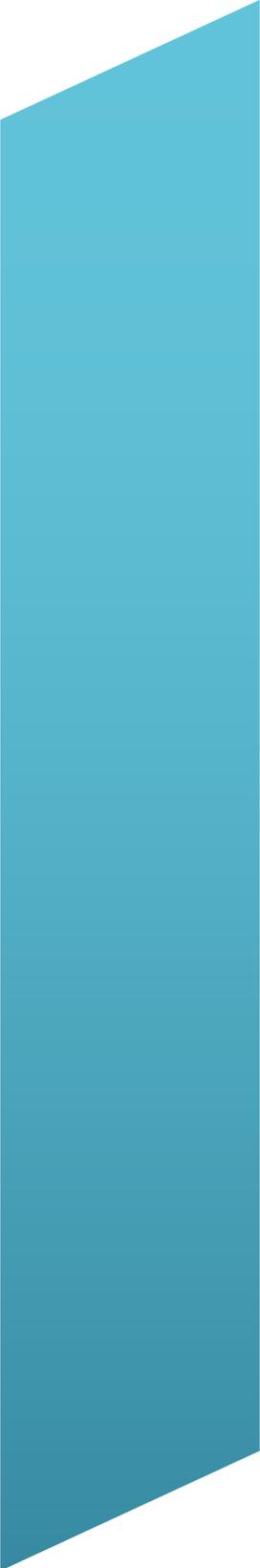


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene

**Beschlossen durch die Arbeitsgruppe Gesundheitssystem
im Juni 2015; Verlängerung der Gültigkeit des vorliegenden
Qualitätsstandards bis Ende 2023 nach Kenntnisnahme
durch die B-ZK im April 2021**

Impressum

Fachliche Begleitung/Expertise durch die Fachgruppe Qualität und Projektgruppe Qualitätsstandards mit folgenden Expertinnen und Experten:

Sylvia Füzsl
Reinhild Strauss
Robert Muchl
Gabriela El Belazi
Christine Hain

Erstellt unter Federführung der Gesundheit Österreich GmbH:

Michael Entleitner
Vera Buhmann
Anton Hlava
Ulrike Holzer
Eva-Maria Kernstock

Projektassistenz:
Manuela Hauptmann
Danijela Ilic

Fachliche Begleitung
Koordinationsgruppe PROHYG 2.0

Externe Begutachter
ARGE Selbsthilfe Österreich
Patientenanwaltschaft
Robert Koch-Institut Berlin
University of Geneva

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch Mag. Embacher (BMSGPK, Sektion VII)

Stand Mai 2015; formale Adaptierungen März 2021

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	IV
Abkürzungen.....	V
Glossar	VI
1 Einleitung	1
2 Ziele des Qualitätsstandards	3
3 Ausgangslage	4
4 Adressatinnen/Adressaten und Anwendungsbereich	5
5 Empfehlungen	6
Empfehlung 1: Stellung der Krankenhaushygiene	6
Empfehlung 2: Verantwortung für Hygiene in der Krankenanstalt.....	7
Empfehlung 3: Zusammensetzung des Hygieneteams.....	7
Empfehlung 4: Anforderungen an Mitglieder des Hygieneteams.....	8
Empfehlung 5: Aufgaben des Hygieneteams	9
Empfehlung 6: Ressourcen.....	13
Empfehlung 7: Zusammenarbeit mit mikrobiologischem Labor	14
Empfehlung 8: Zusammenarbeit mit Hygienezentren	14
Empfehlung 9: Fort- und Weiterbildung	14
Empfehlung 10: Hygienekommission	15
Empfehlung 11: Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene.....	15
Empfehlung 12: Hygienekontaktpersonen	17
Empfehlung 13: Einbeziehen von Patientinnen/Patienten und Besuchern/ Besucherinnen	18
6 Evaluierung.....	19
7 Gültigkeit und Aktualisierung.....	20

Abbildungen und Tabellen

Tabellen

Tabelle 5.1: Krankenhaushygieniker/in 8

Tabelle 5.2: Hygienebeauftragte/r 9

Tabelle 5.3: Hygienefachkraft 9

Abbildungen

Abbildung 5.1: Stellung der Krankenhaushygiene in einer bettenführenden Krankenanstalt 6

Abbildung 5.2: Kommunikationspartner/innen des Hygieneteams 17

Abkürzungen

AEMP	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte
AG	Arbeitsgruppe
ANISS	Austrian Nosocomial Infection Surveillance System
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMA	biomedizinische Analytikerin / biomedizinischer Analytiker
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie/n
BQRL	Bundesqualitätsrichtlinie/n
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ESAC	European Surveillance of Antimicrobial Consumption
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HAI	healthcare-associated infection
HELICS	Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance
IPSE	Improving Patient Safety in Europe
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
LGBl	Landesgesetzblatt
LLG	Leitliniengruppe
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MTD	Gehobene medizinisch-technische Dienste
NI	Nosokomiale Infektion, syn. Krankenhausinfektion, Healthcare-associated Infection (HAI), Gesundheitssystem-assoziierte Infektion
NRZ	Nationales Referenzzentrum
QS	Qualitätsstandard
OSR	Oberster Sanitätsrat
RKI	Robert Koch-Institut
SOP	Standard Operating Procedure

