

**Diplomarbeit**

# **HYGIENEBEAUFTRAGTE IN ÖSTERREICH**

eingereicht von

**Priska Wanzenried**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde**

**(Dr.<sup>in</sup> med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Diagnostik- und Forschungsinstitut für  
Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin**

unter der Anleitung von

**Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. univ. Andrea Grisold, MBA**

Graz, 07.10.2019

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 07.10.2019*

*Priska Wanzenried eh*

## **Vorwort**

Auf der Suche nach einem passenden Thema für meine Diplomarbeit kam es eher ungeplant zum vorliegenden Thema nosokomiale Infektionen betreffend. Nachdem mein ursprüngliches Vorhaben, mich im Rahmen des Studienabschlusses mit Entwicklungszusammenarbeit zu beschäftigen, durch politische Instabilität im Zuge von Wahlen im Zielland hinfällig geworden war, und die Zeit das Studium abzuschließen gekommen war, nahm ich gerne das Angebot meiner Diplomarbeitbetreuerin Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. univ. Andrea Grisold, MBA an, das vorliegende Thema zu bearbeiten.

So kam es, dass ich mich, statt mit internationalen Themen, mit den hiesigen Herausforderungen beschäftigte, was mir einen Einblick sowohl in Gesetzgebung als auch Organisation und Strategie rund um Krankenhaushygiene in Österreich bot.

Und, bekanntlich soll man ja zuerst vor der eigenen Haustüre kehren...

Zeitweise war es eine Überwindung mich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, war es doch nicht mein Wunschthema. Allerdings wurde mir die Bedeutung guter Organisation und Strategie als Basis für eine funktionierende und qualitativ hochwertige Patientenbetreuung, nicht nur die Krankenhaushygiene betreffend, als unentbehrlich bewusst.

So bin ich absolut dankbar im Rahmen dieser Diplomarbeit Kenntnisse in diesen Bereichen gewonnen zu haben, die ich mir privat wohl nicht in dieser Tiefe angeeignet hätte.

## Danksagungen

Besonderer Dank gilt hier in erster Linie meiner Betreuerin Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med. univ. Andrea Grisold, MBA, die sich geduldig bei jedem Treffen viel Zeit genommen hat, um mich bei der Erstellung der Arbeit bestmöglich zu unterstützen und mich an den lieben roten Faden einer Diplomarbeit zu erinnern, der mir immer wieder zu entgleiten schien.

Den fleißigen Korrekturleserinnen ist außerdem zu verdanken, dass wohl die meisten Fehler noch rechtzeitig behoben werden konnten. Vielen Dank für das konstruktive Feedback, Maria Pronegg, Valentina Klocker und Iris Hölzl!

Für das wunderschöne Englisch des Abstracts trägt meine fabelhafte Mitbewohnerin, Evelin Reichel, die Lorbeeren - DANKE!!!

In diesem Rahmen möchte ich mich auch gegenüber sämtlichen Personen bedanken, die mich während der Zeit des Studiums bereichert haben:

Besonders zu erwähnen sind hier meine, immerzu für ihre Kinder betenden Eltern Magdalena und Peter Wanzenried, die mich mit ermutigenden Worten bei Misserfolgen und Mitfreude über Fortschritte begleiteten.

Auch allen meinen so lieben Geschwistern sei hier gedankt - insbesondere Iris Hölzl, einer wunderbaren Schwester - danke für deine Freundschaft! Die gegenseitige Offenheit und der persönliche Austausch, sowie die ausgelassenen Schwestern-Stunden sind mir sehr wertvoll - you are awesome!

Danke auch an all die lieben Studienkolleginnen/Studienkollegen, die mich mit wichtigen Informationen versorgt, motiviert und auch ein wenig „angetrieben“ haben!

Gedankt sei auch den vielen wertvollen älteren und jüngeren Freunden, die mein Leben durch ihr wunderbares Wesen, ihre Offenheit, Erfahrung und Weisheit bereichern.

Meine letzte und doch größte Anerkennung gilt Gott, dem Schöpfer alles Seienden, welches wir erforschen und darüber staunen dürfen, und Jesus, durch den er uns sein Wesen und seine Liebe zu uns in einzigartiger Form zeigte.

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	ii
Danksagungen .....	iii
Inhaltsverzeichnis.....	iv
Glossar und Abkürzungen .....	viii
Abbildungsverzeichnis.....	x
Tabellenverzeichnis.....	xii
Zusammenfassung .....	xiii
Hintergrund .....	xiii
Methodik .....	xiii
Ergebnisse .....	xiii
Schlussfolgerungen.....	xiv
Abstract .....	xv
Background.....	xv
Method .....	xv
Results .....	xv
Conclusion .....	xvi
Einleitung.....	1
1 Die Herausforderung „nosokomiale Infektionen“.....	3
1.1 Definition .....	3
1.2 Häufigste Erreger und klinische Bilder nosokomialer Infektionen.....	4
1.3 Multiresistente Erreger .....	4
1.3.1 Pseudomonas aeruginosa .....	5
1.3.2 Acinetobacter.....	5
1.3.3 Escherichia coli.....	6

1.3.4	Staphylococcus aureus.....	7
1.4	Risikofaktoren für nosokomiale Infektionen.....	8
1.5	Epidemiologie und Folgen nosokomialer Infektionen .....	8
1.6	Präventionspotential gegenüber nosokomialen Infektionen .....	9
2	Öffentliche Maßnahmen gegen nosokomiale Infektionen .....	10
2.1	Transparente Dokumentationspflicht.....	10
2.2	Clean care is safer care .....	10
2.3	Aktion Saubere Hände .....	10
2.4	Globale Initiativen und Surveillance .....	11
2.5	Nationale österreichische Initiativen und Surveillance .....	11
2.5.1	AURES-Bericht.....	11
2.5.2	Überwachung des nationalen Antibiotikaverbrauchs .....	12
2.5.3	CARBA-Net.....	12
2.6	Netzwerke zur Überwachung nosokomialer Infektionen.....	13
2.6.1	Surveillance in Österreich.....	13
2.6.2	EU-weite Surveillance.....	14
3	Rechtliche Rahmenbedingungen der Krankenhaushygiene in Österreich .....	14
3.1	Kompetenzen des Bundes .....	15
3.1.1	Ärztegesetz.....	16
3.1.2	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz.....	16
3.1.3	Die sanitäre Aufsicht.....	16
3.2	Geteilte Kompetenzen.....	17
3.2.1	Grundsatzgesetzgebung: Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz ..	17
3.2.2	Ausführungsgesetze .....	19
3.2.3	Richtlinien für Ordinationsstätten und Gruppenpraxen .....	19

3.3	Kompetenzen der Länder.....	19
3.4	Rechtliche Rahmenbedingungen der Krankenhaushygiene in Deutschland	20
3.4.1	Grundsatzgesetze - das deutsche Infektionsschutzgesetz (IfSG) .....	20
3.4.2	Verantwortung auf Ebene der Länder in Deutschland .....	21
3.4.3	Surveillance von nosokomialen Infektionen .....	22
3.4.4	Personalplanung für die Belange der Hygiene .....	22
3.5	ProHyg-Leitlinien 1.0 und 2.0 .....	27
3.5.1	Das Hygieneteam .....	28
3.5.2	Umfeld und Stellung der Krankenhaushygiene.....	29
3.5.3	Personelle Ressourcen.....	29
3.5.4	Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene .....	30
4	ÖÄK-Diplom für Krankenhaushygiene .....	31
5	Fragebogenerhebung im Rahmen des ÖÄK-Diploms Krankenhaushygiene .....	32
5.1	Studienziel.....	32
5.2	Methodik.....	32
5.3	Teilnehmerinnenquote/Teilnehmerquote.....	33
5.4	Ergebnisse der Umfrage .....	34
5.4.1	Allgemeines über die Krankenhausstruktur .....	34
5.4.2	Hygieneteam.....	39
5.4.3	Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen .....	50
5.4.4	Organisation der Krankenhaushygiene.....	56
5.4.5	Surveillance .....	67
5.4.6	Ihre Rolle als Hygienebeauftragte/als Hygienebeauftragter.....	71
5.5	Hintergrundinformation zur Umfrage von ProHyg 1.0.....	84
6	Diskussion .....	84

6.1	Hygieneteam und ärztliche Mitglieder .....	85
6.2	Organisatorisches und Strukturelles .....	86
6.3	Surveillance.....	89
6.4	Ausblick und Anregungen .....	90
6.5	Limitation der durchgeführten Studie.....	90
7	Bibliografie .....	91
8	Anhang - Fragebogen .....	96

## Glossar und Abkürzungen

Ausdruck/ Begriff	Definition
ANISS	Austrian Nosocomial Infection Surveillance System
ASH	Aktion Saubere Hände
AURES-Bericht	Jährlicher Resistenzbericht Österreich
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CT	Computertomographie
EARS-Net	European Antimicrobial Resistance Surveillance Network
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ESBL	Extended Spectrum Beta Lactamase
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
ggf.	gegebenenfalls
GLASS	Global Antimicrobial Resistance Surveillance System
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HAI-Net	Healthcare-associated Infections Surveillance Network
HELICS	Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance
HFK	Hygienefachkraft
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IPSE	Improving Patient Safety in Europe
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz

KISS	Krankenhaus- Infektions- Surveillance- System
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
max.	maximal
MRSA	Methicillin resistente Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanztomographie
NAP-AMR	Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz
NI	Nosokomiale Infektion/en
NISS	Nosokomiales- Infektions- Surveillance- System
NRZ	Nationales Referenzzentrum
ÖÄK-Diplom für Krankenhaushygiene	Diplom der Österreichischen Ärztekammer für Krankenhaushygiene
ÖGHMP	Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin
QIP	Quality Indicator Project
RKI	Robert Koch Institut
SAB	Sonderausbildung
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
WHO	World Health Organization
z.B.	zum Beispiel

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Umfeld der Krankenhaushygiene; Quelle und Darstellung: Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit: ProHyg 2.0 – Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene, 2014, Wien. ....	29
Abbildung 2: Betriebsart der Krankenanstalten; Quelle: eigene Darstellung .....	34
Abbildung 3: Krankenanstaltstypen; Quelle: eigene Darstellung .....	35
Abbildung 4: Bettenkapazitäten der Krankenanstalten; Quelle: eigene Darstellung ..	37
Abbildung 5: Regelung der Krankenhaushygiene in der Anstaltsordnung; Quelle: eigene Darstellung .....	38
Abbildung 6: Existenz von Hygieneteams; Quelle: eigene Darstellung .....	39
Abbildung 7: Qualifikation der Hygienebeauftragten; Quelle: eigene Darstellung .....	40
Abbildung 8: Qualifikation der Hygienefachkräfte; Quelle: eigene Darstellung .....	44
Abbildung 9: Weitere Mitglieder des Hygieneteams; Quelle: eigene Darstellung .....	47
Abbildung 10: Vertretung hygienebeauftragter Ärztinnen/Ärzte; Quelle: eigene Darstellung .....	48
Abbildung 11: Vertretung für Hygienefachkräfte; Quelle: eigene Darstellung .....	49
Abbildung 12: Räumliche Ressourcen für Hygienebeauftragte; Quelle: eigene Darstellung .....	50
Abbildung 13: Räumliche Ressourcen für Hygienefachkräfte; Quelle: eigene Darstellung .....	51
Abbildung 14: PC-Ausstattung Hygienebeauftragter; Quelle: eigene Darstellung .....	53
Abbildung 15: PC-Ausstattung von Hygienefachkräften; Quelle: eigene Darstellung .....	53
Abbildung 16: Hygienekommissionen in Krankenanstalten; Quelle: eigene Darstellung .....	56
Abbildung 17: Beziehung des Hygieneteams bei baulichen Veränderungen; Quelle: eigene Darstellung .....	59

Abbildung 18: Beziehung des Hygieneteams bei hygienerelevanten Anschaffungen; Quelle: eigene Darstellung .....	60
Abbildung 19: Zugriff auf Patientendaten durch Hygienebeauftragte; Quelle: eigene Darstellung .....	62
Abbildung 20: Zugriff auf allgemeine Statistik durch Hygienebeauftragte; Quelle: eigene Darstellung .....	63
Abbildung 21: Zugriff auf Krankengeschichten durch das Hygieneteam; Quelle: eigene Darstellung .....	64
Abbildung 22: Position der Kollegialen Führung gegenüber den Belangen der Krankenhaushygiene; Quelle: eigene Darstellung.....	65
Abbildung 23: Besprechungen zwischen Hygieneteam und Kollegialer Führung; Quelle: eigene Darstellung .....	66
Abbildung 24: Durchführung regelmäßiger Keim- und Resistenzüberwachungen; Quelle: eigene Darstellung .....	67
Abbildung 25: Erfassung nosokomialer Infektionen; Quelle: eigene Darstellung.....	68
Abbildung 26: Teilnahme an Surveillance-Programmen für nosokomiale Infektionen; Quelle: eigene Darstellung .....	70
Abbildung 27: Alter der teilnehmenden Hygienebeauftragten; Quelle: eigene Darstellung .....	71
Abbildung 28: Fachliche Herkunft der Hygienebeauftragten; Quelle: eigene Darstellung .....	73
Abbildung 29: Berufliche Position der teilnehmenden Hygienebeauftragten; Quelle: eigene Darstellung .....	74
Abbildung 30: Geplante längerfristige Mitarbeit im Bereich der Krankenhaushygiene; Quelle: eigene Darstellung .....	75

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Empfehlungen für die Personalausstattung in Österreich anhand der Krankenanstaltstypen; Quelle und Darstellung: leicht modifiziert nach: Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit: ProHyg 2.0 – Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene, 2014, Wien. ....	24
Tabelle 2: Einstufung des Infektionsrisikos für verschiedene Abteilungen/Patientinnen und Patienten; Quelle und Darstellung: leicht modifiziert nach Robert Koch Institut: Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen, 2016, Berlin Heidelberg.....	25
Tabelle 3: Vertraglich festgelegte Stunden Hygienebeauftragter; Quelle: eigene Darstellung .....	42
Tabelle 4: Zufriedenheit Hygienebeauftragter mit ihren zeitlichen Ressourcen; Quelle: eigene Darstellung .....	43
Tabelle 5: Zeitliche Ressourcen von Hygienefachkräften; Quelle: eigene Darstellung .....	45
Tabelle 6: Gesamte berufliche Erfahrung der Hygienebeauftragten in Jahren; Quelle: eigene Darstellung .....	72

# Zusammenfassung

## Hintergrund

Nosokomiale Infektionen stellen für Patientinnen/Patienten eine reale Bedrohung im Rahmen stationärer Behandlungen dar. Das Auftreten einer solchen Infektion bedeutet für die jeweilige Patientin/den jeweiligen Patienten einen längeren stationären Klinikaufenthalt, unnötige psychische Belastung und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko. Daneben ist auch die größtenteils vermeidbare Mehrbelastung des Gesundheitssystems zu erwähnen. Zusammen mit der globalen Herausforderung von multiresistenten Erregern bergen nosokomiale Infektionen zwar ein hohes Schadenspotential, gleichzeitig zeigt sich aber ein sehr hohes Präventionspotential, das im Rahmen der Krankenhaushygiene genutzt werden kann. Zu diesem Zweck sind jeweils Hygieneteams eingesetzt, deren Zusammenstellung und Ausstattung in Österreich in den ProHyg-Leitlinien vorgegeben sind.

## Methodik

Im Rahmen einer laufenden ÖÄK-Ausbildung zur/zum Hygienebeauftragten wurde mittels anonymisierter Umfrage unter den Teilnehmenden der aktuelle Stand der Krankenhaushygiene in Österreich so weit wie möglich erhoben. Für ausgewählte Bereiche wurde des Weiteren ein Vergleich mit den Ergebnissen einer 2001, durch das *Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen* zum selben Thema durchgeführten Befragung hergestellt, um, soweit wie möglich, auf die Entwicklung seither schließen zu können.

