischen Sicherheitsbeauftragten zu melden haben; durch diese Regelung der Dienstobliegenheiten wird die Anwendung von Vorschriften dienstrechtlicher oder arbeitsvertragsrechtlicher Art auf die Tätigkeit der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen nicht berührt;*
-
-
- 6. Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;*
-
-

Personalplanung, § 19 (OÖ)

§ 19 Abs 1 Die Rechtsträger der Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist dafür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist jährlich der Landesregierung zu berichten.

·
·

Salzburg – Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 – SKAG**Krankenhaushygieniker/Hygienebeauftragter, § 28 (S)**

§ 28 Abs 1 Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein fachlich geeigneter (Abs. 2), zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung richtet sich im Einzelfall nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt. In Zentralkrankenanstalten ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie hauptberuflich zum Krankenhaushygieniker zu bestellen und mit der erforderlichen räumlichen, strukturellen und organisatorischen Ausstattung zu versehen.

§ 28 Abs 2 Zum Hygienebeauftragten dürfen nur Ärzte bestellt werden, die die Absolvierung einer Grundausbildung und die Fortbildung für Krankenhaushygieniker an einem einschlägigen Universitätsinstitut oder eine gleichwertige Qualifikation nachweisen.

·
·

§ 28 Abs 4 Die Bestellung des Krankenhaushygienikers bzw. des Hygienebeauftragten sowie der Hygienefachkraft ist der Landesregierung unter Anschluss der entsprechenden Ausbildungsnachweise sowie einem Nachweis über das Ausmaß der Beschäftigung anzuzeigen.

Hygienefachkraft, § 28 (S)

§ 28 Abs 3 Zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers bzw. des Hygienebeauftragten ist in bettenführenden Krankenanstalten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege oder des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes als Hygienefachkraft zu bestellen, die ihre Tätigkeit in Zentralkrankenanstalten hauptberuflich auszuüben hat.

*·
·
·*

Hygieneteam, § 28 (S)

§ 28 Abs 3 ... In bettenführenden Krankenanstalten ist weiters ein Hygieneteam einzurichten, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und allenfalls weitere für die Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

*·
·
·*

§ 28 Abs 5 Zu den Aufgaben des Hygieneteams zählen alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in Krankenanstalten und der Gesunderhaltung dienen, insbesondere:

- a) die Erstellung von Arbeitsanleitungen bzw. Richtlinien zu hygienisch relevanten Tätigkeiten;*
- b) die Erstellung der Hygienepläne;*
- c) die Infektionsüberwachung und -statistik;*
- d) die Information und Fortbildung der Mitarbeiter der Krankenanstalt über die Belange der Hygiene;*
- e) die Erstellung von abteilungs- bzw. stationsspezifischen Hygienerichtlinien;*
- f) die Überwachung der Einhaltung der Hygienerichtlinien;*
- g) die Beratung bei der Auswahl von Ge- und Verbrauchsgütern mit hygienischer Relevanz und*
- h) die fachliche und inhaltliche Begleitung der Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen.*

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.

§ 28 Abs 6 Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patienten indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

§ 28 Abs 7 Der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte oder bei Bestehen eines Hygieneteams dieses Team ist bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten der Krankenanstalten sowie bei der Anschaffung von Geräten, wenn durch sie eine Infektionsgefahr gegeben sein kann, beizuziehen.

Zusätzliche Bestimmungen, § 28 (S)

§ 28 Abs 8 Die in der Krankenanstalt beschäftigten Ärzte, die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie die Angehörigen der gehobenen medizinisch-technischen Dienste sind verpflichtet, dem Krankenhaushygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten alle Informationen, die für die Erfüllung der unter Abs. 5 angeführten Aufgaben erforderlich sind, zukommen zu lassen und ihn über besondere Vorkommnisse, insbesondere bei der Infektionsüberwachung (Bakteriologie, Virologie etc.), in Kenntnis zu setzen.

§ 28 Abs 9 In selbstständigen Ambulatorien ist bei der Besorgung der Aufgaben gemäß Abs. 5 der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

Qualitätssicherung, § 33 (S)

§ 33 Abs 1 Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, interne Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und die dafür erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen. Die Landesregierung hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über diese Maßnahmen der Qualitätssicherung im Hinblick auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und deren Kontrolle zu erlassen. Dabei sind überregionale Belange zu berücksichtigen und ist darauf Bedacht zu nehmen, dass eine vergleichende Prüfung mit anderen Krankenanstalten ermöglicht wird. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfachs einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

§ 33 Abs 2 In Krankenanstalten ohne gemeinschaftliche Leitung hat der Rechtsträger für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen. Bei gemeinschaftlicher Leitung einer Krankenanstalt hat diese die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

Qualitätskommission, § 33 (S)

§ 33 Abs 3 In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest je ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des medizinisch-technischen Dienstes, des psychologischen und psychotherapeutischen Dienstes, des Pflegedienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, gehört der Kommission für Qualitätssicherung auch ein Vertreter des Rektorates oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität an.

§ 33 Abs 4 Zu den Aufgaben der Kommission für Qualitätssicherung zählen insbesondere:

- a. die Initiierung, Koordinierung und Unterstützung von Qualitätssicherungsmaßnahmen;*
- b. die Förderung der Umsetzung der Qualitätssicherung;*
- c. die Beratung der gemeinschaftlichen Leitung bzw. in Krankenanstalten ohne gemeinschaftliche Leitung der jeweiligen Verantwortlichen über alle für die Qualitätssicherung erforderlichen Maßnahmen; und die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten und dem Hygieneteam in Fragen der Qualitätssicherung im medizinischen Bereich.*
- d. die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker bzw. dem Hygienebeauftragten und dem Hygieneteam in Fragen der Qualitätssicherung im medizinischen Bereich.*

§ 33 Abs 5 In nicht bettenführenden Krankenanstalten sind die Aufgaben der Kommission für Qualitätssicherung für jeden Bereich von der jeweils dafür verantwortlichen Person wahrzunehmen.

Anstaltsordnung, § 20 (S)

§ 20 Abs 1 Der Rechtsträger einer Krankenanstalt hat den inneren Betrieb der Krankenanstalt durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Diese hat mindestens zu enthalten:

-
- b. die Grundzüge ihrer Verwaltung und ihrer Betriebsform, einschließlich des Verhältnisses der Aufgabenbereiche des ärztlichen Leiters, des Verwaltungsleiters und des Leiters des Pflegedienstes zueinander. Dabei sind Formen der gemeinschaftlichen Leitung vorzusehen; dadurch dürfen jedoch die diesen Führungskräften nach § 24 Abs 2, § 36 Abs 1 bzw § 25 Abs 1 jeweils zukommenden Aufgaben nicht beeinträchtigt werden. Insbesondere ist auch sicherzustellen, dass bei gemeinschaftlicher Leitung diese ihre Aufgaben in Bezug auf Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 33 Abs 2) erfüllen kann. In einer Krankenanstalt, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dient und in der eine gemeinschaftliche Leitung eingerichtet ist, ist der Rektor oder ein von der Medizinischen Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität den Sitzungen der gemeinschaftlichen Leitung mit beratender Stimme beizuziehen;*
-
- e. eine Darstellung der Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, getrennt nach leitenden und verantwortlichen Ärzten, dem übrigen ärztlichen Personal, den Pflegepersonen, dem Verwaltungsleiter und allen anderen in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, in dem durch die besonderen Verhältnisse der einzelnen Krankenanstalten gegebenen Umfang sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;*
-

Personalplanung, § 31 (S)

§ 31 Abs 1 Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen sowie auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist dafür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen oder, wenn eine gemeinschaftliche Leitung der Krankenanstalt eingerichtet ist, durch diese jährlich bis spätestens 31. März des Folgejahres der Landesregierung zu berichten. Dieser Bericht ist nach Maßgabe der technischen Voraussetzungen in EDVlesbarer Form zu übermitteln. Bei Krankenanstalten, die Abteilungen aufweisen, ist der Bericht auch nach Abteilungen zu untergliedern.

§ 31 Abs 2 In Krankenanstalten gemäß § 2 Abs 1 Z 1 bis 6 ist durch die Personalplanung sicherzustellen, dass in jeder Abteilung und Organisationseinheit jederzeit ausreichendes und qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung steht. Die erforderliche Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals ist insbesondere nach der Anzahl der Patienten, dem mit deren Betreuung verbundenen Pflegeaufwand und den räumlichen Gegebenheiten in der Krankenanstalt nach wissenschaftlich anerkannten Methoden zu ermitteln. Ziel hat dabei die Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen, sparsamen und an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierten Pflege zu sein.

Arzneimittelkommission, § 51a (S)

§ 51a Abs 1 Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben zu ihrer Beratung in Fragen der Auswahl und des Einsatzes von Arzneimitteln Arzneimittelkommissionen einzurichten. Eine Arzneimittelkommission kann auch für mehrere Krankenanstalten eingerichtet werden. Sie muss ihren Sitz nicht im Land Salzburg haben.

§ 51a Abs 2 Jeder Arzneimittelkommission gehören folgende Personen an:

- 1. ein Pharmazeut mit klinischer Erfahrung;*

2. *die Leiter des ärztlichen Dienstes aller betreuten Krankenanstalten;*
3. *die wirtschaftlichen Leiter aller betreuten Krankenanstalten;*
4. *die Krankenhaushygieniker oder die Hygienebeauftragten aller betreuten Krankenanstalten und*
5. *ein Vertreter der Sozialversicherung, der vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger namhaft zu machen ist.*

Für jedes Mitglied ist ein Ersatzmitglied zu bestellen. Die Mitglieder haben bei der konstituierenden Sitzung der Kommission aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter zu wählen.

⋮

Steiermark – Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999 – KALG

Krankenhaushygieniker und Hygienebeauftragter, § 11a (ST)

§ 11a Abs 1 Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten.

§ 11a Abs 2 In Betten führenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, jedenfalls im Landeskrankenhaus Universitätsklinikum Graz, hauptberuflich auszuüben.

Hygieneteam, § 11a (ST)

§ 11a Abs 3 In Betten führenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören. Die Dienstobliegenheiten des Hygieneteams (Protokoll, Beschlüsse, Weiterleitung und Verantwortung) sind in der Anstaltsordnung (§ 9) zu regeln.

§ 11a Abs 4 Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in Krankenanstalten und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu, Zu und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und Beschlüsse zu fassen. Diese sind schriftlich an den für die Umsetzung Verantwortlichen, wie ärztlicher Leiter der Krankenanstalt, Pflegedienstleiter oder Verwaltungsleiter, weiterzuleiten.

§ 11a Abs 5 In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien ist für die im Abs. 4 genannten Aufgaben jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

Qualitätsmanagement, § 11d (ST)

§ 11d Abs 1 Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet für den Betrieb jeder Krankenanstalt ein Qualitätsmanagementsystem vorzusehen. Im Rahmen dieses Systems sind Maßnahmen der Qualitätssicherung für die Leistungen der Krankenanstalten zu setzen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Dieses Qualitätsmanagementsystem ist so zu gestalten, dass es regelmäßige vergleichende Prüfungen dieses Systems mit anderen Krankenanstalten ermöglicht. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine Betten führende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

§ 11d Abs 2 Die Träger von Krankenanstalten haben im Rahmen ihres Qualitätsmanagementsystems die Struktur, Prozess und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

§ 11d Abs 3 Die Kollegiale Führung hat die Umsetzung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne Kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt sicherzustellen, dass durch die jeweiligen Verantwortlichen die Umsetzung dieses Qualitätsmanagementsystems gewährleistet wird.

§ 11d Abs 4 In jeder Betten führenden Krankenanstalt ist eine Qualitätsmanagementkommission einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person (Qualitätsmanagerin/Qualitätsmanager) steht. Dieser Kommission haben zumindest eine Vertreterin/ ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, gehört der Kommission auch eine Universitätsprofessorin/ein Universitätsprofessor an, die/der von der Medizinischen Universität vorgeschlagen wird.

§ 11d Abs 5 Aufgabe der Qualitätsmanagementkommission (Abs. 4) ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen (Abs. 2) zu fördern, um die Kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne Kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

Anstaltsordnung, § 9 (ST)

§ 9 Abs 1 Der innere Betrieb einer Krankenanstalt ist von ihrem Träger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Diese hat festzuhalten

- a) die Aufgaben, welche die Anstalt nach ihrem besonderen Anstaltszweck erfüllen soll sowie die dazu bereitgestellten Einrichtungen; weiters die geführten Fachabteilungen und deren allfällige weitere Gliederung; bei allgemeinen Krankenanstalten oder Sonderkrankenanstalten auch eine allfällige Gliederung in Fachbereiche, Abteilungen und Pflegegruppen für Akutkranke und in zusätzliche Abteilungen oder Pflegegruppen für die Langzeitbehandlung;*
- b) die Organisation der Krankenanstalt, die Person ihres Trägers und die wesentlichen, dem Betriebe der Anstalt zu Grunde liegenden Rechtsverhältnisse sowie die Regelung ihrer Vertretung nach außen;*
- c) die Anstaltsorgane, deren Wirkungsbereich und die Grundzüge der Verwaltung sowie der Betriebsform der Krankenanstalten, insbesondere, ob anstatt oder neben der herkömmlichen Art der Betriebsform anstaltsbedürftige Personen nur einmalig über Tag (Tagesklinik) oder über Nacht (Nachtklinik) oder längerfristig im halbstationären Bereich, wo sie nur über Tag oder nur über Nacht verweilen, aufgenommen werden;*
- d) die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie die Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;*

:
:

Personalbedarfsermittlung, § 11e (ST)

§ 11e Abs 1 Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan ist hierfür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die Kollegiale Führung bzw. in Krankenanstalten, in denen keine Kollegiale Führung besteht, durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen jährlich der Landesregierung im Zusammenhang mit der Antragstellung nach § 15 Abs. 2 Z 3 für die Voranschläge zu berichten.

Tiroler Krankenanstaltengesetz – Tir KAG (Gesetz vom 10. Dezember 1957 über Krankenanstalten)

Krankenhaushygiene, § 13a (T)

§ 13a Abs 1 Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhaushygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Besorgung der Aufgaben nach Abs. 4 zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Als sonst fachlich geeignet gilt ein Arzt nach erfolgreichem Besuch eines Schulungskurses über Krankenhaushygiene.

Hygienefachkraft, § 13a (T)

§ 13a Abs 2 In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit jedenfalls in Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten hauptberuflich auszuüben.

Hygieneteam, § 13a (T)

§ 13a Abs 3 In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

§ 13a Abs 4 Zu den Aufgaben der Krankenhaushygiene gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in Krankenanstalten und der damit im Zusammenhang stehenden Gesunderhaltung der Pfleglinge, des Personals und der sonstigen Betroffenen dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben ist ein Hygieneplan zu erstellen. Die Organe nach Abs. 1 bzw. nach Abs. 3 haben die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen hinsichtlich des bettenführenden Bereiches fachlich und inhaltlich zu begleiten. Die Überwachung (Surveillance) hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Die Organe nach Abs. 1 bzw. nach Abs. 3 sind auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und hierüber Beschlüsse zu fassen. Diese sind schriftlich an die Mitglieder der kollegialen Führung weiterzuleiten.

§ 13a Abs 5 Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Pfleglinge indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

§ 13a Abs 6 In selbstständigen Ambulatorien ist für die Aufgaben nach Abs. 4 jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

Weitere Maßnahmen, § 13a (T)

§ 13a Abs 7 Die Träger der bettenführenden Krankenanstalten haben der Landesregierung jährlich bis spätestens 31. März des Folgejahres einen Bericht über den Stand der Hygiene und die Durchführung von Maßnahmen auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene in dreifacher Ausfertigung vorzulegen.

Qualitätssicherung, § 9b (T)

§ 9b Abs 1 Die Träger der Krankenanstalten haben im Rahmen der Organisation der Krankenanstalt Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass verglei-

chende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten möglich sind. Bei der Führung von Fachschwerpunkten ist eine bettenführende Abteilung desselben Sonderfaches einer anderen Krankenanstalt in die Maßnahmen der Qualitätssicherung einzubinden.

§ 9b Abs 2 Die Träger der Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.

§ 9b Abs 3 Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalt für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

§ 9b Abs 4 In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Dieser Kommission haben zumindest je ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, gehört der Kommission auch der Rektor oder ein von ihm vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität an.

§ 9b Abs 5 Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen einzuleiten, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

§ 9b Abs 6 Die Träger der bettenführenden Krankenanstalten haben jährlich einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung und die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen der Landesregierung bis spätestens 31. März des Folgejahres in dreifacher Ausfertigung vorzulegen.

Anstaltsordnung, § 10 (T)

§ 10 Abs 1 Der Träger der Krankenanstalt hat deren inneren Betrieb durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Diese hat insbesondere Bestimmungen zu enthalten über:

·

- e. die Dienstplichten aller in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, insbesondere auch einen Hinweis auf die Verschwiegenheitspflicht und die Ahndung ihrer Verletzung, sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen.*

·

Personalplanung, § 16a (T)

§ 16a Die Träger der Krankenanstalten haben regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen und auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hierfür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung ist durch die kollegiale Führung bzw. in den Krankenanstalten ohne kollegiale Führung durch die für den jeweiligen Bereich Verantwortlichen jährlich der Landesregierung zu berichten.

Vorarlberg – Gesetz über Krankenanstalten 2008

Hygienedienst, § 34 (V)

§ 34 Abs 1 Zur Wahrung der Belange der Hygiene ist für jede Krankenanstalt ein Facharzt oder eine Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie zu bestellen (Krankenhaustygieniker oder Krankenhaus-hygienikerin); stattdessen kann auch eine sonst fachlich geeignete Person mit ärztlicher Qualifikation bestellt werden (Hygienebeauftragter oder Hygienebeauftragte). Das Beschäftigungsausmaß hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. Eine gemeinsame Bestellung für mehrere Krankenanstalten ist möglich. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

§ 34 Abs 2 Die fachliche Eignung nach Abs. 1 ist durch eine mehrjährige Tätigkeit in einem Hygieneinstitut oder durch eine einschlägige postpromotionelle Fort- und Weiterbildung nachzuweisen.

Hygienefachkraft, § 34 (V)

§ 34 Abs 3 In bettenführenden Krankenanstalten ist zur Unterstützung des Arztes oder der Ärztin nach Abs. 1 mindestens ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der gemäß dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz zur Ausübung der Krankenhaushygiene berechtigt ist, als Hygienefachkraft zu bestellen. Es kann auch für mehrere Krankenanstalten gemeinsam eine Hygienefachkraft bestellt werden. Die Hygienefachkraft hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe und Leistungsangebot dies erfordert, hauptberuflich auszuüben. In Schwerpunkt-krankenanstalten ist diese Tätigkeit jedenfalls hauptberuflich auszuüben. Die Bestellung ist der Landesregierung anzuzeigen.

Hygieneteam, § 34 (V)

§ 34 Abs 4 In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam einzurichten, dem der Arzt oder die Ärztin nach Abs. 1, die Hygienefachkraft bzw. die Hygienefachkräfte und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

§ 34 Abs 5 Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören insbesondere:

- a. die Erstellung eines Hygieneplanes, der alle Maßnahmen enthält, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen in der Krankenanstalt und der Gesunderhaltung der Patienten und Patientinnen, der in der Krankenanstalt Beschäftigten und der Besucher und Besucherinnen dienen, sowie die Überwachung der Durchführung dieser Maßnahmen;*
- b. die Mitwirkung bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, und bei allen Planungen für Neu-, Zu- und Umbauten;*
- c. die Beratung aller anderen für die Belange der Hygiene wichtigen Angelegenheiten der Krankenanstalt und die Erstattung entsprechender Vorschläge;*
- d. die fachliche und inhaltliche Begleitung der Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen; die Überwachung muss nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Überwachungssystem erfolgen.*

Die in den Angelegenheiten der lit. c gefassten Beschlüsse sind den für die Durchführung Verantwortlichen und erforderlichenfalls dem Rechtsträger der Krankenanstalt schriftlich mitzuteilen.

§ 34 Abs 6 In selbständigen Ambulatorien obliegen die im Abs. 5 genannten Aufgaben dem Arzt oder der Ärztin nach Abs. 1.

** Fassung LGBl. Nr. 67/2008*

Qualitätssicherung, § 31 (V)

§ 31 Abs 1 Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, betriebsinterne Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und die zu ihrer Durchführung notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Die Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen. Sie sind

so zu gestalten, dass überregionale Belange ausreichend berücksichtigt werden und vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten möglich sind.

§ 31 Abs 2 In Krankenanstalten mit kollegialer Führung hat diese die Durchführung der vorgesehenen Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Rechtsträger der Anstalt vorzusorgen, dass die für die einzelnen Bereiche verantwortlichen Personen die Durchführung der Maßnahmen sicherstellen.

§ 31 Abs 3 In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Qualitätssicherungskommission einzurichten, die von einer fachlich geeigneten Person zu leiten ist. Der Kommission haben zumindest je eine Vertretung des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes, der Krankenhausverwaltung und des Rechtsträgers der Anstalt anzugehören. Die Kommission hat die Aufgabe,

- a) Maßnahmen der Qualitätssicherung zu initiieren, zu koordinieren und zu unterstützen;
- b) die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und
- c) die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung die für die einzelnen Bereiche verantwortlichen Personen bei der Durchführung der Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beraten.

§ 31 Abs 4 Die Maßnahmen der Qualitätssicherung bei einem Fachschwerpunkt bzw. Department sind mit den Maßnahmen der Qualitätssicherung jener Abteilung, an die der jeweilige Fachschwerpunkt bzw. das jeweilige Department angebunden ist, abzustimmen.

Anstaltsordnung, § 29 (V)

§ 29 Abs 1 Der innere Betrieb der Krankenanstalt hat sich am Heil- und Pflegezweck sowie an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen auszurichten und ist so zu gestalten, dass deren geistig-seelisches und körperliches Wohlbefinden gefördert wird.

§ 29 Abs 2 Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat unter Anführung des Rechtsträgers, der Betriebsform und der Bezeichnung der Krankenanstalt jedenfalls Bestimmungen zu enthalten über:

·
·

- c) den für die Aufnahme in die Krankenanstalt in Betracht kommenden Personenkreis und die Voraussetzungen für die Aufnahme und Entlassung;
- e) die Obliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen, insbesondere für die Leitung des ärztlichen Dienstes, der Abteilungen und der sonst im § 32 Abs. 3 genannten Organisationseinheiten, der Anstaltsapotheke, des Pflegedienstes, des Hygienedienstes, des technischen Sicherheitsdienstes sowie der Verwaltungsdirektion; weiters gruppenweise über die Obliegenheiten aller anderen beschäftigten Personen in dem durch die besonderen Verhältnisse der Krankenanstalt gegebenen Umfang sowie über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;

·
·

§ 29 Abs 3 Die Anstaltsordnung kann Bestimmungen über die kollegiale Führung der Krankenanstalt durch die Leitung des ärztlichen Dienstes (§ 32), der Verwaltungsdirektion (§ 40) und des Pflegedienstes (§ 37) enthalten, insbesondere über die Pflicht der Führungskräfte zur gegenseitigen Information und Anhörung sowie zur gegenseitigen Beratung. Die den Führungskräften nach den §§ 32, 37 und 40 jeweils zukommenden Aufgaben dürfen hierdurch nicht beeinträchtigt werden.

§ 29 Abs 4 Die Anstaltsordnung und jede Änderung derselben bedarf der Genehmigung der Landesregierung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn in der Anstaltsordnung alle im Abs. 2 verlangten Angaben enthalten sind und die Art der Regelung einen ordnungsgemäßen Anstaltsbetrieb gewährleistet. Die Genehmigung ist bei Errichtung einer Krankenanstalt zugleich mit der Bewilligung zum Betrieb zu erteilen.

§ 29 Abs 5 Die Anstaltsordnung ist in der Informations- und Beschwerdestelle, sofern eine solche nicht besteht an einer anderen geeigneten Stelle, zur Einsichtnahme aufzulegen.

Personalplanung, § 42 (V)

§ 42 Die Rechtsträger der Krankenanstalten haben jährlich den Personalbedarf, bezogen auf die in der Krankenanstalt tätigen Berufsgruppen und die einzelnen Organisationseinheiten der Krankenanstalt, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Ermittlung des Personalbedarfs, die Planung des Personaleinsatzes und die Erstellung des Beschäftigungsrahmenplanes, ist von hierfür fachlich geeigneten Personen wahrzunehmen. Über die Ergebnisse der Personalplanung hat der Rechtsträger jährlich der Landesregierung zu berichten.

Krankengeschichten, Operationsprotokolle und sonstige Aufzeichnungen, § 48 (V)

·
·
·

§ 48 Abs 9 Wenn es zur Überwachung nosokomialer Infektionen erforderlich ist, dann dürfen Krankenanstalten Daten der Patienten und Patientinnen indirekt personenbezogen verarbeiten und anonymisiert an Einrichtungen übermitteln, die mit der Überwachung nosokomialer Infektionen in der Krankenanstalt befasst sind.

·
·

** Fassung LGBl. Nr. 67/2008*

Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG

Krankenhausthygieniker/Hygienebeauftragter, § 14 (W)

§ 14 Abs 1 Für jede Krankenanstalt ist ein Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie (Krankenhausthygieniker) oder ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) zur Wahrung der Belange der Hygiene zu bestellen. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Krankenanstalt zu richten. In Schwerpunktkrankenanstalten (§ 3 Abs. 1 lit. b) ist diese Tätigkeit jedenfalls ab 1. Jänner 1998 hauptberuflich auszuüben.