Glossar

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
ANISS	Austrian Nosocomial Infection Surveillance System / Österreichisches Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System	Seit 2004 als gemeinsames Projekt von der Medizinischen Universität Wien (Klinisches Institut für Krankenhaushygiene) und dem BMG betrieben; dient der laufenden, standardisierten Infektionserfassung in österreichischen Krankenanstalten.
Compliance	Bereitschaft einer Patientin / eines Patienten zur Zusammenarbeit mit Ärztin/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/innen einer Institution des Gesundheitswesens zur Einhaltung der vereinbarten hygienischen Regeln
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control / Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten	Begründet mit VERORDNUNG (EG) 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
Geschäftsordnung	Hier: schriftliche Vereinbarung über die Abwicklung der „Geschäfte“ des Hygieneteams	
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 119/98/EG.
Hygiene-beauftragte/r	Zur selbstständigen Berufsausübung berechtigte/r Ärztin/Arzt, die/der für Belange der Krankenhaushygiene in einer Krankenanstalt bestellt und nicht Fachärztin/-arzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene ist	Siehe § 8a KAKuG siehe dazu → Krankenhaushygieniker
Hygienefachkraft (HFK)	Qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit einer Sonderausbildung gem. § 70 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG), die mit Agenden der Krankenhaushygiene beauftragt ist.	Siehe § 8a KAKuG und § 70 GuKG
Hygiene-Kernteam	Die kleinste Organisationseinheit eines Hygieneteams. Die Mitglieder des Hygiene-Kernteam erfüllen gesetzlich definierte Funktionen und besitzen entsprechende Qualifikationen.	Gesetzlich nicht definiert
Hygienekommission	Die Hygienekommission setzt sich aus den Personen des Hygieneteams und der kollegialen Führung zusammen, evtl. erweitert um Vertreter/innen aus anderen Bereichen.	Gesetzlich nicht definiert

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
Hygienekontaktperson (HKP)	Ansprechpartner/in für das Hygieneteam auf Stations-/Abteilungsebene und den Funktionsbereichen (z. B.: Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte ...)	Gesetzlich nicht definiert
Hygienemappe	Siehe → Hygieneordner	
Hygieneordner	„Hygieneordner“ oder „Hygienemappe“ steht für eine Sammlung von Dokumenten, die hygienisch korrekte Abläufe für infektionsrelevante Sachverhalte des Hauses und seiner Bereiche beschreiben.	Arbeitsbegriff; der Hygieneordner ist Teil des Hygieneplans.
Hygieneplan	Der Hygieneplan ist ein „Qualitätshandbuch“ für alle hygienisch relevanten Sachverhalte der Gesundheitseinrichtung. Er umfasst Struktur- und Prozesselemente für krankenhaushygienisch gute Leistungen, beschreibt Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und zielt auf hohe Ergebnisqualität.	Siehe § 8a Abs 4 KAKuG
Hygieneteam (HYT)	In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der/die Krankenhaushygieniker/in bzw. die/der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.	Siehe § 8a Abs 3 KAKuG
Inzidenz	Anzahl der Neuerkrankungsfälle an einer bestimmten Erkrankung innerhalb eines bestimmten Zeitraums	Epidemiologische Messgröße für die Häufigkeit des Krankheitsgeschehens innerhalb eines bestimmten Zeitraums in einer bestimmten Population.
IPSE	Improving Patient Safety in Europe	EU-Dachprojekt für HELICS und andere Gemeinschafts-Projekte der EU
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten	Siehe Rechtsinformationssystem http://www.ris.bka.gv.at
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System	Deutsches System, das ab 1996 als gemeinsames Projekt vom Deutschen Referenzzentrum für Krankenhaushygiene und dem Robert Koch-Institut aufgebaut wurde und der laufenden, standardisierten Infektionserfassung dient.
Kollegiale Führung	Gemeinsame Leitung einer Krankenanstalt durch die Leiter/innen 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 zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung, zur Vornahme operativer Eingriffe, zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung, zur Entbindung, für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation 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.

Ausdruck (Begriff)	Definition	Anmerkung
Krankenhaushygieniker/in	Facharzt/-ärztin für Klinische Mikrobiologie und Hygiene, der/die in einer Krankenanstalt für Belange der Krankenhaushygiene bestellt ist.	Vgl. → Hygienebeauftragte/r Siehe § 8a KAKuG
MTD	Gehobene medizinisch-technische Dienste	MTD- Gesetz BGBl 1992/ 460 idgF
NI	Nosokomiale Infektion, Synonym: 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.
NRZ	Nationales Referenzzentrum	Nationales Referenzzentrum für Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (HAI) und Krankenhaushygiene (NRZ HAI und KHH).
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. von einer 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
Resistenzstatistik	Statistische Auswertung der Antibiotika-Resistenzdaten	
RKI	Robert Koch-Institut	Nachfolge-Einrichtung des Bundesgesundheitsamts Berlin http://www.rki.de/
Stabsstelle Stabsfunktion	Spezialisierte organisatorische Einheit, die fachspezifische Aufgaben ohne Fremdbestimmung und Weisungskompetenzen wahrnimmt. Stabsstellen sind an eine Leitungsstelle gebunden und erfüllen Aufgaben, die zum Bereich der jeweiligen Instanz gehören.	http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/stabsstelle/stabsstelle.htm
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)

1 Einleitung

Qualitätsstandards

Gemäß Definition im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)¹ sind Qualitätsstandards „beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten“ im Erbringen von Gesundheitsleistungen. Qualitätsstandards werden entwickelt, um eine bundesweit einheitliche, strukturierte Patientenversorgung im österreichischen Gesundheitssystem zu erreichen. Grundlage für das Erarbeiten von Qualitätsstandards ist die „Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz“².

Folgende übergeordnete Ziele sind gemäß GQG in der Entwicklung von Qualitätsstandards zu berücksichtigen:

- » Erhöhen der Patientensicherheit
- » Erhöhen der Patientenzufriedenheit
- » Optimieren der Patientenversorgung
- » Darstellen der Versorgungsebenen
- » Prozess- und Ergebnisqualität standardisieren, optimieren und transparent darstellen
- » Reduzieren der Variabilität im Erbringen von Gesundheitsdienstleistungen
- » Effizienz und Effektivität sicherstellen
- » integratives Darstellen der Rollen und Verantwortlichkeiten aller involvierten Akteure
- » Erhöhen der Sicherheit und der Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen im Gesundheitswesen beim Erbringen von Gesundheitsdienstleistungen erhöhen

Qualitätsstandard „Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ (kurz: Qualitätsstandard Krankenhaushygiene)

Nosokomiale Infektionen (NI), auch als „healthcare-associated infections“ oder „hospital-acquired infections“ (HAI) bezeichnet, sollen weitestgehend eingedämmt werden: Durch das Hintanhalten von Infektionen kann die Gesundheit von Patientinnen und Patienten so rasch wie möglich wiederhergestellt, die Qualität der stationären und ambulanten Versorgung gesichert und Kosten gesenkt bzw. das Entstehen zusätzlicher Kosten vermieden werden.