## Ergebnisse

Während sich bezüglich der Qualifikation der Hygienebeauftragten und ihren Vertreterinnen/Vertretern positive Entwicklungen verzeichnen lassen, finden sich andere Bereiche noch deutlich im Rückstand. Ein in der Fragebogenerhebung wiederkehrendes Thema stellen die mangelhaften zeitlichen Ressourcen dar. Auch hinsichtlich vorhandener Räumlichkeiten und der Bereitstellung von Fachliteratur oder Zeitschriften spiegelt sich im Vergleich mit der ersten Umfrage eine rückläufige Entwicklung wider. Ebenso muss innerhalb der Hygieneteams u.a. aufgrund deutlich

seltener stattfindender teaminterner Besprechungen eine Qualitätsminderung seit der Durchführung der ersten Umfrage im Jahr 2001 verzeichnet werden. In der vorliegenden Umfrage kristallisiert sich als weitere zentrale Herausforderung die Zusammenarbeit zwischen Kollegialer Führung und Hygieneteam heraus. Dabei nimmt fast ein Viertel der Befragten ihre Vorgesetzten als „gleichgültig, aber nicht hinderlich“ wahr. Auch Besprechungen zwischen Hygieneteam und Kollegialer Führung finden deutlich seltener statt als zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung im Jahr 2001.

## **Schlussfolgerungen**

Die in den ProHyg-Leitlinien festgehaltenen Personalvorgaben finden sich anhand der vorliegenden Fragebogenerhebung im Jahr 2019 unverändert und als bei Weitem nicht erfüllt. Verbesserungsbedarf besteht sowohl in personellen wie auch in strukturellen Belangen, betreffend u.a. zeitlicher Ressourcen und räumlicher Ausstattung. Ein weiterer Diskussionspunkt ist die Überwachung nosokomialer Infektionen, wobei das Einspielen von Daten in österreichische Überwachungssysteme, verglichen mit den Ergebnissen der Umfrage aus dem Jahr 2001, bereits häufiger durchgeführt wird, aber noch lange nicht als vollständig betrachtet werden kann. Die Bedeutung der Krankenhaushygiene als wichtigstes Instrument zur Verhinderung nosokomialer Infektion wird in den nächsten Jahren voraussichtlich noch deutlicher hervortreten. Es bleibt zu hoffen, dass besonders Anstaltsträger dies auch rechtzeitig erkennen und entsprechend eingreifen.

# **Abstract**

## **Background**

Nosocomial infections pose a real threat in inpatient care facilities. Consequences include prolonged hospitalization and an increased mortality risk as well as unnecessary psychological stress for patients and largely preventable additional costs for the healthcare system. In combination with the global threat of multiresistant microbes, nosocomial infections can result in enormous challenges in healthcare fields. At the same time, however, the potential for prevention is very high and should be made use of through the effective work of so-called “hygiene teams“. Such hygiene teams consist mainly of medical persons specialized in hospital hygiene and appropriately trained healthcare workers.

## **Method**

In order to become qualified for this responsibility as a medical person, one has to obtain a diploma degree for hospital hygiene offered by the Austrian Medical Association (ÖÄK). To gain an overview of the current situation in Austria regarding medical persons responsible for hospital hygiene, attendees of the ongoing course were asked to participate in an anonymous survey. The results of said survey were compared to the results of a 2001 survey conducted by the Austrian Federal Ministry for Social Security and Generations in order to draw conclusions about the development of hospital hygiene.

## **Results**

While the qualification of medical persons and their representatives has improved, other areas of hospital hygiene still show significant deficiencies. One reoccurring issue shown by the survey’s results is the lack of time to carry out hygiene-specific tasks in daily hospital routine. The availability of facilities, technical literature and journals has also decreased since the first survey in 2001. Furthermore, the quality of hygiene teams themselves has worsened, for example due to very infrequent team meetings. Another major issue is the collaboration between the hygiene team and the hospital’s leadership. Approximately 25% of all survey participants consider their superiors

“indifferent, but not a hindrance”. The number of meetings between hygiene teams and the hospital’s leadership has also decreased since the survey in 2001.

## **Conclusion**

The current state of hospital hygiene is still far from meeting the requirements of the ProHyg guidelines. Therefore, there is much need for improvement, especially concerning availability of time and structural aspects. The surveillance of nosocomial infections also needs to be addressed. As the importance of hospital hygiene is expected to become even more apparent in the years ahead, the leadership of healthcare facilities would be well-advised to recognize this development in time and act accordingly.

## Einleitung

Mit zunehmender Entwicklung von antibakteriellen Resistenzen wurden nosokomiale Infektionen (NI) über die letzten Jahre zur wachsenden Herausforderung in der Gesundheitsversorgung, wodurch die Krankenhaushygiene zur Gewährung des Patientenschutzes immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner für krankenhaushygienische Belange im stationären Bereich ist das Hygieneteam, dessen Leitung im Idealfall einer Fachärztin/einem Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie obliegt. Da die Anzahl der Ärztinnen/Ärzte dieser Fachrichtung in Österreich den Bedarf bei weitem nicht deckt, kann diese Funktion seit mehr als 20 Jahren auch von Medizinerinnen/Medizinern anderer Fachrichtungen übernommen werden. Die Qualifikation einer/eines sogenannten Hygienebeauftragten wird durch eine Zusatzausbildung für Krankenhaushygiene erlangt.

Da die Einsetzung einer/eines Hygienebeauftragten in bettenführenden Krankenanstalten gesetzlich verpflichtend ist, werden die jährlich stattfindenden Ausbildungskurse im Rahmen des Österreichischen- Ärztekammer- Diploms (ÖÄK-Diplom) für Krankenhaushygiene stets gut besucht. Die Ausbildung für dieses Diplom nimmt insgesamt rund zwei Jahre in Anspruch und besteht aus fünf prüfungsrelevanten Kursmodulen zu je zwei Tagen. Gesetzlich darf eine Teilnehmerin/ein Teilnehmer ab Beginn des Kurses bereits als Hygienebeauftragter arbeiten. Nach Erhalt dieses Diploms gibt es keine weitere gesetzliche Verpflichtung zu themenspezifischen Fortbildungen in puncto Krankenhaushygiene; die Verantwortung dafür liegt beim Dienstgeber selbst.

Die Aufgaben einer/eines Hygienebeauftragten sind mannigfaltig und reichen von Fragen zum Thema Patientenisolierung beim Auftreten multiresistenter Erreger, über die Erstellung von Notfallplänen bei epidemisch auftretenden Erkrankungen, wie z.B. durch Rota- oder Masernviren, bis hin zur Mitarbeit bei Neu-, Zu- und Umbauten. Während sich die Aufgabengebiete also sehr vielseitig und arbeitsintensiv gestalten, befinden sich die für die Hygienebeauftragten vorgesehenen Stunden pro Woche meist im einstelligen Bereich. Mittels der durchgeführten Umfrage unter den

Teilnehmerinnen/Teilnehmern eines aktuellen Ausbildungsdurchganges soll evaluiert werden, wie angehende Hygienebeauftragte ihre Arbeitssituation einschätzen, bzw. soll vor allem die strukturelle und personelle Ausstattung rund um Hygieneteams dargestellt werden.

Im Rahmen der 2002 veröffentlichten ProHyg-Leitlinien wurde vom *Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen* 2001 eine Studie zum selben Thema durchgeführt. Soweit wie möglich soll durch den Vergleich mit dieser die Entwicklung der Ausstattung im Bereich der Krankenhaushygiene in Österreich seit dieser ersten Umfrage evaluiert werden.

Die Zielsetzung dieser Diplomarbeit besteht letztlich in der Optimierung und Ergänzung der Ausbildung zur hygienebeauftragten Ärztin/zum hygienebeauftragten Arzt, sowie der Darstellung der räumlichen und personellen Ausstattung von Hygieneteams in Österreich - dies alles mit dem Bestreben, Hygienebeauftragte in ihren täglichen Herausforderungen noch besser unterstützen zu können.

Aufgrund der Anonymität der Umfrage ist von einer weitgehend offenen Beantwortung der Fragen durch die Teilnehmerinnen/Teilnehmer auszugehen. Da die Zahl der Teilnehmerinnen/Teilnehmer jedoch vergleichsweise klein ist, sind die Ergebnisse vor diesem Hintergrund zu verstehen und Rückschlüsse auf die Gesamtsituation der Krankenhaushygiene in Österreich nur begrenzt zu ziehen.

Vornweg soll die zugrundeliegende Problemstellung nosokomialer Infektionen erörtert werden, welche durch die Arbeit des Hygieneteams und somit auch durch die in unserem Fokus stehenden Tätigkeit der Hygienebeauftragten minimiert werden sollen.

Des Weiteren sollen die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhaushygiene und deren Struktur und Organisation beleuchtet werden - dies anhand der Grundsatzgesetzgebung und der 2014 vom *Bundesministerium für Gesundheit* verfassten zweiten Auflage der ProHyg-Leitlinien.

Ein Exkurs zum Vergleich der Krankenhaushygiene mit Deutschland soll einen Blick über die Grenzen Österreichs bieten - so auch die Übersicht über nationale und europäische Netzwerke zur Überwachung und Prävention nosokomialer Infektionen.

# 1 Die Herausforderung „nosokomiale Infektionen“

Der Begriff nosokomiale Infektion (NI) bezeichnet eine Komplikation, die im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen steht. Ihr Auftreten bedeutet nicht nur ein zusätzliches gesundheitliches Risiko, seelische Mehrbelastung, die Verzögerung einer eventuell notwendigen Rehabilitation und einen noch längeren Ausfall als Berufstätiger für den Patienten, sondern auch eine Mehrbelastung des Gesundheitssystems und dessen Ressourcen. Des Weiteren ist auch der in diesem Zusammenhang wachsende Antibiotikaverbrauch und folgend die Zunahme von Resistenzen zu beachten, was wiederum die Therapie nosokomialer Infektionen erschwert - ein potenzieller Circulus vitiosus (1).

## 1.1 Definition

Eine nosokomiale Infektion wird folgendermaßen definiert (2):

*„Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand“*

Laut der Robert Koch Abteilung *Nationalen Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ)* dürfen Symptome einer derartigen Infektion definitionsgemäß frühestens drei Tage nach Eintritt in die Klinik auftreten; andernfalls gilt sie als von extramural mitgebrachte/ingeschleppte Infektion (3).

Man unterscheidet nach der Erregerherkunft außerdem folgende Infektionen:

- **Endogene NI** machen, auf bisherige Beobachtungen gestützt, ungefähr zwei Drittel aller NI aus und resultieren aus einem Erregerspektrum, das der jeweiligen Patientin/dem jeweiligen Patienten als physiologische Flora eigen ist. Sie können laut einigen Fachmeinungen nur sehr begrenzt verhindert werden. Bei der Diagnose ist zu beachten, dass man zwischen physiologischer Kolonisierung des Erregers und invasivem Verhalten zu unterscheiden hat (1).
- **Exogene NI** werden durch Erreger hervorgerufen, die aus der Umgebung der Patientin/des Patienten und von Mitpatienten („Kreuzinfektion“) stammen, aber

größtenteils vom Krankenhauspersonal übertragen werden. Besonders hier kommt die Krankenhaushygiene zum Schutz des Patienten ins Spiel (1).

## **1.2 Häufigste Erreger und klinische Bilder nosokomialer Infektionen**

Die europaweite Prävalenzerhebung NI in Akutkrankenanstalten von 2011-2012 durch das *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* zeigt, dass nosokomiale Infektionen mit 19,6% am häufigsten im Rahmen operativer Eingriffe, am zweithäufigsten in Form von Pneumonien mit 19,4% und schließlich in 19% als Harnwegsinfektionen auftreten. Eine etwas niedrigere Prävalenz zeigen mit 10,6% Blutstrominfektionen (4).

80-85% der nosokomialen Infektionen werden bakteriell verursacht. Hier finden sich vorrangig *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus species*, Enterobakteriäzen und *Acinetobacter species*.

In 10-15% sind Pilze für das Auftreten einer derartigen Komplikation verantwortlich. Von dieser Erregergruppe sind insbesondere immunschwache Patienten vermehrt betroffen.

Schließlich kommen in ca. 5% auch Viren als Verursacher nosokomialer Infektionen vor. Hierbei bedeutend sind vor allem Noroviren, Rotaviren, Adenoviren, Varizella-Zoster- oder Cytomegalie-Viren (5).

## **1.3 Multiresistente Erreger**

Im Jahr 2017 veröffentlichte die *World Health Organization (WHO)* eine Prioritätenliste zur weltweiten Situation multiresistenter Erreger (6). Um die Bedeutung einer effektiven Surveillance und Prävention nosokomialer Infektionen zu veranschaulichen, soll die österreichische und europaweite Resistenzlage einiger ausgewählter Pathogene im Anschluss genauer beleuchtet werden. Dargestellt werden die Erreger der ersten Priorität der *WHO*-Liste und der Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*, der zur Liste der zweiten Priorität gerechnet wird, aber je nach Land und Krankenhaus ein vorrangiges Problem darstellen kann. Ein jeweils kurzer Steckbrief zu den einzelnen Erregern ist in *kursiver* Schrift verfasst. Die Daten zur Resistenzsituation bestimmter Indikatorkeime im Vergleich zu anderen Ländern, auf die im Folgenden Bezug

genommen wird, werden für Österreich jährlich im sogenannten *AURES*-Bericht dargestellt, wobei die europaweiten Zahlen dem EARS-Net-report-2017 entnommen sind.

### **1.3.1 *Pseudomonas aeruginosa***

*Pseudomonas aeruginosa* ist ein gramnegativer Nonfermenter und kommt typischerweise im feuchten Umfeld vor, wobei er sehr anspruchslos ist und sich tatsächlich auch in destilliertem Wasser vermehren kann. Nosokomiale Pneumonien, Harnwegs- und Wundinfektionen werden weltweit am häufigsten durch diesen Erreger hervorgerufen. Er verfügt über eine hohe naturgegebene Antibiotikaresistenz und zeichnet sich durch das häufige Vorkommen multiresistenter Stämme aus. Durch dieses Bakterium hervorgerufene nosokomiale Pneumonien und Septikämien gehen mit einer hohen Letalität einher (7)(8).

Wie aus den Daten des *AURES*-Berichtes 2017 hervorgeht, zeigen sich für Österreich bezüglich *Pseudomonas aeruginosa* weiterhin sehr hohe Resistenzraten. So betragen diese gegenüber Piperacillin/Tazobactam 24,4%, gegenüber Carbapenemen 16,9% und gegenüber Ceftazidim 21,4% (8).

Im innereuropäischen Vergleich fand sich bei 30,8% der Proben eine Resistenz gegenüber mindestens einer in diesem Bereich gebräuchlichen Antibiotikagruppen (Piperacillin/Tazobactam, Fluorochinolone, Ceftazidim, Aminoglykoside und Carbapeneme). 18,3% der *Pseudomonas*-Isolate zeigten sich gegenüber mindestens zwei Antibiotikagruppen resistent (9).

### **1.3.2 *Acinetobacter***

*Acinetobacter species (spp.)* kommen ubiquitär in der Umwelt, sowohl in trockenen als auch feuchten Bereichen, vor. Diese opportunistischen gramnegativen Nonfermenter kolonisieren auch Haut und Schleimhaut, wo sie sich, ohne pathogen zu wirken in die physiologische Flora integrieren. Vor allem meist hochresistente Vertreter der *Acinetobacter-baumannii*-Gruppe kommen als Verursacher nosokomialer Infektionen vor und befallen dabei besonders häufig die Atem- oder Harnwege oder führen zu Septikämien, Zellulitiden und Wundinfektionen. Bei schwerkranken Patientinnen/

*Patienten beträgt die Letalität bis zu 30%, weswegen eine Infektion mit Acinetobacter spp. besonders gefürchtet ist (7)(8).*

Der österreichische Resistenzbericht *AURES* 2017 informiert über eine Resistenzrate von 9,3% gegenüber Aminoglykosiden, von 9,5% gegenüber Fluorochinolonen und 6,7% gegenüber Carbapenemen. Der 5-Jahrestrend zeigt damit steigende Resistenzraten gegenüber Aminoglykosiden und Carbapenemen, gegenüber Fluorochinolonen erfreulicherweise leicht sinkende Resistenzraten (8).