Hygienefachkraft, § 14 (W)

§ 14 Abs 2 Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Unterstützung des Krankenhausthygienikers oder Hygienebeauftragten mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft zu bestellen. Diese hat ihre Tätigkeit in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, hauptberuflich auszuüben. In Schwerpunktkrankenanstalten (§ 3 Abs. 1 lit. b) ist diese Tätigkeit jedenfalls ab 1. Jänner 1998 hauptberuflich auszuüben.

Hygieneteam, § 14 (W)

§ 14 Abs 3 In allen bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhausthygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.

§ 14 Abs 4 Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören alle Maßnahmen, die der Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Aufgaben hat das Hygieneteam einen Hygieneplan zu erstellen. Es begleitet auch fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung nosokomialer Infektionen. Die Überwachung (Surveillance) hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Das Hygieneteam ist auch bei allen Planungen für Neu-, Zu- und

Umbauten und bei der Anschaffung von Geräten und Gütern, durch die eine Infektionsgefahr entstehen kann, beizuziehen. Das Hygieneteam hat darüber hinaus alle für die Wahrung der Hygiene wichtigen Angelegenheiten zu beraten und entsprechende Vorschläge zu beschließen. Diese sind schriftlich an die jeweils für die Umsetzung Verantwortlichen der Krankenanstalt weiterzuleiten.

§ 14 Abs 4a Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Patientinnen und Patienten indirekt personenbezogen zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

§ 14 Abs 5 In Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien ist für die im Abs. 4 genannten Aufgaben jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.

Qualitätssicherung, § 15b (W)

§ 15b Abs 1 Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für die Sicherung der Qualität in den Krankenanstalten vorzusorgen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Qualität mit anderen Krankenanstalten ermöglichen.

§ 15b Abs 2 Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben vorzusorgen, dass die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung geschaffen werden. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.

§ 15b Abs 3 Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherzustellen. Für Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt in jedem Bereich vorzusorgen, dass die jeweils Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

§ 15b Abs 4 Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Qualitätssicherung eine Kommission einzusetzen, die von einer fachlich geeigneten Person zu leiten ist. Diese Kommission hat mindestens aus dem Leiter der Prosektur sowie aus je einem Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes zu bestehen. In Krankenanstalten, in denen keine Prosektur eingerichtet ist, hat dieser Kommission ein Facharzt für Pathologie anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, gehört dieser Kommission auch der Rektor oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität an. Auf Verlangen eines Mitglieds hat der Leiter die Kommission jedenfalls einzuberufen.

§ 15b Abs 5 Die Kommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Geschäftsordnung gilt als genehmigt, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten untersagt wird.

§ 15b Abs 6 Aufgabe dieser Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen, die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

Anstaltsordnung, § 10 (W)

§ 10 Abs 1 Der innere Betrieb der Krankenanstalt ist von ihrem Rechtsträger durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Die Anstaltsordnung hat – unter besonderer Rücksichtnahme auf Patientenrechte (§ 17a) – jedenfalls zu enthalten:

-
-
- d. die Dienstobliegenheiten der in der Krankenanstalt beschäftigten Personen sowie Bestimmungen über die regelmäßige Abhaltung von Dienstbesprechungen zwischen den dafür in Betracht kommenden Berufsgruppen;*

- e. Bestimmungen über die Qualitätssicherung der Leistungen der Krankenanstalt und über die dafür erforderlichen organisatorischen Einrichtungen;
:
.

Anmerkung: Gesetz über die Wiener Heilvorkommen und Kuranstalten (Wiener Heilvorkommen- und Kuranstaltengesetz – WHKG) ist im Anhang 2.2 zu finden.

Personalbedarf, § 15c (W)

§ 15c Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln. Die Personalplanung, insbesondere die Personalbedarfsermittlung, der Personaleinsatz und der Dienstpostenplan, ist hiefür fachlich geeigneten Personen zu übertragen. Über die Ergebnisse der Personalplanung (Sollstand, Iststand) hat der Rechtsträger der Landesregierung jährlich bis spätestens 31. März zu berichten.

2.3 Art 15 Abs 1 Bundesverfassungsgesetz (B-VG)

Gemäß Art 15 Abs 1 B-VG fallen in den **selbstständigen Wirkungsbereich der Länder** zum Beispiel folgende gesundheitsnahe Materien:

- Pflegeheime,
- Wohnheime und Behinderteneinrichtungen,
- das Leichen- und Bestattungswesen,
- das Rettungswesen und der Gemeindesanitätsdienst.

In diesen Materien obliegt den Bundesländern sowohl die Gesetzgebung als auch die Vollziehung. Zuständige Behörden sind die Bezirksverwaltungsbehörden (Magistrate, Bezirkshauptmannschaften) sowie die Landesregierungen.

Kurorte, Kuranstalten und Kureinrichtungen, soweit sie nicht von Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG erfasst sind, fallen im Rahmen des Kompetenztatbestandes „Gesundheitswesen“ in den selbstständigen Wirkungsbereich der Länder.

2.4 Zivilrechtliche Haftung der Rechtsträger

Wie aus den oben angeführten gesetzlichen Regelungen zu entnehmen ist, handelt es sich beim Hygieneteam einer Krankenanstalt um eine gesetzlich definierte Funktion. Der Gesetzgeber fordert entsprechende einschlägige Qualifikationen für die einzelnen Mitglieder, die ihre Tätigkeit auch unter dem Aspekt der Wahrung der erforderlichen allgemeinen Sorgfaltpflicht ausüben haben.

Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB)

§ 1299 Wer sich zu einem Amte, zu einer Kunst, zu einem Gewerbe oder Handwerke öffentlich bekennt; oder wer ohne Noth freywillig ein Geschäft übernimmt, dessen Ausführung eigene Kunstkenntnisse oder einen nicht gewöhnlichen Fleiß erfordert, gibt dadurch zu erkennen, daß er sich den nothwendigen Fleiß und die erforderlichen, nicht gewöhnlichen Kenntnisse zutraue; er muss daher den Mangel derselben vertreten.

Hat aber derjenige, welcher ihm das Geschäft überließ, die Unerfahrenheit desselben gewusst; oder, bey gewöhnlicher Aufmerksamkeit wissen können, so fällt zugleich dem Letzteren ein Versehen zur Last. (Anm.: Diligenzpflicht, allgemeiner Sorgfaltsmaßstab)

§ 1313a Wer einem andern zu einer Leistung verpflichtet ist, haftet ihm für das Verschulden seines gesetzlichen Vertreters sowie der Personen, deren er sich zur Erfüllung bedient, wie für sein eigenes. (Anm.: zivilrechtliche Haftung des Übergeordneten für den Fehler des Nachgeordneten, sog. Erfüllungsgehilfenhaftung)

§ 1315 Überhaupt haftet derjenige, welcher sich einer untüchtigen oder wissentlich einer gefährlichen Person zur Besorgung seiner Angelegenheiten bedient, für den Schaden, den sie in dieser Eigenschaft einem Dritten zufügt. (Anm. sog. Besorgungsgehilfenhaftung)

2.5 Die österreichische Rechtsordnung und ihre Auslegungsmethoden

Nach außen hin tritt das gesetzte Recht (das positive Recht) in der Regel in Form von schriftlichen Rechtstexten in Erscheinung. Nur selten sind die Formulierungen dieses gesetzten Rechts so vollständig, dass sie auf alle nur denkbaren Bedeutungen ausdrücklich Bezug nehmen. Meistens gibt es neben den ausdrücklich formulierten Bedeutungen auch noch Sinngehalte, die im Text einer Vorschrift nicht ausdrücklich ausgesprochen sind. Sie sind im Wege der Auslegung zu ermitteln.

Die §§ 6 und 7 des Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB) sehen eine Rangordnung vor:

- In erster Linie ist vom Wortlaut des Gesetzes im Systemzusammenhang und der klaren Absicht des Gesetzgebers auszugehen.
- Kann auf diese Art der Sinn nicht eindeutig erschlossen werden, so ist auf die Regelung ähnlicher Fälle und schließlich
- auf die natürlichen Rechtsgrundsätze abzustellen.

Diese Auslegungsregelungen des ABGB sind nach herrschender Auffassung von allgemeiner Bedeutung.

Die österreichische Rechtsordnung kennt daher folgende Auslegungsmethoden:

1. Die Wortinterpretation (grammatikalische Interpretation) stellt auf den Wortlaut eines Textes ab und sucht nach jenen Bedeutungen, die sich allein aus der Wortbedeutung ableiten lassen.
2. Die systematische Interpretation greift auf die Stellung der auszulegenden Rechtsvorschriften im Ordnungsgefüge des übrigen Rechts und in der Verbindung mit anderen Rechtsvorschriften zurück.
3. Die historische Interpretation sucht Gesichtspunkte für die Ermittlung der Bedeutung von Rechtstexten aus entwicklungsgeschichtlichen Erwägungen zu gewinnen.
4. Die teleologische Interpretation zieht den Zweck der auszulegenden Vorschrift als Kriterium für die Bedeutungsermittlung heran.

Häufig führen die verschiedenen Auslegungsmethoden zu verschiedenen vertretbaren Bedeutungen. Zur Lösung eines Rechtsproblems muss daher eine Auswahl getroffen werden, oder es müssen verschiedene Interpretationsmethoden kombiniert werden.

ANHANG Kapitel 2

Anhang 2.1

Kundmachung der Österreichischen Ärztekammer Nr. 7 / 2010 veröffentlicht am 22. 12. 2010

Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen von Ordinationsstätten und Gruppenpraxen (Hygiene-VO 2010)

Auf Grund des § 117b Abs. 2 Z 9 des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998), zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 61/2010, wird über die die hygienischen Anforderungen von ärztlichen Ordinationsstätten und Gruppenpraxen verordnet:

1. Abschnitt Allgemeiner Teil

§ 1 Der Ordinationsstätteninhaber ist für den hygienisch einwandfreien Betrieb der Ordination verantwortlich. In einer Gruppenpraxis ist einem Gesellschafter die Verantwortung für den hygienisch einwandfreien Betrieb ausdrücklich zu übertragen (Hygiene-Verantwortlicher). Einzelne Aufgaben können an entsprechend geschulte Mitarbeiter delegiert werden. Die Delegation muss dokumentiert sein.

§ 2 Die Anforderungen an die Hygiene in einer Ordinationstätte sind an die Art der erbrachten Leistungen, die Patientenfrequenz und das Gefährdungspotential besonderer Erkrankungen anzupassen. Der ordinationsführende Arzt oder der Hygiene-Verantwortliche haben eine Abschätzung des Infektionsrisikos vorzunehmen und die erforderlichen Hygiene-Anweisungen dem Leistungsspektrum der Ordinationsstätte anzupassen.

§ 3 Alle Mitarbeiter in einer Ordinationstätte sind vom Ordinationsstätteninhaber oder Hygiene-Verantwortlichen nachweislich über potentielle Infektionsquellen, Infektionswege und erforderliche Sicherheitsmaßnahmen in Kenntnis zu setzen. Die Schulung hat insbesondere folgende grundlegenden Informationen zu enthalten:

- 1. Infektionskrankheiten und ihre Verbreitung*
- 2. Infektionsrisiken in der Ordinationsstätte*
- 3. allgemeine Hygieneerfordernisse in der Ordinationsstätte*
- 4. die Verantwortlichkeiten in der jeweiligen Ordinationsstätte*
- 5. die in der jeweiligen Ordinationsstätte angewendeten Maßnahmen zur Hygiene*

§ 4 Den Mitarbeitern sind unter Beachtung des Risikoprofils der Ordinationsstätte und der Empfehlungen des obersten Sanitätsrates Schutzimpfungen anzubieten. Eine Ablehnung angebotener Schutzimpfungen ist zu dokumentieren.

§ 5 In Bereichen mit erhöhtem Infektionsrisiko sind die Mitarbeiter unter Beachtung des Risikoprofils der Ordinationsstätte und dem jeweiligen Arbeitsbereich mit zweckmäßiger Arbeitskleidung auszustatten.

§ 6 Die Österreichische Ärztekammer veröffentlicht auf ihrer Homepage hygienische Anforderungen für ärztliche Ordinationsstätten gemäß Anlage (). Diese Anlage ist in leicht lesbarer Form für den Ordinationsbetrieb zusammenzufassen und den Mitarbeitern zugänglich zu machen.*

2. Abschnitt

Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

§ 7 (1) Diese Verordnung ist nach Beschlussfassung der Vollversammlung gemäß § 122 Z 6 ÄrzteG 1998 im Internet zu veröffentlichen und tritt mit 1.1.2011 in Kraft.

(*) Die Anlage zur VO der Österreichischen Ärztekammer über die hygienischen Anforderungen über Ordinationsstätten und Gruppenpraxen Vers. 1.1/2010 ist unter <http://www.aerztekammer.at> abrufbar.

Anhang 2.2

Gesetz über die Wiener Heilvorkommen und Kuranstalten (Wiener Heilvorkommen- und Kuranstaltengesetz – WHKG)

Anstaltsordnung, § 17 (WHKG)

§ 17 Abs. 1 Der innere Betrieb einer Kuranstalt ist durch eine Anstaltsordnung zu regeln. Diese Anstaltsordnung hat jedenfalls zu enthalten:

- 1. Aufgaben und Einrichtungen der Kuranstalt;*
- 2. Grundzüge der Verwaltung und der Betriebsform;*
- 3. Angaben über den Rechtsträger und dessen Vertretung nach außen;*
- 4. Dienstobliegenheiten der in der Kuranstalt beschäftigten Personen;*
- 5. die der Aufsicht führenden ärztlichen Leitung zukommenden Aufgaben wie Erstellung des Kurplans und die damit zusammenhängenden Anfangs-, Zwischen- und Enduntersuchungen;*
- 6. Aufstellung der sich aus dem ortsgebundenen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergebenden Behandlungsarten und der angebotenen Zusatztherapien;*
- 7. Maßnahmen der Qualitätssicherung;*
- 8. Festlegung eines grundsätzlichen Rauchverbots in der Kuranstalt, wobei Zonen für Raucher vorgesehen werden können, die besonders zu kennzeichnen sind;*
- 9. Richtlinien für den Aufenthalt von Patientinnen und Patienten, Begleitpersonen, Besucherinnen und Besuchern;*
- 10. Informations- und Beschwerdemöglichkeiten.*

§ 17 Abs 2 Die Anstaltsordnung und jede wesentliche Änderung ist dem Magistrat vier Wochen vor der beabsichtigten Erlassung anzuzeigen.

§ 17 Abs 3 Entspricht die Anstaltsordnung nicht dem Abs. 1, hat der Magistrat die Anstaltsordnung binnen vier Wochen ab Einlangen der Anzeige zu untersagen.

§ 17 Abs 4 Die Anstaltsordnung ist im Eingangs- oder Kassenbereich der Kuranstalt so aufzulegen, dass sie für jedermann zugänglich ist.

*·
·
·*

Hygienebeauftragte Person, § 19 (WHKG)

§ 19 Abs 1 Rechtsträger von Kuranstalten haben zur Wahrung der Belange der Hygiene eine fachlich geeignete hygienebeauftragte Person zu bestellen. Eine hygienebeauftragte Person ist fachlich geeignet, wenn sie durch entsprechende Schulung über hinreichende Kenntnisse auf dem Gebiet der Hygiene verfügt. Das zeitliche Ausmaß der Beschäftigung hat sich nach der Größe und dem Leistungsangebot der Kuranstalt zu richten.

§ 19 Abs 2 Die hygienebeauftragte Person hat Maßnahmen zu setzen, die der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Zur Durchführung dieser Maßnahmen hat die hygienebeauftragte Person einen Hygieneplan, der die Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen beschreibt, zu erstellen.

§ 19 Abs 3 Rechtsträger von Kuranstalten haben jede Bestellung einer hygienebeauftragten Person dem Magistrat spätestens vier Wochen vor der beabsichtigten Bestellung anzuzeigen. Der Anzeige

über die beabsichtigte Bestellung der hygienebeauftragten Person sind die Nachweise über die fachliche Eignung beizulegen.

Qualitätssicherung, § 21 (WHKG)

§ 21 Abs 1 Rechtsträger von Kuranstalten haben für die Sicherung der Qualität ihrer Einrichtungen vorzusorgen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Leistungsqualität ermöglichen.

§ 21 Abs 2 Rechtsträger von Kuranstalten haben vorzusorgen, dass die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung geschaffen werden. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen.

§ 21 Abs 3 Rechtsträger von Kuranstalten haben die Unterlagen über die gesetzten Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Kuranstalt zur jederzeitigen Einsicht für Organe des Magistrats bereit zu halten.

Anhang 2.3

Verordnung der Oö. Landesregierung über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenanstalten – QIP

StF: LGBl. Nr. 77/2000

Präambel/Promulgationsklausel

Auf Grund des § 27 Abs. 6 des Oö. Krankenanstaltengesetzes 1997, LGBl. Nr. 132, zuletzt geändert durch die Oö. Krankenanstaltengesetz-Novelle 1999, LGBl. Nr. 125/1998, wird verordnet:

§ 1 Als Maßnahme der Qualitätssicherung haben die Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalten, der Sanatorien sowie der privaten Krankenanstalten zur Akutversorgung in Oberösterreich an dem von der Maryland Hospital Association durchgeführten Quality Indicator Project (QIP) teilzunehmen.

§ 2 Abs 1 Im Rahmen des Quality Indicator Project sind die Daten für folgende Indikatoren zu erfassen:

1. Indikator I-a: Im Krankenhaus zugezogene Infektionen (Device-assoziierte Infektionen)
2. Indikator I-b: Geräte/Kathetereinsatz
3. Indikator II-a: Infektionen im chirurgischen Bereich
4. Indikator III: Mortalität stationärer Patienten
5. Indikator V: Perioperative Mortalität
6. Indikator X: Ungeplante Rückkehr in den Operationsraum
7. Indikator PSY I: Selbstgefährdung und/oder Gefährdung anderer
8. Indikator PSY II: Unvorhergesehene Abgänge (Verlassen der Einheit)
9. Indikator PSY III: Überweisungen in Akutabteilungen
10. Indikator PSY IV: Wiederaufnahmen innerhalb von 15 Tagen nach Entlassung
11. Indikator PSY V: Gebrauch von physischen Maßnahmen (z. B. an Gitter festbinden, festschnallen)
12. Indikator PSY VI: In Gewahrsam nehmen (z. B. in geschlossenem Raum/Abteilung)

§ 2 Abs 2 Die Daten für die Indikatoren sind nach Maßgabe der Art der Krankenanstalt gemäß § 2 des Oö. Krankenanstaltengesetzes 1997 und der in der Krankenanstalt vorhandenen Fachrichtungen (Abteilungen) zu erfassen. Deren Weitergabe im Rahmen des QIP hat bis spätestens 30. Juni 2002 zu erfolgen.

§ 2 Abs 3 Die Datenerfassung für weitere Indikatoren ist zulässig.

§ 3 Abs 1 Diese Verordnung tritt mit 1. Oktober 2000 in Kraft.

§ 3 Abs 2 Das im § 1 genannte Quality Indicator Project (QIP) der Maryland Hospital Association wird gemäß § 11 des Oö. Kundmachungsgesetzes verlautbart. Es ist während der Dauer der Wirksamkeit dieser Verordnung bei der Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Nationale Koordinationsstelle QI-Project Austria, während der Dienststunden zur öffentlichen Einsicht aufzulegen.

Anhang 2.4

Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz 1997

Spitalskatastrophenpläne, § 17 (OÖ)

§ 17a Abs 1 Die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten haben unter Berücksichtigung insbesondere der Größe, der fachlichen Ausrichtung und der infrastrukturellen Situation, Spitalskatastrophenpläne zu erstellen, in denen Maßnahmen für die Bewältigung von besonderen, im Hinblick auf Art und Ausmaß nicht alltäglichen Gefahrenlagen in der Krankenanstalt (z. B. Brand, Seuchengefahr durch hochinfektiöse Erkrankungen) vorzusehen sind.

§ 17a Abs 2 Die Pläne gemäß Abs. 1 haben insbesondere festzulegen:

- 1. die Rettungsmaßnahmen für Patienten aus dem unmittelbaren Gefahrenbereich,*
- 2. die Sicherstellung wichtiger Daten, insbesondere Krankengeschichten,*
- 3. die Orte von Sammelplätzen,*
- 4. die im Einsatzfall verantwortlichen Personen und*
- 5. die Reihenfolge der im Einsatzfall zu alarmierenden Personen und Stellen.*

§ 17a Abs 3 Die Rechtsträger der allgemeinen Krankenanstalten und der Sonderkrankenanstalten mit Akutaufnahme haben unter Berücksichtigung insbesondere der Größe, der fachlichen Ausrichtung und der infrastrukturellen Situation, in den Spitalskatastrophenplänen auch strukturelle und organisatorische Maßnahmen vorzusehen, die bei einem Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten infolge eines Großschadensereignisses (z. B. Unglücksfälle oder Elementarereignisse außergewöhnlichen Umfangs, Seuchen, Massenvergiftungen, radioaktive Verstrahlungen) die medizinische Versorgung einer Vielzahl von Patienten in kurzer Zeit ermöglichen.

§ 17a Abs 4 Die Pläne gemäß Abs. 3 haben insbesondere festzulegen,

- 1. wie viele Betten zusätzlich zu den genehmigten Betten bei Bedarf aufgestellt werden können,*
- 2. welche Liegenschaften im Fall eines Notstands als Notkrankenanstalt im Sinn des § 41 geeignet erscheinen,*
- 3. welche Maßnahmen für die Registrierung von Patienten zu treffen sind und*
- 4. die im Einsatzfall verantwortlichen Personen.*

(Anm: LGBI. Nr. 83/2009)

§ 17a Abs 5 Der Rechtsträger hat für eine entsprechende Unterweisung von Personen, die sich ständig im Gebäude aufhalten, Sorge zu tragen. Die Spitalskatastrophenpläne sind spätestens alle fünf Jahre auf ihre Aktualität zu überprüfen, bei Bedarf anzupassen oder neu zu erlassen. Bei der Erstellung oder außenwirksamen Änderung eines Spitalskatastrophenplans sind die Standortgemeinde und die Bezirkshauptmannschaft zu hören. Die Spitalskatastrophenpläne und jede wesentliche Änderung sind der Standortgemeinde, der Bezirkshauptmannschaft und der Landesregierung zu übermitteln.

§ 17a Abs 6 Die Landesregierung kann durch Verordnung weitere Grundsätze über Inhalt und Form der Spitalskatastrophenpläne festlegen.

3 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.

3.1 Gesetzliche Grundlagen

Die sogenannte „sanitäre Aufsicht“ über die Krankenanstalten (und Kuranstalten) ist in den §§ 60 bis 62 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) geregelt. Es handelt sich bei diesen Bestimmungen um unmittelbar anwendbares Bundesrecht. Wie bereits oben erwähnt, sind die Bestimmungen über die sanitäre Aufsicht als „Art-10-Materie“ unmittelbar aufgrund des KAKuG von den Bezirksverwaltungsbehörden sowie den Landeshauptmännern als funktionelle Bundesorgane zu vollziehen. Gegen Entscheidungen des Landeshauptmannes geht der administrative Instanzenzug (Berufungsmöglichkeit) an das BMG (Art 103 Abs 4 B-VG). Der zuständige Bundesminister hat in diesen Agenden ein Weisungsrecht an den Landeshauptmann (Art 103 Abs 1 B-VG).

Hauptstück E

Sanitäre Aufsicht

§ 60 (1) Die Bezirksverwaltungsbehörden haben unter Beiziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzte in den Krankenanstalten und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen wurden, zu überwachen.

§ 60 (2) Zur Überwachung ist Organen der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden jederzeit – bei Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien und Kuranstalten während der Betriebszeit – auch unangemeldet zu allen Räumlichkeiten, Apparaten, sonstigen Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt bzw. Kuranstalt Zutritt zu gewähren. Auf ihr Verlangen ist diesen Organen in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, die den Betrieb der Anstalt betreffen. Die Einsicht nehmenden Organe sind auch berechtigt, von den eingesehenen Unterlagen kostenlos Abschriften und Kopien herzustellen.

§ 60 (3) Die Einschau ist möglichst zugleich mit den nach anderen Rechtsvorschriften erforderlichen Überprüfungen durchzuführen. In der Anstalt vorhandene, in Erfüllung von Verpflichtungen nach anderen Rechtsvorschriften eingeholte, aktuelle Befunde und Gutachten sind dabei so weit als möglich zu berücksichtigen.

§ 60 (4) Abs. 2 gilt nicht für Krankenanstalten in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien, sofern sie sich einer regelmäßigen Überprüfung durch die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin oder einer vergleichbaren als Überwachungsstelle im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit akkreditierten Einrichtung, hinsichtlich Zahnambulatorien durch die Einrichtung für Qualitätssicherung gemäß § 50 Zahnärztekammergesetz (ZÄKG),

BGBI. I Nr. 154/2005, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 57/2009, unterziehen, und diese Überprüfung

- 1. sich auf Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen wurden, bezieht,*
- 2. unter Beachtung von einschlägigen Richtlinien und Leitlinien nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBI. I Nr. 179/2004, erfolgt, und*
- 3. den Empfehlungen nach § 118b Abs. 8 Ärztegesetz 1998, BGBI. I Nr. 169, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBI. I Nr. 61/2010, hinsichtlich Zahnambulatorien der Qualitätssicherungsverordnung gemäß § 52 ZÄKG, entspricht.*

Selbständige Ambulatorien haben diese Form der Überprüfung unter Vorlage des entsprechenden Vertrages mit der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin oder der akkreditierten Überwachungsstelle, hinsichtlich Zahnambulatorien mit der Einrichtung für Qualitätssicherung gemäß § 50 ZÄKG, der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu melden und die Überprüfungsberichte zu übermitteln.“

§ 60 (5) Erlangt eine Bezirksverwaltungsbehörde davon Kenntnis, dass in einer Krankenanstalt oder Kuranstalt ihres örtlichen Wirkungsbereiches sanitäre Vorschriften im Sinne des Abs. 1 verletzt werden bzw. verletzt wurden, so hat sie hievon unverzüglich den Landeshauptmann zu benachrichtigen. Ist nach den der Bezirksverwaltungsbehörde bekannten Umständen damit zu rechnen, dass eine Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Pfléglingen einer Krankenanstalt bzw. Kurgästen einer Kuranstalt gegeben ist, so hat sie unverzüglich eine Einschau in der Krankenanstalt bzw. Kuranstalt gemäß Abs. 2 vorzunehmen und dem Landeshauptmann hievon zu berichten.