Im Jahr 2002 wurde daher vom damaligen Gesundheitsressort des Bundes „PROHYG Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ in erster Auflage als Empfehlung herausgegeben – eine Publikation, die in der Folge zu einem Standardwerk im Bereich der Organisation und Strategie der

1

Gesundheitsqualitätsgesetz: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl I Nr 179/2004, in der geltenden Fassung.

2

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Qualitaetsstandards/Qualitaetsstandards-gemaess-Gesundheitsqualitaetsgesetz.html>

Krankenhaushygiene avancierte. Den Entwicklungen in der Krankenhaushygiene Rechnung tragend wurde das Expertenpapier PROHYG den Erfordernissen der Zeit angepasst. PROHYG 2.0 (publiziert 2011, [Link](#)) stellt das Ergebnis einer grundlegenden Überarbeitung von PROHYG 2002 dar und berücksichtigt die wissenschaftlichen, rechtlichen und organisatorischen Entwicklungen der Jahre 2002 bis 2011.

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2013) wurde im operativen Ziel 8.3.1., das sich mit Patientensicherheit befasst, in Maßnahme 4 festgelegt, die Anpassungen von PROHYG 2.0 zur Erstellung des Bundesqualitätsstandards heranzuziehen.

Der Geltungsbereich des Qualitätsstandard Krankenhaushygiene

Eine detaillierte Abhandlung des Gesamtspektrums aller hygienerelevanten Problemstellungen im Gesundheitsbereich würde aufgrund der Unterschiedlichkeit in den jeweiligen Leistungsangeboten und rechtlichen Zuständigkeiten den Rahmen sprengen. Der Qualitätsstandard „Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ ist kein Ersatz für einschlägige krankenanstaltenrechtliche Bestimmungen und andere bundesweite Vorschriften, sondern präzisiert die Bedeutung der bereits existierenden unterschiedlichen Formulierungen in den jeweiligen Gesetzestexten. Er fokussiert daher auf Krankenanstalten und insbesondere auf bettenführende Krankenanstalten.

Die Hygienebelange für den niedergelassenen Bereich werden mit der Qualitätssicherungsverordnung 2018 und der Hygiene-VO der österreichischen Ärztekammer geregelt.

2 Ziele des Qualitätsstandards

Ziele des Qualitätsstandards Krankenhaushygiene

- » Reduzieren der Rate nosokomialer Infektionen in Krankenanstalten
- » Bekanntmachen der Leistungen der Hygiene in den Gesundheitseinrichtungen
- » Verbessern der Organisationsstruktur für Hygiene in den Gesundheitseinrichtungen
- » Verbessern der Schnittstellenprozesse im Gesundheitswesen
- » Verbessern der berufsübergreifenden Kommunikation
- » Verbessern der Aus- und Fortbildung der Mitglieder des Hygieneteams und der Mitarbeiter/innen
- » Verbessern der Mitarbeiterzufriedenheit in Hygieneteams
- » Effizientes und effektives Handeln
- » Etablieren des Hygieneteams als Stabsstelle der kollegialen Führung
- » Fördern der Effizienz der Hygiene in den österreichischen Gesundheitseinrichtungen
- » Verbessern der Compliance mit Hygiene-Regeln
- » Beitrag zur Kosteneffizienz im Gesundheitswesen

Im Jahresarbeitsprogramm 2014 zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag wurde PROHYG 2.0 als Konzept für einen Qualitätsstandard festgelegt. Neben dem „Nationalen Aktionsplan antimikrobielle Resistenzen“ (NAP-AMR)³ wurde der Qualitätsstandard Krankenhaushygiene gemäß GQG auf Basis von PROHYG 2.0 aus dem Jahr 2011 entwickelt.

3

BMASGK. Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz NAP-AMR. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2018.

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Antimikrobielle-Resistenzen-und-Gesundheitssystem-assozierte-Infektionen/Antimikrobielle-Resistenzen/NAP-AMR--Der-Nationale-Aktionsplan-zur-Antibiotikaresistenz.html>

3 Ausgangslage

Der Wissensstand zur Organisation von Hygiene in Gesundheitseinrichtungen ist in PROHYG 2.0 zusammengefasst und beinhaltet auch Empfehlung zu Strategien und Vorgehensweisen sowie zur Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Krankenanstalten).

Hygienemaßnahmen leiten sich für die einzelnen Gesundheitseinrichtungen nicht zuletzt von den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung ab, auch wenn sie dort nicht in gesonderten Hygienebestimmungen definiert sind.

Mehr Beachtung als früher muss auch der Verbreitung von Infektionserregern durch „Personen-transfer“ (durch Patientinnen und Patienten, Rettungswesen, Personal und Besucher/innen) geschenkt werden. Daher ist die Weitergabe der Information, ob jemand Träger/in von Infektionserregern ist, innerhalb der Krankenanstalt, bei Verlegung oder Entlassung essenziell.

Aus diesem Grund führten zahlreiche Krankenanstalten bei Aufnahme bestimmter Patientengruppen ein Screening auf Infektionserreger ein. In einigen Spitälern werden schon bei der Aufnahme von Patientinnen/Patienten im Zuge der Anamnese multiresistente Erreger elektronisch dokumentiert.

Generell müssen geeignete Hygienestandards in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens etabliert und muss die Kommunikation zwischen den Einrichtungen aufgebaut oder verbessert werden.