Im europaweiten Vergleich zeigten *Acinetobacter* Stämme in 10 von 26 Ländern eine kombinierte Resistenz gegenüber Fluorochinolonen, Aminoglykosiden UND Carbapenemen von 50% oder darüber. Somit können mit solchen resistenten Keimen infizierte Patientinnen/Patienten nur sehr limitiert behandelt werden (10).

### **1.3.3 Escherichia coli**

*Escherichia (E.) coli gehört zu den Enterobacterales und ist als apathogener bzw. fakultativ pathogener Erreger einer der wichtigsten physiologischen Bestandteile der Darmflora. Infektionen, die durch E. coli hervorgerufen werden, sind in erster Linie Harnwegs- und Wundinfektionen oder Septikämien. Außerdem kann E. coli neonatale Meningitiden hervorrufen.*

*Haben E. coli erst die Fähigkeit erlangt gewisse Enzyme, genannt „Extended Spectrum Beta Lactamasen“ (ESBL), zu bilden, sind sie gegen zahlreiche Beta-Lactamantibiotika resistent. In diesen Fällen stellten in den letzten Jahren vor allem Carbapeneme, welche ebenfalls zu der Gruppe der Beta-Lactamantibiotika gehören, eine der letzten Therapieoptionen dar. Durch die in jüngster Zeit vermehrt verbreitete Fähigkeit dieses Mikroorganismus auch Carbapenemasen zu bilden, finden sich immer mehr Stämme, die gegenüber praktisch allen Beta-Lactamantibiotika resistent sind (11)(7).*

Die Resistenzraten bei *E. coli* in Österreich zeigen gegenüber sämtlichen Indikatorsubstanzen (anhand welcher die Resistenzlage bzw. Resistenzentwicklung eines Keimes eingeschätzt werden kann) tendenziell in den letzten fünf Jahren keine großen Veränderungen. So beträgt die Resistenzrate gegenüber Aminopenicillinen 49,5%, gegenüber Cephalosporinen der 3. Generation (was im Rahmen des *AURES-*

Berichts einer ESBL-Produktion entspricht) 9,6%, gegenüber Fluorochinolonen 20,5% und gegenüber Aminoglykosiden 7,7% (8).

Europaweit lässt sich im Gegensatz dazu eine stetige Zunahme der Resistenzen gegenüber den hier genannten Antibiotika beobachten, wobei im innereuropäischen Vergleich auch noch die Carbapeneme dazugezählt werden. So zeigten sich mehr als die Hälfte der *E. coli*- Isolate, die in die Erfassung durch das *European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)* eingingen, für mindestens eines der Indikatorantibiotika resistent (10).

### **1.3.4 Staphylococcus aureus**

*Beim Menschen kolonisiert Staphylococcus (S.) aureus häufig Haut und Nase als Teil der natürlichen Flora. Bei einem Barrierebruch oder anderen begünstigenden Situationen kann es aber zu ernststen Infektionen kommen, wie Infektionen der Haut, Septikämien, Osteomyelitiden und Weichteilinfektionen. Außerdem werden postoperative Wundinfektionen am häufigsten durch S. aureus hervorgerufen. Die von einigen Stämmen gebildeten Toxine sind für weitere Krankheitsbilder, wie z.B. Lebensmittelvergiftungen oder das toxische Schocksyndrom verantwortlich (11).*

*Bald nach der Einführung von Penicillin hatten viele S. aureus- Stämme bereits die Fähigkeit, Beta-Lactamase zu produzieren, sodass man heute davon ausgehen kann, dass rund 70-80% aller S. aureus- Stämme gegen Penicillin resistent sind (12). Aus diesem Grund entwickelte man alternative antimikrobielle Substanzen, wie Methicillin und Cloxacillin. Auch die Beta-Lactamaseinhibitoren Clavulansäure oder Sulbactam konnten in der gemeinsamen Verabreichung mit Beta-Lactamantibiotika als zusätzlicher Ausweg bereitgestellt werden. Doch auch gegen diese Substanzen zeigten sich S. aureus- Stämme bald resistent, sogenannte Methicillin resistente Staphylococcus aureus (MRSA). Als letzte therapeutische Optionen stehen in diesen Fällen meist nur noch die beiden, ausschließlich intravenös verabreichbaren Wirkstoffe Vancomycin und Teicoplanin, oder die neueren Antibiotika Linezolid und Daptomycin zur Verfügung. Die Therapie mit diesen Medikamenten geht mit einem höheren Nebenwirkungspotential einher, sodass fallweise eine engmaschigere Überwachung (Spiegelbestimmungen, Blutbildkontrollen, etc.) notwendig ist (11).*

Die *MRSA*-Rate in Österreich beträgt laut dem *AURES*-Bericht für 2017 5,9%. In der 5-Jahres-Tendenz wird das Vorkommen von *MRSA* damit als leicht sinkend dargestellt (8).

Auch in einer europaweiten Erhebung zeigt sich für *MRSA* eine rückläufige Entwicklung. Dies darf aber nicht über die Tatsache hinwegtäuschen, dass *MRSA* in 10 von 30 Ländern immer noch mit hohen Prozentraten von über 25% bei *S. aureus*-Isolaten zu finden sind und, betreffend krankenhaushygienische Maßnahmen, nach wie vor eine klare Herausforderung darstellen (10).

#### **1.4 Risikofaktoren für nosokomiale Infektionen**

Viele der bekannten Risikofaktoren für das Auftreten nosokomialer Infektionen bieten auch Möglichkeiten vorbeugend eingreifen zu können. Dabei geht es z.B. um eine strenge Indikationsstellung was Häufigkeit, Ausmaß und Dauer invasiver Interventionen, wie z.B. das Setzen von intravasalen Kathetern, betrifft. Im Rahmen der Krankenhaushygiene steht die Einhaltung von Hygienestandards, wie z.B. die ordnungsgemäße Händedesinfektion durch das patientenversorgende Team, im Vordergrund. Limitierend für die Prävention von NI sind patienteneigene Risikofaktoren, wie etwa der Schweregrad der Erkrankung, Immunstatus oder Alter (13).

#### **1.5 Epidemiologie und Folgen nosokomialer Infektionen**

Vom *ECDC* wird die Zahl der Patientinnen/Patienten, die jährlich EU-weit an einer nosokomialen Infektion erkranken, auf 4 131 000, die durchschnittliche Prävalenz auf 7,1% geschätzt. Auf Basis einer ebenfalls vom *ECDC* angegebenen Mortalität von etwa 1% geht man davon aus, dass europaweit rund 40 000 Personen pro Jahr an den direkten Folgen einer NI sterben (14).

Bezüglich des Mehraufwandes bzw. Kosten, lassen die bisherigen Beobachtungen darauf schließen, dass das Auftreten einer NI durchschnittlich vier Tage zusätzlichen Krankenhausaufenthalt mit sich bringt, wobei häufig auch eine intensivmedizinische Betreuung in Anspruch genommen werden muss. Allein dies hat eine finanzielle Mehrbelastung von EU-weit geschätzten 7 Milliarden Euro pro Jahr zur Folge. Zudem

kostet eine derartige Komplikation auch einige Arbeitstage von noch erwerbsfähigen Bürgern und stellt somit auch eine volkswirtschaftliche Belastung dar. Dazu kommt schließlich noch die persönliche, körperliche und seelische Belastung der Patientin/des Patienten und in nicht wenigen Fällen sogar der vorzeitige Tod (14).

## **1.6 Präventionspotential gegenüber nosokomialen Infektionen**

Laut den Darstellungen der *Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V* findet sich, abhängig von der Klinik und der Art der NI, ein erstaunliches Präventionspotential von 50-87% (7). Bereits die im *ECDC*-Bericht von 2006 geäußerten 30% vermeidbarer NI fordern das patientenversorgende Team heraus, Maßnahmen zur Senkung der Infektionsraten durchzuführen. Übrigens gelten laut dem *ECDC*-Bericht von 2008 erstaunliche 50-95% der Venenkatheter-assoziierten Infektionen als vermeidbar. Auch Ventilations-assoziierte Pneumonien könnten in bis zu 40% vermieden werden (14).

Nosokomialen Infektionen wird vor allem durch konsequente Händehygiene des behandelnden Teams, sowie durch Befolgen von situationsspezifischen Hygienerichtlinien, Einhalt geboten. Daneben spielen auch organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen, wie eine effektive Zusammenarbeit mit dem Labor und Isolierungsmöglichkeiten von betroffenen Patienten, eine bedeutende Rolle. In diesem Zusammenhang tragen die einzelnen Krankenanstalten außerdem die Verantwortung für einen vernünftigen Umgang mit Antibiotika (15).

Im Auftrag der Prävention bedarf es für die Erstellung von Hygieneplänen, die Überprüfung hygienerelevanter Abläufe im direkten oder indirekten Patientenkontakt, oder für Mitarbeiterschulungen speziell dafür vorgesehenen und qualifizierten Fachpersonals, sowie einer entsprechenden Struktur. Hier geht es vor allem um ein aktives Hygieneteam, materielle und zeitliche Ressourcen. Zu dieser umfassenden Thematik veröffentlichte das österreichische *Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen* 2002 die erste Ausgabe der „ProHyg-Leitlinien – Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ mit dem Ziel die praktische Umsetzung der entsprechenden Gesetze zu erleichtern. 2014 folgte die aktuelle, überarbeitete Version ProHyg 2.0.

## 2 Öffentliche Maßnahmen gegen nosokomiale Infektionen

### 2.1 Transparente Dokumentationspflicht

Die Einführung einer öffentlichen Dokumentationspflicht für nosokomiale Infektionen ist aufgrund zahlreicher potenzieller Fehlerquellen umstritten. Ein Zitat aus dem ECDC-Bericht des Jahres 2006 (herausgegeben 2008) bringt zum Beispiel die Versuchung der jeweiligen Häuser, bei einer bestehenden derartigen Verbindlichkeit, Daten zu beschönigen, nachvollziehbar auf den Punkt (14):

*„Indeed, the easiest way to officially have zero infections is not report any, and that has essentially been the major argument against public disclosure (...) of nosocomial infection rates that includes the identity of the hospital.“*

Von der Dokumentationspflicht erwartet man sich somit nur begrenzte Hilfe im Kampf gegen dieses Gesundheitsproblem. In einigen Ost-Mitgliedstaaten besteht dennoch die Verpflichtung nosokomiale Infektionen zu melden (14).

### 2.2 Clean care is safer care

Zumal allseits anerkannt ist, dass in allererster Linie die konsequente Händehygiene die Prävalenz von nosokomialen Infektionen senken kann, ist es sinnvoll diese als erste Maßnahme stark zu bewerben.

Initiiert von der *World Alliance for Patient Safety* (durch die WHO gebildet) wurde 2005 die Aktion *Clean care is safer care* ins Leben gerufen, welche von Genf aus koordiniert wird. Das Ziel besteht darin das Bewusstsein medizinischen Personals zu fördern sowie fachlich im Speziellen über die Händedesinfektion zu informieren. Auch gibt es ein Netzwerk zum Informationsaustausch unter Teilnehmenden, genannt *CleanHandsNet* (16).

### 2.3 Aktion Saubere Hände

Die deutsche Initiative *Aktion Saubere Hände (ASH)* wurde 2008, unterstützt unter anderem vom deutschen NRZ, gestartet. Sie orientiert sich größtenteils an oben genannter WHO-Initiative *Clean care is safer care*. In Zusammenarbeit mit den interessierten österreichischen Bundesländern Steiermark, Kärnten und Tirol wurde die

*Kooperation Austria* gebildet; so konnten bereits einige Kliniken hierzulande für ihre erfolgreiche Umsetzung der Präventionsmaßnahme Händehygiene von der *ASH* zertifiziert werden (17).

## **2.4 Globale Initiativen und Surveillance**

Von der *WHO* initiiert, wird seit 2015 jährlich im November eine *World Antibiotic awareness week* mit speziellem Fokus auf die uns zur Verfügung stehenden antibiotischen Therapien abgehalten - *Antibiotics: handle with care*. In diesem Rahmen werden weltweit Vorträge, Workshops und andere Veranstaltungen rund um den verantwortungsbewussten Gebrauch von Antibiotika abhalten (18)(19).

Wie diese Initiative, wurde zeitgleich ebenfalls von der *WHO* auch *The Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS)* zur globalen Erfassung und Überwachung der Resistenzraten ins Leben gerufen (20)(19).

*Global Antibiotic Research and Development Partnership*, eine weitere Initiative von der *WHO* und *Drugs for Neglected Diseases Initiative* soll der Erforschung und Entwicklung neuer antimikrobieller Wirksubstanzen dienen (19).

Sogar der Generalsekretär der *United Nations* trug mit der *Interagency Coordination Group on Antimicrobial Resistance*, welche die internationale Zusammenarbeit im Kampf gegen die wachsenden Herausforderungen gegenüber mikrobieller Bedrohung fördern soll, seinen Teil bei (19).

## **2.5 Nationale österreichische Initiativen und Surveillance**

### **2.5.1 AURES-Bericht**

Gleichzeitig mit dem *ECDC*, nämlich im Jahr 2005, begann auch das *Österreichische Bundesministerium für Gesundheit* für Fachpersonal jährlich einen detaillierten nationalen Bericht über die Lage der Antibiotikaresistenzen zu verfassen. Dieser *AURES*-Bericht umfasst nicht nur den Bereich der Humanmedizin, sondern inkludiert ebenso die Veterinärmedizin und überwacht den Einsatz von Antibiotika in der Lebensmittelindustrie. Dies ist insofern sinnvoll, da die Bereiche ja nicht als isoliert, sondern vielmehr als sensibel interagierend zu betrachten sind. Die Daten für den

*AURES*-Bericht werden aktuell aus 131 österreichischen Krankenanstalten bezogen (8).

### **2.5.2 Überwachung des nationalen Antibiotikaverbrauchs**

Der österreichweite Antibiotikaverbrauch wird durch das landeseigene *NRZ für nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenzen* dokumentiert. Die Größenordnungen scheinen übrigens horrend: 2017 kam es zum Einsatz von 65,498 Tonnen (t) reiner Wirksubstanz. 54% davon sind Beta-Lactamantibiotika (v.a. Penicilline). Im Vergleich dazu wurden für die Nutztierhaltung 44,61 t Reinsubstanz verkauft. Über 50% machen davon Tetrazykline aus. Der Antibiotikaverbrauch in der Nutztierhaltung wird von der sogenannten *European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption* unter Beobachtung gehalten (8).

### **2.5.3 CARBA-Net**

Das Projekt *CARBA-Net* wurde speziell zur Überwachung Carbapenem-resistenter gramnegativer Bakterien vom österreichischen *NRZ* mit Sitz in Linz ins Leben gerufen. Mikrobiologische Labore, die Unterstützung bei der Bestimmung der zugrundeliegenden Resistenzmechanismen von Carbapenem-resistenten Erregern benötigen, können die jeweiligen Isolate an das *NRZ* schicken (8).

Über das österreichische *NRZ*, welches dem *Bundesministerium für Gesundheit* untergeordnet ist, erfolgt von den nationalen Netzwerken auch die Datensammlung für den *AURES*-Bericht und den innereuropäischen Vergleich, welcher mithilfe eigener Surveillance-Systeme, die in nachfolgendem Kapitel vorgestellt werden, erfolgt (1).

## **2.6 Netzwerke zur Überwachung nosokomialer Infektionen**

### **2.6.1 Surveillance in Österreich**

Die österreichischen Krankenanstalten sind gesetzlich zur laufenden Erfassung nosokomialer Infektionen verpflichtet, sollen aber frei unter den Surveillance-Systemen wählen, unter der Voraussetzung, dass diese dem Stand der Wissenschaft entsprechen und international anerkannt sind (1). So haben sich die Einrichtungen in unterschiedlicher Häufigkeit auch unterschiedlichen Systemen angeschlossen, weshalb es momentan keine österreichweite Erfassung in einem einheitlichen System gibt.