§ 60 (6) Auf Verlangen des Bundesministers für Gesundheit und Frauen ist der Einschau ein Bediensteter des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen oder ein von diesem benannter Sachverständiger beizuziehen.

§ 60 (7) Bei grenzüberschreitenden Kooperationen (§ 3b) prüfen die Organe der sanitären Aufsicht auch auf Ersuchen der jeweiligen ausländischen Behörde, ob Maßnahmen der sanitären Aufsicht zu setzen sind. Sofern dies aufgrund konkreter Umstände geboten ist, haben ebenso bei grenzüberschreitenden Kooperationen die zur sanitären Aufsicht verpflichteten Behörden an die zuständigen ausländischen Behörden Ersuchen zu richten, Maßnahmen zu setzen, die der sanitären Aufsicht entsprechen sowie von deren Ergebnis informiert zu werden.

§ 61 Werden in einer Krankenanstalt oder Kuranstalt sanitäre Vorschriften im Sinne des § 60 Abs. 1 verletzt, so hat der Landeshauptmann dem Rechtsträger die eheste Beseitigung der Missstände mit Bescheid aufzutragen. Im Wiederholungsfall sowie dann, wenn derartige anders nicht zu behebende gesundheitliche Missstände vorliegen, dass die Krankenanstalt oder Kuranstalt den Anforderungen der Gesundheitspflege nicht mehr entspricht, kann der Landeshauptmann die teilweise oder gänzliche Weiterführung des Betriebes einer Krankenanstalt oder Kuranstalt untersagen.

§ 62 Abs. 1 Wer Amtshandlungen im Sinne des § 60 Abs. 2 verhindert oder beeinträchtigt, begeht, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung bildet, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 2.180,- Euro zu bestrafen.

§ 62 Abs. 2 Der Versuch ist strafbar.

Demnach ist es eine Pflichtaufgabe der Bezirksverwaltungsbehörden, die Überwachungstätigkeit im Rahmen der sanitären Aufsicht über die Krankenanstalten gemäß den Vorgaben des § 60 KAKuG wahrzunehmen (Achtung: Bestimmung § 60 Abs 4 KAKuG). Die Behörde sollte nach Möglichkeit einen rechtskundigen Vertreter beistellen, der für den Ablauf und die Einhaltung der formalen Kriterien verantwortlich ist. Die Einschau ist jedenfalls unter Beiziehung der ihnen beigegebenen oder zur Verfügung stehenden Amtsärzte vorzunehmen. Wenn es die Behörde für notwendig erachtet, sind weitere Amtssachverständige oder nichtamtliche Sachverständige beizuziehen, z. B. in bettenführenden Krankenanstalten ein Sachverständiger für pflegefachliche Angelegenheiten. Je nach Schwerpunktsetzung, sachlicher Notwendigkeit und Komplexität der Einschau kann auf Seite der Behörde u. a. ein Sachverständiger für Hygiene, Bautechnik, Medizintechnik, Lüftungstechnik oder Wasserinstallation vor Ort teilnehmen. Die Bezirksverwaltungsbehörde muss bei der Einschau grundsätzlich von Amts wegen tätig werden, ohne von einer übergeordneten Behörde wie z. B. Land oder Bund dazu veranlasst oder aufgefordert zu werden. Der Gesundheitsbehörde auf Landesebene („Landessanitätsdirektion“) kann ggf. die Rolle zukommen, auf der Basis der Ergebnisse vorangegangener Einschauen und anderer relevanter Informationen fachliche Schwerpunkte zu setzen und Mindeststandards bei der Durchführung der Einschau im Auge zu behalten, auch unter Beachtung von sachlich notwendigen Mindestfrequenzen. Die Aufsicht ist in der Regel nicht anlassbezogen wahrzunehmen, sondern hat primär einen präventiven Charakter und ersetzt nicht die Verantwortung des Rechtsträgers hinsichtlich eines ordnungsgemäßen Betriebs der Krankenanstalt.

Die Herstellung des rechtskonformen Zustandes ist primär mit bescheidmäßigen Aufträgen herzustellen. Im Wiederholungsfall sowie bei besonders groben Verfehlungen kommt auch die Teilschließung oder Schließung in Betracht.

Aus dem Gesetz (KAKuG) geht weiters hervor, dass die sanitäre Aufsicht für alle bewilligten Krankenanstalten (und Kuranstalten) wahrzunehmen ist. Somit fallen darunter nicht nur die allgemeinen Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten, sondern auch Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Sanatorien, alle Privatkankenanstalten und auch alle Einrichtungen in der Betriebsform selbständiger Ambulatorien.

3.2 Definition der sanitären Aufsicht

Was genau unter dem Begriff „sanitäre Aufsicht“ zu verstehen ist, ist aus den Materialien und zwei Judikaten des Verfassungsgerichtshofes zu erschließen. Als gesichert darf man annehmen, dass dieser Begriff umfassend zu verstehen ist, da einerseits in der Zeit der Gesetzesentstehung – um 1920 – der Begriff Sanitätswesen synonym für Gesundheitswesen in Gebrauch war und andererseits die vorgesehenen jährlichen Überprüfungen den gesamten Betrieb zu erfassen hatten. Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen hat am 21. Juni 1999 (GZ 21.610/2-VIII/D/5/99) klargestellt, was unter dem Begriff „Sanitäre Aufsicht in Krankenanstalten“ zu verstehen ist:

- Unter „Sanitärer Aufsicht“ ist eine behördliche Tätigkeit zu verstehen, deren Zweck es ist, die Einhaltung jener Vorschriften zu überwachen, die durch die Ausführungsgesetze der Länder im Rahmen des Kompetenztatbestandes Heil- und Pflegeanstalten geschaffen werden, sowie die Einhaltung der von den Landesbehörden aufgrund der Ausführungsgesetze erlassenen Bescheide.

Daraus folgt, dass im Rahmen der Überwachungstätigkeit nicht nur die Einhaltung von Auflagen zu überprüfen ist, die von der Landesregierung in sanitätsbehördlichen Genehmigungsbescheiden vorgeschrieben wurden, sondern dass sich diese Aufsicht auf alle Bereiche erstrecken kann, die mittelbare oder unmittelbare Auswirkungen auf die Patienten und das in der Krankenanstalt tätige Personal haben.

Beispielhaft seien einige Belange angeführt: Einhaltung von Bescheidauflagen, Qualitätssicherung, Einhaltung von Strukturqualitätskriterien, Einhaltung der Anstaltsordnung, personelle Ausstattung, Führung von Krankengeschichten und Dokumentationswesen, Patientenrechte, medizinische Sicherheitstechnik, Krankenhaushygiene, Pflege, Personalbedarfsermittlung und Personaleinsatz, Einhaltung der Berufsberechtigungen, Supervision, Ärzteausbildung, Fortbildung u.a.m.

Im Hinblick auf die Grundsätze des Gesundheitsqualitätsgesetzes und einschlägiger Bestimmungen in den Krankenanstaltengesetzen der Länder sind Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu überprüfen. Dies kann am ehesten durch Schwerpunktsetzungen erfolgen, wenn konkrete Prozesse einer Prüfung unterzogen werden (z. B. Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Wasser in der Krankenanstalt, der Weg des Patienten in der prä- und postoperativen Phase).

Bei der Ergebnisqualität ist beispielsweise mit Unterstützung der Qualitätssicherungskommission zu prüfen, ob Infektionsstatistiken mit einem standardisierten überregionalen System (z. B. ANISS, KISS, QIP) vergleichend geführt werden und ob Komplikationsraten nach einem standardisierten Verfahren erhoben werden.

Zu diesen Themenfeldern hat das Bundesministerium für Gesundheit als Hilfestellung für den Vollzug der sanitären Aufsicht Checklisten erarbeitet, die Anhaltspunkte zur Überprüfung der Krankenhaushygiene und zur Überprüfung pflegerelevanter Belange bieten. Da die Checkliste zur Überprüfung der Krankenhaushygiene für das Hygieneteam naturgemäß von besonderer Bedeutung ist, wurde dieser ein eigener Abschnitt gewidmet (siehe Anhänge 5 und 6).

Ausgenommen von einer Überprüfung im Rahmen der sanitären Aufsicht sind die Überprüfung der wirtschaftlichen Führung einer Krankenanstalt sowie die Einhaltung einzelner für den Betrieb der Krankenanstalt relevanter gesetzlicher Regelungen, z. B. das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz bzw. weitere Angelegenheiten des Arbeitnehmerschutzes (Arbeitsinspektorat!) und Angelegenheiten des Strahlenschutzes.

Durch das Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung (BGBl I 2010/61) haben die Spielregeln für die sanitäre Aufsicht hinsichtlich selbstständiger Ambulatorien eine grundlegende Änderung erfahren:

Die Regelungen über die regelmäßige behördliche Einschau gelten nicht für Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien, die sich einer regelmäßigen Überprüfung durch die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in der Medizin (ÖQMed – siehe § 118a ÄrzteG 1998) oder einer vergleichbaren als Überwachungsstelle im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit akkreditierten Einrichtung unterziehen. Diese Überprüfung hat sich auf die Einhaltung der

sanitären Vorschriften zu beziehen, einschlägige Richtlinien und Leitlinien nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz zu beachten und den Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats der ÖQMed für die Erbringung ärztlicher Leistungen – sowohl hinsichtlich der inhaltlichen Anforderungen als auch des Prozesses der Qualitätsevaluierung und Kontrolle – zu entsprechen.

Auch für Zahnambulatorien wird die Möglichkeit geschaffen, sich einer dem niedergelassenen Bereich entsprechenden Qualitätssicherung und -kontrolle unterziehen zu können, dies allerdings nicht durch die ÖQMed, die nach den Bestimmungen des ÄrzteG 1998 ausschließlich für die ärztliche Qualitätssicherung zuständig ist, sondern durch die mit den Belangen der zahnärztlichen Qualitätssicherung betrauten Einrichtung für Qualitätssicherung gemäß § 50 Zahnärztekammergesetz (ZÄKG). Für diese Einrichtungen sind neben den sanitären Vorschriften und Richtlinien und Leitlinien nach dem Gesundheitsqualitätsgesetz die in der Qualitätssicherungsverordnung gemäß § 52 ZÄKG festgelegten Kriterien maßgeblich.

Selbstständige Ambulatorien haben diese Form der Überprüfung unter Vorlage des entsprechenden Vertrages mit der überprüfenden Einrichtung der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zu melden und dieser die Überprüfungsberichte zu übermitteln.

3.3 Häufigkeit und Intensität der sanitären Aufsicht

Zur Frage der Häufigkeit und Intensität der sanitären Aufsicht, d. h. wie oft und wie genau die Aufsichtsbehörde zu kontrollieren hat, gibt das KAKuG keinen Aufschluss. Es liegt vielmehr im Ermessen der Bezirksverwaltungsbehörde, in welchen Zeitabständen und in welcher thematischen Tiefe die sanitäre Aufsicht ausgeübt wird. Die Frequenz und Intensität der Überprüfungen ist dabei sicherlich nicht für alle Arten von Krankenanstalten gleich zu beurteilen, sondern wird nach der Art der Anstalt, deren Größe und allenfalls der Aufsichtsbehörde bekannten Umständen oder Missständen im Einzelfall zu beurteilen sein.

Diese Unbestimmtheit der gesetzlichen Grundlagen darf die Behörde jedoch nicht dazu veranlassen, die sanitäre Aufsicht überhaupt nicht oder nur sehr eingeschränkt wahrzunehmen. Als Orientierung könnte für den Krankenanstaltenbereich aber die frühere ausdrückliche Regelung im § 17 (2) des mittlerweile außer Kraft getretenen Bundesgesetzes über natürliche Heilvorkommen und Kurorte dienen, wonach Heilvorkommen, Kuranstalten und Kureinrichtungen mindestens einmal im Jahr einem Ortsaugenschein zu unterziehen waren. Bei Bekanntwerden von Problemen und Missständen ist es jedenfalls nicht nur das Recht, sondern die Verpflichtung der Behörde, tätig zu werden. Dies kann bei selbstständigen Ambulatorien z. B. auch aufgrund des übermittelten Überprüfungsberichts erforderlich werden. In diesen Fällen ist bei Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit von Patienten unverzüglich eine Einschau vorzunehmen.

3.4 Rolle des Hygieneteams bei der Einschau im Rahmen der sanitären Aufsicht

Im Folgenden steht das Wort Hygieneteam in nicht bettenführenden Krankenanstalten für den Krankenhaushygieniker oder hygienebeauftragten Arzt.

Eine routinemäßige Einschau soll von der Behörde dem Rechtsträger der Krankenanstalt schriftlich angekündigt werden. 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 u. a. m. 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 sehr gering gehalten 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:

Zum einen gibt es eine vorbereitende Tätigkeit wie bereits oben beschrieben. Zum anderen muss man für eventuelle Fragen der beeinschauenden Behörde bzw. der Amtssachverständigen gerüstet sein, wenn beim Rundgang durch die Krankenanstalt bestimmte Umstände aus hygienischer Sicht hinterfragt und beanstandet werden. Dabei kann es sich um Beanstandungen handeln, die vom Hygieneteam ohnehin bereits aufgezeigt und der Anstaltsleitung mit einem Lösungsvorschlag schriftlich bekanntgegeben wurden, aber – aus welchen Gründen auch immer – noch keine Umsetzung erfahren haben, oder es kann sich um Mängel handeln, die bisher noch von niemandem als solche erkannt wurden. Im ersten Fall wird die Anstaltsleitung oder der Rechtsträger Auskunft zu geben haben, warum die Vorschläge des Hygieneteams noch nicht umgesetzt wurden. Im zweiten Fall wird bei einem tatsächlich bestehenden Hygienemangel das Hygieneteam mit der Erarbeitung eines Lösungsvorschlages beauftragt werden.

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 Patienten besteht, und werden die Verantwortlichen (kollegiale Führung oder Spitalsträger) trotz Information durch das Hygieneteam nicht tätig, so ist es zulässig, direkt die zuständige Gesundheitsbehörde zu informieren.

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.

3.5 Checkliste zur Überprüfung der Krankenhaushygiene

Bereits im Jahr 2000 hat das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen unter Mitarbeit von Experten begonnen, mögliche Themenfelder der sanitären Aufsicht aufzulisten und dazu Checklisten zu erarbeiten. Die daraus entstandene „Checkliste zur Überprüfung der Krankenhaushygiene“ findet man im Internet unter www.dgs.at/krankenhaus.

Diese Checkliste gliedert sich in zwei Abschnitte:

1. Überprüfung der formalen Gegebenheiten:

Die Überprüfung soll sich dabei nicht nur auf die Vorlage von Prüfberichten und Befunden über die hygienische Überwachung von Geräten, Anlagen und Verfahren beschränken, sondern soll auch erheben, ob dem Hygieneteam die nötigen Voraussetzungen – insbesondere in personeller und infrastruktureller Hinsicht – für eine effektive und effiziente Arbeit eingeräumt werden.

2. Begehung:

Durch eine Begehung hygienerelevanter Bereiche in der Krankenanstalt und eine damit verbundene Besichtigung vor Ort kann einerseits eine Beurteilung der baulichen Gegebenheiten erfolgen, andererseits sollen hygienerelevante Ausstattungen und Maßnahmen sowie organisatorische Abläufe durch eine sachverständige Kommission während des Betriebes beobachtet und wenn nötig auch kritisch hinterfragt werden.

Im Anhang zu Kapitel 3 finden sich entsprechende Checklisten aus zwei Bundesländern.

3.6 Weitere Kontakte mit der Behörde

3.6.1 Sanitätsbehördliche Verfahren (Errichtung/Betriebsbewilligung)

Das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten sieht vor, dass das Hygieneteam bereits in der Planungsphase von Neu-, Um- oder Zubauten beizuziehen ist und dazu eine schriftliche Stellungnahme abzugeben hat. Auch für die eigentliche Baudurchführung ist das Hygieneteam berufen, entsprechende Hygienemaßnahmen zu empfehlen. Damit soll während der Bauphase ein hygienisch sicherer Betrieb in angrenzenden bestehenden Bauteilen gewährleistet werden.

Aufgrund dieser Stellungnahme des Hygieneteams kann die Behörde bestimmte Hygieneauflagen verfügen, die bei der Realisierung der geplanten Bauvorhaben zu berücksichtigen sind.

Bei der Betriebsbewilligung einer Krankenanstalt ist die Funktion des Hygienebeauftragten und – falls es sich um eine bettenführende Krankenanstalt handelt – auch 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 „Krankenhaushygiene“ der Österreichischen Ärztekammer, Nachweis der Sonderausbildung in Krankenhaushygiene gem. § 70 GuKG, Zustimmungserklärung und Mindeststundenausmaß) bei der Verhandlung vorliegen.

3.6.2 Wechselseitige Kontakte zwischen Hygieneteam und Sanitätsbehörde

Grundsätzlich sind Hygieneprobleme in der Krankenanstalt 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.

3.6.3 Mitarbeit in Arbeitskreisen

Für eine vernetzte Tätigkeit der Hygieneteams verschiedener Krankenanstalten ist es notwendig, sich in Arbeitskreisen oder Arbeitsgruppen zu engagieren (siehe Kapitel 7).

3.7 Zusammenfassung

Die Behörde kann im Rahmen der sanitären Aufsicht bei entsprechender Vorarbeit durch das Hygieneteam dessen Arbeit sehr gut unterstützen. Durch eine entsprechende behördliche Würdigung der Hygienearbeit kann auch erreicht werden, dass das Bewusstsein für den Stellenwert der Krankenhaushygiene und die Tätigkeit des Hygieneteams bei allen im Krankenanstaltenbereich beschäftigten Berufsgruppen verstärkt wird.

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.

ANHANG Kapitel 3

Anhang 3.1

Checkliste der Hygieneeinschau in Wien
(in Anlehnung an den Folder des Bundesministeriums für soziale Sicherheit
und Generationen „Checkliste zur Überprüfung der Krankenhaushygiene“ 1991)
NIEDERSCHRIFT

über die Einschau vom		in der Krankenanstalt

Bezüglich der **Ressourcen des Hygieneteams (HYT)**, Organisation und Art der **Durchführung der Infektionserfassung**, der **inneren Organisation der Krankenhaushygiene**.

ANWESENDE:

Für die MA 15 GEAM:	Für die Krankenanstalt:

Beginn der Einschau:

A. ZUSAMMENSETZUNG DES HYGIENETEAMS:

1) Funktion des KH-HYG/HBA	Qualifikation	Stunden/wo	Stundendefizit

2) Funktion der HFK	Qualifikation	Stunden/wo	Stundendefizit

3) Weitere Mitglieder des Hygieneteams	Funktion	Stunden/Wo	Spezielle Ausbildung?

4) Fortbildungsstunden seit der letzten Einschau am :

Name und Funktion:	Gesamtstunden

5) Vortragstätigkeit über krankenhaushygienische Belange außerhalb der KA im letzten Jahr:

Name und Funktion:	Gesamtstunden

B. INFEKTIONSERFASSUNG:

6) Welches Infektionserfassungsprogramm steht in Verwendung, Teilnahme an Programmen zur laufenden Überwachung von Infektionen (z.B. KISS, ANISS, QIP), welche Indikatoroperationen, zusätzliche Punktprävalenzen der Infektionserfassung:

a)

7) Wie ist die Durchführung der Infektionserfassung organisiert (welche Personen innerhalb und außerhalb des HYT), zeitgerechte, regelmäßige Erfassung:

a)

8) Konsequenzen aus den Ergebnissen der Infektionserfassung gemäß § 15b Abs. 1 Wr. KAG (interne Konsequenzen, mit welchen Referenzdaten/Standards erfolgt ein Vergleich der Ergebnisse):

a)

9) Art und Zugang zu mikrobiologischen Daten (online, in Papierform, problematisch, unproblematisch):

a)

C. ORGANISATION UND DOKUMENTATION DER HYGIENEARBEIT:

10) Regelungen des organisatorischen Ablaufs der Hygienearbeit (aktuelle Geschäftsordnung, Verantwortlichkeiten):

a)

11) Übersichtliche und für alle Mitglieder des HYT zugängliche Dokumentation der Hygienearbeit (rasche Verfügbarkeit der longitudinalen Verläufe):

a)

12) Sekretarielle Unterstützung (vorhanden, nicht vorhanden, in welchen Bereichen, problematisch/unproblematisch, in welchem Zeitausmaß):

a)

13) Ausreichende räumliche Ausstattung und Kommunikationsmittel [für interne Kommunikation (Vernetzung), für externe Kontakte (leistungsfähiger PC, Fax, E-Mail, Internet)]:

a)

14) In welchem Zeitabstand werden regelmäßige Besprechungen/Beratungen innerhalb des Hygieneteams (HYT) abgehalten (Protokolle, Themeninhalte):

a)

15) Schriftliche Weiterleitung der Beschlüsse des Hygieneteams an die kollegiale Führung, insbesondere bei erhobenen Mängeln (Dokumentation vorhanden):

a)

16) Schwerpunktmäßige Überprüfung der Standardarbeitsanleitungen (SOPs) auf laufende Aktualisierung/Neuerstellung:

a)

17) In welcher Form werden SOPs den Stationen zur Kenntnis gebracht (online, Papierform, existieren darüber Dienstanweisungen):

a)

18) Stationsbegehungen/Hygienevisiten, inkl. Frequenz und Dokumentation (routinemäßig, anlassbezogen, wer nimmt daran teil):

a)

19) In welchen innerbetrieblichen Gremien sind die Mitglieder des Hygieneteams noch vertreten (leitend, einfaches Mitglied); sind Mitglieder des HYT mit weiteren Funktionen in der Krankenanstalt betraut (bestehen Unvereinbarkeiten, gibt es ein Zeitkontingent dafür)

a)

20) Wie ist die Überprüfung der Geräte für die Aufbereitung von Medizinprodukten organisiert:

a)

21) Organisation der krankenhaushygienischen Untersuchungen und getroffene Konsequenzen anhand der Befundergebnisse (Wasser, Umgebungsuntersuchungen):

a)

22) Beiziehung bei Neu-, Zu- und Umbauten (Stellungnahmen dazu, Zeitpunkt der Beiziehung):

a)

23) Organisation der Schulungsaktivitäten des Hygieneteams in der Krankenanstalt im letzten Jahr (Themeninhalte; routinemäßige Schulungen über Basisthemen; berufsgruppenbezogen, z. B. Turnusärzte, Reinigungspersonal; anlassbezogen, Organisation der verpflichtenden Teilnahme):

a)

24) In welchen jährlichen Berichten der Krankenanstalt wird die Hygienearbeit dokumentiert und präsentiert (Leistungsbericht, Jahresbericht etc.):

a)

D. ALLFÄLLIG ERHOBENE MÄNGEL:

--

Über die Veranlassung der Behebung der in der Rubrik „allfällig erhobene Mängel“ festgestellten Beanstandungen ist der MA 15 innerhalb einer Frist von schriftlich zu berichten.

Ende der Einschau:

Anhang 3.2

Checkliste der Hygieneeinschau in Niederösterreich (Stand: 1. Mai 2010)

Beiblatt A – Krankenhauseinschau

Der Termin für die Krankenhauseinschau ist der betroffenen Krankenanstalt von der BVB bzw. vom Magistrat möglichst rechtzeitig bekanntzugeben, damit die Krankenhausleitung die notwendigen Unterlagen gemäß Beiblatt B und Beiblatt C vollständig vorbereiten kann.

Am Tag der Einschau treffen sich die Mitglieder der Einschaukommission sowie die Bereichsverantwortlichen des jeweiligen Krankenhauses zur vereinbarten Zeit, um zunächst in einem Eingangsgespräch grundsätzliche formale Angelegenheiten sowie die weitere Vorgangsweise zu besprechen.

Bei diesem Gespräch sollten seitens des Krankenhauses unbedingt folgende Personen anwesend sein:

- Ärztlicher Direktor
- Pflegedirektor
- Kaufmännischer Direktor
- Vertreter des Rechtsträgers
- Technischer Leiter
- Hygienebeauftragte(r) Arzt (Ärztin)
- Hygienefachkraft
- Apotheker (bei eigener Anstaltsapothek)
- Betriebsarzt
- QM-Beauftragte(r)

Nach einem einführenden Gespräch werden die im Beiblatt B angeführten Unterlagen, Atteste, Protokolle usw. von den Sachverständigen durchgesehen und u.a. auf ihre fachliche Aussage und Vollständigkeit überprüft und bewertet. Für eventuelle Rückfragen müssen die o.a. Personen anwesend sein.

Die im Beiblatt C angeführten Angaben müssen vollständig in schriftlicher Ausführung vorbereitet werden und sind der Bezirksverwaltungsbehörde spätestens 14 Tage vor dem Einschautermin vorzulegen. Sie werden zum Akt genommen (Originale, die nicht aus der Hand gegeben werden können, mögen zu diesem Zweck fotokopiert werden!).