4 Adressatinnen/Adressaten und Anwendungsbereich

Der Qualitätsstandard Krankenhaushygiene richtet sich als Handlungs- und Entscheidungshilfe an Krankenanstalten (gemäß KAKuG §8a).

Adressatinnen und Adressaten sind insbesondere:

- » Träger von Krankenanstalten
- » Anstaltsleitungen von bettenführenden Krankenanstalten
- » Bedienstete in bettenführenden Krankenanstalten (inkl. Ambulanzen)

Darüber hinaus dient der Qualitätsstandard als Information für

- » Bürgerinnen und Bürger,
- » Berufsgruppen in bettenführenden Krankenanstalten, die nicht unmittelbar mit Patienten/Patientinnen arbeiten, und
- » andere Einrichtungen wie z. B.: Krankentransporte bzw. Rettungsdienste,

Die Anwendung des Qualitätsstandards umfasst folgende Bereiche:

- » alle bettenführenden Krankenanstalten

5 Empfehlungen

Wesentliche Elemente die Organisation und Aufgaben der Krankenhaushygiene betreffend sind in den Novellen des KAKuG definiert. Der Qualitätsstandard fasst die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen zusammen.

Empfehlung 1: Stellung der Krankenhaushygiene

Die Stellung des Hygieneteams ist in der Anstaltsordnung verankert.

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 (siehe PROHYG 2.0, Kapitel 5).

Die Krankenhaushygiene ist Stabsstelle der kollegialen Führung / Anstaltsleitung; in jedem Fall liegt die Verantwortung bei der Krankenanstaltsleitung.

Abbildung 5.1:

Stellung der Krankenhaushygiene in einer bettenführenden Krankenanstalt



Quelle: PROHYG (2002); Darstellung GÖG

Somit ist das Hygieneteam der Führung eines Hauses für den Bereich Krankenhaushygiene beige-stellt. Das Hygieneteam hat eine beratende Funktion. Nur die Krankenanstaltsleitung kann dem Hygieneteam dienstliche Anweisungen erteilen. In fachlicher Hinsicht ist das Hygieneteam gegenüber der Krankenanstaltsleitung unabhängig. Gegenüber anderen Stellen ist das Hygieneteam nicht weisungsbefugt, im Einzelfall können ihm jedoch von der Krankenanstaltsleitung fachliche Weisungsbefugnisse gegenüber anderen Stellen übertragen werden. Die Verantwortung für die Umsetzung von Empfehlungen des Hygieneteams trägt die Krankenanstaltsleitung.

Empfehlung 2: Verantwortung für Hygiene in der Krankenanstalt

Die kollegiale Führung / Anstaltsleitung

- » trägt die Verantwortung für die Einhaltung der externen und internen Vorschriften (Gesetze, Anweisungen, etc.) und das reibungslose Funktionieren der Anstalt und
- » trägt die Verantwortung für den Betrieb der Krankenanstalt nach den Regeln zeitgemäßer Krankenhaushygiene; insbesondere für die Schaffung der dazu erforderlichen Strukturen;
- » sichert den Informationsfluss innerhalb der Institution, um die Belange der Hygiene umsetzbar zu machen;
- » trägt die Verantwortung und sorgt für die Umsetzung der Empfehlungen des Hygieneteams;
- » ist Meinungsbildnerin in der Krankenanstalt im Interesse der Krankenhaushygiene;
- » ist verantwortlich für die Kommunikation mit der Gesundheitsbehörde unter Einbindung des Hygieneteams.

Das leitende Personal von Abteilungen, Stationen und anderen Untereinheiten

- » setzt Empfehlungen des Hygieneteams im Auftrag der kollegialen Führung um;
- » unterstützt das Hygieneteam in der Durchführung von krankenhaushygienischen Aufgaben, die die eigene Abteilung/Station betreffen;
- » ist meinungsbildend in der eigenen Abteilung/Station im Interesse der Krankenhaushygiene,
- » identifiziert gemeinsam mit dem Hygieneteam hygienerelevante Verbesserungspotenziale für die eigene Einheit oder die ganze Krankenanstalt.

Empfehlung 3: Zusammensetzung des Hygieneteams

Personelle Zusammensetzung des Hygieneteams

Das Hygieneteam fungiert als Stabsstelle in der Krankenanstalt. Daher sind wie für alle Organisationseinheiten einer Krankenanstalt auch hier die gesetzlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung anzuwenden (gemäß KAKuG §5b, §8a; PROHYG 2.0; siehe Kapitel 5.1).

Hygiene-Kernteam

Die Mitglieder des Hygieneteams erfüllen gesetzlich definierte Funktionen, die entsprechende Qualifikationen voraussetzen (gemäß KAKuG §8a, Absatz 1):

- » Funktion der Krankenhaushygienikerin / des Krankenhaushygienikers (Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie)
- » oder der/des Hygienebeauftragten (eine sonst fachlich geeignete Person, die zur selbständigen Berufsausübung als Ärztin oder Arzt berechtigt ist)
- » Funktion der Hygienefachkraft

Einer Stellvertreterregelung muss in der Geschäftsordnung schriftlich festgehalten werden.

Erweitertes Team

Eine Erweiterung des Hygieneteams kann zur Wahrnehmung spezieller Aufgaben erforderlich sein. Dazu können Angehörige aus dem ärztlichen und nichtärztlichen Dienst mit den erforderlichen Zeitressourcen angefordert und beigezogen werden (z. B. BMA, EDV-Personal, Mikrobiologinnen/Mikrobiologen).

Empfehlung 4: Anforderungen an Mitglieder des Hygieneteams

Die Kompetenzen des Hygieneteams und jedes seiner Mitglieder lassen sich folgendermaßen beschreiben (siehe PROHYG 2.0, Kapitel 5.2).