#### **2.6.1.1 QIP (Quality Indicator Project)**

Dieses System wurde von der *Maryland Hospital Association (USA)* ins Leben gerufen. Es ermöglicht eine Bewertung der Behandlungsqualität und unterstützt die Organisation und das Management in den Bereichen Hygiene, Risiko und Behandlung (1).

#### **2.6.1.2 KISS (Krankenhaus- Infektions- Surveillance- System)**

Das *KISS*-Netzwerk wurde 1996 durch das deutsche *NRZ* gebildet, um unter den verschiedenen Krankenanstalten einen Vergleich in punkto nosokomialer Infektionen zu ermöglichen und so zur Effektivität der Prävalenzsenkung beizutragen. Um die Genauigkeit der Daten und die Zuverlässigkeit der Vergleiche zu optimieren, wurden einzelne Module eingerichtet, die sich je mit nur einem speziellen Bereich bzw. einer definierten Patientengruppe auseinandersetzen. Als Beispiele seien hier *MRSA-KISS*, *Neo-KISS* und *Onko-KISS* genannt (21).

#### **2.6.1.3 ANISS (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System)**

*ANISS*, eine Initiative vom *Bundesministerium für Gesundheit* in Zusammenarbeit mit der *Medizinischen Universität Wien*, stellt seit 2004 das österreichische Pendant zum *KISS* dar. Es dient der österreichweiten Datenerfassung und Kommunikation mit *ECDC*. Die Protokolle von *HELICS (Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance)* bieten hier die Grundlage (1).

#### **2.6.1.4 NISS (Nosokomiales- Infektions- Surveillance- System)**

Von der *Steiermärkischen Krankenanstalten Gesellschaft* wurde, unterstützt durch das deutsche *NRZ*, ein eigenes, vom Prinzip her dem *KISS* entsprechendes Werkzeug zur Überwachung nosokomialer Infektionen ins Leben gerufen. Auch hier wurden spezielle Module, nämlich für den OP-Bereich, die Intensivstation, Neonatologie und Onkologie, für den Ambulanzbetrieb und betreffend medizinische Geräte und Hilfsmittel sowie für Multiresistenzen, erstellt (1).

### **2.6.2 EU-weite Surveillance**

#### **2.6.2.1 HAI-Net (Healthcare-associated Infections Surveillance Network)**

Das *HAI-Net* wird durch das *ECDC* koordiniert und dient der Kommunikation zwischen europäischen Ländern bezüglich dieser Themen. Es findet weiter in der internationalen Datenerfassung und -auswertung der Prävalenz nosokomialer Infektionen Anwendung. Dieses von der *Europäischen Union (EU)* finanzierte Netzwerk wurde im Jahr 2000 als *HELICS (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance)* gegründet und 2005 bis 2008 in die *IPSE-Initiative (Improving Patient Safety in Europe)* integriert. Im Jahr 2002-2003 erstellte man auch standardisierte Protokolle für die Dokumentation chirurgischer und intensivmedizinischer Infektionen, an die sich die teilnehmenden Länder halten können und somit der Weg zu einem annähernd fundierten innereuropäischen Vergleich erst geebnet wird (22).

## **3 Rechtliche Rahmenbedingungen der Krankenhaushygiene in Österreich**

Die gesetzlichen Vorgaben zum Thema Krankenhaushygiene finden sich in der Grundsatz- und Landesgesetzgebung. Weitergehende Ausführungen dazu wurden 2002 erstmals in den sogenannten ProHyg-Leitlinien verfasst. Dieses durchaus als Meilenstein zu bezeichnende Projekt schwächt sich allerdings insofern ab, dass es sich hierbei definitionsgemäß lediglich um Leitlinien und Empfehlungen handelt, die zwar

als rechtlich verbindlich zu verstehen sind, bei deren Nichteinhaltung bis dato jedoch keine Konsequenzen drohen.

Ausgehend von der Tatsache, dass es über österreichische Hygieneteams oder deren personelle und zeitliche Ressourcen keine Daten gab, wurde 2001 vom *Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen* eine Umfrage in den Krankenanstalten durchgeführt, die eine erstmalige Bestandsaufnahme zu diesen Belangen darstellt. Die Ergebnisse wurden im Rahmen der Erstfassung der ProHyg-Leitlinien veröffentlicht (23). Seit 2001 wurden in Österreich jedoch keine weiteren Erhebungen mehr auf diesem Gebiet durchgeführt. Somit gibt es keine Informationen darüber, ob und welche Veränderungen seitdem stattgefunden haben.

Im Rahmen der vorliegenden Fragebogenerhebung soll die Entwicklung der Krankenhaushygiene seit nun fast 20 Jahren erneut, soweit als möglich, erhoben werden. Anschließend soll dargestellt werden, inwieweit die Krankenanstalten die gesetzlichen Rahmenbedingungen auch praktisch umzusetzen vermögen bzw. tatsächlich umsetzen.

Die folgenden gesetzlichen Grundlagen sind für die Interpretation und Diskussion der statistischen Ergebnisse in weiterer Folge bedeutend.

### **3.1 Kompetenzen des Bundes**

In der österreichischen Bundesverfassung ist festgelegt, welche Verantwortung der Bund und welche die Länder im Bereich der Krankenhaushygiene einnehmen sollen.

In Art. 10 Abs. 1 Z. 12 des Bundesverfassungsgesetzes wird dem Bund die Kompetenz der Gesetzgebung UND Vollziehung im Bereich des Gesundheitswesens mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens, des Gemeindesaniätätsdienstes und Rettungswesens zugeteilt (24). Die gänzlich in der Verantwortung des Bundes stehenden Bereiche des Gesundheitswesens sind in Form folgender Gesetze geregelt (1):

### **3.1.1 Ärztegesetz**

Im Ärztegesetz werden allgemeine Anforderungen für Ärzte festgehalten. Sie beinhalten Bestimmungen für die Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung sowie für die Verschwiegenheits-, Anzeige- und Meldepflicht und enthalten des Weiteren Regelungen für Ordinationsstätten und die *Österreichische Ärztekammer*.

So hat der Amtsarzt beispielsweise die Verpflichtung Ordinationsstätten zu kontrollieren, falls ein fundierter Verdacht auf Unzulänglichkeit in irgendeinem Bereich besteht (1).

### **3.1.2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz**

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) wird analog die Tätigkeit der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Krankenpfleger geregelt. Hier finden sich auch Bestimmungen für deren Mitarbeit im Hygieneteam.

In § 17 des GuKG wird die Krankenhaushygiene zu jenen Tätigkeitsbereichen gezählt, für die eine Spezialausbildung erforderlich ist. § 70 regelt dabei den Ablauf der Ausbildung zur Hygienefachkraft (HFK).

Schließlich werden in § 22 die Aufgaben von Hygienefachkräften festgelegt. Diese beinhalten die kontinuierliche Überwachung der Hygiene mit beratender Funktion in sämtlichen Bereichen der jeweiligen Krankenanstalt, sowie fachliche Beteiligung an hygienerelevanten Neuanschaffungen und baulichen Veränderungen der Klinik (25).

### **3.1.3 Die sanitäre Aufsicht**

Die Aufgaben der sanitären Aufsicht werden durch die Bezirksverwaltungsbehörde (Magistrate, Bezirkshauptmannschaft) und die Landeshauptfrauen/Landeshauptmänner ausgeführt. Das bedeutet, dass sie eine gewisse Kontroll- und Interventionsfunktion innehaben, dabei aber doch im direkten Auftrag des Bundes, welcher hier nämlich für die Gesetzgebung und Vollziehung zuständig ist, handeln (1).

## **3.2 Geteilte Kompetenzen**

In den folgenden Bereichen trägt der Bund die Verantwortung zur sogenannten Grundsatzgesetzgebung, wobei dem Land deren weitere Spezifizierung in Form von Ausführungsgesetzen übertragen ist. Dabei stellt das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz die Grundsatzgesetzgebung dar, welches in neun unterschiedlichen Landeskrankenanstaltengesetzen, den Bundesländern entsprechend, wiederum zu Ausführungsgesetzen formuliert wird.

### **3.2.1 Grundsatzgesetzgebung: Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz**

Im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) sind folgende hygienerrelevante Regelungen zu finden (26):

#### **3.2.1.1 Die Krankenhaushygienikerin/der Krankenhaushygieniker bzw. die/der Hygienebeauftragte**

§ 8a Abs. 1 verpflichtet die Krankenanstalten sowie Zahnambulatorien eine Krankenhaushygienikerin/einen Krankenhaushygieniker (entspricht einer Fachärztin/einem Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie) oder eine Hygienebeauftragte/einen Hygienebeauftragten, also eine Ärztin/einen Arzt mit hygienespezifischer Ausbildung, zur Wahrung der Krankenhaushygiene einzustellen.

#### **3.2.1.2 Die Hygienefachkraft**

Laut § 8 Abs. 2 ist der hygienebeauftragten Ärztin/ dem hygienebeauftragten Arzt eine HFK zur Seite zu stellen.

Die Aufgaben der Hygienefachkräfte sind, wie bereits erwähnt, im GuKG näher bestimmt.

#### **3.2.1.3 Das Hygieneteam und seine Aufgaben**

§ 8a Abs. 3 verpflichtet Hygienebeauftragte, Hygienefachkräfte und alle weiteren an der Wahrung der Krankenhaushygiene Beteiligten, ein definiertes Hygieneteam zu bilden.

Zu den Aufgaben des Hygieneteams gehören laut § 8a Abs. 4 die Wahrung der Krankenhaushygiene mit beratendem Charakter. Zu den verpflichtenden Tätigkeiten dabei zählen das Verfassen eines Hygieneplans, die laufende Erfassung nosokomialer Infektionen mit einem international anerkannten Surveillance-System und schließlich das Mitwirken bei sämtlichen hygienerelevanten Anschaffungen und baulichen Veränderungen.

#### **3.2.1.4 Überwachung nosokomialer Infektionen**

Die Überwachung nosokomialer Infektionen ist insbesondere in den Absätzen 4a und 6-8 von § 8a geregelt. Sie bestimmen, dass die Erfassung der NI elektronisch zu erfolgen hat, die Daten des Weiteren auszuwerten und mögliche praktische Konsequenzen daraus zu ziehen sind. Außerdem sind die Krankenanstalten verpflichtet an einem österreichweiten Surveillance-Programm teilzunehmen.

#### **3.2.1.5 Qualitätssicherung**

§ 5b gibt den allgemeinen Ablauf der Qualitätssicherung vor. Dabei ist jede Krankenanstalt zur Qualitätsüberwachung auf diese Weise verpflichtet, dass Vergleiche mit anderen Krankenanstalten möglich sind.

#### **3.2.1.6 Anstaltsordnung**

Die Belange der Krankenhaushygiene haben laut § 6, wie alle innerbetrieblichen Abläufe, in der Anstaltsordnung geregelt zu werden.

#### **3.2.1.7 Personalbedarf**

Die Träger der Krankenanstalten sind laut § 8d verpflichtet, regelmäßige Evaluierungen bezüglich des Personalbedarfs durchzuführen und der Landesregierung jährlich darüber Bericht zu erstatten. Als große Herausforderung werden im Rahmen der Fragebogenerhebung die zeitlichen Ressourcen Hygienebeauftragter evaluiert und diskutiert. Das Ergebnis mag bis zu einem gewissen Ausmaß widerspiegeln wie genau diesem Gesetz durch die jeweiligen Krankenanstalten Folge geleistet wird.

### **3.2.2 Ausführungsgesetze**

Die Landeskrankenanstaltengesetze, also Ausführungsgesetze, entsprechen inhaltlich und nach dem Wortlaut größtenteils dem Bundesgesetz. Ergänzt sind nur einige wenige Spezifizierungen (1).

### **3.2.3 Richtlinien für Ordinationsstätten und Gruppenpraxen**

Im Jahr 2010 veröffentlichte die *Österreichische Ärztekammer* speziell für Ordinationsstätten und Gruppenpraxen Regelungen betreffend die Hygiene. Demzufolge tragen die Betriebsinhaberinnen/Betriebsinhaber die Verantwortung zur angemessenen Umsetzung der Hygienerichtlinien, welche von diesen aber an eine andere fachlich geeignete Person delegiert werden kann. Die Inhaberin/der Inhaber muss außerdem für eine adäquate hygienespezifische Aus- und Fortbildung der Angestellten sorgen (1).

### **3.3 Kompetenzen der Länder**

Für Einrichtungen, wie Pflegeheime, Wohnheime und Behinderteneinrichtungen, sowie im Leichen-, Bestattungs- und Rettungswesen als auch für die Belange des Gemeindesanitätsdienstes sind laut Art. 15 Abs. 1 des Bundesverfassungsgesetzes die Länder selbst, sowohl für die Gesetzgebung als auch für die Ausführung, zuständig.

Vor diesem gesetzlichen Hintergrund wird die große Verantwortung im Kampf gegen NI seitens der Länder deutlich. Pflegeeinrichtungen nehmen z.B. aufgrund der alternden Gesellschaft an Größe zu, wobei Menschen fortgeschrittenen Alters auch häufiger hospitalisiert werden. Durch die sich stetig verbessernde medizinische Versorgung in den Einrichtungen selbst, kann die Klinikaufenthaltsdauer dieser Patientinnen/Patienten allerdings minimiert werden. Um den dadurch entstehenden ständigen Erregeraustausch zwischen Pflegeeinrichtungen und Krankenanstalten zu minimieren, müssen daher vorbeugende Maßnahmen in beiden Einrichtungsgruppen angeordnet und durchgeführt werden. Somit tragen sowohl Bund als auch Länder gleichbedeutende Verantwortung in der Prävention gegen die Weiterentwicklung und Verbreitung multiresistenter Keime, und dies in engem Zusammenhang mit der Problematik nosokomialer Infektionen (1).

## 3.4 Rechtliche Rahmenbedingungen der Krankenhaushygiene in Deutschland

### 3.4.1 Grundsatzgesetze - das deutsche Infektionsschutzgesetz (IfSG)

In Deutschland finden sich die gesetzlichen Grundlagen in Bezug auf die Krankenhaushygiene in § 23 des IfSG des Bundesgesundheitsministeriums. Dort wird auch das *Robert Koch Institut (RKI)* mit der Rolle der *Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO)* betraut (27):

„§ 23 (...) Abs 1 Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet. (...) Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen, sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. (...)“

Die aktuellen Empfehlungen des *RKI* sind auf deren Homepage unter [www.rki.de](http://www.rki.de) abrufbar. Sie enthalten Erläuterungen zu den Themen Basishygiene, Device-assoziierte Infektionen und postoperative Wundinfektionen, antibiotikaresistente Erreger und *Clostridioides difficile*, Infektionsprävention bei speziellen Patientengruppen, Hygienefachpersonal, Surveillance und Ausbruchmanagement.

Im Vergleich dazu gibt es in Österreich keine gesetzlich beauftragte Kommission, die verbindliche, dem neuesten Stand der Wissenschaft entsprechende Leitlinien vorgibt. Diese Aufgabe wurde zum Teil 2002 durch das Bundesministerium mit der Verfassung der ProHyg-Leitlinien übernommen; weitere Aktivitäten in Bezug auf die Erstellung von Leitlinien finden sich von Seiten des Bundesministeriums nicht. Allerdings werden u.a. von verschiedenen Fachgesellschaften sogenannte Konsensuspapiere erstellt, die sich dann in größeren, vom Bundesministerium verfassten Dokumenten wiederfinden. Als Beispiel sei der *Nationale Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz (NAP-AMR)* genannt, welcher noch nicht umgesetzte Vorgaben zu entsprechenden Themen, sowie Richtlinien für die tägliche Arbeit im Krankenhaus zum Erreichen des definierten Ziels beinhaltet (28).

Die Leiterinnen/Leiter der jeweiligen Krankenanstalten sind in Deutschland, wie übrigens auch in Österreich, laut *IfSG* § 23 Abs. 3 selbst verpflichtet, sich auf Grundlage des neuesten Standes der Wissenschaft um die Belange der Krankenhaushygiene zu kümmern, wobei die Empfehlungen des *RKI* den Maßstab darstellen (29).