Unabhängig von den Angaben auf dem Beiblatt C sind auf einem eigenen Blatt für folgende Bereiche und Aufgabengebiete die verantwortlichen LeiterInnen und deren StellvertreterInnen namentlich anzuführen und ist diese Übersichtsdarstellung der Bezirksverwaltungsbehörde ebenfalls bis spätestens 14 Tage vor dem Einschautermin zu übermitteln:

Bereiche und Aufgabengebiete

Kaufmännische Direktion	Ärztliche Direktion	Pflegedirektion
Hygienebeauftragte(r)	Hygienefachkräfte	LKF
Anstalts- bzw. Konsiliarapotheker	Betriebsarzt	Blutdepot
Qualitätsmanagement	Instrumentenaufbereitung	Technische Sicherheit (TSB)
Brandschutz	Strahlenschutz	Abfallentsorgung

Abteilungen und Institute

Nach diesem Eingangsgespräch werden verschiedene Stationen und Einrichtungen des Krankenhauses gemeinsam mit den Sachverständigen - vornehmlich in Kleingruppen - visitiert. Anschließend wird über die gesamte Einschau ein Protokoll verfasst. In diesem Zusammenhang ist darauf Bedacht zu nehmen, dass MitarbeiterInnen der Krankenhaus-Schreibstelle auch länger als laut Dienstplan vorgesehen zur Verfügung stehen sollten. Die Kenntnisnahme des Protokolls und eine abschließende Besprechung der eventuell notwendig werdenden Maßnahmen beschließen die Krankenhauseinschau.

Beiblatt B**Im Original zur Einsichtnahme durch die Sachverständigen sind vorzulegen:**

- Protokoll der letzten KH-Einschau und Erledigungsbericht dazu
- Brandschutz- und Evakuierungsordnung mit zugehörigen Plänen
- Hygieneplan
- TSB-Bericht (Bericht des Technischen Sicherheitsbeauftragten)
- QM-Kurzbericht (Existenz, Leitung und Qualifikation, Anzahl der Sitzungen, Themen)
- Infektionsbericht über nosokomiale Infektionen (ANISS/HELICS, KISS oder andere)
- Bericht des Anstalts- oder Konsiliarapothekers über Medikamentenüberprüfungen

Untersuchungsbefunde, Prüfprotokolle, Atteste und Nachweise:

- Laborringversuch (ÖQUASTA)
- Untersuchungsergebnisse gemäß der Vorschrift 07-01/01-0236, „Hygiene-technische Kontrollen im Krankenhaus“, GS1-KAP-22/005-2004 vom 20. Dezember 2006
 - z.B. Hygieneattest bei eigener Wäscherei bzw. Nachweis bei Lohnwäscherei (Kopie)
 - Desinfektionsmittelzumischanlage (Dosieranlagen)
 - Medizinprodukte-Aufbereitung
 - Instrumentenwaschmaschinen und Desinfektionsgeräte
 - Sterilisatoren ⇒ Validierung, Revalidierung?
 - Endoskopwaschmaschine ⇒ Validierung?
 - Steckbeckenspüler
 - Bettendesinfektionsanlage
 - Bandgeschirrspülmaschine
 - Raumluftechnische Anlagen
 - Wasser
 - Trinkwasser (TW-Qualität, Legionellen, Pseudomonaden)
 - Dialyseanlagen
 - Beckenwasser in Therapiebädern
 - usw. (siehe oben angeführte Vorschrift)

Technische Kontrollen

- Zytostatikawerkbank
- Aufzugsanlagen
- Blitzschutzanlage
- Elektrische Anlagen
- Ersatzstromversorgung
- Brandschutzeinrichtungen
- Med.-techn. Geräte und Anlagen
- Medizinische Gasanlagen
- Prüfbücher für Kälteanlagen
- Abfall - Entsorgungsnachweise oder Niederschrift über eine Überprüfung gem. § 33 Abfallwirtschaftsgesetz (AWG), BGB I. Nr. 325/1990 hinsichtlich
 - Röntgenentwicklungsflüssigkeiten
 - „Sondermüll“
 - Küchenabfälle
 - etc.

Beiblatt C

Im Original oder Fotokopie zur Aufnahme in den Behörden-Akt sind schriftlich vorzubereiten:

Schriftliche Aufstellung über Veränderungen seit der letzten Einschau, aufgeschlüsselt in:

- Bautechnische Veränderungen (Neubau, Zubau, Umbau)
- Medizinische Veränderungen
 - Inbetriebnahme neuer Einrichtungen Abteilungen, Institute, Stationen, Ambulanzen, Funktionsbereiche (Instrumentenaufbereitung, Apotheke, Wäscherei, Küche u.a.m.)
Med.-techn. Großgeräte (CT, MRI, DSA, SPECT, PET, PTCA u.a.m.)

Schließung derartiger bestehender Einrichtungen

Bescheide, Befunde, Nachweise etc.:

- Errichtungs- und Betriebsbewilligungsbescheide seit der letzten KH-Einschau
- Anstaltsordnung
- Katastrophenplan, Spitals-Pandemieplan

Aktuelle Personalaufstellung der einzelnen Abteilungen und Institute:

Namentlich Primärärzte
 Konsiliar-Fachärzte

Zahlenmäßig mit Gegenüberstellung der aktuell besetzten und unbesetzten Planstellen:

Fachärzte
Ärzte in Ausbildung zum Facharzt
Ärzte in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin
Gehobene med.-techn. Dienste (BMA, PTA, RTA, Ergotherapie, Diätologie)
Pflegepersonal (DKS, Pflegehelfer und ev. SHD)

Aufzeichnungen über durchgeführte Schulungen, Fort- und Weiterbildungen:

Schulungen, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen
(hausintern und extern) im Überblick

Datum der Fortbildung und Auflistung der Teilnehmer
(nicht namentlich, sondern nach Berufsgruppen)

Hausinterne Übungen:

Katastrophenübung, Großalarm
Brandalarm mit/ohne Evakuierung
Pandemieübung
Terroranschlag
etc.

Beiblatt für den Medizinischen SV:

Maßnahmen auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements

(siehe NÖ KAG § 16c)

Gibt es einen Beauftragten für QM?

Hat dieser eine entsprechende fachliche Qualifikation (Moderatorenschulung)?

Interdisziplinäres QM-Team bereits implementiert?

Gibt es konkrete Themen, die behandelt wurden, und sind die entsprechenden Maßnahmen auch umgesetzt worden?

Hygiene

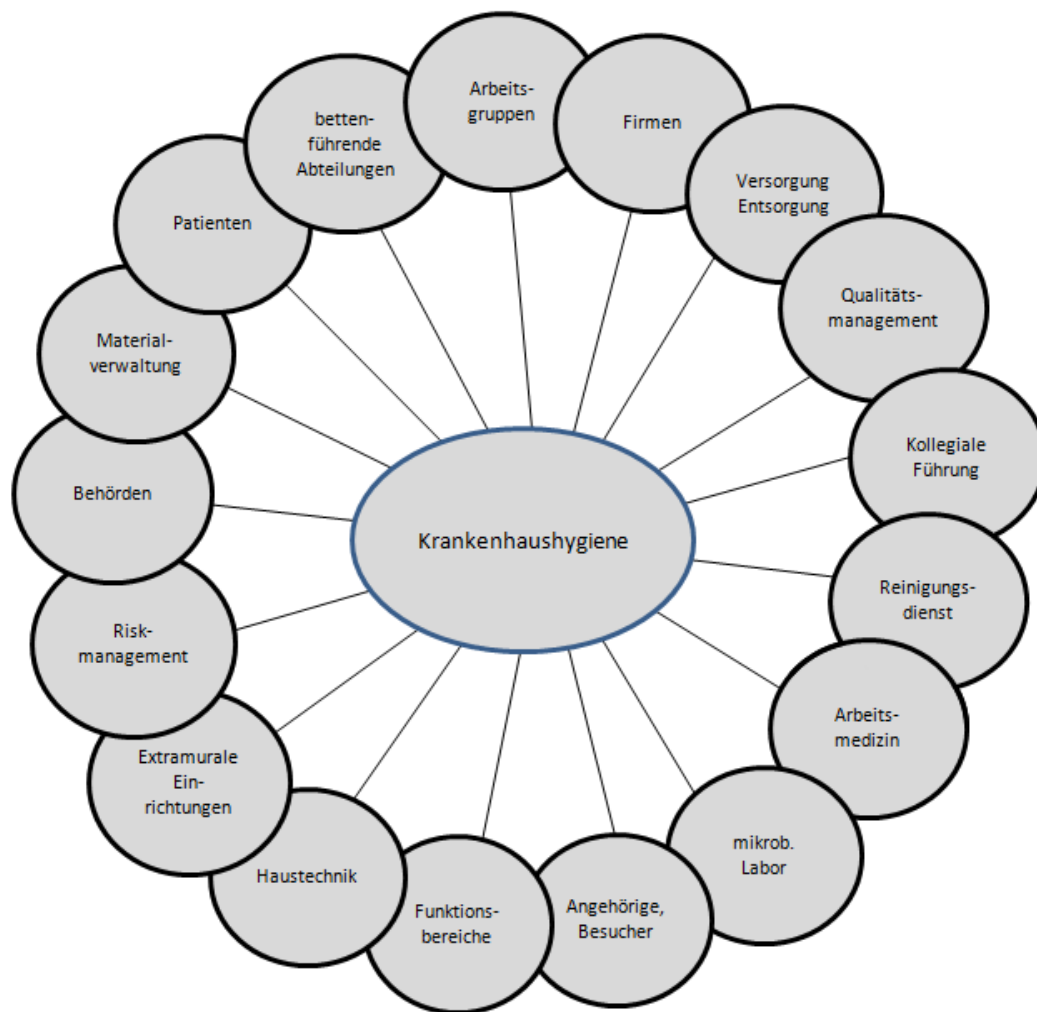
- Gibt es ein Surveillance-Programm für nosokomiale Infektionen? (KISS, ANISS, HYBASE[®] etc., Infektionsstatistik)
- Gibt es SOPs für Hygiene/Pflegemaßnahmen etc. ?
- Welche Qualifikation besitzen der hygienebeauftragte Arzt und die Hygienefachkraft? (HBA- Diplom „KH-Hygiene“ der ÖÄK, HFK- Sonderausbildung gem. § 70 GuKG)
- Ist die Aufbereitung der Medizinprodukte nach ÖNORM EN ISO 17665 validiert?
- Erfolgt die Lagerung von Sterilgut nach DIN 58953?
- Gibt es eine Dokumentation von chargenpflichtigen Medikamenten gem. § 26 AMG in Zusammenhang mit § 51 Ärztegesetz 1998, und ist die Verabreichung dieser Medikamente nachvollziehbar?
- Wie ist Ausbildungsstand des AEMP-Leiters?
Hat diese(r) den ÖGSV-Fachkundelehrgang III erfolgreich abgeschlossen?
- Wie ist der Ausbildungsstand der AEMP-MitarbeiterInnen?
Haben diese die ÖGSV-Fachkundelehrgänge I bzw. II erfolgreich absolviert?
- Gibt es eine Standard-Arbeitsvorschrift (SOP) für die Vornahme von Obduktionen?
- Gibt es eine SOP für den Arztbrief?
- Gibt es eine SOP für die Aufnahme von Infektionspatienten mit Isolierungspflicht?
Wurde eine solche Aufnahme jemals realistisch geprobt?
(z. B. Pandemie, Vogelgrippe)
- Gibt es hausinterne Richtlinien für den Einsatz von Antibiotika?
- Gibt es Richtlinien für den Versand von „diagnostischen Proben“?
- Gibt es einen innerbetrieblichen Abfallwirtschaftsplan, Brandschutzplan, Evakuierungsplan, Katastrophenplan?
u. a. m.

4 Umfeld der Krankenhaushygiene

Das Umfeld der Krankenhaushygiene ist dadurch gekennzeichnet, dass eine Zusammenarbeit mit sehr unterschiedlichen Interessenpartnern erforderlich ist. Das Hygieneteam fungiert dabei als Kommunikations- und Informationsdrehscheibe in allen Belangen der Krankenhaushygiene zur Vernetzung dieser Interessenpartner. Ziel ist es, kompetenter Ansprechpartner im Bereich der Hygiene für alle Mitarbeiter und Führungskräfte der Krankenanstalt zu sein.

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

Abbildung 1: Umfeld der Krankenhaushygiene mit typischen Kooperationspartnern



Quelle: PROHYG 2002; Darstellung GÖG

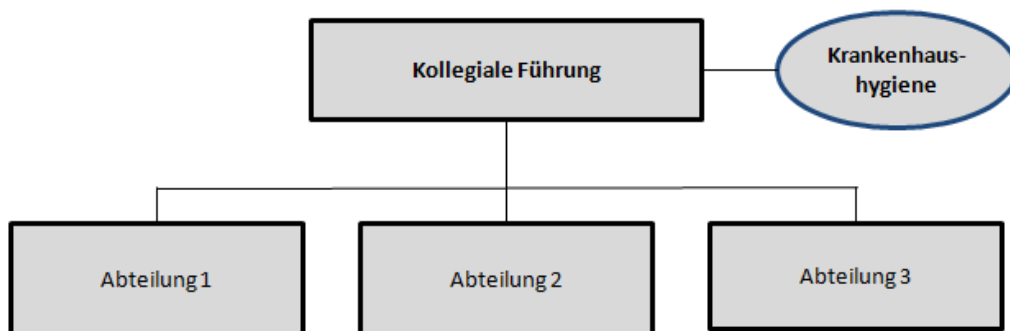
5 Stellung der Krankenhaushygiene

Die Stellung des Hygieneteams soll in der Anstaltsordnung verankert sein.

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 erforderlich.

Die Krankenhaushygiene ist eine Stabsstelle der kollegialen Führung / Anstaltsleitung.

Abbildung 2: Stellung der Krankenhaushygiene in einer bettenführenden Krankenanstalt



Quelle: PROHYG 2002; Darstellung GÖG

Somit ist das Hygieneteam der Führung des Hauses für den Bereich Krankenhaushygiene beigestellt. Das Hygieneteam hat eine beratende Funktion. Nur die kollegiale Führung 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.

5.1 Das Hygieneteam

5.1.1 Personelle Zusammensetzung des Hygieneteams

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.

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

Kernteam

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

- Funktion des Krankenhaushygienikers (Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie) oder des Hygienebeauftragten (ein sonst fachlich geeigneter, zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt)
- Funktion der Hygienefachkraft

Bezüglich der konkreten Anzahl der Personen siehe Kapitel 7. Stellvertreter mit den entsprechenden Qualifikationen und Zeitressourcen müssen vorhanden sein (siehe Kapitel 5.2.5).

In einem größeren Hygieneteam besteht die Möglichkeit zur Bestellung eines Biomedizinischen Assistenten (BMA) zusätzlich in das Kernteam unter der Voraussetzung, dass die gesetzlich vorgesehenen pflegerischen Agenden personell voll abgedeckt sind. Das heißt, es müssen bereits mindestens eine Hygienefachkraft und deren vollwertige Vertretung nach dem Schlüssel in Kapitel 7.1.2 bestellt 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).

Diese Mitarbeiter können aber keinesfalls die Funktion des Krankenhaushygienikers/ Hygienebeauftragten oder der Hygienefachkraft ersetzen.

5.1.2 Geschäftsordnung

Das Hygieneteam hat sich eine Geschäftsordnung (siehe Kapitel 8) zu geben. Diese hat folgendes zu umfassen:

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

5.1.3 Stellenbeschreibung

Eine Musterstellenbeschreibung findet sich als Anhang 5.1 am Ende dieses Kapitels.

5.2 Funktionsbeschreibungen der Mitglieder des Hygieneteams (Kernteam)

Das Hygieneteam ist ein Arbeitsteam aus Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen und ist meistens nicht hierarchisch strukturiert. Sein Hauptziel ist, in multidisziplinärer Sicht hygienische Mängel und Infektionsprobleme zu erkennen sowie berufsgruppenübergreifende und ganzheitliche Vorschläge zu deren Beseitigung zu machen (Beratungsfunktion). Das Wohl und die Sicherheit der Patienten stehen im Fokus.

Aus dieser Position ergibt sich, dass die Funktionen der einzelnen Berufsgruppen im Hygieneteam einander sehr ähneln. Der wesentliche Unterschied besteht im berufsgruppenspezifischen Hintergrund und Fachwissen, das jedes einzelne Mitglied in das Hygieneteam mit- und einbringt.

Die Kompetenzen des Hygieneteams und jedes seiner Mitglieder lassen sich folgendermaßen gemeinsam beschreiben:

- Das Hygieneteam ist bei allen wichtigen Entscheidungsprozessen mit krankenhaushygienischer Relevanz beizuziehen und anzuhören.
- Das Hygieneteam hat „nach außen“ Stabsfunktion und Beratungskompetenz. Im Team müssen die Mitglieder ihre jeweilige berufsgruppenspezifische Fachkompetenz in die Entscheidungsfindungen einbringen. 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.
- Darüber hinausgehend kann die Leitung des Hauses dem Hygieneteam als Gruppe oder einzelnen seiner Mitglieder bestimmte eigenverantwortliche Kompetenzen zuordnen.
- Hinsichtlich der Inhalte der eigenen Fort- und Weiterbildung hat das Hygieneteam gegenüber der Leitung des Hauses und haben die Berufsgruppen innerhalb des Teams Vorschlagskompetenz und Vetorecht.

5.2.1 Krankenhaushygieniker

Funktionsbeschreibung: Krankenhaushygieniker	
Anforderungen/Qualifikation:	• Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie entsprechend der Ausbildungsordnung im Ärztegesetz (siehe www.arztakademie.at oder www.aek.or.at) • Wünschenswert: umfassende klinische Erfahrung mit Infektionen (Diagnostik/Therapie) • Wünschenswert: Absolvierung einschlägiger Managementkurse
Funktionsspezifische Fort- und Weiterbildungen:	• Eine fachspezifische (hygienerelevante) und persönlichkeitsbildende Aus- und Fortbildung wird im Mindestausmaß von 10 Tagen pro Jahr empfohlen. • Die Fort- und Weiterbildung sollte nachfolgende Themen umfassen: ○ Aufrechterhaltung der klinischen Kompetenz ○ Antibiotikastrategien ○ Epidemiologie und Infektionsüberwachung (Umgang mit kritischen Daten/Informationen, Programmen) ○ Statistik und Analyse ○ Organisationsentwicklung ○ Informationsmanagement

Funktionsbeschreibung: Krankenhaushygieniker (Fortsetzung)	
	○ Qualitätsmanagement mit seinen Instrumenten ○ Ausbildung in den Werkzeugen des Managements (Verhandlungsführung, Gesprächsführung, Konfliktlösung) ○ Präsentationstechniken, Didaktik
Aufgaben:	• 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:	• Fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen • Fachlich richtige Durchführung der Aufgaben des Hygieneteams (siehe Kapitel 6)
Vertretungen:	• Vertretungsbefugt ist eine fachlich geeignete Person mit der gleichen Qualifikation und den erforderlichen Ressourcen.

5.2.2 Hygienebeauftragter

Die Grundqualifikation in hygienerelevanten Themen ist beim Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie ausbildungsbedingt umfassender als die des Hygienebeauftragten. Für spezielle Fragestellungen und Expertisen muss der Hygienebeauftragte die Möglichkeit haben, einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie beizuziehen.

Funktionsbeschreibung: Hygienebeauftragter	
Funktionsspezifische Anforderungen:	• Arzt mit Berechtigung zur selbstständigen Berufsausübung • Diplom für Krankenhaushygiene der Österreichischen Ärztekammer (siehe www.arztakademie.at oder www.aek.or.at) • Wünschenswert: umfassende Erfahrung mit Infektionen (Diagnostik/Therapie) • Wünschenswert: Absolvierung einschlägiger Managementkurse • Eine fachspezifische (hygiene-relevante) und persönlichkeitsbildende Aus- und Fortbildung wird im Mindest

Funktionsbeschreibung: Hygienebeauftragter (Fortsetzung)	
	ausmaß von 10 Tagen pro Jahr empfohlen. • Die Fort- und Weiterbildung sollte nachfolgende Themen umfassen: ○ Mikrobiologie und Immunologie ○ Antibiotikastrategien ○ Aufrechterhaltung der klinischen Kompetenz ○ Epidemiologie und Infektionsüberwachung (Umgang mit kritischen Daten/Informationen, Programmen) ○ Statistik und Analyse ○ Organisationsentwicklung ○ Informationsmanagement ○ Qualitätsmanagement mit seinen Instrumenten ○ Ausbildung in den Werkzeugen des Managements (Verhandlungsführung, Gesprächsführung, Konfliktlösung) ○ Präsentationstechniken, Didaktik
Aufgaben:	• 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 eventuellen Festlegungen in der Geschäftsordnung.
Verantwortlichkeiten:	• Fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen • Fachlich richtige Durchführung der Aufgaben des Hygieneteams (siehe Kapitel 6)
Vertretungen:	• Vertretungsbefugt ist eine fachlich geeignete Person mit der gleichen Qualifikation und den erforderlichen Ressourcen.

5.2.3 Hygienefachkraft

Funktionsbeschreibung: Hygienefachkraft	
Anforderungen/Qualifikation:	• Ausbildung lt. GuKG zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger • Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene lt. GuKG § 70 • Mindestens 3 Jahre Berufspraxis • Wünschenswert: ○ Weiterbildung für leitendes Pflegepersonal ○ Funktionsspezifische Fort- und Weiterbildungen • Eine fachspezifische (hygienerelevante) und persönlichkeitsbildende Aus- und Fortbildung wird im Mindestausmaß von 10 Tagen pro Jahr empfohlen. • Die Fort- und Weiterbildung sollte nachfolgende Themen umfassen: ○ Mikrobiologie und Immunologie ○ Epidemiologie und Infektionsüberwachung (Umgang mit kritischen Daten/Informationen, Programmen) ○ Statistik und Analyse ○ Organisationsentwicklung ○ Informationsmanagement ○ Qualitätsmanagement mit seinen Instrumenten ○ Ausbildung in den Werkzeugen des Managements (Verhandlungsführung, Gesprächsführung, Konfliktlösung) ○ Präsentationstechniken, Didaktik ○ Schulung des Personals, Entwicklung von pädagogischen Fähigkeiten
Aufgaben:	• Die Aufgaben entsprechen den Aufgaben des Hygieneteams (siehe Kapitel 6) • Die Aufteilung der Aufgaben innerhalb des Hygieneteams ergibt sich aus der Basisqualifikation (pflegerisch/

Funktionsbeschreibung: Hygienefachkraft (Fortsetzung)	
	medizinisch) und aus eventuellen Festlegungen in der Geschäftsordnung.
Verantwortlichkeiten:	• Fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen • Fachlich richtige Durchführung der Aufgaben des Hygieneteams (siehe Kapitel 6)
Vertretungen:	• Vertretungsbefugt ist eine fachlich geeignete Person mit der gleichen Qualifikation und den erforderlichen Ressourcen.

5.2.4 Biomedizinischer Analytiker

Funktionsbeschreibung: Biomedizinischer Analytiker	
Anforderungen/Qualifikation:	• Ausbildung und Berufsberechtigung laut dem Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-technischen Dienste MTD-Gesetz • Fortbildungsdiplom in Krankenhaushygiene für Biomedizinische Analytiker (dzt. gemäß §31 MTD-Gesetz) • Mindestens 3 Jahre Berufspraxis • Wünschenswert: ○ Weiterbildung für leitende MTD ○ Kenntnisse und Fertigkeiten in wissenschaftlichem Arbeiten und Statistik • Fachspezifische und persönlichkeitsbildende Fort- und Weiterbildung: Wird im Mindestausmaß von 10 Tagen pro Jahr empfohlen (siehe Anhang 5.2) • Fort- und Weiterbildungen sollten nachfolgende Themen umfassen: ○ Epidemiologie und Infektionsüberwachung ○ Hygiene und Mikrobiologie ○ Wissenschaftliche Methoden, Statistik und Datenanalyse ○ Management und Rhetorik

Funktionsbeschreibung: Biomedizinischer Analytiker (Fortsetzung)	
	○ Konfliktmanagement ○ Projektmanagement und Präsentationstechniken ○ Qualitätsmanagement und Organisationsentwicklung
Aufgaben:	• Die Aufgaben entsprechen den Aufgaben des Hygieneteams (siehe Kapitel 6). • Die Aufteilung der Aufgaben innerhalb des Hygieneteams ergibt sich aus der Basisqualifikation als BMA sowie aus den Festlegungen in der Geschäftsordnung des Hygieneteams.
Verantwortlichkeiten:	• Fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen • Fachlich richtige Durchführung der Aufgaben des Hygieneteams (Kapitel 6) • Fachliche Richtigkeit und Aktualität der gegenständlichen labortechnischen Probennahmen und Untersuchungen
Vertretungen:	• Vertretungsbefugt ist eine fachlich geeignete Person mit der gleichen Qualifikation und den erforderlichen Ressourcen.

Grundsätze und Erläuterungen zu BMA im Hygieneteam:

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

BMA sind daher erst in Hygieneteams ab drei nichtärztlichen Vollzeitäquivalenten/Dienstposten vertretbar 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 BMA sollen mit deren spezifischer Qualifikation und Kompetenz abgestimmt sein. Beispiele:

- Keim- und Resistenzfassung
- Mikrobiologische Aspekte der Infektions-Surveillance
- Spezielle krankenhaushygienisch-mikrobiologische Tätigkeiten

Diese Tätigkeiten können und sollen in sinnvoller Abstimmung und Kooperation mit dem mikrobiologisch diagnostischen Laboratorium der Institution und anderen relevanten Partnern (z. B. Referenzzentren) stattfinden.