- » Das Hygieneteam ist in alle wichtigen Entscheidungsprozessen mit Relevanz für die Krankenhaushygiene einzubeziehen und anzuhören.
- » Das Hygieneteam hat Stabsfunktion und Beratungskompetenz. Die Mitglieder des Teams müssen ihre jeweilige berufsgruppenspezifische Fachkompetenz in die Entscheidungsfindungen einbringen. Alle Berufsgruppen im Team müssen daher so in Entscheidungsfindungen einbezogen werden, dass möglichst alle relevanten Aspekte Beachtung finden und bestmögliche Vorschläge im interdisziplinären Sinne entstehen können.
- » Darüber hinausgehend kann die Krankenhausleitung des Hauses dem Hygieneteam als Gruppe oder den einzelnen Mitgliedern bestimmte eigenverantwortliche Kompetenzen zuordnen.
- » Hinsichtlich der Inhalte der eigenen Fort- und Weiterbildung haben das Hygieneteam gegenüber der Krankenhausleitung des Hauses und die Berufsgruppen innerhalb des Teams Vorschlagsrecht – unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben zur Aus- Fort- und Weiterbildung

Tabelle 5.1:
Krankenhaushygieniker/in

Krankenhaushygieniker/in	
Anforderungen/Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> » Fachärztin/Facharzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene entsprechend der Ärzteausbildung » Klinische Erfahrung im Bereich der Infektiologie » Fachspezifische Fortbildung » Wünschenswert: Absolvierung einschlägiger Managementkurse
Verantwortlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> » Fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen » Fachlich richtige Durchführung der Aufgaben des Hygieneteams

Quelle: PROHYG 2.0; Darstellung: GÖG/BIQG

Tabelle 5.2:
Hygienebeauftragte/r

Hygienebeauftragte/r	
Anforderungen/Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> » Ärztin/Arzt mit Berechtigung zur selbstständigen Berufsausübung » Diplom für Krankenhaushygiene der Österreichischen Ärztekammer (siehe www.arztakademie.at oder www.aek.or.at) » Klinische Erfahrung mit Infektionen (Diagnostik/Therapie) » Fachspezifische Fortbildung » Wünschenswert: Absolvierung einschlägiger Managementkurse
Verantwortlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> » Fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen » Fachlich richtige Durchführung der Aufgaben des Hygieneteams

Qualifikation, Kenntnisse und Erfahrungen im Rahmen des Diplomerwerbs der ÖÄK dienen als Grundqualifikation des/der Hygienebeauftragten

Für spezielle Fragestellungen und Expertisen muss die/der Hygienebeauftragte eine Fachärztin / einen Facharzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene beiziehen.

Quelle: PROHYG 2.0; Darstellung: GÖG/BIQG

Tabelle 5.3:
Hygienefachkraft

Hygienefachkraft	
Anforderungen/Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> » Ausbildung lt. GuKG zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester / zum diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger » Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene lt. § 70 GuKG » Mindestens 3 Jahre einschlägige Berufspraxis » Absolvierung von fach- /funktionsspezifischen Fort- und Weiterbildungen
Verantwortlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> » Fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen » Fachlich richtige Durchführung der Aufgaben des Hygieneteams

Quelle: PROHYG 2.0; Darstellung: GÖG/BIQG

Empfehlung 5: Aufgaben des Hygieneteams

a) Kernaufgaben

Die folgenden Kernaufgaben sind vom Hygieneteam unter Beachtung des Bundesgesetzes und der jeweils geltenden landesgesetzlichen Bestimmungen wahrzunehmen (siehe PROHYG 2.0, Kapitel 6). So ist beispielsweise bei Stationsvisiten die persönliche Präsenz erforderlich.

Geschäftsordnung

Das Hygieneteam ist in die Anstaltsordnung aufzunehmen (siehe PROHYG 2.0 Kapitel 8.1); Bei Vorhandensein einer Geschäftsordnung sollte sie nachfolgende Mindestinhalte umfassen:

- » Aufgaben
- » Aufgabenverteilung

- » Verantwortlichkeiten
- » Kompetenzen
- » Form und Organisation der Zusammenarbeit

Erstellung und regelmäßige 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 des Personals in Hygiene-Angelegenheiten

- » Innerbetriebliche Fortbildungen
- » Beratung aller Mitarbeiter/innen 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
- » Initiierung von gezielten mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen im Anlassfall
- » Zusammenarbeit mit externen Spezialistinnen und Spezialisten, die in besonderen Fällen auf Empfehlung des Hygieneteams, durch die Krankenanstaltsleitung oder auch auf Veranlassung der Behörde beigezogen werden
- » Durchführung von Hygienevisiten

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 Analysen und Interpretationen von Surveillance-Ergebnissen
- » Initiierung, Organisation und Erstellen von Erreger- und Resistenzstatistiken sowie Mitwirkung bei der Konzeption zur wirksamen Eindämmung von Erregerselektion und Resistenzentwicklungen; Übermitteln der Ergebnisse an die jeweiligen Abteilungen

Mitwirkung bei der Planung und Organisation bei hygienischen Sachfragen des Hauses (Beratung der kollegialen Führung)

- » 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 Strukturen und Abläufe der Hygienearbeit

- » Besprechung hygienerelevanter Themen innerhalb des Hygieneteams
- » Protokollierung relevanter Besprechungs- und Begehungsergebnisse und im Regelfall Weiterleitung der Protokolle an die Gesprächsteilnehmer/innen und Krankenhausleitung
- » Weiterleitung der Ergebnisse an die für die Umsetzung verantwortlichen Personen (z. B. Abteilungsleitung und Krankenhausleitung)
- » Aufbau und Pflege eines „Hygiene-Netzwerkes“ im Hause (Kontaktpersonen, Krankenhausleitung, Einkauf, EDV, Haustechnik, mittleres Management) beispielsweise zum Erfahrungsaustausch, zu Fort- und Weiterbildungsthemen sowie für Problembesprechungen
- » Erstellung eines Jahres/Leistungsberichtes

Mitwirkung bei der behördlichen Einschau gemäß der Vorgaben des jeweiligen Landes

- » Z. B. Vorbereiten der Einschau gemäß den von der Behörde übermittelten Anforderungen (z. B. Checklisten)
- » Mitwirkung bei sanitätsbehördlichen Verfahren

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 Moderationsaufgaben
- » Erfahrungsaustausch mit Mitgliedern anderer Hygieneteams regional, national und international
- » Aktive Mitarbeit in Krankenhaushygiene-Arbeitsgruppen des eigenen Bundeslandes, bundesländerübergreifend und, wenn sich die Möglichkeit ergibt, auch grenzüberschreitend. Die Mitarbeit in diesen Netzwerken muss im Rahmen der Dienstzeit möglich sein.