*„§ 23 Abs 3 (...) Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.“*

### **3.4.2 Verantwortung auf Ebene der Länder in Deutschland**

Die Verantwortungsbereiche der deutschen Länder gestalten sich laut § 23 Abs. 8 des *IfSG* ähnlich denjenigen der österreichischen. Unter anderem werden nähere Bestimmungen bezüglich baulicher Hygienekompatibilität, Personalbedarf, sowie die Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter und Zugang zu Patientendaten von der jeweiligen Landesgesetzgebung gefordert. Auffallend ist, dass, im Gegensatz zum österreichischen Grundsatzgesetz, auch die Hygienekommission in diesem Zusammenhang als zu regelnde Einheit im *IfSG* festgehalten wird.

Für andere Bereiche der Krankenhaushygiene finden sich im österreichischen Grundsatzgesetz wiederum wesentlich detailliertere Ausführungen, wobei dann von den Ländern das Erstellen von Ausführungsgesetzen erwartet wird.

Im deutschen Grundsatzgesetz werden im Vergleich dazu Verantwortungsbereiche kurzgefasst geregelt oder direkt delegiert und im Weiteren wird dann vor allem auf das *RKI* als orientierende Referenz verwiesen (25).

### **3.4.3 Surveillance von nosokomialen Infektionen**

Auch die fortlaufende Aufzeichnung und Überwachung von NI ist, wie in § 23 Abs. 4 des *IfSG* nachzulesen, in deutschen wie in österreichischen Krankenanstalten gesetzlich verpflichtend.

In Deutschland wird dazu am Häufigsten das landeseigene bereits beschriebene *KISS* verwendet, welches auch in Österreich beliebt ist (30). Wie auch in anderen EU-Mitgliedsstaaten üblich, findet die Kommunikation zum *ECDC* über das *NRZ* statt, welches sich in Deutschland unter der Aufsicht des *RKI* befindet (31).

### **3.4.4 Personalplanung für die Belange der Hygiene**

Bezüglich der Personalplanung soll, aufgrund der praktischen Bedeutung, nun ein detaillierterer Vergleich zwischen Österreich und Deutschland hergestellt werden.

#### **3.4.4.1 Österreichische Empfehlungen**

Wie in vorhergehenden Kapiteln erläutert, wird für die Belange der Hygiene bereits im österreichischen Grundsatzgesetz festgehalten, dass mindestens eine Hygienebeauftragte/ein Hygienebeauftragter oder eine Krankenhaushygienikerin/ein Krankenhaushygieniker für jede Krankenanstalt einzusetzen ist. Dieser/diesem ist in bettenführenden Krankenanstalten eine HFK zu Seite zu stellen, und zwar mit einem Arbeitsausmaß, das der Größe der Krankenanstalt und den örtlichen Herausforderungen entspricht. In den Ausführungsgesetzen, also den jeweiligen Landeskrankenanstaltengesetzen, wird in einigen Fällen dann konkret bestimmt, welches Ausmaß der Dienst dieser HFK für welche Klinik anzunehmen hat (1).

Den ProHyg-Leitlinien 2.0 sind die hygienespezifischen Personalschlüssel entsprechend den Krankenhausstypen zu entnehmen, wobei immer von Vollzeitäquivalenten die Rede ist (1):

Type	Krankenhausthygieniker/ Hygienebeauftragter (Vollzeitäquivalente)	Hygienefachkraft (Vollzeitäquivalente)
Zentralkrankenanstalt	<p>1 Krankenhaushygieniker und 1 Hygienebeauftragter</p> <p>Bei Krankenanstalten über 800 Betten zusätzlich 1 Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie/ Hygienebeauftragter pro weitere 400 Betten</p>	<p>Mindestens 1 Hygienefachkraft pro 150 Betten</p> <p>Im Hinblick auf die Effizienz und Ergebnisqualität ist ein Schlüssel von 1:100 erstrebenswert</p>
Schwerpunktkrankenanstalt	<p>1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter</p> <p>Bei Krankenanstalten über 400 Betten zusätzlich je 1 Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie/ Hygienebeauftragter pro weitere 400 Betten</p>	<p>Mindestens 1 Hygienefachkraft pro 200 Betten</p> <p>Im Hinblick auf die Effizienz und Ergebnisqualität ist ein Schlüssel von 1:150 erstrebenswert</p>
Standardkrankenanstalt/ Sonderkrankenanstalt mit operativen Fächern	<p>1 Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter pro 400 Betten</p>	<p>Mindestens 1 Hygienefachkraft pro 200 Betten</p> <p>Wenn keine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) immunsupprimierten oderimmundefizienten Patienten mit signifikant erhöhtem Infektionsrisiko,</li> <li>(2) Polytraumatisierte,</li> <li>(3) Schwerstbrandverletzte,</li> <li>(4) Intensivpatienten</li> </ul> <p>(vgl. RKI Gruppe A) behandelt werden, ist ein Schlüssel von 1:250 möglich*</p>

Type	Krankenhaushygieniker/ Hygienebeauftragter (Vollzeitäquivalente)	Hygienefachkraft (Vollzeitäquivalente)
Sonderkrankenanstalt ohne besonders infektionsrelevante 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

*Tabelle 1: Empfehlungen für die Personalausstattung in Österreich anhand der Krankenanstaltstypen; Quelle und Darstellung: leicht modifiziert nach: Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit: ProHyg 2.0 – Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene, 2014, Wien.*

So sollte in Zentralkrankenanstalten mit mehr als 800 Betten zusätzlich zu einer Krankenhaushygienikerin/einem Krankenhaushygieniker UND einer/einem Hygienebeauftragten noch eine weitere Hygienebeauftragte/ein weiterer Hygienebeauftragter pro weitere 400 Betten eingestellt werden.

Für Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten, sowie Sonderkrankenanstalten mit operativen Fächern wird eine Krankenhaushygienikerin/ein Krankenhaushygieniker ODER eine Hygienebeauftragte/ein Hygienebeauftragter pro 400 Betten empfohlen. Für Sonderkrankenanstalten ohne besonderes Infektionsrisiko gilt eine Verantwortungsgröße von 800 Betten pro Hygienebeauftragter/Hygienebeauftragtem.

In Bezug auf Hygienefachkräfte wird für Zentralkrankenanstalten eine HFK pro 150 Betten und für Sonderkrankenanstalten ohne besonders infektionsrelevante Bereiche eine HFK pro 400 Betten empfohlen. Für Schwerpunkt-, Standard- und Sonderkrankenanstalten mit operativen Fächern wird hier ein Verhältnis von 1:200 nahegelegt (1).

#### **3.4.4.2 Deutsche Empfehlungen**

In Deutschland findet sich vom RKI die grundsätzliche Empfehlung in Krankenanstalten mit einer Bettenkapazität von über 400 Betten eine Krankenhaushygienikerin/einen Krankenhaushygieniker vollzeitlich einzustellen. Des Weiteren ist für jede Krankenanstalt zusätzlich und von deren Größe unabhängig mindestens eine

Hygienebeauftragte/ein Hygienebeauftragter vorgesehen. Für einzelne Risikoabteilungen in größeren Krankenanstalten wird pro Abteilung je eine Hygienebeauftragte/ein Hygienebeauftragter empfohlen. Dazu existieren detaillierte Hilfen zur Risikobeurteilung einer Krankenanstalt oder Abteilung, anhand derer die genannten Empfehlungen anzupassen sind (32).

Die einzelnen Abteilungen werden zur Personalbedarfsberechnung in die Infektionsrisikostufen A (hoch), B (mittel) und C (niedrig) eingeteilt. Welcher Bereich welcher Gruppe zugeteilt wird, ist folgender Tabelle zu entnehmen (32):

	Risiko		
	Hoch	Mittel	Niedrig
<b>Art der Behandlung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Intensivmedizinische oder vergleichbare Betreuung</li> <li>■ Komplexbehandlungen</li> <li>■ Betreuung isolierter Patienten/-innen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Operationen und Eingriffe</li> <li>■ Invasive Diagnostik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Konservative Diagnostik u. Therapie</li> </ul>
<b>Patienten</b>			
<b>Risiko</b>	<b>Hoch (A)</b>	<b>Mittel (B)</b>	<b>Niedrig (C)</b>
<b>Stationär</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Immunsupprimierte/-defiziente Patienten/-innen mit deutlich erhöhtem Infektionsrisiko</li> <li>■ Polytraumatisierte Patienten/-innen</li> <li>■ Schwere Brandverletzte</li> <li>■ Alle Intensivpatienten</li> <li>■ Neonaten unter 1500 g*</li> <li>■ Weaning-Patienten*</li> <li>■ neurologische Frührehabilitation*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Chirurgische Fächer</li> <li>■ Gynäkologie</li> <li>■ Geburtshilfe</li> <li>■ Stroke Unit</li> <li>■ Intermediate Care</li> <li>■ Interventionelle Radiologie</li> <li>■ Operative Dermatologie</li> <li>■ Chemotherapie</li> <li>■ Dialyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Psychiatrie</li> <li>■ Konservative Medizin der versch. Fachrichtungen (z. B. Innere Medizin, Geriatrie, HNO, Dermatologie, Neurologie, Radiologie)</li> <li>■ Nicht-immunsupprimierte hämatologisch-onkologische Patienten</li> <li>■ Rehabilitationsabteilungen</li> </ul>
<b>Ambulant und teilstationär</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ambulante Operationen – Ambulante, invasive Diagnostik (z. B. Endoskopien, Bronchoskopien)</li> <li>■ Ambulante/teilstationäre Dialyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Behandlungsbereiche ohne invasive Maßnahmen und Diagnostik (inkl. Tageskliniken)</li> <li>■ Ambulante Chemotherapie</li> </ul>

*Tabelle 2: Einstufung des Infektionsrisikos für verschiedene Abteilungen/Patientinnen und Patienten; Quelle und Darstellung: leicht modifiziert nach Robert Koch Institut: Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen, 2016, Berlin Heidelberg.*

Handelt es sich also um eine Anstalt aus der Gruppe A, wird empfohlen pro 100 Betten eine vollzeitliche HFK einzustellen; für die Gruppe B ist ein Verhältnis von 1:200 und für die Gruppe C von 1:500 vorgesehen. Dabei kann diese Risikoklassifizierung auch zur Personalbedarfsberechnung von Krankenhaushygienikerinnen/Krankenhaushygienikern und Hygienebeauftragten hinzugezogen werden (33).

Auf die ärztlichen Vertreter der Krankenhaushygiene soll im nachfolgenden Kapitel im Rahmen des Vergleichs mit Österreich eingegangen werden.

### **3.4.4.3 Personalplanung im Vergleich**

In Deutschland wird die Personalbedarfsberechnung auf Basis von Risikogruppen und in Österreich auf Basis von Krankenanstaltstypen gemacht. Wahrscheinlich ist die praxisnähere Berechnung die deutsche, weil der Krankenanstaltstyp nicht ausreichend auf das Ausmaß des Infektionsrisikos im Hinblick auf nosokomiale Infektionen schließen lässt.

In Österreich findet sich eine etwas großzügigere Einsetzung von Krankenhaushygienikerinnen/Krankenhaushygienikern bzw. Hygienebeauftragten als in Deutschland. So wird in Deutschland für die höchste Risikogruppe A pro 1000 Betten eine vollzeitlich eingestellte Krankenhaushygienikerin/ein vollzeitlich angestellter Krankenhaushygieniker und die/der ohnehin für jede Krankenanstalt vorgesehene Hygienebeauftragte empfohlen. Dies wird in Österreich für Zentralkrankenanstalten bis zu einer Kapazität von 800 Betten vorgesehen, wobei über diese Kapazität hinausgehend pro weitere 400 Betten eine zusätzliche Hygienebeauftragte/ein zusätzlicher Hygienebeauftragter empfohlen wird (32)(1).

Obwohl die Empfehlungen für Hygienefachkräfte unterschiedlich formuliert sind, finden sich dafür jedoch keine bedeutenden praxisrelevanten Unterschiede. Die kleinste Einheit an Betten pro HFK, hier abhängig von der Risikogruppe, beträgt in Deutschland 100 Betten, in Österreich abhängig vom Krankenanstaltstyp 150 Betten; die größte Einheit an Betten pro HFK beträgt in Deutschland 500 Betten und in Österreich 400 Betten (33)(1).

### **3.5 ProHyg-Leitlinien 1.0 und 2.0**

Um die Umsetzung der im Gesetzestext verfassten Forderungen bezüglich der Krankenhaushygiene zu unterstützen, wurde mit der ersten Fassung der ProHyg-Leitlinien vom *Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen* 2002 erstmalig eine umfassende Übersicht mit empfehlendem Charakter rund um Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene verfasst. Diese versteht sich nicht als Ersatz der bundesweiten gesetzlichen Vorschriften, sondern vielmehr als deren detaillierte, konkret anwendbare Ausführungshilfe.

Ein zentrales Thema im Rahmen der zweiten Ausgabe der ProHyg-Leitlinien stellt die Verbesserung der Kommunikation, sowohl interdisziplinär als auch zwischen den Hygieneteams, dar. Weitere Lösungsvorschläge befassen sich mit der Optimierung, sowohl der Qualifikation als auch der Zufriedenheit der Hygieneteammitglieder. Außerdem stellt der Ruf der Krankenhaushygiene eine weitere erkannte Herausforderung dar. Dem gilt es mit aufklärender Information über die Bedeutung derselben zu begegnen, um auch eine effektive interdisziplinäre Zusammenarbeit zu ermöglichen. All diese Bemühungen stehen natürlich im Dienst des Bestrebens, die Rate der nosokomialen Infektionen zu senken.

Inhaltlich wird in den ProHyg-Leitlinien allem voran Hintergrundwissen zur aktuellen Situation rund um NI und multiresistente Erreger geboten. Anschließend werden die gesetzlichen Grundlagen direkt anhand der Gesetzestexte geklärt und schließlich wird auf die Umsetzung derselben eingegangen. Dabei wird z.B. festgelegt, wie die Zusammenarbeit der Krankenanstalten mit der Sanitätsbehörde und eine professionelle Arbeitsweise und Organisation in der Krankenhaushygiene am besten gestaltet werden können. Weitere für die Praxis wichtige Empfehlungen finden sich bezüglich Zeitmanagements, allgemeiner Verhaltensnormen und der Präsentation nach außen. Für letztere wird z.B. vorgeschlagen eine Ansprechperson aus dem Hygieneteam zu bestimmen. Im Folgenden wird hauptsächlich über Leitlinien, die das Hygieneteam direkt betreffen, informiert.

Dabei finden sich die Zusammensetzung eines Hygieneteams sowie die unterschiedlichen Ausbildungen und Funktionen der einzelnen Mitglieder in den ProHyg-Leitlinien übersichtlich dargestellt (1):

### **3.5.1 Das Hygieneteam**

Das Hygieneteam besteht im Wesentlichen aus der Krankenhaushygienikerin/dem Krankenhaushygieniker bzw. Hygienebeauftragten und einer oder mehrerer Hygienefachkräfte. Das Hygieneteam sollte als Organisationseinheit eine Geschäftsordnung verfassen, in der die Tätigkeiten und Abläufe festgelegt werden. Es tritt als beratende Einheit im Klinikalltag auf, die außerdem zu sämtlichen hygienerelevanten wichtigen Geschehnissen der Krankenanstalt zu Rate gezogen werden muss. Die Um- und Durchsetzung der Empfehlungen sowie eventuelle Sanktionen sind aber nicht Verantwortung des Hygieneteams selbst, sondern der Kollegialen Führung bzw. der Sanitätsbehörde.

Das Hygieneteam ist der Kollegialen Führung sozusagen für die Belange der Krankenhaushygiene zur Seite gestellt, handelt aber fachlich unabhängig. Die Kollegiale Führung hat vielmehr dafür zu sorgen, dass das Hygieneteam seine Arbeit ungehindert und bestmöglich durchführen kann. Dazu gehört u.a. die Bereitstellung personeller und materieller Ressourcen.