5.2.5 Stellvertretung

Die Stellvertretungen für die unter den Kapiteln 5.2.1 bis 5.2.4 beschriebenen Funktionsträger müssen ebenfalls diesen Funktionsbeschreibungen entsprechen und für die Vertretung mit den erforderlichen Zeitressourcen ausgestattet sein.

5.3 Hygieneverantwortung in der Krankenanstalt

5.3.1 Kollegiale Führung/Anstaltsleitung

- Unterstützt das Hygieneteam in seinen Aufgaben und beim Aufbau notwendiger Strukturen und Ressourcen (insbesondere Personal und Infrastruktur).
- Trägt die Endverantwortung 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.
- Nimmt die Empfehlungen des Hygieneteams entgegen und sorgt für deren Umsetzung.
- Ist Meinungsbildner in der Krankenanstalt im Interesse der Krankenhaushygiene.
- Nimmt Aufträge (z. B. Auflagen der Behörde) von außerhalb der Krankenanstalt entgegen und bindet in deren Umsetzung das Hygieneteam ein.

5.3.2 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.

ANHANG Kapitel 5

Anhang 5.1

Inhaltsverzeichnis Musterstellenbeschreibung

- 1. Bezeichnung der Stelle**
 - a. Name
 - b. Funktion
 - c. Dienststelle
- 2. Zielsetzung** (siehe PROHYG 2.0)
 - a.
 - b.
- 3. Anforderungsprofil**
 - a. Ausbildung
 - b. Persönliche Voraussetzungen
 - c. Berufserfahrung
- 4. Aufgaben und Tätigkeiten** (siehe PROHYG 2.0)
 - a.
 - b.
- 5. Eingliederung in die Organisation**
 - a. Vorgesetzte
 - b. Weisungsbefugnis
 - c. Vertretung
 - d. Zusammenarbeit mit anderen Stellen
- 6. Arbeitsbedingungen**
 - a. Arbeitszeit
 - b. Gehaltseinstufung
 - c. Fort- und Weiterbildung
- 7. Sonstige Rechte und Pflichten**
 - a. Zugangsrechte (uneingeschränkter Zugang zu allen Bereichen des KH und der Patientendokumentation)
 - b. Verschwiegenheitspflicht
 - c. Selbständiges Studium der aktuellen Fachliteratur

Anhang 5.2

Mindestanforderungen für die Krankenhaushygiene-Fortbildung biomedizinischer Analytiker

Fortbildungsdauer**80 Stunden Theorie**

Die Fortbildung ist analog der Fortbildung für hygienebeauftragte Ärzte konzipiert und wird in vier Modulen zu je zwanzig Stunden angeboten.

Die Lehrinhalte berücksichtigen sowohl die grundlegende Aufgabe der Krankenhaushygiene, nämlich die Verhütung, Erkennung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen, als auch die Aufgaben, wie sie in den Stellenbeschreibungen biomedizinischer Analytiker, die in Hygieneteams arbeiten, definiert sind.

- Allgemeine Hygienegrundlagen
- Desinfektion – Sterilisation – Reinigung
- Epidemiologie und Labordiagnostik von Bakterien mit besonderer Infektionsrelevanz (z. B. MRSA, ESBL)
- Probengewinnung und Durchführung mikrobiologischer Untersuchungen von Geräten bzw. in Bereichen mit besonderer Infektionsrelevanz (z. B. Endoskope, Dialysewasser, Küchen, Apotheke, RLT-Anlagen)
- Aufgabengebiet der Hygieneteams (z. B. Durchführung von Hygienevisiten)
- Erstellung und Aktualisierung eines allgemeinen/bereichsspezifischen Hygieneplanes
- Infektionserfassung
- Hygienemaßnahmen beim Auftreten bestimmter Erreger
- Hygienemaßnahmen in Bereichen mit speziellen Anforderungen
- Gesetzliche Grundlagen (z. B. Verordnung biologischer Arbeitsstoffe, Epidemiegesetz, Medizinproduktegesetz, KAKuG)
- Arbeitsplatz Mikrobiologie (z. B. Hygiene, Arbeitsmedizin, Umgang mit Sicherheitswerkbänken)
- Beratung und Fortbildung der Mitarbeiter in hygienerelevanten Angelegenheiten

6 Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Hygieneteams

Das Festlegen der Aufgaben und Verantwortlichkeiten ist eine der Voraussetzungen für effizientes Arbeiten in Hygieneteams. In diesem Kapitel werden Kernaufgaben und fakultative Aufgaben beschrieben.

Einleitung

Wenn Aufgaben und Verantwortlichkeiten eines Teams festgelegt und Abgrenzungen zu anderen Berufsgruppen bzw. Funktionsbereichen erfolgt sind, können Erwartungen erfüllt und Ziele wie Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen erreicht werden.

Das Hygieneteam soll mit seinen Aufgaben und Verantwortlichkeiten in die Gesamtstruktur der Krankenanstalt eingebettet sein. Durch Abstimmung mit anderen Berufsgruppen und Funktionen können Hygienemaßnahmen effizient umgesetzt und Lücken in der „Hygieneversorgung“ vermieden werden.

Das Hygieneteam ist als beratendes Organ 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.

In Einzelfällen, bei konkreten Fragestellungen oder in speziellen Anlassfällen können auf Beschluss der kollegialen Führung dem Hygieneteam Verantwortlichkeit und Kompetenz für definierte Bereiche übertragen werden. Voraussetzung dafür ist, dass Art und Umfang der Aufgabe für die Durchführung durch das Hygieneteam geeignet sind und die notwendigen Ressourcen (z. B. Zeit und Personal) zur Verfügung stehen.

6.1 Kernaufgaben

Die im Folgenden dargestellten Gruppen von Kernaufgaben sind vom Hygieneteam unter Beachtung des Bundesgesetzes und der jeweils geltenden landesgesetzlichen Bestimmungen wahrzunehmen:

Erstellung und Aktualisierung eines allgemeinen Hygieneplanes

- Erstellung und Aktualisierung eines allgemeinen Hygieneplanes für die gesamte Institution
- Beratung und Unterstützung bei der Erstellung und Aktualisierung der bereichs- und abteilungsspezifischen Hygieneunterlagen:
 - Beratung bei der Ausarbeitung von abteilungsspezifischen Desinfektionsplänen und Richtlinien zur Aufbereitung (Reinigung, Desinfektion und Sterilisation) von Geräten und Medizinprodukten
 - Beratung bei der Ausarbeitung von abteilungsspezifischen Richtlinien im Zusammenhang mit hygienerelevanten Tätigkeiten

Beratung des Personals in Hygiene-Angelegenheiten

- Innerbetriebliche Fortbildungen
- Beratung aller Mitarbeiter der Krankenanstalt in hygienerelevanten Fragestellungen
- Beratung der kollegialen Führung (Anstaltsleitung, Krankenhausleitung) im Bereich der Krankenhaushygiene (Abhaltung regelmäßiger Besprechungen)
- Regelmäßige Begehungen aller Bereiche der Krankenanstalt zur Beobachtung und Optimierung hygienisch relevanter Tätigkeiten

Tätigwerden bei Verdacht auf epidemische Krankenhausinfektionen

- Rasche Durchführung von Nachforschungen schon bei Verdacht auf eine Häufung von Infektionen oder beim Auftreten von verdächtigen mikrobiologischen Befunden (siehe Anhang 11.1)
- Initiierung von gezielten mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen im Anlassfall
- Zusammenarbeit mit externen Spezialisten, die in besonderen Fällen auf Empfehlung des Hygieneteams, durch die kollegiale Führung oder auch auf Veranlassung der Behörde beigezogen werden

Infektions-Surveillance sowie Erreger- und Resistenzstatistiken

- Initiierung, Koordination und Begleitung einer Infektionserfassung sowie Mitarbeit bei der Festlegung von deren Art und Umfang
- Vorschlag für und Mitwirkung bei Steuerungsmaßnahmen gegen NI auf Basis von Surveillance-Ergebnissen
- Initiierung, Organisation und Erstellen von Erreger- und Resistenzstatistiken sowie Mitwirkung bei der Erstellung eines Konzeptes zur wirksamen Eindämmung von Erregerselektion und Resistenzentwicklungen; Vermittlung der Ergebnisse an die jeweiligen Abteilungen

Mitwirkung bei der Planung und Organisation bei hygienischen Sachfragen des Hauses

- Beratung bei Neu-, Zu- und Umbauten
- Beratung bei der Beschaffung von Geräten und Gegenständen, von denen eine Infektionsgefahr ausgehen kann
- Mitarbeit in Arbeitskreisen und Kommissionen bei hygienerelevanten Themen
- Mitarbeit bei der Erstellung von Notfall- und Katastrophenplänen

Qualitätssicherung für die Strukturen und Abläufe der Hygienearbeit

- Besprechung hygienerelevanter Themen innerhalb des Hygieneteams
- Protokollierung aller Besprechungs- und Begehungsergebnisse und im Regelfall Weiterleitung der Protokolle an die Gesprächsteilnehmer

- Weiterleitung der Ergebnisse an die für die Umsetzung verantwortlichen Personen (z. B. Abteilungsleitung oder kollegiale Führung)
- Aufbau und Pflege eines „Hygiene-Netzwerkes“ im Hause (Kontaktpersonen, kollegiale Führung, Einkauf, EDV, mittleres Management) durch regelmäßige Treffen

Personalentwicklung und Erfahrungsaustausch für die Mitglieder des Hygieneteams

- Kontinuierliche fachliche Weiterbildung für die 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

Fakultative Aufgaben können, müssen aber nicht vom Hygieneteam wahrgenommen werden. 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:

- Probennahme für Umgebungsuntersuchungen in allen Bereichen der Krankenanstalt
- Punktuelle Überwachung der Einhaltung von im Hause beschlossenen Hygienegerichtlinien im Einzelfall, wenn dazu die kollegiale Führung den Auftrag erteilt hat
- Beratung bei der Erstellung des Leistungskataloges für den Reinigungsdienst
- Initiierung externer Hygieneüberprüfungen im Bedarfsfall
- Beratung der Küchenleitung betreffend Fragen der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben (z. B. Lebensmittelhygieneverordnung) und zu Fragen der Küchenhygiene
- Beratung zu Hygienefragen im Zusammenhang mit der Abfallentsorgung
- Unterrichtstätigkeit in Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens
- Fachliche Mitarbeit in der Qualitätssicherungskommission und in der Arzneimittelkommission, sofern nicht landesgesetzlich speziell geregelt
- Öffentlichkeitsarbeit innerhalb und außerhalb der Krankenanstalt (Berichte, Veranstaltungen, Vorträge, Publikationen, Beiträge im Intranet und Internet ...)

Alle unter 6.1 und 6.2 nicht angeführten Aufgaben sind keine Aufgaben des Hygieneteams und sind ggf. von der Hygienearbeit organisatorisch klar abzutrennen.

7 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 und dem Versorgungsauftrag der Krankenanstalt entsprechen.

7.1 Personelle Ressourcen des Hygieneteams

7.1.1 Voraussetzungen für effiziente Infektionskontrolle

1985 wurden als Ergebnis der SENIC-Studie, einer großen und bundesweiten Studie in den USA, erstmals Ressourcen als Voraussetzungen für eine effiziente Infektionskontrolle wissenschaftlich erfasst und definiert. Es konnte gezeigt werden, dass Programme zur Erfassung und Verhütung von nosokomialen Infektionen nur dann tatsächlich den gewünschten Effekt, nämlich die Senkung der nosokomialen Infektionen, zu erbringen vermochten, wenn ein Arzt mit Interesse für diese Tätigkeit und mindestens ein „Infection Control Practitioner“ pro 250 Akutbetten verfügbar waren. Wenn diese Mindestpersonalausstattung im fachlichen Bereich nicht gegeben war und mehr als 400 Akutbetten von einem Infection Control Practitioner zu betreuen waren, war keine Senkung der Infektionsrate mehr nachweisbar (1).

In der neueren Fachliteratur besteht Konsens, dass sich seit der SENIC-Studie im Gesundheitssystem enorme Veränderungen ergeben haben. Dazu zählen:

- Zunahme invasiver Maßnahmen
- Verlagerung stationärer Behandlungsformen in ambulante oder teilstationäre Versorgung
- Zunahme von Patienten mit bestehenden Risikofaktoren für nosokomiale Infektionen
- Zunahme von Infektionserregern mit speziellen Resistenzen und/oder Multiresistenzen, die Aufnahmescreening, Isolierung oder Kohortierung und erweiterte Dokumentation erfordern
- Surveillance ist in den meisten Ländern gesetzliche Verpflichtung geworden
- Gestiegener Bedarf an gezielter hygienischer Schulung für die verschiedensten Berufsgruppen im Gesundheitssystem
- Verminderte Verweildauer im Krankenhaus, wachsende Aufnahmezahlen, vermehrter „turnover“ von Patienten, damit erhöhter Arbeitsanfall nicht nur im klinischen Bereich, sondern auch in der Krankenhaushygiene

Internationale Vergleiche zum Thema Personalressourcen in der Krankenhaushygiene Stand 2002 (zum Zeitpunkt der Erstellung von PROHYG)

Europäische Union:

Die Befragung der Mitgliedstaaten der Europäischen Union im Rahmen des HELICS-II-Projektes hatte gezeigt, dass die Infektionskontrolle in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich geregelt und somit nur bedingt vergleichbar war. Während in der Mehrzahl der EU-Staaten die Hygieneteams krankenhausbezogen arbeiteten, reichten in Dänemark die Agenden der Infektionskontrolle über die einzelnen Krankenhäuser hinaus, vergleichbar den mikrobiologischen Labors, die definierte Bereiche versorgen (2).

Für den Krankenhaushygieniker/Hygienebeauftragten hatten lediglich drei Länder einen Bettenschlüssel im Bereich von 1:250 bis 1:600 definiert. Die Niederlande hingegen empfahlen einen klinischen Mikrobiologen pro 1.000 Betten.

Für die Hygienefachkräfte gab es immerhin bei der Hälfte der befragten Staaten Angaben. Der Bettenschlüssel rangierte zwischen 1:200 bis 1:400. Luxemburg hatte beispielsweise für kleine Krankenanstalten eine Sonderregelung definiert: Bis 75 Betten wurde eine halbbeschäftigte Hygienefachkraft empfohlen, bis 500 Betten zwei vollbeschäftigte Hygienefachkräfte.

USA:

In 96 % der Krankenhäuser, die sich am National Nosocomial Infection Surveillance System (NNIS) beteiligten, gab es mindestens eine Hygienefachkraft pro 250 belegten Akutbetten, der Median lag bei einer Hygienefachkraft pro 115 Betten. Eine Erhebung in einem Verbund von 50 Krankenhäusern in den USA ergab, dass dort eine vollzeitbeschäftigte Hygienefachkraft im Median lediglich 102 Betten zu betreuen hatte (3, 4).

Das Bundesgesundheitsamt in Berlin (heute Robert Koch Institut) empfahl damals folgende Relationen: 1 hauptamtlicher Krankenhaushygieniker für über 450 Betten (5); Hygienefachkräfte für Gruppe A: 1/300, für Gruppe B: 1/600, für Gruppe C: 1/1.000 (6).

Stand 2010:

Aktuelle Studien empfehlen, dass die Personalausstattung mindestens doppelt so hoch sein sollte wie in der SENIC-Studie empfohlen.

Rezente Erhebungen der Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) sowie der Division of Healthcare Quality Promotion des Centers for Disease Control ergaben, abhängig von der Größe des Spitals, einen Schlüssel von 1 Infection Control Practitioner pro 139–bis 205 Akutbetten (7, 8). Das fehlende Update der SENIC-Studie wird bemängelt. Die angesichts der Entwicklungen der modernen Medizin überholten Personalschlüssel werden als eine mögliche Ursache für das persistierende Problem der nosokomialen Infektionen verantwortlich gemacht (9).

Eine niederländische Publikation (10) definiert als Ergebnis eines Workshops von erfahrenen Infection Control Professionals die für Hygieneteams erforderlichen Ressourcen neu. Konsens der Gruppe war, dass in Akutspitälern aufgrund des raschen Patientenwechsels eine

Hygienefachkraft pro 178 Betten und/oder – bezogen auf die Aufnahmezahlen – eine Hygienefachkraft pro 5.000 Aufnahmen adäquat ist.

Eine kanadische Konsensusgruppe hat ebenfalls eine neue Schätzung der Ressourcen für die Infektionskontrolle vorgenommen (11). Der Bedarf wird für kanadische Institutionen mit einem Infection Prevention and Control Practitioner (ICP) pro 166 Betten in Akutspitälern mit durchschnittlichem Fallmix sowie mit einem ICP pro 150 bis 250 Betten in Langzeitpflegeeinrichtungen festgelegt. Tatsächlich liegt der Bettenschlüssel in British Columbia zwischen einem ICP pro 67 bis 175 Akutbetten. 20 –bis 100 % der ICPs geben an, regelmäßig Überstunden zu leisten (12).

Die deutsche Empfehlung für „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“, veröffentlicht 2009 von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Berlin (13), lautet:

„Anhaltspunkte für die aktuelle Verhältniszahl (Anzahl der Betten, die von einer vollzeitbeschäftigten Hygienekraft zu betreuen sind) werden in drei Gruppen angegeben:

Gruppe A – Verhältniszahl 100/1

- Stationär: Immunsupprimierte/-defiziente Patienten mit signifikant erhöhtem Infektionsrisiko, Polytraumatisierte Patienten, Schwerstbrandverletzte, alle Intensivpatienten

Gruppe B – Verhältniszahl 200/1

- Stationär: Chirurgische Fächer, Gynäkologie, Geburtshilfe, Stroke Unit, Intermediate Care, Interventionelle Radiologie, Operative Dermatologie, Chemotherapie, Dialyse
- Ambulant: ambulante Operationen, ambulante invasive Diagnostik z.B. Endoskopien, Bronchoskopien, ambulante/teilstationäre Dialyse

Gruppe C – Verhältniszahl 500/1

- Stationäre Psychiatrie, konservative Medizin der verschiedenen Fachrichtungen (zum Beispiel Innere Medizin, Geriatrie, HNO, Dermatologie, Neurologie, Radiologie), nicht immunsupprimierte hämatologisch- onkologische Patienten, Rehabilitationsabteilungen
- Ambulant: Behandlungsbereiche ohne invasive Maßnahmen und Diagnostik (inklusive Tageskliniken), ambulante Chemotherapien

Tabelle 1: Entwicklung der Ressourcenempfehlungen für Hygieneteams im Wandel der Zeit

Quelle	Personal-/Bettenschlüssel
SENIC (1980) (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control)	1:250
SHEA (1998) (Society for Healthcare Epidemiology of America)	mindestens 1:250
NNIS (1999) (National Nosocomial Infection Surveillance)	Median 1:115; 96 % der teilnehmenden Spitäler haben mindestens 1 Hygienefachkraft/250 Betten

Quelle	Personal-/Bettenschlüssel
Bundesgesundheitsamt Berlin (1991 und 1993)	1 hauptamtlicher Krankenhaushygieniker für über 450 Betten Hygienefachkraft: Gruppe A: 1/300 Gruppe B: 1/600 Gruppe C: 1/1.000
Erläuterungen zum KAKuG (1993)	Mindestens 1:300 Akutbetten
SHEA (2006) Division of Healthcare Quality Promotion (8)	1 Hygienefachkraft für 135–205 Akutbetten
Niederlande (2007)	1 Hygienefachkraft pro 178 Akutbetten
Kanada 2004	1 Hygienefachkraft pro 166 Betten in Akutspitälern bzw. pro 150–250 Betten in Langzeitpflegeeinrichtungen
2009	1 Hygienefachkraft pro 67-175 Akutbetten
Robert Koch-Institut, Berlin; Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (2009)	1 hauptamtlicher Krankenhaushygieniker für über 400 Betten Hygienefachkraft: Gruppe A: 1:100 Gruppe B: 1:200 Gruppe C: 1:500

7.1.2 Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung

Die folgenden Empfehlungen für die Personalausstattung des Kernteams setzen die Verfügbarkeit von administrativer Kapazität und die Unterstützung durch EDV- und Statistik-Experten voraus, damit das Hygieneteam seine Zeitressourcen vorwiegend für fachliche, nicht delegierbare Aufgaben verwenden kann.

Type	Krankenhaushygieniker/ Hygienebeauftragter (Vollzeitäquivalente)	Hygienefachkraft (Vollzeitäquivalente)
Zentralkrankenanstalt	1 Krankenhaushygieniker und 1 Hygienebeauftragter Bei Krankenanstalten über 800 Betten zusätzlich 1 Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie/ Hygienebeauftragter 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 oder Hygienebeauftragter Bei Krankenanstalten über 400 Betten zusätzlich je 1	Mindestens 1 Hygienefachkraft pro 200 Betten Im Hinblick auf die Effizienz und Ergebnisqualität ist ein

Type	Krankenhausthygieniker/ Hygienebeauftragter (Vollzeitäquivalente)	Hygienefachkraft (Vollzeitäquivalente)
	Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie/ Hygienebeauftragter pro weitere 400 Betten	Schlüssel von 1:150 erstrebenswert
Standardkrankenanstalt/ Sonderkrankenanstalt mit operativen Fächern	1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter pro 400 Betten	Mindestens 1 Hygienefachkraft pro 200 Betten Wenn keine (1) immunsupprimierten oder-immundefizienten Patienten mit signifikant erhöhtem Infektionsrisiko, (2) Polytraumatisierte, (3) Schwerstbrandverletzte, (4) Intensivpatienten (vgl. RKI Gruppe A) behandelt werden, ist ein Schlüssel von 1:250 möglich*
Sonderkrankenanstalt ohne besonders infektions-relevante Bereiche	1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter pro 800 Betten	Mindestens 1 Hygienefachkraft pro 400 Betten
Alten- und Pflegeheime	Wie Sonderkrankenanstalten ohne besonders infektionsrelevante Bereiche	Mindestens 1 Hygienefachkraft pro 400 Betten

* Gemäß GÖG-Auswertungen der Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik 2009 des BMG weisen in Österreich nahezu alle der Krankenanstalten mit Standardversorgungsfunktion bettenführende Einheiten in Intensivbehandlungs- oder Intensivüberwachungseinheiten auf.

Das zeitliche Ausmaß der Tätigkeiten von Krankenhaushygienikern/Hygienebeauftragten und Hygienefachkraft 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. Für spezielle Fragestellungen und Expertisen muss für Hygieneteams ohne eigenen Krankenhaushygieniker gewährleistet sein, einen Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie beiziehen zu können.

7.1.3 Gehalt/Entlohnung

Die Bezahlung der Hygienefachkräfte und der Krankenhaushygieniker/Hygienebeauftragten wird derzeit in Österreich sehr unterschiedlich gehandhabt. Oftmals entstehen enorme Gehaltseinbußen von Hygieneteammitgliedern im Vergleich zu ihrer ursprünglichen Tätigkeit im klinischen Bereich aufgrund des Wegfalls von diversen Zulagen, obwohl die erbrachten

Leistungen einen direkten Patientenbezug haben. Diese Problematik sollte allen Entscheidungsträgern bewusst gemacht werden.

7.2 Organisatorische Hilfen/administrative Unterstützung

Eine administrative Unterstützung des Hygieneteams ist unverzichtbar, um das Hygieneteam für seine eigentlichen Aufgaben freizuspielen.

Aufgaben/Tätigkeiten für eine Sekretariatskraft

- Schriftführung (Protokolle, Briefe etc.)
- Unterstützung bei der Vorbereitung von Präsentationen
- Koordination von Terminen des Teams
- Verwaltung der Dokumente
- Organisation von Fortbildungen
- Vor- und Nachbereitung von Sitzungen
- Bestellwesen
- Archivierung von Daten
- Verwaltung von Literatur und Lehrmaterial

7.3 EDV-Unterstützung

Zur EDV-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 EDV-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 EDV-Fachpersonal zur Verfügung stehen.

Ressourcen für die personelle Unterstützung für Statistik und Epidemiologie sollten vorhanden und auch im Budgetplan des Hygieneteams vorgesehen sein.

7.4 Zugang zu Befunden, Patientendaten und -unterlagen

Dem Hygieneteam müssen zur Erfüllung seiner Aufgaben sämtliche Befunde und Krankengeschichten der Patienten 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 einzuschalten.

7.5 Räumlichkeiten

Um effizient arbeiten zu können, benötigt jedes Hygieneteam ein eigenes Büro, in dem jedem Mitglied ein geeigneter Arbeitsplatz einschließlich zeitgemäßer Kommunikationsmittel und Medien zur Verfügung steht. Die Möglichkeit zur Nutzung eines Besprechungszimmers ist sicherzustellen.

7.6 Zusammenarbeit mit einem mikrobiologischen Labor

Für die Arbeit des Hygieneteams ist der Zugang zu mikrobiologischen Befunden unverzichtbar (siehe auch 7.4). Darüber hinaus muss eine enge Zusammenarbeit mit dem zuständigen mikrobiologischen Labor gewährleistet sein, damit gemeinsam Strategien für die Infektionsüberwachung sowie für die Erstellung von Keim- und Resistenzstatistiken entwickelt werden. Gemeinsam ist auch die Alarmfunktion der Mikrobiologie beim Auftreten bestimmter nosokomialer Infektionserreger 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, so muss eine regelmäßige Kooperation mit einem externen mikrobiologischen Labor sichergestellt sein. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit setzt regelmäßige Besprechungen zwischen Hygieneteam und Mikrobiologie voraus.

7.7 Hygienezentren

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 eines Facharztes für Hygiene und Mikrobiologie schwerpunktmäßig mit dem Fachgebiet 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. Fachärzte für Hygiene und Mikrobiologie, Hygienefachkräfte, BMA etc.) verfügen. Die Zahl der jeweiligen Mitarbeiter orientiert sich am konkreten Leistungsangebot und der Anzahl der zu beratenden Einrichtungen.