Erstellen eines Jahresberichts durch das Hygieneteam

Das Erstellen eines Jahresberichtes ist ein Ziel, das auch schrittweise entwickelt werden kann. Ein erster Schritt kann das Verfassen eines Jahresberichts nur für einzelne Inhalte sein (z. B. MRSA-Bericht). Folgende Nutzungsziele sollen dabei beachtet werden:

- » Transparenz/Darstellung des Geleisteten für die Einrichtung selbst und nach außen (Ergebnisqualität)
- » Unterstützung künftiger Tätigkeiten durch die Krankenhausleitung
- » Evtl. Verwendung im Rahmen der sanitären Einschau

Folgende hygienerrelevante Inhalte sollte ein Jahresbericht enthalten:

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

Aufbewahrungsfristen von Hygieneplan / Reinigungs- und Desinfektionsplan / Prüfprotokollen / Untersuchungsergebnissen / Validierungs-Unterlagen und weiteren hygienerlevanten Dokumenten werden gemäß § 6 KAKuG in der Anstaltsordnung geregelt.

Weitere Informationen sind in PROYHG 2.0, Kapitel 9 zu finden.

Dokumentation

Die nachvollziehbare Dokumentation der Arbeit des Hygieneteams (z. B. Dokumentation von Visiten, Besprechungen, relevantem Mailverkehr, telefonischen Anfragen, Projektarbeit) ist aus folgenden Gründen 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

Worauf zu achten ist:

- » Protokolle / schriftliche Aufzeichnungen müssen so abgelegt werden, dass sie jederzeit greifbar sind.
- » Protokolle sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren, anders lautende Vorgaben durch den Krankenhausträger sind zu beachten.
- » Protokolle und Dokumente haben den Anforderungen der Dokumentenlenkung zu entsprechen, wie der Dokumentation von Verfasser/in; Datum der Erstellung; Freigabedatum; Version. Informationen müssen innerhalb des Teams jederzeit verfügbar sein.
- » Ein geeigneter Zugriff auf diese Informationen muss jederzeit gewährleistet werden (elektronisches Archiv, Vernetzung der PC 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.

b) Fakultative Aufgaben

Fakultative Aufgaben können, müssen aber nicht vom Hygieneteam wahrgenommen werden. *Diese sind nur in Absprache mit der kollegialen Führung durchzuführen und zu koordinieren.* Je nach Vorhandensein von zeitlichen und personellen Ressourcen können folgende Aufgaben vom Hygieneteam (teilweise in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen) zeitlich befristet oder permanent wahrgenommen werden:

- » Probennahme für Umgebungsuntersuchungen in allen Bereichen der Krankenanstalt
- » Punktuelle Überwachung der Einhaltung von im Haus beschlossenen Hygienerichtlinien im Einzelfall, wenn dazu die Krankenanstaltsleitung den Auftrag erteilt hat
- » Beratung beim Erstellen des Leistungskataloges für den Reinigungsdienst
- » Vorschlag an die Krankenanstaltsleitung zu externen Hygieneüberprüfungen
- » Beratung der Küchenleitung betreffend die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben (z. B. Lebensmittelhygieneverordnung) und 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 (z. B. Berichte, Veranstaltungen, Vorträge, Publikationen, Beiträge im Intranet und Internet)

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

Empfehlung 6: Ressourcen

Das zeitliche Ausmaß der Tätigkeiten von Krankenhaushygienikerinnen/-hygienikern, 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. Zu speziellen Fragestellungen und Expertisen muss für Hygieneteams ohne eigene Krankenhaushygienikerin / eigenen Krankenhaushygieniker gewährleistet sein, eine Fachärztin / einen Facharzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene beiziehen zu können.

Dem Hygieneteam müssen – nach exakter Fragestellung – zur Erfüllung seiner Aufgaben für die Krankenhaushygiene relevante Daten, Befunde und Berichte nach Möglichkeit EVD-technisch lesbar und weiterverarbeitbar verfügbar gemacht werden.

Jedes Hygieneteam benötigt geeignete Räumlichkeiten einschließlich zeitgemäßer Kommunikationsmittel und Medien. Die Möglichkeit zur Nutzung eines Besprechungszimmers ist sicherzustellen.

Empfehlung 7: Zusammenarbeit mit mikrobiologischem Labor

Dem Hygieneteam ist der Zugang zu mikrobiologischen Befunden zu gewähren. Eine enge Zusammenarbeit mit dem zuständigen mikrobiologischen Labor ist zu gewährleisten. Eine gemeinsame Strategie für die Infektionsüberwachung sowie für das Erstellen von Keim- und Resistenzstatistiken ist zu entwickeln.

Empfehlung 8: Zusammenarbeit mit Hygienezentren

Zur Erfüllung der Aufgaben des Hygieneteams hat die Krankenanstaltsleitung die Kooperation mit einer Institution mit unmittelbarem Patientenbezug, die sich schwerpunktmäßig mit dem Fachgebiet Klinische Mikrobiologie und Hygiene beschäftigt und unter der Leitung einer Fachärztin / eines Facharztes für Klinische Mikrobiologie und Hygiene steht, sicherzustellen. Die Institution soll über die erforderliche wissenschaftliche und praktische Expertise sowie über die notwendige personelle Ausstattung verfügen. Eine solche Institution für Krankenhaushygiene (Hygienezentrum) ist kein Ersatz für die Hygieneteams vor Ort.