Die Verantwortung und Aufgaben wurden bereits im Rahmen des gesetzlichen Hintergrundes erläutert.

Für sämtliche Mitglieder des Hygieneteams werden jährlich hygienerelevante Fortbildungen von mindestens 10 Tagen empfohlen. Im Hygieneteam ist außerdem keine hierarchische Ordnung vorgesehen; um eine möglichst ganzheitliche Leistung erbringen zu können, sind vielmehr alle Berufsgruppen zu den jeweiligen Themen, über die beraten wird, anzuhören. Im Grunde kommt jedem Mitglied dieselbe Verantwortlichkeit, wenn auch mit unterschiedlichen Ressourcen, zu.

### 3.5.2 Umfeld und Stellung der Krankenhaushygiene

Das Hygieneteam interagiert mit einer ganzen Reihe verschiedenartigster Bereiche/Berufsgruppen innerhalb und außerhalb der Krankenanstalt und ist herausgefordert, die jeweiligen unterschiedlichen Interessen mit dem Interesse einer adäquaten Krankenhaushygiene zu vereinen.

Anhand der angeführten Abbildung lässt sich der Umfang des Aufgabengebiets im Bereich der Krankenhaushygiene erahnen:

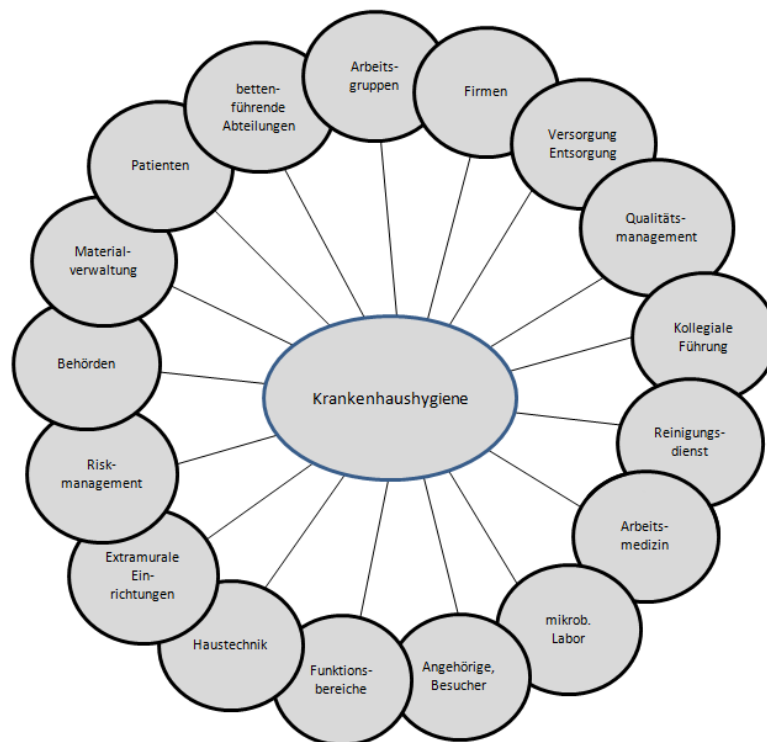


Abbildung 1: Umfeld der Krankenhaushygiene; Quelle und Darstellung: Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit: ProHyg 2.0 – Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene, 2014, Wien.

### 3.5.3 Personelle Ressourcen

Im Rahmen der Verfassung der ProHyg-Leitlinien 2.0 wurde lang und intensiv über den Bettenschlüssel diskutiert und schließlich eine Steigerung der personellen Ressourcen vorgenommen. So war 2002, am Beispiel der Zentralkrankenanstalten, für 900 Betten und pro jede weitere 450 Betten eine zusätzliche Hygienebeauftragte/ein zusätzlicher Hygienebeauftragter vorgesehen. In den aktuellen Leitlinien wird dies für 800 Betten

und pro jede weitere 400 Betten empfohlen. Ebenfalls neu angegeben ist die Zahl für Hygienefachkräfte. Wurden 2002 einer hauptberuflichen Hygienefachkraft aus einer Zentralkrankenanstalt maximal 300 Betten zugeteilt, steht sie/er aktuell in der Verantwortung für maximal 150 Betten; hier wurde der Bettenschlüssel also halbiert, was als positive Entwicklung für die Belange der Krankenhaushygiene vermerkt werden darf. Als optimal erstrebenswert wird 2002 für Hygienefachkräfte außerdem ein Bettenschlüssel von 1:250 präsentiert, wobei heute ein Verhältnis von 1:100 angegeben wird - eine Zahl, die im Gesamtkontext einer optimalen Patientenversorgung bei weitem noch nicht umgesetzt wurde.

Die aktuellen Leitlinien bezüglich Personalberechnung für die übrigen Krankenanstaltstypen wurden in vorhergehenden Abschnitten im Rahmen des Vergleichs mit Deutschland bereits näher beleuchtet.

### **3.5.4 Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene**

Hier wird etwa die Erstellung eines Hygieneplans empfohlen, welcher über die Mitglieder der anstaltseigenen Krankenhaushygiene und über allfällige hygienerelevante Richtlinien informiert.

Des Weiteren ist es hilfreich, für jegliche relevante Bereiche die hygienisch korrekten Abläufe in einem Hygieneordner zu sammeln, um sowohl dem Hygieneteam als auch sämtlichen Angestellten der Krankenanstalt als Nachschlagewerk zu dienen.

Natürlich gehören zu den Instrumenten auch noch die Überwachung nosokomialer Infektionen, regelmäßige hygienerelevante Fortbildungen, technisch-hygienische Überprüfungen und die Durchführung von Hygienevisiten. Vom Hygieneteam beschlossene Empfehlungen können durch die Autorität der Kollegialen Führung zu verbindlichen Richtlinien werden.

## 4 ÖÄK-Diplom für Krankenhaushygiene

Wie gesetzlich in § 8a des KAKuG festgehalten, muss in jeder Krankenanstalt eine Person verbindlich als Hygienebeauftragte/Hygienebeauftragter eingesetzt werden, Diese wird mit der Aufgabe betraut, sich um die Schaffung und Umsetzung bestmöglicher Hygienebedingungen, Prävention und Überwachung nosokomialer Infektionen und anderer hygienerelevanter Belange zu kümmern (34)(26).

Diese Rolle kann gemäß Gesetz von einer Fachärztin/einem Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie, aber auch von „einem sonst fachlich geeigneten, zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt (Hygienebeauftragter)“, also von einer Ärztin/einem Arzt mit dem Zusatzdiplom für Krankenhaushygiene, übernommen werden (26).

Dazu wird bereits seit den 1980ern eine Zusatzausbildung für Ärztinnen/Ärzte angeboten, aktuell bestätigt im Rahmen eines Diploms der *Österreichischen Ärztekammer, ÖÄK Diplom Krankenhaushygiene*. Die wissenschaftliche Leitung liegt bei der *Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin*. Der Kursumfang beträgt 80 Stunden, die derzeit in fünf Modulen zu je zwei Tagen am Ordensklinikum Linz, den Medizinischen Universitäten Wien, Innsbruck, Graz und der Medizinischen Privatuniversität *Paracelsus* abgehalten werden (35).

Inhaltlich wird den Teilnehmerinnen/Teilnehmern ein breites Spektrum an Wissen übermittelt. Dies erstreckt sich von fachlichem Grundlagenwissen über gesetzliche Rahmenbedingungen und Verantwortung der Krankenhaushygiene, Reinigung und Desinfektion, Küchenhygiene, Vorgehen bei Um- und Neubauten bis hin zur praktischen Bedeutung bzw. Umsetzung von Isolierungsmaßnahmen bei unterschiedlichsten Erregern, Personalschutz und anderen krankenhaushygienisch wichtigen Themen. Zum erfolgreichen Abschluss der jeweiligen Kursteile ist am Ende eine Prüfung abzulegen. Die Ausstellung des Diploms erfolgt nach erfolgreicher Absolvierung aller jeweiligen Teile, die übrigens in beliebiger Reihenfolge besucht werden können, durch die *Österreichische Akademie der Ärzte GmbH* (34).

## **5 Fragebogenerhebung im Rahmen des ÖÄK-Diploms Krankenhaushygiene**

### **5.1 Studienziel**

Ziel der Umfrage ist eine Bestandsaufnahme zur Situation hygienebeauftragter Ärztinnen und Ärzte in Österreich. Dabei geht es um die zeitlichen und personellen Ressourcen von Hygieneteams, die Eingliederung der Hygieneteams in das Arbeiten im stationären und ambulanten Bereich, die Ausstattung in Bezug auf den Infrastrukturbereich oder die Stellung bzw. Unterstützung von Hygieneteams durch die Kollegiale Führung. Ein Kernpunkt dieser Studie ist die Frage nach der Motivation der Kolleginnen und Kollegen, sich dem Gebiet der Krankenhaushygiene zu widmen, bzw. die Frage nach Verbesserungspotential in der derzeitigen Ausbildung zur hygienebeauftragten Ärztin/zum hygienebeauftragten Arzt in Österreich.

Dazu nahmen wir die Gelegenheit während eines Ausbildungsmoduls zum ÖÄK Diplom für Krankenhaushygiene in Graz wahr, und luden die Teilnehmerinnen/Teilnehmer zum Ausfüllen des im Folgenden ausgewerteten Fragebogens ein.

Die Beantwortung der Fragen gibt vor allem einen Überblick zur aktuellen Struktur der Krankenhaushygiene im stationären Bereich, aber auch einen Einblick zur Lage in Ambulatorien. Der Fokus liegt hauptsächlich auf jenen Fragen, die sich auf die Person der/des Hygienebeauftragten selbst beziehen, um gegebenenfalls daraus gewonnene Einsichten als Ausgangspunkte zur Verbesserung der Ausbildungssituation zu nutzen.

### **5.2 Methodik**

Zur Erhebung der oben genannten Faktoren wurde die Methode eines strukturierten Fragebogens gewählt. Wir orientierten uns an der 2001 vom Bundesministerium durchgeführten Umfrage zur Situation der Krankenhaushygiene in Österreich und übernahmen einige Fragen direkt, welche im angeführten Fragebogen im Anhang dementsprechend gekennzeichnet sind. Weitere Fragen, insbesondere jene mit dem Ziel zur Verbesserung der Ausbildungssituation, wurden in Zusammenarbeit mit Frau Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Andrea Grisold, MBA und Frau Dr. Agnes Wechlser-Fördös, beide im

Vorstand der *Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin*, verfasst.

Das Ausfüllen des Fragebogens war freiwillig; es wurden keine persönlichen Daten erhoben. Neben Fragen, die durch Ankreuzen vorgegebener Auswahlmöglichkeiten beantwortet werden konnten, gab es auch die Möglichkeit des freien Textes. Alternative Interpretationen der Fragen sind in einigen Fällen daher möglich.

Gliederung des Fragebogens:

1. Allgemeines über die Krankenhausstruktur
2. Fragen zur Ausstattung des Hygieneteams
3. Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen
4. Organisation der Krankenhaushygiene
5. Surveillance
6. Ihre Rolle als Hygienebeauftragte/Hygienebeauftragter

Der Fragebogen ist im Anhang in leicht modifizierter Form angeführt.

### **5.3 Teilnehmerinnenquote/Teilnehmerquote**

Von den 104 Kursteilnehmerinnen/Kursteilnehmern in Graz wurden vor Ort insgesamt 58 Fragebögen retourniert. Zudem wurde die Möglichkeit eröffnet, den Fragebogen im Nachhinein per Post oder E-Mail zu retournieren, wovon jedoch, wie erwartet, nicht Gebrauch gemacht wurde. Die Teilnehmerinnenquote/Teilnehmerquote dieser ausgewählten Gruppe beläuft sich also auf 54,8%.

Insgesamt wurden 57 Fragebögen ausgewertet. Ein Fragebogen konnte aufgrund von fehlenden Angaben nicht in die Auswertung miteinbezogen werden.

## 5.4 Ergebnisse der Umfrage

Die einzelnen Fragen werden jeweils zu Beginn in Originalform bzw. mit angepasster Formatierung wiedergegeben, wobei die originale Nummerierung beibehalten wird und nicht mit derjenigen der Kapitel dieser Diplomarbeit verwechselt werden darf. Die Antwortergebnisse werden mithilfe von Graphiken visualisiert und im Anschluss jeweils beschrieben. Die Angaben in Prozent sind im Text stets auf eine Nachkommastelle, in Grafiken auf ganze Zahlen gerundet.

### 5.4.1 Allgemeines über die Krankenhausstruktur

Dieser erste Teil des Fragebogens repräsentiert in welcher Art von Einrichtung die Auszubildenden in Zukunft als Hygienebeauftragte arbeiten werden bzw. bereits eingesetzt sind.

#### 1.1 Bei Ihrer Krankenanstalt handelt es sich um eine

- Landeskrankenanstalt
- Gemeinde-/Bezirkskrankenanstalt
- Privatkrankenanstalt (z.B. Ordensspitäler, AUVA etc.)
- Institut

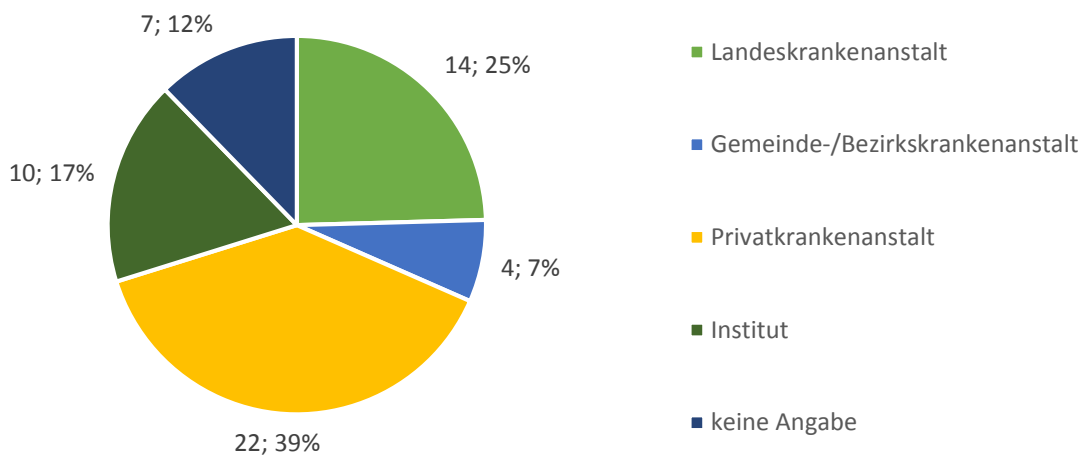


Abbildung 2: Betriebsart der Krankenanstalten; Quelle: eigene Darstellung

Von den 57 ausgewerteten Fragebögen stammen 18 Kursteilnehmerinnen/ Kursteilnehmer (31,6%) aus öffentlichen und 22 (38,6%) aus privat betriebenen Anstalten. 10 Personen (17,5%) gaben an, aus einem institutionellen Betrieb zu kommen und 7 (12,3%) machten keine Angabe diesbezüglich.