7.7.1 Regionale Zentren für Krankenhaushygiene

Regionale Zentren für Krankenhaushygiene 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 und bei der Beschaffung von Medizinprodukten
- 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 (Ärzte, Hygienefachkräfte, Ärzte im ÖGD, BMA, technisches Personal)

7.7.2 Zusammenarbeit zwischen Hygieneteams und Hygienezentren

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.

7.7.3 Nationales Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz

Das Nationale Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz (NRZ) wird vom Bundesministerium für Gesundheit nominiert und arbeitet in dessen Auftrag. Zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und den Trägerinstitutionen des NRZ werden Aufgaben und Finanzierung vertraglich geregelt. Das NRZ ist in die europäischen Netzwerke eingebunden und wird vom ECDC evaluiert.

Das österreichische Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz hat im vergangenen Jahrzehnt mit EARSS (seit 2010 EARS-Net), ESAC und ANISS drei wichtige österreichische Surveillance-Strukturen geschaffen, die mit denen der anderen EU-Länder korrespondieren.

Aufgaben

- Beratung der regionalen Zentren für Krankenhaushygiene und von Krankenanstalten
- Koordination von Surveillance Aktivitäten auf Bundesebene (nosokomiale Infektionen, antimikrobielle Resistenz, Verwendung von Anti-Infektiva)

- Entwicklung und Betreuung epidemiologischer Netzwerke für nosokomiale Infektionen und antimikrobielle 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 einer nationalen Strategie und eines nationalen Aktionsplans zur Eindämmung von nosokomialen Infektionen und antimikrobieller Resistenz
- Interaktion mit europäischen Institutionen (z. B. ECDC) und Einrichtungen anderer Staaten

7.8 Fort- und Weiterbildung

Für die Mitglieder des Hygieneteams ist, unabhängig von der im Kapitel 5.2 beschriebenen Qualifikation, eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung unerlässlich. Für alle Mitglieder des Hygieneteams besteht gemäß den einschlägigen Gesetzen eine Fortbildungsverpflichtung. Der zur Verfügung stehende Zeitumfang soll für jedes Hygieneteammitglied mindestens 10 Tage im Jahr betragen. Für die entsprechenden Zeit- und Budgetmittel ist von der kollegialen Führung des Hauses zu sorgen. Die fachliche Auswahl, welche Fort- und Weiterbildung besucht werden soll, liegt im Ermessen des Hygieneteams.

Fortbildungsbereiche:

- Fachliche Fort- und Weiterbildung
- Seminar- und Kongressbesuche mit Schwerpunkt Hygiene (im 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.
- Anspruch auf entsprechende Literatur
- Internetzugang

7.9 Zugang zur aktuellen Literatur

Unabhängig von der Größe einer Krankenanstalt müssen den Mitgliedern der Hygieneteams Standardwerke der Krankenhaushygiene sowie aktuelle Literatur zur Verfügung stehen. Im Sinne einer raschen und unkomplizierten Information ist es sinnvoll, Zugang zur aktuellen Literatur auch auf elektronischem Wege (Internet) zu haben.

7.9.1 Handbücher, Monografien, Expertenempfehlungen

- Angewandte Hygiene in Krankenhaus und Arztpraxis (1999)
Flamm H Rotter M (Hrsg.), Verlag Wilhelm Maudrich, Wien
- Control of Communicable Diseases Manual, 16th ed. (1995)
Benenson AS (ed.), American Public Health Association. Washington DC
- Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Berlin (www.rki.de), in der gültigen Version
- Hospital Epidemiology and Infection Control (2004)
Mayhall CG (ed.), Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia
- Hospital Infection Control – Policies & Practical Procedures (1994)
Philpott-Howard J and Casewell M (eds), WB Saunders Company, London
- Hospital Infections. 4th ed. (1998)
Bennett JV, Brachmann PS (eds), Lippincott-Raven
- Hygiene – Ein Lehrbuch für die Fachberufe im Gesundheitswesen (1999)
Sitzmann F (Hrsg.), Springer, Berlin Heidelberg
- Hygiene in Klinik und Praxis, 3. Aufl. (2004)
Arbeitskreis "Krankenhaus- und Praxishygiene" der AWMF (Hrsg.), mhp-Verlag, Wiesbaden
- Hygiene in Krankenhaus und Praxis (1995)
Beck EG und Eikmann T (Hrsg.), Ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg
- Hygiene Theorie und Praxis (2011)
Werlberger R (Hrsg.) Eigenverlag Rainer Werlberger
- Krankenhaus- und Praxishygiene (2001)
Kramer A, Heeg P und Botzenhart K (Hrsg.), Verlag Urban und Fischer, München-Jena
- Management of Antimicrobials in Infectious Diseases: Impact of Antibiotic Resistance (2010) Mainous AG and Pomeroy C (eds.), Springer Verlag
- Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, 5. Aufl. (2005)
Hahn H, Falke D, Kaufmann SHE, Ullmann U (Hrsg.), Springer Heidelberg
- Modern Infectious Disease Epidemiology. 2nd ed. (2002)
Giesecke J (ed.), Arnold, London
- Nosokomiale Harnwegsinfektionen
Bach D, Brühl P (Hrsg.), Jungjohann Verlag Neckarsulm
- Pflege Heute. 5. Aufl. (2011) Menche N (Hrsg.), Urban & Fischer – Elsevier
- Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz. 3. Aufl. (2006)
Daschner F, Dettenkofer M, Frank U, Scherrer M. (Hrsg), Springer-Verlag, Heidelberg
- Prevention and Control of Nosocomial Infections. 4th edition (2003)
Wenzel RP (ed.), Williams&Wilkins
- Saunders Infection Control Reference Service, 2nd ed. (2001)
Abrutyn E, Goldmann DA, Scheckler WE (eds), WB Saunders, Philadelphia
- Spektrum der Infektionskrankheiten: Diagnostik, Verlauf und zeitgemäße Therapie (2006) Mittermayer H und Allerberger F (Hrsg.), Spitta Verlag, Balingen

- The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy, 30th ed. (2000)
Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA (eds), Hyde Park, VT: Antimicrobial Therapy, Inc.
- Wallhäußers Praxis der Sterilisation, Desinfektion, Antiseptik und Konservierung; Qualitätssicherung der Hygiene in Industrie, Pharmazie und Medizin (2008)
Kramer A und Assadian O (Hrsg.), Thieme Verlag

7.9.2 Journale, Fachzeitschriften, Periodika

- Hygiene und Medizin, Publikationsorgan der [Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene \(DGKH\)](#), des [Arbeitskreises Krankenhaushygiene \(AKH\) der AWMF](#) und des [Verbund für Angewandte Hygiene e. V. \(VAH\)](#). mhp-Verlag Wiesbaden
- Krankenhaushygiene und Infektionsverhütung, Offizielles Organ der Vereinigung der Hygiene-Fachkräfte Deutschland, Verlag Urban & Fischer - Elsevier
- Journal of Hospital Infection (JHI). The Official Journal of the [Healthcare Infection Society](#). Elsevier
- Infection Control and Hospital Epidemiology (ICHE). Official Journal of the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), University of Chicago Press
- American Journal of Infection Control (AJIC), official publication of the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. ([APIC](#)). Elsevier
- Clinical Microbiology & Infection (CMI), Official Journal by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Wiley-Blackwell
- Clinical Infectious Diseases, Oxford Journals
- The Journal of Infectious Diseases, Oxford Journals
- Zentralsterilisation, Offizielles Organ der Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung und der European Society for Hospital Sterile Supply (ESH), mhp-Verlag Wiesbaden
- Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ), neu: Das Österreichische Gesundheitswesen - ÖKZ, Schaffler-Verlag, Graz
- Krankenhaus-Technik + Management: Fachzeitschrift für Verwaltung, Medizintechnik, Beschaffung, Management, EDV und Kommunikation. Pro-Verlags-GmbH.
- Krankenhaushygiene up2date. Thieme-Verlag
- Hygiene Monitor, Verein zur Förderung und Verbreitung medizinischen Fachwissens. Kostenlos zu bestellen bei Universimed Verlags- und Service GmbH, Markgraf-Rüdiger-Straße 8, 1150 Wien

7.9.3 Ausgewählte Normen

- ÖNORM S 2104 – Abfälle aus dem medizinischen Bereich
- ÖNORM H 6020 – Lüftungstechnische Anlagen in Krankenanstalten
- ÖNORM EN 285 – Sterilisation, Dampfsterilisation, Groß-Sterilisatoren
- ÖNORM EN 554 – Sterilisation von Medizinprodukten, Validierung und Routineüberwachung für die Sterilisation mit feuchter Hitze

- ÖNORM EN 556 – Sterilisation von Medizinprodukten, Anforderungen an Medizinprodukte, die als „steril“ gekennzeichnet werden
- ÖNORM EN B 5019 – Hygienerelevante Planung, Ausführung, Betrieb, Wartung, Überwachung und Sanierung von zentralen Trinkwasser-Erwärmungsanlagen

Normen (EN, ISO, DIN, ÖNORM,...) können bei Bedarf über die Leitung der Krankenanstalt eingefordert werden.

7.10 Erforderliche Ressourcen zur Zusammenarbeit mit Behörde und Hygieneteams

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

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

Referenzen:

- 1 Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, Hooton TM (1985) The efficiency of infection control programs in preventing nosocomial infections in U.S. hospitals. *Am J Epidemiol* 121:182-205
- 2 Development of a Network on Nosocomial Infections involving the EU member states; Final report: Annex 2 part 1, page 51. March 1999. http://helics.univ-lyon1.fr/report/helics_report.htm
- 3 Monitoring Hospital Acquired Infections to Promote Patient Safety-United States, 1990-1999 (2000) CDC, Morbidity and Mortality Weekly 49(8):149
- 4 Friedman C, Chenoweth C (2011) Infection control staffing patterns. *Am J Infect Control* 29:130
- 5 Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (1991) Robert Koch-Institut (Hrsg) Gustav Fischer Verlag. Stuttgart/Jena/New York
- 6 Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (1993) Robert Koch-Institut (Hrsg) Gustav Fischer Verlag, Stuttgart/Jena/New York
- 7 Wright SB, Ostrowski B, Fishman N, Deloney VM, Mermel L, Perl TM (2010) Expanding Roles of Healthcare Epidemiology and Infection Control in Spite of Limited Resources and Compensation. *Infect Control Hosp Epidemiol* 31(2):127-132
- 8 Stone PW, Dick A, Pogorzelska M, Horan TC, Furuya EY, Larson E (2009) Staffing and structure of infection prevention and control programs. *Am J Infect Control* 37(5):351-357
- 9 Stone PW, Pogorzelska M, Kunches L, Hirschhorn LR (2008) Hospital Staffing and Health Care-Associated Infections: A Systematic Review of the Literature. *Clin Inf Dis* 74(7):937-944
- 10 Van den Broek PJ, Kluytmans JAJW, Ummels LC, Voss A, Vandenbroucke-Grauls CMJE (2007) How many infection control staff do we need in hospitals? *J Hosp Infect* 65:108-111
- 11 Health Canada Nosocomial and Occupational Infections Sections (2004) Development of a resource model for infection prevention and control programs in acute, long term and home care settings: Conference proceedings of the infection prevention and control alliance. *Am J Infect Control* 32:2-6
- 12 Gamage B, Pugh S, Litt M, Bryce E (2009) PICNet Needs Assessment Working Group. A survey of infection prevention and control resources in acute care facilities across British Columbia. *Can J Infect Control* 24(4):213-8.
- 13 Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen; Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (2009) *Bundesgesundheitsblatt* 52:951–962
- 14 Scheckler WE, Brimhall D, Buck AS, Farr BM, Friedman C, Garibaldi RA, Gross PA, Harris JA, Hierholzer WJ Jr, Martone WJ, McDonald LL, Solomon SL (1998) Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in hospitals: a consensus panel report. *Infect Control Hosp Epidemiol* 19(2):114-124

- 15 CDC (1999) National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) system report, data summary from January 1990-May 1999. Am J Infect Control 27:520-532

8 Professionelle Organisation und Arbeitsweise in der Krankenhaushygiene

Die Festlegung der unter 8.1 angeführten Grundsätze in der Anstaltsordnung kann für die operative Arbeit des Hygieneteams bedeutend sein.

8.1 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 und bekannt gemacht werden (siehe Kapitel 2 und 5).

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 5).
- ... 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/Krankenanstaltsleitung.
- ... hat Zugang zu allen relevanten Daten zu erhalten. Dies sind insbesondere die mikrobiologischen Befunde (Keim- und Resistenzsituation) sowie die Krankenakten und -geschichten (nosokomiale Infektionen, besondere Infektionsrisiken aus Krankheitsbild, Diagnostik und Interventionen). Die Erkennung, Feststellung und Dokumentation von nosokomialen Infektionen hat in Kooperation von Behandlungsteam und Hygieneteam zu erfolgen, wobei das Hygieneteam fachlich begleitet. Die Verantwortung dafür liegt letztlich bei der Abteilungsleitung. Gegebenenfalls kann das Hygieneteam direkt vor Ort und am Patientenbett recherchieren. 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 Patienten und Mitarbeitern) eingebunden werden.

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

8.2 Geschäftsordnung des Hygieneteams

Die Grundlagen für die praktische Umsetzung der Aufgaben des Hygieneteams sollen in einer Geschäftsordnung des Hygieneteams festgeschrieben werden. Diese regelt den Betrieb innerhalb des Teams und die Geschäftsbeziehungen nach außen. Das Hygieneteam soll in Absprache mit der kollegialen Führung/Anstaltsleitung den Inhalt der Geschäftsordnung festlegen. Gültigkeit hat die Geschäftsordnung jedoch erst, wenn diese durch die kollegiale Führung genehmigt ist. Die Geschäftsordnung regelt u. a. Folgendes:

- Dienstliche oder fachliche Hierarchie innerhalb des Hygieneteams, sofern eine solche beschlossen wird, kann von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich festgelegt werden
- Stellen- und Arbeitsplatzbeschreibungen der Hygieneteammitglieder für deren Tätigkeit im Team
- Vertretungsregelungen bei Abwesenheit
- Berichtswesen, Schriftlichkeit der Empfehlungen, Unterschriftenregelung für Routine- und für Ausnahmefall
- Mitarbeit und Teilnahme des Hygieneteams bei relevanten Entscheidungsprozessen (Arzneimittelkommission, Qualitätssicherungskommission, Beschaffungs- und Planungsgremien sowie Führungsgremien)
- Reihenfolge der Informationsweitergabe bei kritischen Sachverhalten (definieren und Instanzenweg beschreiben). Grundsatz bei entdecktem Fehlverhalten oder bei hygienischen Mängeln sollte sein, dass zunächst immer mit den unmittelbar Betroffenen gesprochen wird und nur bei fruchtlos bleibenden Interventionen oder bei großer Tragweite der Beobachtung der Abteilungsverantwortliche oder die kollegiale Führung informiert werden.

Die Wichtigkeit der Aufnahme der Vertretungsregelungen in die Geschäftsordnung wurde bereits durch die Ergebnisse der Ist-Analyse 2001/2002 widerspiegelt, die zeigten, dass es nahezu keine Vertretungsregelungen gab. Trotz einiger Verbesserungen ist die Vertretungsregelung nach wie vor unzureichend gewährleistet (Beispiel für eine Geschäftsordnung siehe Anhang 8.1).

8.3 Arbeitsweise und Zeitmanagement des Hygieneteams

Die organisatorische Struktur der Krankenhäuser ist weitgehend abteilungsbezogen. Entscheidungen werden häufig auf der Ebene dieser Abteilungen getroffen. Die Mitarbeiter des Hygieneteams sind abteilungsübergreifend tätig und keiner medizinischen Abteilungen zugeordnet. Die Mitarbeiter aller Abteilungen sind auch als die „Kunden“ 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 klar werden, 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 des Krankenhauses an das Hygieneteam zu verstehen. Diese umfassen im Wesentlichen kurzfristig zu erledigende Beratungsleistungen im Routinealltag des Krankenhauses.

- **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, Begehungen, Durchführen von Fortbildungsveranstaltungen.

Es sollten nicht mehr als 60 % der Zeitressourcen fix verplant werden - mindestens 40 % der Zeit sollten unbedingt für ungeplante Aufgaben freigehalten werden.

ANHANG Kapitel 8

Anhang 8.1

Muster für eine Geschäftsordnung des Hygieneteams

Auszug aus der Geschäftsordnung des Hygieneteams am AKH Wien

Grundlagen

Gesetzliche Grundlagen

.....

Strukturelle und funktionelle Grundlagen

.....

Hygieneteam

.....

Zweck und Ziele des Hygieneteams

.....

Aufgaben und Verantwortlichkeit

.....

Erhebung und Berichterstattung

Input: Dem Hygieneteam ist der Zugang zu allen Daten und Informationen zu gewähren, die im Zusammenhang mit der Infektionserfassung, Infektionsprävention und der Steuerung von hygienisch relevanten Prozessen bedeutsam sind. Der Umgang mit diesen Daten geschieht vertraulich und gemäß den Vorgaben des gesetzlichen Datenschutzes.

Output: Im Sinne der beratenden Funktion und Partnerschaftlichkeit werden Beratungs- und Empfehlungsergebnisse zunächst nur den Bereichsverantwortlichen (z. B. ärztliche und pflegerische Stationsleitung) zur Verfügung gestellt. Die Weitergabe dieser Ergebnisse an die entsprechenden Vorgesetzten bzw. die Spitalsleitung geschieht im Dienstweg des Hauses durch die jeweilige verantwortliche Person bzw. bei besonderer Dringlichkeit gleichzeitig direkt an weitere Stellen, die die Information benötigen.

Seitens des Hygieneteams wird die ärztliche Direktion jedenfalls informiert, wenn Gefahr im Verzug ist, bereichsübergreifende Angelegenheiten betroffen sind oder wenn eine Beseitigung von beobachteten Mängeln trotz klarer Empfehlungen in der direkten Kommunikation mit der Bereichsleitung nicht erreicht werden können.

Bei Änderungen oder Neuerungen in der Hygienemappe erfolgt von Seiten der Klinischen Abteilung für Krankenhaushygiene eine aktive Information für die Betroffenen via E-Mail. Für alle Bereiche des Hauses relevante Änderungen oder Neuerungen in der Hygienemappe werden via allgemeine Rundmail, unter „Aktuelles“ auf der Homepage der Krankenhaushygiene sowie über die Rubrik „News“ auf der AKH-Intranet-Seite bekanntgegeben.

Lokalisation und Arbeitsräume

.....

Betriebszeiten und Erreichbarkeit
.....

Homepage
.....

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Vertretungen
.....

Arbeitsstrukturen

(arbeitstägliche) Teambesprechung

Zentraler Fixpunkt für das gesamte Team ist die (arbeitstägliche) Teambesprechung, die um Uhr angesetzt (und mit terminisiert) ist.

Tagesordnung:

- Abwesenheiten und Evidenzen lt. Evidenzordner
- Posteinlauf
- Mitteilungen von der Klinischen Mikrobiologie („alert organisms“, Blutkulturbefunde)
- Aktuelles und Stand der Erledigungen: In der Runde berichtet jedes Mitglied; Fragen werden diskutiert, Vorgangsweise wird festgelegt. Sitzungsleiter nimmt die entsprechenden Vereinbarungen in die Terminevidenz
- Allfälliges

Nach der Besprechung werden, soweit nötig und möglich, die getroffenen Vereinbarungen noch am gleichen Tag erledigt. Insbesondere werden Bereiche mit neu aufgetretenen Alert-Organismen, akuten Anfragen oder anderen dringenden hygienischen Problemen kontaktiert (Besuch, Telefon, Fax oder E-Mail).

Hygienevisiten:

a) Standardisierte Hygienevisiten

Stationen, Ambulanzen, OP- und Eingriffsbereiche, die Intensivstationen sowie andere für die Infektionsprävention relevante Einrichtungen des Hauses werden periodisch vom Hygieneteam besucht und dabei an Hand von Checklisten auf Einhaltung der vereinbarten Standards untersucht. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf (Infra-)Struktur-Standards.

b) Anlassbezogene Hygienevisiten

Sie umfassen Kontakte und Besuche wegen:

- Nachweis von Alert-Keimen und positiven Blutkulturen,
- Übertragungs- oder Ausbruchsverdacht,
- Anfragen,
- Zufalls-Beobachtungen,
- Nachkontrollen,
- Schulungen,
- Arbeitstreffen,
- Qualitäts-Zirkel,
- Bearbeiten von Hygiene- und Desinfektionsplänen,
- anderen aktuellen Anlässen.

Diese zweite Gruppe von Hygienevisiten ist befund- und bedarfsgesteuert, nur in groben Umrissen planbar und insgesamt viel häufiger erforderlich als die der geplanten Stationsvisiten. Ihr Charakter ist vorwiegend prozess- und ergebnisorientiert.

Maßnahmen bei Ausbruchsverdacht:

Wenn aufgrund mikrobiologischer oder virologischer Befunde oder aufgrund von Anfragen Hinweise auf einen möglichen Ausbruch bestehen, wird so rasch als möglich, im Regelfall innerhalb von ein bis zwei Stunden, wenigstens ein Mitglied des Hygieneteams vor Ort tätig. Der Leiter der Krankenhaushygiene oder dessen Stellvertreter werden umgehend informiert und legen fest, ob und welche Maßnahmen sofort zu treffen sind.

Bei der umgehend angesetzten Teambesprechung werden alle Informationen zusammengetragen, erörtert und die weitere Vorgangsweise festgelegt. In dieser Weise verfährt das Team auch in den folgenden Tagen.

Vom betroffenen Bereich wird üblicherweise eine Person als Kontaktperson zum Hygieneteam bestimmt, nötigenfalls wird ein „Ausbruchsteam“ formiert, das selbstständig arbeitet und täglich an das Hygieneteam berichtet.

Dokumentation, EDV und Archivierung

.....

Unterschriftenregelung

.....

Mitarbeit in relevanten Beratungs- und Entscheidungsgremien des Hauses

9 Elemente professioneller Arbeitsweise

9.1 Dokumentation/Protokolle/Schriftlichkeit

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,
- 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 EDV-Netz des Hauses).
- Wesentliche Informationen müssen nachweislich rasch weitergeleitet werden, sowohl innerhalb des Teams als auch an beteiligte Personen.
- Möglicher Protokollinhalt:
 - Wer (Veranlasser, Beteiligte)
 - Wann
 - Wo
 - Sachverhaltsdarstellung
 - Inhalt, Ergebnisse und Konsequenzen der Besprechung
 - Wer ist betroffen (Gültigkeitsbereich)
 - Wer ist für die Durchführung verantwortlich
 - Zeitplan
 - Wer kontrolliert wann
 - Verfasser, Protokollführer (Name, Datum und Unterschrift)
 - Teilnehmerliste mit Erreichbarkeit

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

Die Dokumentation sollte mit sekretarieller Unterstützung (siehe Kapitel 7.2) erfolgen. Der dafür notwendige Zeitaufwand sollte von vornherein in der Planung der Aktivitäten des Hygieneteams berücksichtigt werden.

9.1.1 Jahresbericht

Die Erstellung eines Jahresberichtes 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
- 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

9.2 Fort- und Weiterbildung

Ziel der persönlichen Fort- und Weiterbildung ist es, ein kompetenter Gesprächs- und Ansprechpartner zu sein. Sowohl fachliche als auch persönlichkeitsbildende Fortbildungsmaßnahmen (z. B. Konfliktmanagement, Präsentationstechnik) sollten regelmäßig wahrgenommen werden (siehe Kapitel 5.2).

Notwendige Rahmenbedingungen

- Fort- und Weiterbildung hat einen hohen Stellenwert. Sie ist Teil der Unternehmenskultur im Human Resources Management und des Qualitätsmanagements. Jeder Mitarbeiter soll daher für seinen Aufgabenbereich die entsprechend notwendige Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeit erhalten; z. B. können im Jahresbericht bereits die geplanten Fortbildungsaktivitäten für das kommende Jahr als Ziel angeführt werden.
- Zugang zu aktueller Literatur muss sichergestellt sein, sowohl in Form von Büchern und Zeitschriften als auch in elektronischer Form über das Internet (siehe Kapitel 7.9).

Beispiele für fachliche Fortbildungsveranstaltungen

- Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)
- Dosch-Symposium
- Fortbildungstage des Kurses zur Fort- und Weiterbildung für Ärzte in der Krankenhaushygiene
- Fortbildungstage des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV)
- Dreiländerkongress Krankenhaushygiene (Deutschland)
- 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
- Kongress der Hospital Infection Society
- Kongress der Society for Healthcare Epidemiology of America

9.3 Persönliche Präsenz des Hygieneteams

Persönliche Präsenz ist ein Element, das nicht weggelassen werden darf, 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. Persönliche Präsenz kann nicht durch Schriftlichkeit ersetzt werden – daher muss die nötige Zeit eingeplant werden (siehe Kapitel 8.3).

Aktuelle Anlässe, z. B.

- Visite (Hygiene- oder Stationsvisite),
- Ausbruchssituation,
- Befundrückmeldung, falls nötig,
- 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, erweiterte Anstaltsleiterkonferenz, Geschäftsführung u. Ä.,
- Qualitätssicherungskommission,
- Arzneimittelkommission,
- Arbeitssicherheitsausschuss,
- Ernährungskommission,
- Umweltforum

Fachlich relevante Bereiche

- Risikobereiche (z. B. OP, Intensivstation, Dialyse, Blutzentralen)
- Mikrobiologisches Labor
- Haustechnik
- Apotheke
- Krankenhausküche
- Arbeitsmedizinischer Dienst
- Sicherheitstechnischer Dienst
- Aufbereitungseinheiten für Medizinprodukte

Unterrichtstätigkeit

Wenn die Mitglieder des Hygieneteams Unterrichtstätigkeit übernehmen, haben sie die einmalige Chance, ein gemeinsames Verständnis von Hygiene mit künftigen Mitarbeitern zu schaffen.