Hygienezentren können für jene Fragestellungen und Expertisen herangezogen werden, die durch die Expertise des lokalen Hygieneteams nicht abgedeckt sind. Zwischen den Hygieneteams der einzelnen Krankenanstalten und den Hygienezentren kann eine regelmäßige Zusammenarbeit etabliert werden. Jede Krankenanstalt kann eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit mit einem Hygienezentrum innerhalb oder außerhalb der eigenen Trägerorganisation treffen.

Empfehlung 9: Fort- und Weiterbildung

Für die Mitglieder des Hygieneteams ist die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung unerlässlich. Für alle Mitglieder des Hygieneteams besteht Fortbildungspflicht gemäß den einschlägigen Gesetzen wie Ärztegesetz oder GuKG. Jedem Hygieneteam-Mitglied muss die fachspezifische und funktionsspezifische Fortbildung ermöglicht werden. Für entsprechende Zeit- und Budgetmittel hat die Krankenanstaltsleitung des Hauses zu sorgen. Die fachliche Auswahl der entsprechenden Fort- und Weiterbildung liegt im Ermessen des Hygieneteams.

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) anzubieten (siehe PROHYG 2.0, Kapitel 7.9).

Empfehlung 10: Hygienekommission

Die Hygienekommission soll die direkte Kooperation zwischen Hygieneteam und kollegialer Führung herstellen, und zwar zur Bearbeitung und Umsetzung von Hygieneanliegen, die über die Grenzen einzelner Abteilungen hinausgehen, sowie für bestimmte abteilungsinterne Anliegen, die mit einer/einem Abteilungsverantwortlichen nicht geregelt werden können oder die besonders dringend sind (Gefahr im Verzug). Die Hygienekommission sollte zumindest zwei Mal pro Jahr zusammentreten (siehe PROHYG 2.0, Kapitel 9.4).

Die Hygienekommission setzt sich aus den Personen des Hygieneteams und der kollegialen Führung zusammen, evtl. erweitert um Vertreter/innen aus anderen Bereichen, z. B. Apotheke, medizinisch-technische Dienste, Wirtschaftsabteilung, Technik, Arbeitsmedizin, mikrobiologisches Labor und Personalvertretung. Die interdisziplinäre Zusammensetzung kann es erleichtern, komplexe Themen von mehreren Seiten zu beleuchten. Im Rahmen ihrer Funktion als Stabsstelle der Krankenanstaltsleitung hat das Hygieneteam zwei Mal jährlich der Qualitätssicherungskommission zu berichten.

Empfehlung 11: Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene

Alle Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene sollten auf Basis wissenschaftlicher Literatur und Evidenz erstellt werden.

Hygieneplan

Der Hygieneplan ist ein „Qualitätshandbuch“ für alle hygienisch relevanten Sachverhalte der Gesundheitseinrichtung. Er umfasst Struktur- und Prozesselemente für krankenhaushygienisch gute Leistungen, beschreibt Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und zielt auf hohe Ergebnisqualität ab (siehe PROHYG 2.0, Kapitel 10).

Hygieneordner

„Hygieneordner“ oder „Hygienemappe“ enthält Dokumente, die hygienisch korrekte Abläufe für infektionsrelevante Sachverhalte des Hauses und seiner Bereiche beschreiben. In diesen Dokumenten sollen Grundanforderungen betreffend hygienegerechte Maßnahmen für die verschiedenen Bereiche zusammengetragen und verständlich begründet werden. Diese Sammlung soll den Einrichtungen zum einen als leicht handhabbares Nachschlagewerk für Fragen der Krankenhaushygiene zur Verfügung stehen und zum anderen als Einführung in die Grundlagen der Krankenhaushygiene dienen.

Checkliste für die technisch-hygienische Überprüfung

Das Erstellen einer „Checkliste“ sowie einer Terminübersichtsplanung gemeinsam mit der Haus-technik und den betroffenen Bereichen soll am Anfang der Überprüfung 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?
- » Warum wird die Messung durchgeführt? (Evidenz)
- » Welche Konsequenz(en) haben bestimmte Messergebnisse?
- » Wie sind die Ergebnisse zu bewerten?

Hygienevisite

Unter diesem Arbeitstitel werden Möglichkeiten beschrieben, wie das Hygieneteam und seine Mitglieder zielführend und erfolgreich in Erscheinung treten sollen. Das wesentliche Element der Hygienevisite ist der Besuch / die persönliche Präsenz. Die Ziele einer Hygienevisite sollten mit der kollegialen Führung festgelegt sein.

Fortbildungsveranstaltungen

Damit Hygienewissen allen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen zugänglich gemacht wird und Wissenstransfer auf breiterer Basis stattfinden kann, sind Fortbildungsveranstaltungen unumgänglich. Diese Fortbildungen können vom Hygieneteam initiiert oder durchgeführt werden.

Kommunikation und Information im Team

Funktionierende Kommunikationsabläufe werden durch einen zügigen, verständlichen, an das jeweils richtige Hygieneteam-Mitglied adressierten und nach Prioritäten gereihten Informationsaustausch gewährleistet (siehe PROHYG 2.0, Kapitel 11).