## 1.2 Um welchen Krankenhaustyp handelt es sich bei Ihrer Krankenanstalt?

- Zentralkrankenanstalt
  - Universitätsklinikum
  - Sonstige Zentralkrankenanstalt
- Schwerpunktkrankenanstalt
- Standardkrankenanstalt
- Sonderkrankenanstalt für \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

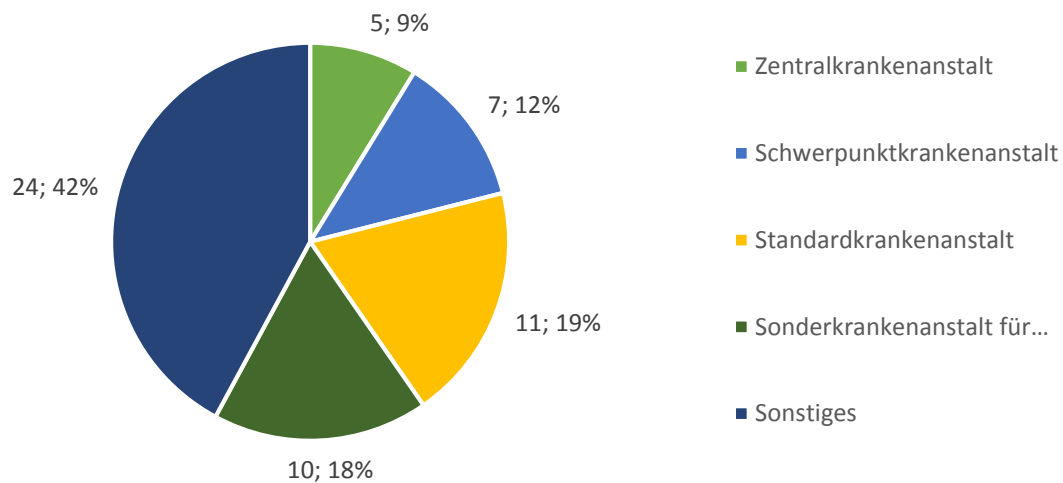


Abbildung 3: Krankenanstaltstypen; Quelle: eigene Darstellung

Von den 57 ausgewerteten Fragebögen kommen 24 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (42,1%) aus unter „Sonstiges“ eingeordneten Krankenanstaltstypen.

Diese beinhalten folgende Einrichtungen:

- 5 Zahnambulatorien
- 4 nicht näher definierte Ambulatorien bzw. Institute

- 2 Einrichtungen der Gebietskrankenkasse
- 2 Rehabilitationszentren
- 2 Institute für CT bzw. MRT
- 2 Anstalten des militärischen Gesundheitswesens
- Andere: 1 Kurhotel, 1 Institution im Bereich der Betriebsmedizin, 1 Ambulatorium für Kinder und Jugendliche mit neurologischen/psychiatrischen Erkrankungen, 1 Einrichtung des Magistrats, 1 Ambulatorium für physikalische Medizin, 1 mobile Allgemeinmedizinerin

Ein Fragebogen wurde als „Sonderkrankenanstalt für Zahnmedizin“ angegeben, von uns aber in die Kategorie „Sonstiges“ als „Zahnambulatorium“ verlegt.

11 der Teilnehmerinnen/Teilnehmer (19,3%) stammen aus einer Standard- und 10 (17,5%) aus einer Sonderkrankenanstalt, 7 (12,3%) aus einer Schwerpunkt- und 5 (8,8%) aus einer Zentralkrankenanstalt.

Die Sonderkrankenanstalten umfassen hier 2 Rehabilitationseinrichtungen, je eine Sonderkrankenanstalt für Unfallchirurgie, Orthopädie, Ästhetik, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Geriatrie, sowie eine Hospiz-Palliativstation und ein Pflegewohnhaus. In einem Fall wurde die Sonderkrankenanstalt nicht näher bezeichnet.

Im Folgenden wird der Begriff Krankenanstalt/en häufig mit „KA“ abgekürzt.

### 1.3 Die Gesamtbettenkapazität Ihrer Krankenanstalt beträgt ... Betten.

<200     200-500     500-1000     >1000

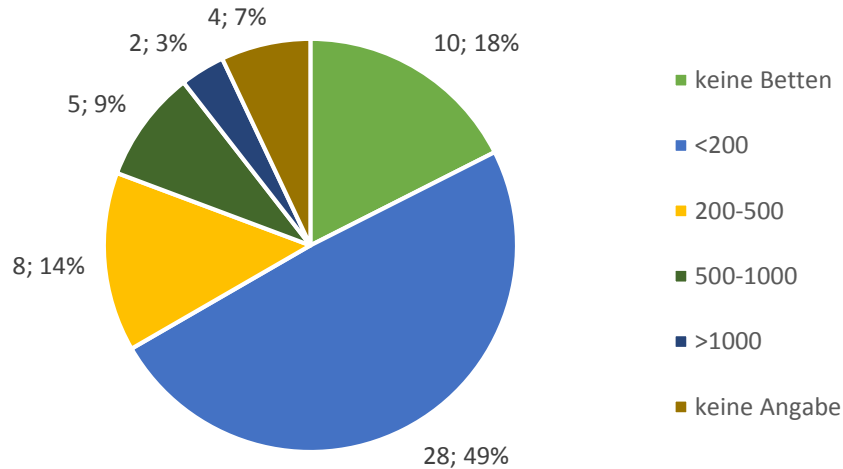


Abbildung 4: Bettenkapazitäten der Krankenanstalten; Quelle: eigene Darstellung

28 Betriebe (49,1%), also fast die Hälfte aller ausgewerteten Fragebögen, verfügen über unter 200 Betten, 8 (14,0%) haben eine Bettenkapazität von 200-500 Betten, 5 (8,8%) von 500-1000 und 2 Krankenanstalten (3,5%) verfügen über mehr als 1000 Betten. 10 der Befragten (17,5%) gaben an, aus keiner bettenführenden Institution zu kommen.

Von 4 Teilnehmerinnen/Teilnehmern (7,0%) wurde diese Frage nicht beantwortet.

#### 1.4 Werden Belange der Krankenhaushygiene in der Anstaltsordnung Ihrer Krankenanstalt geregelt?

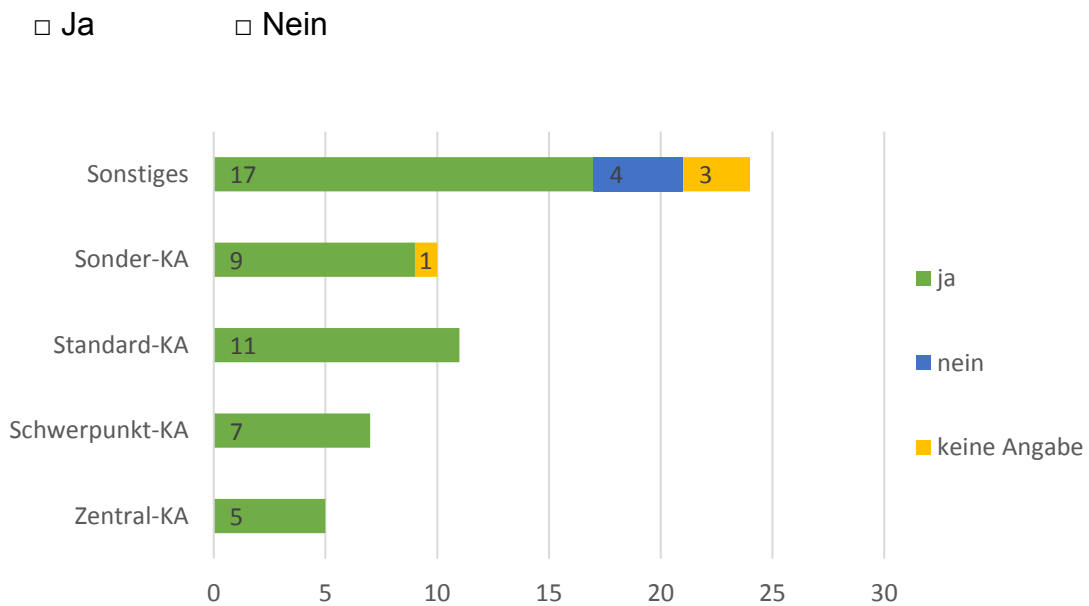


Abbildung 5: Regelung der Krankenhaushygiene in der Anstaltsordnung; Quelle: eigene Darstellung

Insgesamt sind die Belange der Krankenhaushygiene in 49 von 57 (86,0%) der ausgewerteten Fragebögen in der Anstaltsordnung festgehalten und definiert. Dabei zeigen Zentral-, Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten ausnahmslos eine Regelung.

In 4 Betrieben (7,0%), die ausschließlich aus der Kategorie „Sonstiges“ stammen, findet sich keine Regelung der Krankenhaushygiene in der Anstaltsordnung. In weiteren 4 Fällen (7,0%) erfolgte keine Angabe.

## 5.4.2 Hygieneteam

### 2.1 Gibt es an Ihrer Krankenanstalt ein Hygieneteam?

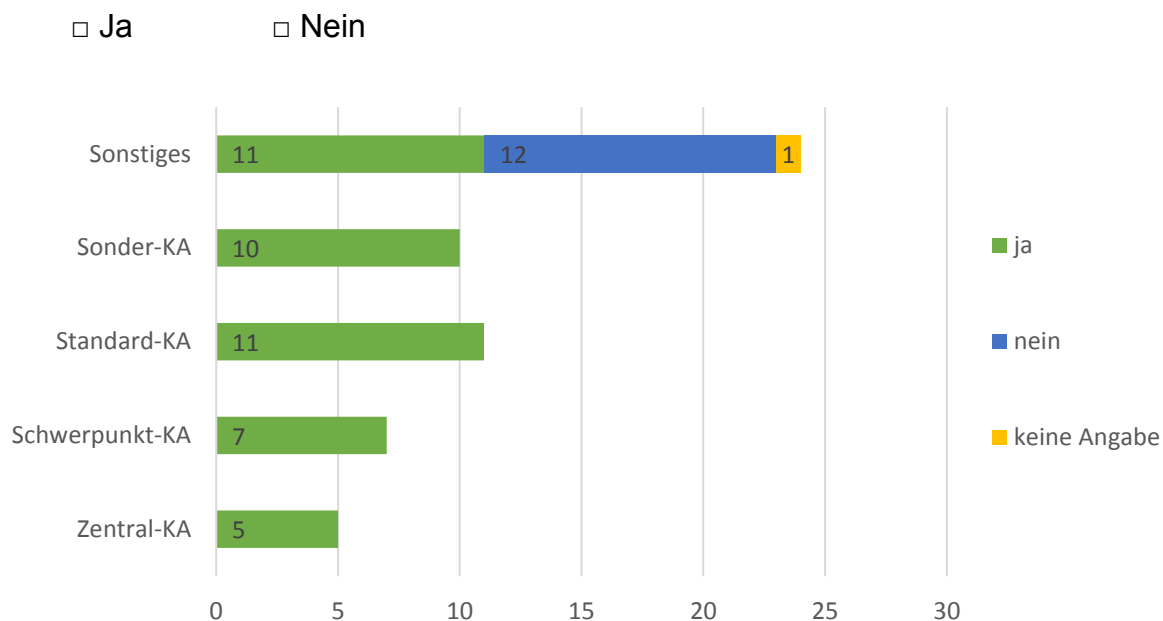


Abbildung 6: Existenz von Hygieneteams; Quelle: eigene Darstellung

Insgesamt finden sich in 44 Fällen (77,2%) für die Belange der Krankenhaushygiene eingesetzte Hygieneteams.

In allen Zentral-, Schwerpunkt-, Standard- und Sonderkrankenanstalten (33 in Zahl) gibt es laut Angaben der Teilnehmerinnen/Teilnehmer ausnahmslos Hygieneteams. Dies ist in nicht einmal der Hälfte (11 in Zahl) der Betriebe, die unter „Sonstiges“ eingeordnet werden, der Fall.

Von 12 Teilnehmerinnen/Teilnehmern (21,1%) wurde die Existenz eines Hygieneteams verneint, wobei diese ausschließlich aus der Kategorie „Sonstiges“ stammen. In einem weiteren Fall (1,8%) ebenfalls dieser Kategorie wurde keine Angabe gemacht.

## 2.2 Aus welchen Personen ist Ihr Hygieneteam zusammengesetzt?

a. Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker bzw. hygienebeauftragte Ärztin/hygienebeauftragter Arzt.

	Hygienespezifische Ausbildung	Vertraglich festgelegte Stunden/Woche für die Hygiene	Zeitressourcen aus <u>Ihrer</u> Sicht
Krankenhaushygienikerin/ Krankenhaushygieniker bzw. Hygienebeauftragte Ärztin/ Hygienebeauftragter Arzt	<input type="checkbox"/> Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie oder in Ausbildung  <input type="checkbox"/> ÖÄK-Diplom oder in Ausbildung  <input type="checkbox"/> Anderes:	Stunden gesamt:  _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal

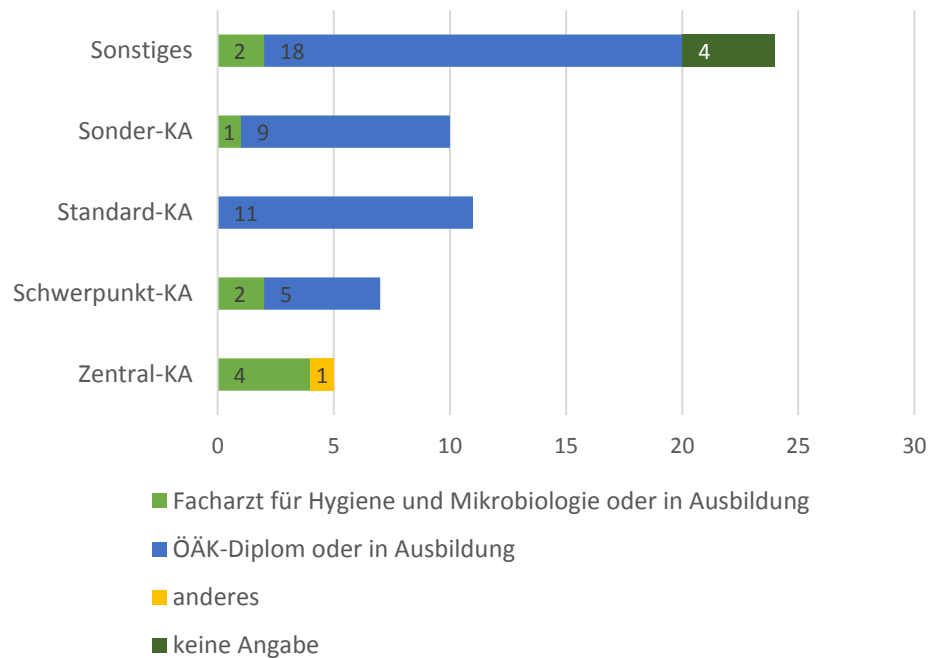


Abbildung 7: Qualifikation der Hygienebeauftragten; Quelle: eigene Darstellung

Die für die Krankenhaushygiene Verantwortlichen ärztlicherseits zeigten folgende Höchstqualifikationen, welche auch in oben angeführter Graphik mit den absoluten Werten veranschaulicht werden:

- in 9 Fällen (15,8%) Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie oder in Ausbildung
- in 43 Fällen (75,4%) ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene oder in Ausbildung
- in einem Fall Fachärztin/Facharzt (1,8%) für Pathologie in einer Zentralkrankenanstalt
- in 4 Fällen (7,0%) wurde keine Angabe gemacht

In Bezug auf die den Hygienebeauftragten für die Belange der Krankenhaushygiene zugedachten Stunden pro Woche wurde in 11 Fällen (19,3%) berichtet, über explizit keine vertraglich festgelegten Stunden für diesen Bereich zu verfügen. Geantwortet wurde in diesen Fällen mit „0“. Eine Anmerkung in einem Fragebogen schildert den Tagesablauf mit: „alles geschieht nur zwischendurch“.

22 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (38,6%) machten in diesem Rahmen keine Angaben zu den zeitlichen Ressourcen.

Von 57 ausgewerteten Fragebögen enthielten 35 (61,4%) Angaben über die vertraglich festgelegten Stunden für Hygienebeauftragte. Dabei sind auch die 11 Fälle, die als Betrag explizit „0“ angaben, miteinbezogen.

Aus der folgenden Tabelle lassen sich Stichprobengrößen (n), Mittelwerte, Minima, Maxima und Standardabweichungen der vertraglich festgelegten Stunden pro Woche für alle Hygienebeauftragten, unabhängig von ihrer Qualifikation, nach Art der Krankenanstalt geordnet, entnehmen.