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

9.4 Hygienekommission

Die Hygienekommission setzt sich aus den Personen des Hygieneteams und der kollegialen Führung zusammen, evtl. erweitert um Vertreter 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 Befriedigung von Hygieneanliegen, 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 von den CDC sowie in den RKI-Richtlinien empfohlen.

Für die Einrichtung einer formellen Hygienekommission spricht auch das Ergebnis der Ist-Analyse von 2001/2002, bei der 47,3 % der befragten Institutionen (106 von 224) das Bestehen einer Hygienekommission zur Unterstützung des Hygieneteams angaben.

In Österreich ist eine Hygienekommission kein gesetzliches Erfordernis.

Zu beachten:

- Wenn Aufgaben und Kompetenzen nicht klar abgegrenzt werden, können Hygieneteam und kollegiale Führung in ihrer Tätigkeit einander einengen.

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.

9.5 Alternative Formen der Zusammenarbeit zwischen Hygieneteam und kollegialer 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

- Funktioniert gut in kleinen Institutionen und solange die Personen gut miteinander auskommen. In Krisenzeiten sind straffere Strukturen meist hilfreicher. Ganz ohne Formalstruktur ist das Ergebnis ungewiss.

10 Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene

10.1 Hygieneplan

Der Hygieneplan ist ein „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.

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, EDV ...) Sofern diese Informationen schon Bestandteil der Anstaltsordnung des Hauses und/oder der Geschäftsordnung des Hygieneteams sind (siehe Kapitel 8.1), 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,
 - Überprüfungsroutrinen für hygienisch relevante Geräte und Einrichtungen,
 - Desinfektions- und Reinigungspläne allgemein und spezifisch,
 - Schulungsroutrinen 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. Er ist insbesondere für die sanitäre Aufsichtsbehörde 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.

10.2 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. In diesen Dokumenten sollen Grundanforderungen betreffend hygienegerechter Maßnahmen für die verschiedenen Bereiche zusammengetragen und verständlich begründet dargestellt sein. Diese Sammlung soll den Einrichtungen zum einen als leicht zu handhabendes Nachschlagewerk für Fragen der Krankenhaushygiene zur Verfügung stehen und zum anderen als Einführung in die Grundlagen der Krankenhaushygiene dienen.

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.

Die Verbindlichkeit wichtiger Dokumente des Hygieneordners soll damit signalisiert werden, dass sie nicht nur vom Hygieneteam und/oder von der kollegialen Führung des Hauses gezeichnet, sondern auch vom ärztlichen und pflegerischen Verantwortlichen der Organisationseinheit gegengezeichnet sind.

Physische Ordner oder Mappen mit Ausdrucken der Dokumente waren bisher die gängige Präsentationsform. In Loseblattsammlungen können Änderungen oder Ergänzungen ohne viel Aufwand vorgenommen werden. Zeitgemäß ist es, diese Dokumente über das Intranet des Hauses zu präsentieren und zu verwalten. Dies setzt voraus, dass alle Dienststellen des Hauses entsprechend vernetzt sind und die bereichsspezifischen Dokumente durch geeignete Nutzerprofile und Zugriffsberechtigungen entsprechend eingegrenzt und zugeordnet werden.

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass diese Dokumente auch den Anforderungen des Qualitätsmanagements genügen sollen und in zertifizierten Einrichtungen genügen müssen (Verfasser, Erstellungs- und Änderungsdatum, Freigabe, Versions-Angaben ... Näheres siehe Dokumentenlenkung).

Beispiele für solche Dokumente sind z. B. auf der Internetseite des Klinischen Instituts für Krankenhaushygiene der Medizinischen Universität Wien zu finden (www.meduniwien.ac.at/krankenhaushygiene).

Hinweise zur Dokumentenlenkung

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

10.3 Begleitung der technisch-hygienischen Überprüfungen

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

Folgende Fragen sollen im Vordergrund stehen:

- Welche mikrobiologischen und technischen Kontrollmöglichkeiten können wie angewendet werden?
- Wie oft sollen oder müssen diese Kontrollen durchgeführt werden?
- Wie sind die Ergebnisse zu bewerten?

Die Art und der Umfang der Checkliste sollen sich an den Empfehlungen des Anhangs der Checkliste für Überprüfung der Krankenhaushygiene durch Amtsärzte orientieren.

10.4 Hygienevisite

Unter diesem Arbeitstitel sollen Möglichkeiten beschrieben werden, wie das Hygieneteam und seine Mitglieder zielführend und erfolgreich im Hause auftreten. Das wesentliche Element der Hygienevisite ist der Besuch, die persönliche Präsenz.

Mögliche Ziele

- Vor Ort gehen, sich an Ort und Stelle ein Bild machen, Sachverhalte und Situationen mit eigenen Augen sehen
- Empfehlungen zu hygienerelevanten Themen im direkten Austausch erarbeiten und abgeben, Empfehlungen des Hygieneteams an der Realität messen und sich der Diskussion aussetzen. Vor Ort lernen und erfahren, eigenes Urteil/Vorurteil überprüfen, Urteile/Vorurteile der Besuchten wahrnehmen und bearbeiten, selbst dazulernen, eigene Meinung präzisieren und nötigenfalls revidieren

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 Patienten 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 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 sind die Voraussetzungen dafür, dass Hygienevisiten zu professionellen Elementen der Hygienearbeit werden (messbarer Fortschritt, belegbare Ergebnisse).

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

10.5 Fortbildungsveranstaltungen

Damit Hygienewissen allen Mitarbeitern 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.

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,
- Referenten,
- Arbeitsmethoden,
- Anzahl und Namen der Teilnehmer (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 (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 ...)

Sofern die jeweilige Krankenanstalt über ein Fortbildungsteam verfügt, soll dieses Team das Hygieneteam bei der Organisation der Veranstaltungen unterstützen und entlasten.

10.6 Leitlinie/Richtlinie/Standard/Empfehlung

Leitlinien/Richtlinien/Standards/Empfehlungen sind spezielle Instrumente der Intervention im Qualitätsmanagement, Säulen für den Erhalt hoher Prozessqualität und haben Referenzfunktion.

Außerhalb der einschlägigen Gesetze (z. B. Qualitätsgesetz) gelten die im Anhang 10.2 angegebenen Definitionen.

Leitlinien/Richtlinien/Standards/Empfehlungen können durch Beschluss/Weisung durch die kollegiale Führung für die jeweilige Institution verbindlich werden.

Ziele von Leitlinien/Richtlinien/Standards/Empfehlungen

- Hilfestellung zur Umsetzung hygienischer Erkenntnisse und Vorgaben
- Reduktion der Variabilität im klinischen Alltag, um die Ziele einer Organisation zu erreichen
- Qualitätsverbesserung bei klinischen Ergebnissen

10.7 Erfassung und Surveillance von nosokomialen Infektionen im Netzwerk

Wie schon in der Einleitung deutlich gemacht, sind in Krankenanstalten und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens erworbene Infektionen ein Faktor, der die Qualität der medizinischen Dienste und deren Kosten wesentlich bestimmen. Gesundheitsbehörden, Kostenträger und Wissenschaft haben sich dieses Themas in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend annehmen müssen. Im Kontext von Konsumentenschutz, Patientensicherheit, Fehlermanagement, Qualitätssicherung und Benchmarking hat das Thema einen weiteren Aktualitätsschub erhalten.

Die Idee der landesweiten Erfassung und Bewertung (Surveillance) von nosokomialen Infektionen (NI) nach einheitlichen Kriterien als langfristiges Netzwerkprojekt nahm ihren

Ursprung in den USA: Dort wurde schon Anfang der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts vom CDC das National Nosocomial Infection Surveillance-System NNIS ins Leben gerufen. Es umfasst an die 300 US-amerikanische Spitäler und ist ein „voluntary, hospital-based reporting system established to monitor hospital-acquired infections and guide the prevention efforts of infection control practitioners ... The NNIS system establishes a national risk-adjusted benchmark for nosocomial infection rates and invasive device-use ratios by using uniform case definitions and data-collection methods and computerized data entry and analysis“(<http://www.cdc.gov/nhsn/index.html>).

Grundidee bei der Surveillance von NI im Netzwerk ist, dass eine größere Zahl von Institutionen, die ähnliche Strukturen mit vergleichbaren Problemen besitzen, NI und zugehörige Risikofaktoren auf freiwilliger Vereinbarung, regelmäßig und nach gemeinsam vereinbarten Falldefinitionen erfasst und die Daten anonymisiert einer Netzwerk-Zentrale zur Verfügung stellt. Diese erstellt periodisch Berichte, in denen die Summe aller Daten des Berichtszeitraumes, stratifiziert nach Abteilungen, Eingriffen, Typen von NI und Risikostufen, als „gepoolte Referenz-Daten“ dargestellt werden. Jeder Teilnehmer im Netzwerk erhält diese anonymisierten Referenzdaten sowie zusätzlich im Klartext detaillierte Information über die eigenen Ergebnisdaten.

Diese Vorgangsweise hat sich sehr bewährt, weil sie

- eine Erfassung nach einheitlichen Kriterien bietet,
- der teilnehmenden Institution damit die Möglichkeit gibt, ihre eigenen Ergebnisse über einen längeren Zeitraum nach gleichbleibenden Kriterien zu sammeln und zu bewerten (wichtige Voraussetzung für Qualitätsmanagement),
- Vergleichbarkeit der Daten zwischen Institutionen („Benchmarking“) gewährleistet.

Überdies stellt diese Form der Datenerfassung eine gute Basis für wissenschaftliche Projekte dar.

Aus Gründen der Machbarkeit und der Validierung von Vergleichen kristallisierte sich eine Konzentration auf bestimmte Tätigkeitsbereiche mit vergleichbaren Risikoprofilen (z. B. Intensivstationen, Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrie ...) sowie auf prozess- und ergebnis-relevante Entitäten wie blood stream infection (BSI), catheter related infection (CRI), surgical site infection (SSI) im Sinne von Indikatoren heraus.

Die für die Surveillance vereinbarten Kriterien von NI dienen in erster Linie der vereinheitlichten Surveillance. Sie haben den Charakter von Diagnosen, müssen aber nicht in jedem Fall zu hundert Prozent das klinische Urteil „Infektion“ abbilden.

Europäische Länder folgten dem Beispiel der USA mit Verzögerung, zuerst das Vereinigte Königreich und Dänemark, später die Niederlande, Deutschland und Frankreich.

Besonders relevant war in diesem Zusammenhang die 1998 von der Europäischen Kommission getroffene Entscheidung Nr. 2119/98/EG zur Schaffung eines Netzes für die epidemiologische Überwachung und die Kontrolle übertragbarer Krankheiten in der EU. Die europäischen Mitgliedstaaten wurden darin aufgefordert, entsprechende Strukturen und/oder Behörden zu benennen.

Im Rahmen der Implementierung der sog. „Netzwerkentscheidung“ wurde in Österreich seitens des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen im Jahre 1999 u. a. eine NRZ für nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz nominiert und an die Europäische Kommission gemeldet. Konkret benannt wurden gemeinsam die klinische

Abteilung für Krankenhaushygiene am AKH Wien, unter der damaligen Leitung von Univ.-Prof. Dr. Walter Koller, und das Institut für Hygiene und Mikrobiologie am Krankenhaus der Elisabethinen in Linz, unter der damaligen Leitung von Univ.-Prof. Dr. Helmut Mittermayer.

In Zusammenhang mit der Entscheidung Nr. 2119/98/EG förderte die EU-Kommission die Entwicklung von EU-weiten Surveillance-Netzwerken durch befristete Projekte (EARSS, ESAC HELICS, IPSE). Diese internationalen Projekte leisteten wesentliche Vorarbeit für die neuerdings beim ECDC angesiedelten Surveillance-Netzwerke für gesundheitssystemrelevante Infektionserreger, Antibiotikaresistenz, Antibiotika-Verbrauch und für gesundheitssystem-assoziierte Infektionen.

Besonderen Nachdruck enthielten diese Initiativen im Jahr 2009 durch detaillierte Empfehlungen des EU-Rates zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen (2009/C 151/01)

Österreichische Institutionen und Experten waren zwar von Beginn in die o. g. europäischen Projekte eingebunden, die Begründung österreichischer Surveillance-Netzwerke gelang aber erst 2000 mit EARSS.at (österreichischer Zweig des European Antimicrobial Resistance Surveillance System) und 2004 mit ANISS (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System).

Die Bedeutung der Surveillance von NI war in Österreich seitens des Hygiene-Instituts der Universität Wien schon seit Jahrzehnten kundgetan worden und in den von diesem Institut ins Leben gerufenen Kursen in Krankenhaushygiene (1979 für Hygienefachkräfte, 1980 für hygienebeauftragte Spitalsärzte) konsequent unterrichtet worden. Dennoch verstrichen Jahrzehnte, bis dieser Sachverhalt auch sanitätsrechtlich verbindlich wurde (KAKuG-Novelle 2006). Erfreulicherweise hatten aber schon vor 2006 einzelne österreichische Krankenanstalten den Gedanken der Surveillance aufgegriffen und sich bestehenden Netzwerken (vornehmlich dem deutschen Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System KISS) angeschlossen. In OÖ machte die Landes-Gesundheitsbehörde schon im Jahr 2000 die Surveillance von NI durch die Teilnahme an QIP für alle Krankenanstalten des Landes verpflichtend.

Von österreichischen Krankenanstalten benutzte Netzwerke zur Surveillance von NI

Den österreichischen Krankenanstalten stehen derzeit im Wesentlichen die folgenden drei Surveillance-Systeme zur Auswahl:

- **ANISS** (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System), das auf den EU-weit akkordierten ECDC-Protokollen fußt und vom zuständigen österreichischen Referenzzentrum betrieben wird,
- **KISS**, das deutsche Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System, das ab 1996 als gemeinsames Projekt vom Deutschen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene und dem Robert Koch Institut aufgebaut wurde, sowie
- **QIP**, das Quality Indicator Project® der Maryland Hospital Association, innerhalb dessen ein System zur Messung klinischer Versorgungsleistung (Performance Measurement System) angeboten wird und das neben Indikatoren für das klinische Risiko- und Behandlungsmanagement und die Organisationsqualität auch Indikatoren zur Überwachung von NI zur Verfügung stellt.

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 NI-Arten die CDC-Kriterien (bei KISS und QIP) oder die für Europa daraus abgeleiteten HELICS-Kriterien angewendet werden (bei ANISS) oder aber
- ob die Infektionsdaten patientenbezogenen (bei ANISS/HELICS) oder nur abteilungsbezogenen Denominatoren (bei KISS und QIP) gegenübergestellt werden.

Dem ANISS-Projekt kommt dabei vorrangige Stellung zu, da es auf Basis des und im Kontext mit dem gesamteuropäischen ECDC-Programm eigens für die österreichischen Spitäler beauftragt und konzipiert wurde. Das österreichische ECDC-Netzwerk ist somit ein integraler Teil des europäischen ECDC-Netzwerkes und bezieht sich auf die in der EU und für die EU-Mitgliedstaaten vereinbarten Surveillance-Standards. Das KISS-Netzwerk ist ein eigenständiges, früher etabliertes und für deutsche Verhältnisse konzipiertes nationales Netzwerk, das allerdings auf europäischem Niveau auch mit ECDC kommuniziert. Das QIP ist ein amerikanisches Forschungsprojekt, das ursprünglich von der Maryland Hospital Association (MHA) für die Spitäler in Maryland entwickelt wurde und sich inzwischen als ein internationales Projekt etabliert hat. Das QIP kommuniziert nicht mit dem ECDC-Projekt, und die Indikatoren zur Überwachung von nosokomialen Infektionen stellen lediglich einen Teil der sonst angebotenen klinischen Indikatoren dar.

ANISS

Österreichische Surveillance-Daten sind im Europäischen Gesamtbericht seit 2003 aus dem Intensivpflegebereich und seit 2004 von der chirurgischen Infektions-Surveillance enthalten. 2008 waren bei ANISS an der chirurgischen Infektions-Surveillance 42 chirurgische Abteilungen beteiligt, wobei erstmals Daten zu allen sechs damals von HELICS definierten Indikator-eingriffen ins Netzwerk eingespeist wurden. Mit Stand Mai 2010 waren im ANISS -Netzwerk 56 chirurgisch tätige Abteilungen aus 48 Krankenanstalten mit ihren Daten zu 13 Indikator-Operationen vertreten. Damit bewegte sich das ANISS-Netzwerk 2010 mit seinen Angeboten für die postoperative Infektionserfassung deutlich über den vom ECDC derzeit vorgegebenen Rahmen von sieben Indikator-Eingriffen hinaus. 2010 waren 51 Intensivstationen am intensivmedizinischen Infektions-Surveillance-Netzwerk von ANISS beteiligt.

Für nähere Informationen besuchen Sie <http://www.aniss.at> oder <http://www.meduniwien.ac.at/krankenhaushygiene/>

Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)

KISS wurde vom Deutschen Referenzzentrum für Surveillance von Nosokomialen Infektionen (NRZ) als Referenzdatenbank für NI in Deutschland entwickelt. Die Funktionen des NRZ werden durch das Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, gemeinsame Einrichtung von Freier Universität Berlin und Humboldt-Universität Berlin, ausgeübt. Ziel des Systems ist die Lieferung von geeigneten Referenzdaten zur Orientierung für das infektiologische Qualitätsmanagement im eigenen Krankenhaus unter Nutzung des Internet. Basis für das Surveillance-Protokoll sind vor allem die Definitionen des National-Nosocomial-Infection-Surveillance-(NNIS-)Systems der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in Atlanta/USA. Seit Anfang 1997 berichten interessierte deutsche Krankenhäuser (und auch einige aus Österreich) auf freiwilliger Basis nach einer

einheitlichen Methode und einheitlichen Definitionen an das deutsche NRZ. Mit Stand Mai 2010 beteiligten sich 27 österreichische Spitäler an KISS: 35 chirurgische Abteilungen von 19 dieser Spitäler an der postoperativen Infektionserfassung sowie 31 Intensivstationen von 20 dieser Spitäler an der Infektionserfassung für Intensivstationen. Eine Anzahl der chirurgischen Abteilungen liefert ihre Surveillance-Daten auch parallel ins ANISS-Netz.

Zwischen dem österreichischen und dem deutschen NRZ besteht eine enge Zusammenarbeit, die u. a. darin Ausdruck findet, dass im ANISS-Bericht periodisch auch die von den österreichischen KISS-Teilnehmern gesammelten postoperativen Surveillance-Daten als österreichischer KISS-Pool dargestellt werden.

Für nähere Informationen besuchen Sie <http://www.nrz-hygiene.de/>, Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen Berlin.

Analog zum KISS und in Zusammenarbeit mit dem NRZ Berlin wurde in der Steiermärkischen KAGes ein Nosokomiales--Infektions-Surveillance-System (NISS) entwickelt.

Die Module des NISS-KAGes sind: OP-Modul, Intensiv-Modul, DEVICE-Modul, Neonatologie-Modul, Onkologie-Modul, MDR-Modul und Ambulanz-Modul.

Quality Indicator Project® (QIP)

Das Quality Indicator Project® (QIP) der Maryland Hospital Association (MHA) wurde 1986 als Forschungsprojekt konzipiert, an dem sich inzwischen weltweit mehrere hundert Spitäler beteiligen. Es handelt sich um einen ergebnisbezogenen Ansatz, der anhand valider Indikatoren den teilnehmenden Krankenanstalten nationalen wie auch internationalen Vergleich von Versorgungsprozessen und in der Folge Benchmarking ermöglicht.

Innerhalb des QIP wird ein System zur Messung klinischer Versorgungsleistung (Performance Measurement System) angeboten, das sowohl das Hygienemanagement als auch das Risiko- und Behandlungsmanagement sowie die Organisation unterstützt. Dementsprechend umfassend sind auch die zur Verfügung stehenden Indikatoren.

1998 wurde mit Unterstützung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen eine unabhängige Koordinationsstelle für Österreich errichtet. Das Land Oberösterreich hat mit 1. Oktober 2000 in einer Verordnung zum OÖ Krankenanstaltengesetz alle öffentlichen Krankenanstalten zu einem umfassenden Qualitätsmanagement und – um auch landesweite Vergleiche in der Versorgungsqualität zu ermöglichen – zur Teilnahme am QIP verpflichtet.

Einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung der exakten Erfassung nosokomialer Infektionen gemäß QIP-Definition liefert der Leitfaden, der ergänzend zum Projekt-Manual im Auftrag der OÖ Landesregierung für alle Projektteilnehmer erstellt wurde. Dieser Leitfaden stellt u. a. die verwendeten CDC-Kriterien und den NNIS-Index in verständlicher und nachvollziehbarer Form in Flussdiagrammen dar.

Für nähere Informationen besuchen Sie <http://www.ipg.uni-linz.ac.at> und <http://www.internationalqip.com>, Nationale Koordinationsstelle QI-Project Austria / Institut für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Universität Linz (Leiterin der Koordinationsstelle: Dr. Reli Mechtler).

Konklusion und Ausblick

Mit ANISS hat Österreich inzwischen eine – zumindest im Vergleich mit anderen EU-Ländern – erfreuliche Surveillance-Dichte erreicht, insbesondere bei der Erfassung von Kaiserschnitt- und Hüftprothesen-OP (siehe Tabelle 2).

Die oben beschriebene historische Entwicklung der Surveillance von NI in Österreich führte dazu, dass bisher nur ein Teil der in unserem Land generierten Surveillance-Daten beim Österreichischen Referenzzentrum für Nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenzen landen: Die über KISS erfassten Daten schlagen sich im deutschen Datenpool nieder, und die über QIP erfassten Daten werden nicht einmal im europäischen Netzwerk wirksam. Diese Situation widerspricht den Vorgaben des ECDC, welches gemäß Entscheidung Nr. 2119/98/EG länderspezifische Daten einfordert, und sie ist auch deshalb unbefriedigend, weil die Teilnehmerzahl pro Indikator in unserem ohnehin kleinen Land niedriger liegt als möglich und wünschenswert wäre. Da bisher nur die Daten aus dem ANISS-Netzwerk beim ECDC als österreichische Daten identifiziert sind, schneidet unser Land im Konzert der EU-Mitgliedstaaten womöglich ungünstiger ab, als den Tatsachen entspricht. Es muss also im Interesse einer der Realsituation entsprechenden österreichischen Surveillance künftig dafür gesorgt werden, dass möglichst alle in unserem Land gesammelten Surveillance-Daten als österreichische Daten beim Österreichischen Referenzzentrum für Nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenzen sowie in der ECDC-Zentrale in Stockholm erkennbar werden.

Eine Datenzusammenführung wäre verhältnismäßig leicht bei den chirurgischen Indikatoren zu erreichen, weil dafür die Erfassungskriterien von CDC und ECDC sehr ähnlich sind. Problematischer ist dies bei den Surveillance-Daten von Intensivstationen, weil in den auf CDC-Kriterien operierenden Netzwerken KISS und QIP einfacher erhebbare, stationsbasierte Sammel-Denominatoren und nicht patientenbasierte Denominatoren wie beim ECDC-Netzwerk verwendet werden.

Auf EU-Ebene bestehen Impulse und Initiativen dahingehend, die nationalen Netzwerke einander anzunähern, den Datenaustausch zu vereinfachen und zu signifikanten Referenzdatenpools für möglichst viele Surveillance-Indikatoren zu kommen. Dies auch und gerade deshalb, weil bei seltener durchgeführten Operationen/Indikatoren ein kleines Land wie Österreich lange braucht, um zu repräsentativen Datenpools zu gelangen – und weil überdies die streng anonymisierten Daten zumindest für Insider nicht wirklich anonym bleiben, solange die Zahl der teilnehmenden Institutionen zu klein ist.

Wir müssen für Österreich Lösungen finden, wie die bereits an vielen Orten gesammelten Surveillance-Daten so zusammengeführt werden, dass ein wahres Bild entsteht und der wachsende Surveillance-Schatz für die bettenführenden Krankenanstalten unseres Landes optimal nutzbar gemacht wird. Dazu nötig sind Bewusstseinsbildung sowohl bei den Gesundheitsbehörden von Bund und Ländern als auch bei den Netzwerk-Teilnehmern sowie ideelle und materielle Förderung durch die Verantwortlichen (Bundesministerium für Gesundheit, Landessanitätsdirektionen, Krankenanstaltenverbünde). Durch die Vernetzung der österreichischen Experten über internationale Gremien soll dieser Prozess sowohl national wie auch auf der europäischen Bühne beschleunigt werden.