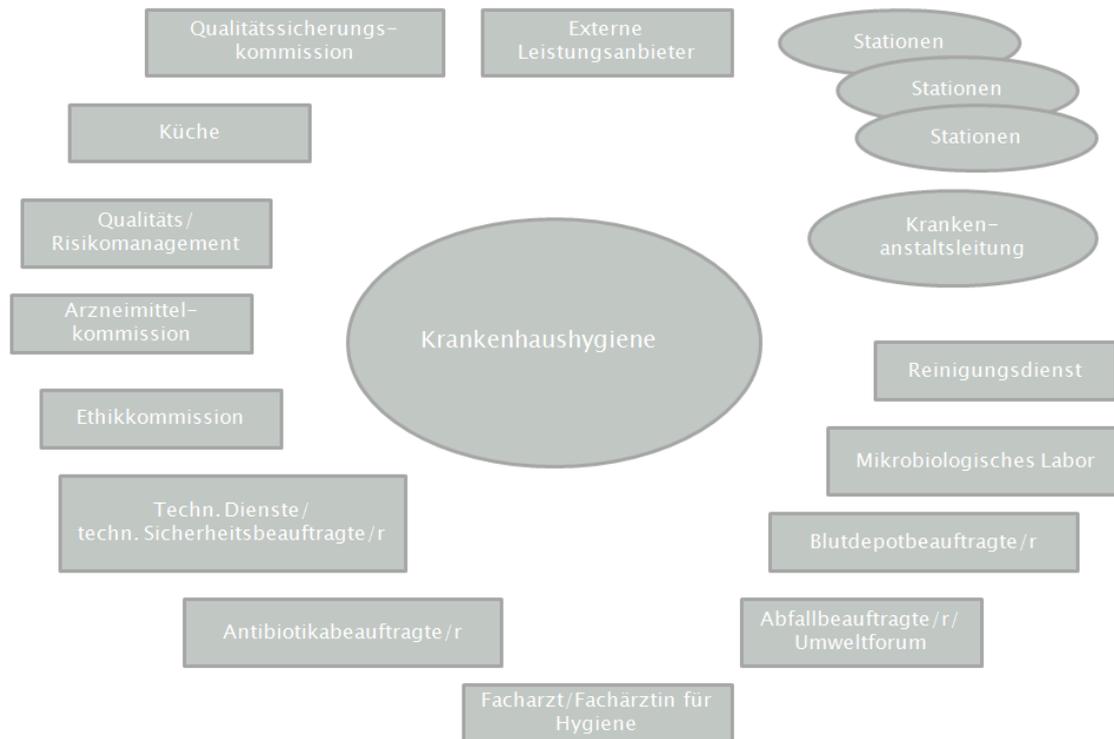
Wesentliches Element professioneller Kommunikation sind regelmäßige, strukturierte Besprechungen der Hygieneteam-Mitglieder nach einem vereinbarten Plan gemäß ihrer Geschäftsordnung (fixe Wochentage, Uhrzeit) und mit Tagesordnung. Zusätzlich ist die entsprechende Dokumentenlenkung sicherzustellen.

Kommunikation und Informationsfluss nach außen

Maßnahmen zur Infektionsprävention sind wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements. Daher sind zwischen Hygieneteam und Qualitätsmanagement enge Zusammenarbeit und Informationsaustausch notwendig. In Abbildung 5.2 werden weitere Kommunikationspartner/innen dargestellt (z. B.: Qualitätssicherung, Patientinnen und Patienten, Besucherinnen und Besucher).

Die Qualität der Kommunikation zwischen dem Hygieneteam und den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen der Krankenanstalt ist wesentliches Kennzeichen der Professionalität der Arbeit des Hygieneteams.

Abbildung 5.2:
Kommunikationspartner/innen des Hygieneteams



Quelle: PROHYG 2.0; Darstellung: GÖG/BIQG

Art und Weise der Kommunikation zwischen Hygieneteam und jeder dieser Einheiten wird unterschiedlich sein und die Kommunikation soll in beide Richtungen gepflegt werden. Gute Kommunikation –auch mit der kollegialen Führung – und wechselseitige Information sind für die effektive Hygienearbeit unerlässlich.

Empfehlung 12: Hygienekontaktpersonen

Zur Unterstützung des Hygieneteams sind Hygienekontaktpersonen in allen Krankenhausbereichen zu nennen; diese nehmen eine Multiplikatorfunktion für die Krankenhaushygiene ein.

Empfehlung 13: Einbeziehen von Patientinnen/Patienten und Besuchern/ Besucherinnen

Patienten/Patientinnen und Besucher/Besucherinnen sollen ausreichende Informationen erhalten, um an der Hygiene der Krankenanstalt mitwirken zu können (z. B. Händehygiene). Informationsmaterialien sind vorzuhalten.

6 Evaluierung

Der Auftraggeber (BMG) hat dafür zu sorgen, dass nach einem im Vorfeld festgelegten Zeitraum die Wirksamkeit des Qualitätsstandards Krankenhaushygiene evaluiert wird. Unter anderem ist der Grad der Umsetzung zu erheben. Die Evaluation sollte nach Möglichkeit bundesweit und repräsentativ sein.

Ergänzung im Rahmen der Verlängerung im April 2021: Im Jahr 2021 wurde ein Evaluierungsbericht im Rahmen der Zielsteuerung erstellt und den Gremien der Zielsteuerung – Gesundheit vorgelegt. Die Ergebnisse sollen u.a. in die künftige inhaltliche Überarbeitung dieses Qualitätsstandards einfließen.

7 Gültigkeit und Aktualisierung

Gültigkeit

Die Gültigkeitsdauer des vorliegenden Qualitätsstandards „Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ inkl. PROHYG ist auf maximal fünf Jahre ab dem Tag der Veröffentlichung durch das Bundesministerium für Gesundheit beschränkt.

Ergänzung im Rahmen der Verlängerung im April 2021: Die Bundes-Zielsteuerungskommission hat im April 2021 eine Verlängerung der Gültigkeit um drei Jahre nach Prüfung der Aktualität der Inhalte befürwortet.

Aktualisierung

Spätestens vor Beginn des letzten Jahres der Gültigkeit des vorliegenden Qualitätsstandards ist vom Bundesministerium für Gesundheit die Entscheidung zu treffen, ob eine Aktualisierung erforderlich ist oder ob die Gültigkeit ohne Aktualisierung auf weitere drei Jahre verlängert wird.