**Tabelle 2: Repräsentativität der Surveillance-Daten
für einzelne Indikator-Operationen im ECDC-Bericht für 2007**

Country	AT	DE	ES	FI	FR	HU	IT ³	LT ²	NL ⁴	NO ⁵	PT	UK
CABG												
N. surveyed op.	296	7,569	571	0	744	0	381	517	0	681	0	3,810
N. performed op. ¹	3,546	106,408	12,015		19,887		12,169			3,000		23,484
Coverage %	8.3	7.1	4.8		3.7		3.1			22.7		16.2
CHOL												
N. surveyed op.	152	8,961	963	0	10,020	1,509	955	816	420	343	1,037	0
N. performed op. ¹	2,920	177,554	54,179		114,842	22,705	50,066		19,391	3,500	16,254	
Coverage %	5.2	5.0	1.8		8.7	6.6	1.9		2.2	9.8	6.4	
COLO												
N. surveyed op.	170	5,333	851	0	5,832	185	654	194	836	0	438	2,162
N. performed op. ¹	3,269	93,471	48,633		88,337	7,599	25,860		3,188		11,911	42,287
Coverage %	5.2	5.7	1.7		6.6	2.4	2.5		26.2		3.7	5.1
CSEC												
N. surveyed op.	2,200	11,997	719	0	17,791	1,664	1,461	0	1,282	1,672	789	12,241
N. performed op. ¹	20,214	239,270	87,402		163,718	27,775	106,049		20,636	9,000	27,347	21,215
Coverage %	10.9	5.0	0.8		10.9	6.0	1.4		6.2	18.6	2.9	57.7
HPRO												
N. surveyed op.	3,946	20,935	982	5,441	12,545	639	618	230	3,099	1,374	215	34,262
N. performed op. ¹	15,694	203,855	39,501	9,056	122,410	9,095	42,366		25,735	6,000	8,576	97,582
Coverage %	25.1	10.3	2.5	60.1	10.2	7.0	1.5		12.0	22.9	2.5	35.1
KPRO												
N. surveyed op.	318	11,927	444	4,134	8,109	108	770	157	1,816	0	0	36,670
N. performed op. ¹	14,701	138,476	40,600	10,359	69,434	4,215	36,102		13,266			93,336
Coverage %	2.2	8.6	1.1	39.9	11.7	2.6	2.1		13.7			39.3
LAM												
N. surveyed op.	133 ²	2,136	242	0	844	0	94	0	0	0	10	0
N. performed op. ¹		122,787	17,753		14,274		22,878				4,641	
Coverage %		1.7	1.4		5.9		0.4				0.2	

(1) number of performed operations (op.): source: personal communications from national surveillance networks, reference year 2007

(2) number of performed operations not available

(3) number of performed operations, reference year 2005 (2nd half)

(4) number of performed operations, reference year 2004

(5) estimated number of performed operations

Legende: Coverage = Anteil der überwachten OP in % der insgesamt durchgeführten OP, Kürzel für Eingriffe: CABG coronary artery bypass grafting; CHOLecystectomy, COLOn-OP, CSEC = Cesarean Section, HPRO = hip endoprosthesis, KPRO = knee endoprosthesis, LAMinectomy

Quelle und Darstellung: European Centre for Disease Prevention and Control: Surveillance of Healthcare-Associated Infections in Europe, 2007. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2009.

ANHANG Kapitel 10

Anhang 10.1

Struktur und Inhalte des Hygieneplans (angelehnt an Hygieneplan der Sanitätsdirektion NÖ, Stand 2001)

- 1 Einführung in den Hygieneplan
- 2 Personen, Zuständigkeiten (Organigramm), Erreichbarkeit des Hygieneteams
 - Ansprechpartner in den für die Hygiene wichtigen Bereichen
(z. B. OP-Leitung, Apotheke, Haustechnik, EDV ...)
 - Externe Beratungs- und Auskunftsstellen
- 3 Zusammenfassung der Aufgaben des Hygieneteams
 - Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen
 - Beratung
 - Schulung
 - Kontrolle baulicher und technischer Einrichtungen
 - Kontrolle zentraler Bereiche (Ver- und Entsorgung, Reinigung, externe Dienstleister)
 - Kontrolle patientenbezogener Bereiche – Funktionsabläufe
 - Fortbildung
 - Arbeitsweise des Hygieneteams (mit Hinweis auf Geschäftsordnung des Hygieneteams)
- 4 Krankenhaushygienische Untersuchungen und entsprechende Intervalle
- 5 Hygienische Standards-Arbeitsanweisungen, z. B. für hygienische Hygienerichtlinien
 - Händehygiene
 - Desinfektionsmaßnahmen
 - Instrumentenaufbereitung
 - Sterilisation (EN ISO 17665-1, Validierung)
 - OP und/oder Eingriffsraum
 - Umgang mit Medikamenten
 - Umgang mit Krankenhauswäsche auf den Stationen
 - Umgang mit Ausscheidungen
 - Angiografie
 - Dialyse
 - Endoskopie
 - Intensivstation
 - Physikalische Therapie
 - Abnahme und Einsendung von Untersuchungsmaterial
 - Schutzmaßnahmen (Umkehrisolierung)
 - Personalschutz
 - Wäscherei
 - Küchenhygiene
 - Entsorgungsplan gem. § 9 AWG (Abfallwirtschaftsgesetz)
- 6 spezielle hygienische Maßnahmen, z. B. zur
 - Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen
 - Verhütung von katheterbedingten Harnwegsinfektionen
 - Verhütung von Venenkatheterinfektionen

Verhütung von Atemwegsinfektionen

- 7 Surveillance von nosokomialen Infektionen:
welche Bereiche und Indikatoren,
welche Methode (Punktprävalenz oder fortlaufende Inzidenzerfassung)
in welchem Netzwerk
jeweilige Verantwortliche und Ansprechpartner
- 8 Maßnahmen bei Patienten mit übertragbaren Krankheiten
Isolierung von Patienten
Spezielle Maßnahmen bei multiresistenten Keimen (z. B. MRSA ...)
Maßnahmen bei Verdacht auf epidemische NI (Ausbruch)
- 9 Informationsblätter
- 10 Gesetzliche Grundlagen, Literaturverzeichnis, wichtige Internetadressen

Anhang 10.2

Standard

Vielfältig verwandter Begriff mit unterschiedlichen Inhalten.

Der Begriff Standard impliziert in vielen Ländern die strikte Anwendung und nahezu ausnahmslose Befolgung in einer genau festgelegten medizinischen Situation.

Weitere, anstelle von „Standard“ gebrauchte Begriffe sind „Vorschriften“, „strikte“ Indikationen oder Kontraindikationen, „strikte Kriterien“, „Protokolle“ sowie „angemessene oder unangemessene Vorgehensweisen“.

Ein Beispiel für einen Standard ist etwa die Vorschrift, vor einer Transfusion die Eignung des Blutes für den Patienten stets durch einen Verträglichkeitstest zu überprüfen (sog. Kreuzprobe).

Quelle :

Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis, Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates

Richtlinien

Richtlinien sind Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die von einer gesetzlich, berufsrechtlich, standesrechtlich oder satzungsrechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht (1).

Richtlinien unterscheiden sich im Hinblick auf diese Verbindlichkeit deutlich von „Leitlinien“.

Diese Unterscheidung ist spezifisch für den deutschen und europäischen Sprachraum. Im angelsächsischen Sprachgebrauch werden in der Regel sowohl Richtlinien als auch Leitlinien als „guidelines“ bezeichnet und nicht hinsichtlich der Verbindlichkeit differenziert, im europäischen Sprachraum (insbesondere in der Amtssprache der EU) gilt: „guideline“ = „Leitlinie“, „directive“ = „Richtlinie“ (2).

Quellen :

- 16 Bundesärztekammer (BÄK) (1997) Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung – Beschlüsse der Vorstände der Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Dt Arztebl 94(33):A-2154-2155
- 17 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2004) Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. Methodische Empfehlungen, <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>

Leitlinien

Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.

Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (möglichst unter Einbeziehung von Patienten) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar.

Leitlinien sollen regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben werden.

Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

Quelle :

Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis, Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates

Empfehlung

Die Beschreibung einer Möglichkeit des Handelns oder Unterlassens. Eine bereits in Fachkreisen konsenterte Empfehlung stellt häufig die Vorstufe einer Leitlinie bzw. Richtlinie dar. Obwohl Empfehlungen einen wesentlich geringeren normativen Charakter haben als Leit- oder Richtlinien, kann das Nichteinhalten unter Umständen – je nach Breite des erzielten Konsenses bzw. der Angesehenheit einzelner Experten – auch forensische Konsequenzen haben.

Quelle :

<http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinienbewertung/delbi>

11 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.

Dafür sollten folgende Regeln beachtet werden:

- Krankenhaushygiene steht auf zwei Säulen: Surveillance („Erkennen und Überwachen von NI“) und hygienische Maßnahmen („Verhüten und Bekämpfen von NI“). Evidenz schaffen und Präventivmaßnahmen setzen sind unverzichtbare Partner und müssen in jedem Hygiene-Programm enthalten sein.
- 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 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.

Vorgangsweise bei Ausbrüchen

Es ist zweckmäßig, sich vorab Gedanken über Vorgangsweisen bei Ausbrüchen zu machen. 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?

Ein Muster für einen Aktionsplan „Ausbruchsverdacht“ findet sich im Anhang 11.1.

Akzeptanz der Krankenhaushygiene

Das Hygieneteam trägt zur bestmöglichen Betreuung der Patienten in der Gesundheitseinrichtung bei. Ein Ziel muss daher sein, das Hygieneteam als kompetente und kooperative Anlaufstelle im eigenen Haus zu etablieren und alle Kollegen und Mitarbeiter vom Nutzen dieser Einrichtung zu überzeugen. Nur durch die Akzeptanz der Arbeit des Hygieneteams wird es möglich sein, nachhaltige krankenhaushygienische Änderungen zu erzielen.

Als wertvolle Marketinginstrumente in der Hygienearbeit seien Transparenz, Partizipation der Betroffenen und Kundenorientierung genannt.

Beispiel für Transparenz:

- Information über Vorhaben und Jahresziele sowie über die Ergebnisse von Evaluationen

Beispiel für Partizipation:

- Mitarbeit von Betroffenen bei der Ausarbeitung z. B. von Arbeitsanleitungen. Gemeinsame Kompetenz und gegenseitige Wertschätzung führen zu den besten Ergebnissen im Sinn von Akzeptanz, praktischer Umsetzbarkeit und Nützlichkeit.

Beispiel für Kundenorientierung:

- Rasche und regelmäßige Rückmeldung bei Anliegen oder Anfragen

ANHANG zu Kapitel 11

Anhang 11.1

Muster für einen Aktionsplan Ausbruchsmanagement

**Quelle: Interner Leitfaden der Klinischen Abteilung für Krankenhaushygiene
Medizinische Universität Wien – Allgemeines Krankenhaus Wien
Stand: Dezember 2007**

Ein Ausbruch ist definiert als gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird.
Etwa fünf Prozent der nosokomialen Infektionen treten im Rahmen von Ausbrüchen auf.

Vorbereitende (proaktive) Phase

1. Definition von Auslöseereignissen für das Inkrafttreten des Ausbruchsmanagements

- Infektionen bei zwei oder mehr Patienten, deren Art sowie örtliche und zeitliche Abfolge einen epidemiologischen Zusammenhang vermuten lassen (*Liste A*)
- Infektionen, die bereits beim ersten Fall und bei vereinzelttem Auftreten Anlass für eine hygienische Analyse geben (*Liste B*)
- Auffällige Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen (*Liste C*)

2. Etablierung eines Ausbruchsmanagement-Kernteams

- Krankenhaushygiene (Kontakt:)
- Ärztliche Direktion (ADR) (Kontakt:)
- Pflegedienstleitung (PDR) (Kontakt:)
- Mikrobiologie oder Virologie (Kontakt:)

Grundsatzfestlegung: Wer tut was? Wer informiert wen und wann?

3. Sicherstellung von Untersuchungskapazitäten und Festlegung des Probenversands

Mikrobiologie, Virologie, Referenzzentren

4. Festlegung der Abläufe zur Information und Kooperation mit dem Gesundheitsamt und anderen beteiligten Stellen

5. Festlegung der Öffentlichkeitsarbeit

Kommunikation mit der Presse / den Medien prinzipiell durch die ärztliche Direktion (ADR), allenfalls durch Krankenhaushygieniker 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 Patienten
- 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 Ausbruchsmanagement-Teams

Auf der Basis der ersten Durchsicht und Bewertung der vorliegenden Befunde und Informationen wird entschieden,

- inwieweit Auslöseereignis tatsächlich vorliegt,
- ob das Ausbruchteam einberufen werden soll, ggf. erweitert um zusätzliche Mitglieder.

Welche Partner werden im aktuellen Ausbruchsmanagement-Team zusätzlich benötigt?

- Infektionsdienst (Kontakt:)
- Kliniker, Pflegekraft der betroffenen Station(en) – welche? (Kontakt: Sekretariat, Leitstelle)
- Apotheke (Kontakt:; Bereitschaftsdienst)
- Ev. Mitarbeiter des Gesundheitsamtes (Rücksprache mit der ADR)
- Betriebsärztlicher Dienst (Kontakt:)
- Technische Direktion (Kontakt:)
- Verwaltungsdirektion (Kontakt:)
- Zentraldesinfektion (Kontakt:)
- Zentralsterilisation (Kontakt:)
- Haustechnik (Kontakt:)
- Referenzzentren, externe Experten

3. Einberufung des Ausbruchsmanagement-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 Patienten 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)
- 4. 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 Patienten und Personal?
- 5. 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 Patienten
 - Ggf. vorübergehende Schließung von Abteilungen und Stationen
(Abstimmung mit dem Gesundheitsamt)
- 6. 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)
- 7. 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
- 8. Abschluss des Ausbruchmanagements 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
- 9. Abschließende Evaluierung, Defizitanalyse und Festlegung von zukünftigen Präventionsstrategien**
- War eine rechtzeitige Erkennung des Ausbruchs gewährleistet?
 - Waren die Arbeit des Ausbruchmanagement-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)
- Geling 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?

10. Abschließende Dokumentation

- Liste A: Infektionen bei zwei oder mehr Patienten, deren Art sowie örtliche und zeitliche Abfolge einen epidemiologischen Zusammenhang vermuten lassen (siehe Anhang 11.2)
- Liste B: Infektionen, die bereits beim ersten Fall und bei vereinzelter Auftreten Anlass für eine hygienische Analyse geben (siehe Anhang 11.3)
- Liste C: Auffällige Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen, die dem Ausbruchsmanagement-Kernteam bekanntzugeben sind (siehe Anhang 11.4)

Literatur:

Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen. Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2002, 45:180–186

Empfehlungen zur Untersuchung von Ausbrüchen nosokomialer Infektionen. RKI-Leitlinie. Ammon A. et al., 2001.

Der Beitrag von Ausbruchanalysen zur Prävention nosokomialer Infektionen. P. Gastmeier et al., Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2004, 47:334–338

Anhang 11.2

Liste A

Infektionen bei zwei oder mehr Patienten, deren Art sowie örtliche und zeitliche Abfolge einen epidemiologischen Zusammenhang vermuten lassen:

- *Acinetobacter baumannii*
- *Aspergillus*
- *Burkholderia cepacia*
- *Candida* spp. (invasive Candidainfektionen)
- *Citrobacter* spp.
- *E. coli*
- ESBL
- *Klebsiella* spp.
- MRSA
- *Pseudomonas aeruginosa*
- *S. pneumoniae*
- *Serratia marcescens*
- *Stenotrophomonas maltophilia*
- Vancomycin resistente Staphylokokken
- Verotoxin
- VRE
- *Y. enterocolitica*

Infektionen mit ungewöhnlichem Erreger

Sepsis mit einheitlichem Erreger (Einheitlichkeit auf Speciesebene und gegebenenfalls im Resistenzmuster)

Infektionen durch blutübertragene Viren (z. B. HBV, HCV)

Aufgrund der langen Inkubationszeiten manifestieren sich diese Infektionen meist erst nach Entlassung. Ihre Erfassung sowie die Analyse, ob ein Zusammenhang der Fälle aufgrund eines vorausgegangenen Aufenthalts in der gleichen Einrichtung anzunehmen ist, erfordert Nachforschungen im eigenen Ambulanzbereich (Nachkontrollen) sowie bei den Entlassenen selbst und/oder ihren Hausärzten (Telefon, Brief).

Erreger von Gastroenteritis/Colitis (z. B. *Campylobacter*, *Clostridium difficile*, Noroviren, *Salmonella*, *Shigella*, Rotaviren)

Anhang 11.3

Liste B

Infektionen, die bereits beim ersten Fall und bei vereinzeltm Auftreten Anlass für eine hygienische Analyse geben:

Bakterien:

- Bacillus anthracis
- Bordetella pertussis
- Legionella pneumophila
- Mycobacterium tuberculosis (ZN positiv)
- Streptococcus pyogenes (Gruppe A)
- Yersinia pestis

Viren:

- Adenovirus (Keratokonjunktivitis epidemica)
- Hämorrhagische Fiebertviren
- Pockenviren

Pilze:

- Aspergillus spp. (Organmykose)

Prionen:

- Creutzfeld-Jakob-Erkrankung

Parasiten:

- Scabies-Milben

Anhang 11.4

Liste C

Auffällige Ergebnisse von Umgebungsuntersuchungen, die dem Ausbruchsmanagement-Kernteam bekanntzugeben sind:

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

- etc.

12 Umfeld und Kultur

12.1 Werte und Normen der Zusammenarbeit im Team

Anforderungen an das einzelne Teammitglied

Neben den allgemein gültigen Kriterien des Anforderungsprofils (stellenbezogene Anforderungen) sind durchaus noch weitere Eigenschaften, die als soziale Kompetenz zu bezeichnen sind, unabdingbar. Durch die Fähigkeit zu selbstständigem Arbeiten, Durchsetzungsvermögen und pädagogischem Talent wird das tägliche Vermitteln von hygienerelevanten Gesichtspunkten erleichtert bzw. erst ermöglicht.

Dem guten Umgang mit Kritik kommt ein besonderer Stellenwert zu. So muss man gleichermaßen Kritik annehmen können wie konstruktiv Kritik üben können.

Zusammenarbeit im Team

- Gegenseitige fachliche und persönliche Anerkennung
- Klare und transparente Spielregeln der Arbeit im Team
- Aufgaben- und Schwerpunktverteilung
- Regelmäßige Zielvereinbarungen und Überprüfung der Ziele
- Formen der Kommunikation (z. B. Postrundlauf, Teambesprechung)

Daraus ergibt sich ein geschlossenes Auftreten nach außen.

Vorteile der interdisziplinären Zusammenarbeit

- Unterschiedliche Fachkompetenz als wichtiges Kapital
- Summe der Erfahrung
- Bessere Akzeptanz der Aussagen des Hygieneteams bei den unterschiedlichen Berufsgruppen

Kommunikation im Team

Um ein funktionierendes Kommunikationsgefüge zu gewährleisten, ist ein möglichst rascher, verständlicher, an das richtige Hygieneteammitglied adressierter und nach Prioritäten gereihter Informationsaustausch erforderlich. Dabei sollte ein gegenseitig respektvoller Umgangston selbstverständlich sein.

Wesentliches Element einer professionellen Kommunikation sind regelmäßige, strukturierte Besprechungen der Hygieneteammitglieder nach einem vereinbarten Plan (Wochentage, Uhrzeit) und mit Tagesordnung.

Beispiel für eine Tagesordnung bei Arbeitsbesprechungen

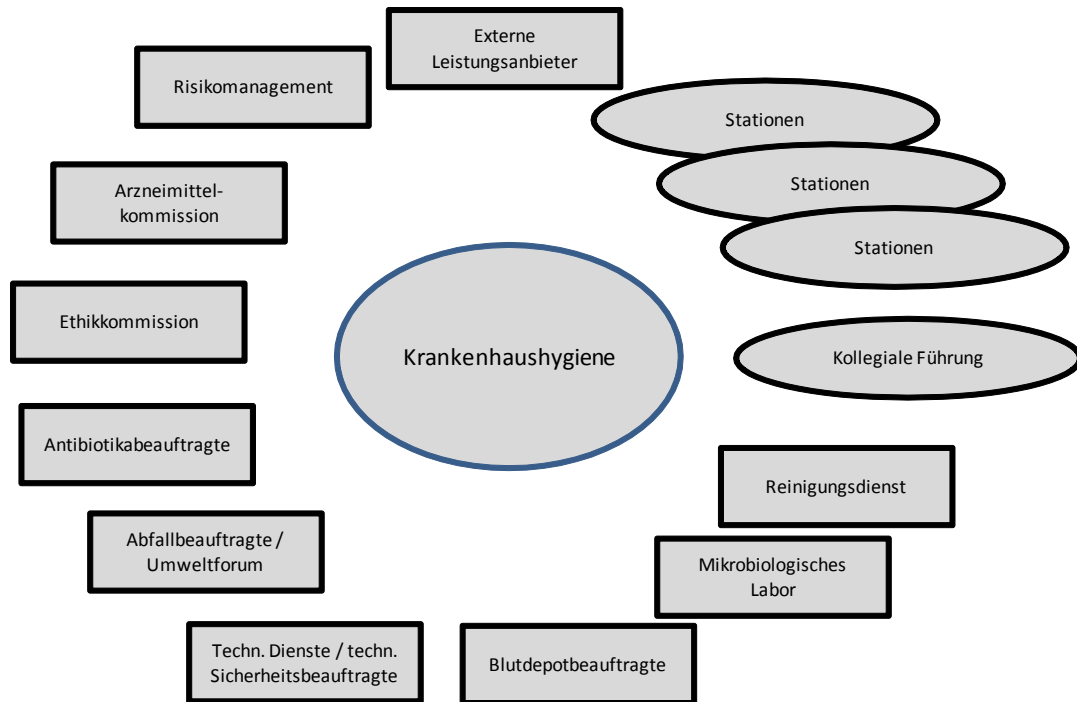
- Besprechung von Befunden, Post und telefonischen Anfragen
- Informationsaustausch und Weitergabe von wichtigen hygienerelevanten „Hygiene-News“
- Aufgabenverteilung
- Stand der Aufgabenerledigung

12.2 Hygieneteam nach außen

12.2.1 Kommunikation und Informationsfluss

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

Abbildung 3: Kommunikationspartner



Quelle: PROHYG 2002; Darstellung GÖG

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.

Beispiele:

- Regelmäßiger Kontakt zu Stationen über Hygienekontaktpersonen
- Mitwirkung in der Qualitätssicherungskommission
- Relevante Informationen werden in Form von Gesprächen, Protokollen, Unterlagen und Befunden regelmäßig an das Hygieneteam weitergeleitet.

Der Umgang mit „sensiblen Informationen“ muss taktvoll innerhalb des Teams und nach außen praktiziert werden.

In der Regel wird versucht, die Lösung hygienischer Probleme über den jeweils verantwortlichen Bereichsleiter zu erreichen. Viele Dinge lassen sich auf kollegialer Ebene oft rascher und besser lösen, was auch für die Arbeitsatmosphäre förderlich ist. Bei Gefahr in Verzug oder fruchtloser Intervention ist die kollegiale Führung bzw. der Rechtsträger zu informieren. Jedenfalls unterliegt jedes Mitglied des Hygieneteams und auch des erweiterten Teams der Schweigepflicht gegenüber nicht involvierten Personen und auch nicht beteiligtem medizinischem Personal.

Anfragen an das Hygieneteam

Die Beantwortung von Anfragen sollte rasch und verständlich nach Abstimmung im Hygieneteam erfolgen.

- Schriftliche Anfragen sollten auch schriftlich beantwortet werden.
- Kritische Sachverhalte sollten immer in Form einer schriftlichen Anfrage dargestellt werden.
- Mündliche Anfragen und Antworten darauf sollten zumindest in Form einer Aktennotiz dokumentiert werden, oder wenn möglich sollte die Anfrage schriftlich beantwortet werden (siehe Kapitel 9.1).

12.2.2 Hygienekontaktpersonen

Zur Unterstützung des Hygieneteams sind Hygienekontaktpersonen in allen Krankenhausbereichen zu kooptieren. Diese Kontaktpersonen 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.

Ihre Funktion und auch ihr Zeit- und Arbeitsaufwand soll seitens der Krankenhausleitung und der Bereichsleitung anerkannt sein. Die Bekanntgabe der jeweiligen Personen sowie von deren Aufgaben beispielsweise im Intranet, auf Informationstafeln oder in der Krankenhauszeitung stellen einen wichtigen Faktor zur Akzeptanz und Implementierung der Kontaktpersonen dar.

Besonders wichtig ist es, Kontaktpersonen aus allen relevanten Berufsgruppen zu implementieren. Für Krankenstationen sollte eine Pflegeperson und ein Arzt zur Verfügung stehen. Für Hygienekontaktpersonen ist ein österreichweiter Standard für eine Grundausbildung anzustreben. In einzelnen Bundesländern wurden dazu schon Vorschläge erarbeitet.

In Bereichen ohne Pflegekräfte (z. B. Pathologie, Labor, Röntgen, Physiotherapie, Betriebsküche und Haustechnik) sollen Hygienekontaktpersonen festgelegt werden und regelmäßig in Sitzungen/Besprechungen der Hygieneteams eingebunden werden.

Welche Voraussetzungen sollte eine Kontaktperson mitbringen?

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

Mögliche Aufgaben einer Kontaktperson

- Teilnahme an Kontaktpersonentreffen
- Weitergabe von Informationen des Hygieneteams an die Mitarbeiter des jeweiligen Bereiches
- Pflege und Betreuung der Hygienemappe des Bereiches
- Ansprechpartner sein für hygienerelevante Probleme innerhalb der Station
- Ansprechpartner 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
- Überprüfung von einschlägigen Richtlinien, Standards und Empfehlungen auf Aktualität, Praxisrelevanz und Durchführbarkeit

Nosokomiale Infektionen haben eine erhebliche medizinische und ökonomische Bedeutung und stellen eine ständige Herausforderung im Bereich der Patientensicherheit dar. Krankenhaushygienische Maßnahmen nehmen eine Schlüsselrolle beim Schutz vor nosokomialen Infektionen ein.

PROHYG 2.0 soll zur Erleichterung der täglichen Arbeit im Bereich der Krankenhaushygiene beitragen.

www.bmg.gv.at