	Zentral-KA	Schwerpunkt-KA	Standard-KA	Sonder-KA	Sonstiges
n	2	6	10	8	9
Mittelwert	20	28,3	10,4	6,6	2,9
Minimum	0	10	0	0	0
Maximum	40	40	24	32	20
Standard- abweichung	28,3	13,3	8,8	10,8	18,34

*Tabelle 3: Vertraglich festgelegte Stunden Hygienebeauftragter; Quelle: eigene Darstellung*

Im Anschluss soll noch auf die Ergebnisse der einzelnen Krankenanstaltstypen eingegangen werden, wobei sich jede einzelne Krankenanstaltsgruppe als eigene Gesamtheit versteht und die Prozentanteile sich somit auf diese beziehen und nicht auf die Grundgesamtheit von 57 Krankenanstalten.

In Bezug auf **Zentralkrankenanstalten** (5 Häuser) wurde in nur einem von 5 Fällen (20,0%) von einer Stundenregelung berichtet, eine Teilnehmerin/ein Teilnehmer (20,0%) gab als Antwort „0“ an und 3 (60,0%) machten keine Angabe.

In **Schwerpunktkeankenanstalten** (7 Häuser) gaben 6 von 7 Befragten (85,7%) vertraglich festgelegte Wochenstunden an. Das Minimum befindet sich hier als einziges über 0 und beträgt 10 Stunden pro Woche. Diese Kategorie zeigt auch den höchsten Mittelwert. In einem Fall (14,3%) wurde keine Angabe gemacht.

7 Hygienebeauftragte (63,6%) aus **Standardkrankenanstalten** (11 Häuser) berichteten von definierten Wochenstunden mit einem Wert > 0 Stunden pro Woche für die Belange der Hygiene. 3 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (27,3%) gaben den Wert „0“ an. In einem Fall (9,1%) wurde keine Angabe gemacht.

In **Sonderkrankenanstalten** (10 Häuser) gaben 6 Hygienebeauftragte (60,0%) vertraglich festgelegte Stunden über dem Wert „0“ an. In 2 Fällen (20,0%) wurde mit dem Wert „0“ geantwortet. 2 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (20,0%) machten keine Angabe.

4 Betriebe (16,7%) der **Kategorie „Sonstiges“** (24 Einrichtungen) sehen laut Angaben für die Belange der Hygiene vertraglich festgelegte Stunden über dem Wert „0“ vor. Von 5 Befragten (20,8%) wurde der Wert „0“ angegeben. In 15 Fällen (62,5%) wurde keine Angabe gemacht. Diese Gruppe zeigt mit 2,9 Stunden/Woche den niedrigsten Mittelwert vertraglich festgelegter Stunden.

Die Zufriedenheit der Hygienebeauftragten bezüglich ihrer zeitlichen Ressourcen ist der nachstehenden Tabelle in Form der jeweiligen Mittelwerte zu entnehmen. Die Zahl der Stichproben ist jeweils mit (n=\_) ergänzt. Die Skala im Fragebogen erstreckt sich von 1 (zu wenig) bis 5 (optimal).

	Zentral- KA	Schwerpunkt- KA	Standard- KA	Sonder- KA	Sonstiges
vertraglich festgelegte Stunden pro Woche		3,1 (n=5)	2,7 (n=7)	3,2 (n=6)	3,75 (n=4)
nicht vertraglich festgelegte Stunden pro Woche	1 (n=1)		2 (n=2)	1 (n=2)	2,5 (n=4)
keine Angabe	5 (n=2)	2 (n=2)	1 (n=1)	3 (n=2)	1,4 (n=5)

*Tabelle 4: Zufriedenheit Hygienebeauftragter mit ihren zeitlichen Ressourcen; Quelle: eigene Darstellung*

b. Dipl. Pflegepersonal im Hygieneteam

	Hygienespezifische Ausbildung	Vertraglich festgelegte Stunden/Woche für die Hygiene	Zeitressourcen aus Ihrer Sicht
<b>Dipl. Pflegepersonal im Hygieneteam</b>	Anzahl □ _____	Stunden gesamt: _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal
	<b>Wieviele mit SAB (Sonderausbildung):</b>	Anzahl □ _____	Stunden gesamt: _____
			1 2 3 4 5 zu wenig optimal

Der folgenden Grafik ist zu entnehmen wie viele Krankenanstalten diplomiertes Pflegepersonal und/oder solches mit einer Sonderausbildung (SAB) für die Belange der Krankenhaushygiene eingestellt haben.

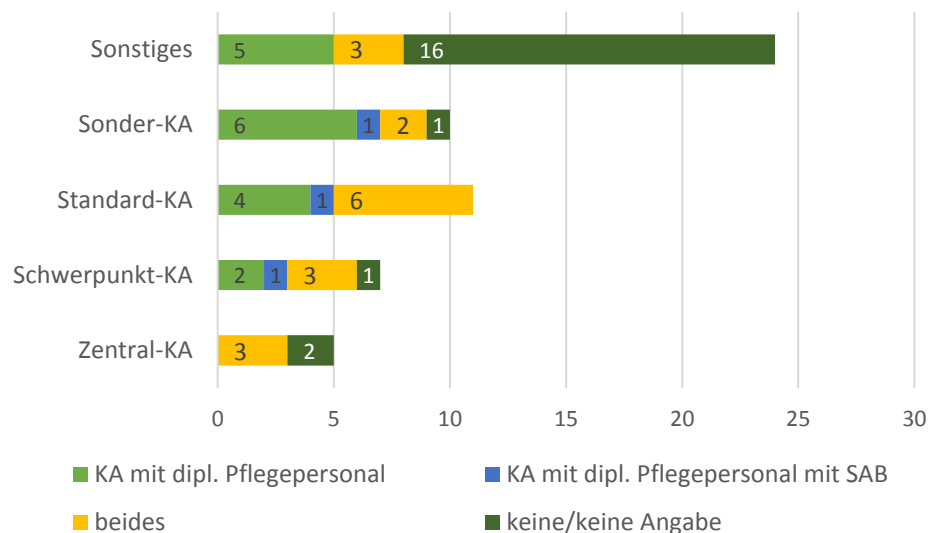


Abbildung 8: Qualifikation der Hygienefachkräfte; Quelle: eigene Darstellung

Von 57 Krankenanstalten verfügen 17 (29,8%) über diplomiertes Pflegepersonal ohne SAB und 20 (35,1%) über ein solches mit SAB. Wiederum 20 Befragte (35,1%), wobei 16 davon aus der Kategorie „Sonstiges“ stammen, machten keine Angabe bzw. konnten keine diplomierten Pflegepersonen in ihrem Hygieneteam vermerken - dies ist durch die Art der Fragestellung nicht näher feststellbar.

Von 57 ausgewerteten Fragebögen enthielten 22 (38,6%) Angaben über die vertraglich festgelegten Stunden für Hygienefachkräfte.

Mit der nächsten Tabelle gewinnt man den Überblick über Stichprobengröße (n), Mittelwerte, Minima, Maxima und Standardabweichungen der vertraglich festgelegten Stunden pro Woche für diplomiertes Pflegepersonal mit und ohne SAB.

Die Information über die eigentliche Stichprobengröße der einzelnen Hygienefachkräfte (HFK) wird durch die Angabe der einbezogenen Fragebögen (FB) bzw. Krankenanstalten (KA), aus denen die Fachkräfte stammen, ergänzt, wobei sich nicht bestimmen lässt, ob sich darunter auch idente Krankenanstalten befinden.

	Zentral-KA	Schwerpunkt-KA	Standard-KA	Sonder-KA	Sonstiges
n	10 HFK aus 2 FB/KA	16 HFK aus 4 FB/KA	18 HFK aus 9 FB/KA	7 HFK aus 4 FB/KA	11 HFK aus 3 FB/KA
Mittelwert	17	17,4	24,4	17,1	9,3
Minimum	1	10	20	4	0
Maximum	40	40	50	40	41
Standard- abweichung	19,8	10,2	8,1	16,6	15,7

*Tabelle 5: Zeitliche Ressourcen von Hygienefachkräften; Quelle: eigene Darstellung*

Hygienefachkräfte in **Standardkrankenanstalten** weisen dabei den höchsten Mittelwert der Stunden pro Woche für die Belange der Krankenhaushygiene auf.

**Zentral-, Schwerpunkt- und Sonderkrankenanstalten** stellen ihren Hygienefachkräften annähernd einheitliche Zeitressourcen zur Verfügung.

In Anstalten der **Kategorie „Sonstiges“** stellt die wöchentlich festgelegte Arbeitszeit im Bereich der Krankenhaushygiene mit 9,3 Stunden pro Woche den niedrigsten Mittelwert, verglichen mit den übrigen Krankenanstalten, dar.

Die insgesamt pro Krankenhaustyp vertraglich festgelegten Stunden pro Woche für Hygienefachkräfte zeigen folgendes Bild:

In Zentralkrankenanstalten sind durchschnittlich je Betrieb 85 Stunden pro Woche für Hygienefachkräfte vertraglich festgelegt, in Schwerpunktkrankenanstalten 69,5 Stunden pro Woche, in Standardkrankenanstalten 48,8 Stunden pro Woche, in Sonderkrankenanstalten 30 Stunden pro Woche und in Betrieben der Kategorie „Sonstiges“ 25,5 Stunden pro Woche.

Auf die Zufriedenheit über die zeitlichen Ressourcen von Hygienefachkräften wird aufgrund der geringen Antwortzahl nicht eingegangen.

c. Weitere Mitglieder des Hygieneteams sowie weitere intramurale Planstellen, die dem Hygieneteam zugeordnet sind

	Hygienespezifische Ausbildung	Vertraglich festgelegte Stunden/Woche für die Hygiene	Zeitressourcen aus ihrer Sicht
<b>Weitere Mitglieder des Hygieneteams</b>	<input type="checkbox"/> Facharzt/ Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie oder in Ausbildung	Stunden gesamt: _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal
	<input type="checkbox"/> ÖÄK-Diplom oder in Ausbildung	Stunden gesamt: _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal
	<input type="checkbox"/> Anderes:	Stunden gesamt: _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal
<b>Weitere intramurale Planstellen, die dem Hygieneteam zugeordnet sind</b>	<input type="checkbox"/> BMA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Sekretariat <input type="checkbox"/> Anderes	Je Stunden gesamt: _____ _____ _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal

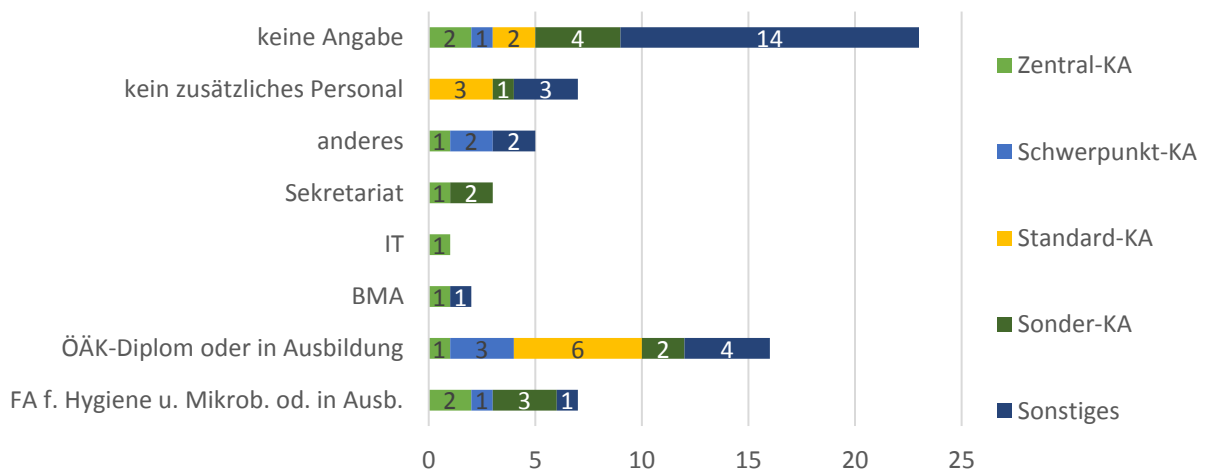


Abbildung 9: Weitere Mitglieder des Hygieneteams; Quelle: eigene Darstellung

Die weiteren Mitglieder und Planstellen werden aufgrund geringer Antwortzahlen zusammengefasst erörtert. Von den 57 ausgewerteten Fragebögen machten insgesamt 36 (63,2%) Angaben über zusätzliches Personal.

Dabei zeigt sich für alle Krankenhausstypen, dass Hygienebeauftragte mit einem ÖÄK-Diplom besonders häufig als zusätzliche Mitglieder des Hygieneteams eingesetzt sind.

### 2.3 Gibt es offiziell bestellte Vertretungen während der Abwesenheit von Hygieneteammitgliedern?

zu vertretende Funktion	Vertretung bestellt		Ausbildungsstand	
Krankenhaushygienikerin/ Krankenhaushygieniker bzw. hygienebeauftragte Ärztin/ hygienebeauftragter Arzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Fachärztin/ Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie oder in Ausbildung	<input type="checkbox"/> ÖÄK- Diplom oder in Ausbildung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Hygienefachkraft/ Dipl. Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		SAB (Sonderausbildung) zur Hygienefachkraft abgeschlossen oder dzt. in Ausbildung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein	

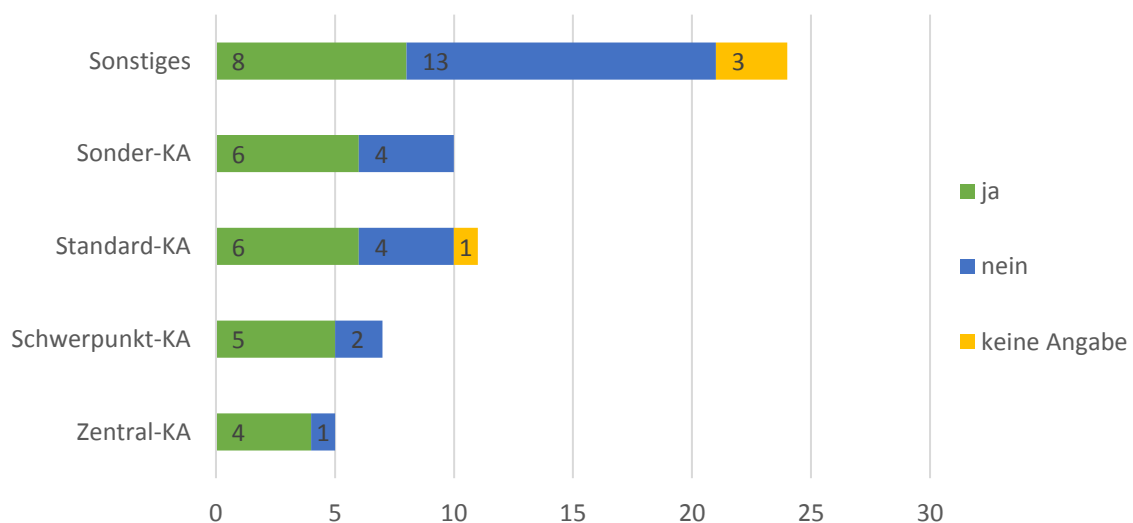


Abbildung 10: Vertretung hygienebeauftragter Ärztinnen/Ärzte; Quelle: eigene Darstellung

Von den 57 ausgewerteten Fragebögen sind in 29 Krankenanstalten (50,9%) ärztliche Vertretungen für die Belange der Krankenhaushygiene bestellt. 24 der Befragten (42,1%) gaben an, keine ärztlichen Vertretungen bestellt zu haben. In 4 Fällen (7,0%) fehlt diesbezüglich die Angabe.

Unter den ärztlichen Vertretungen finden sich insgesamt 5 Fachärztinnen/Fachärzte für Hygiene und Mikrobiologie und 22 Ärztinnen/Ärzte mit einem ÖÄK-Diplom. Weitere 5 Vertretungen wurden nicht näher beschrieben. Dabei wurden für manche Krankenanstalten mehrere Vertretungen angegeben. Somit weisen vor diesem Hintergrund 84,4% der Vertretungen ärztlicherseits eine entsprechende hygienespezifische Qualifikation auf.

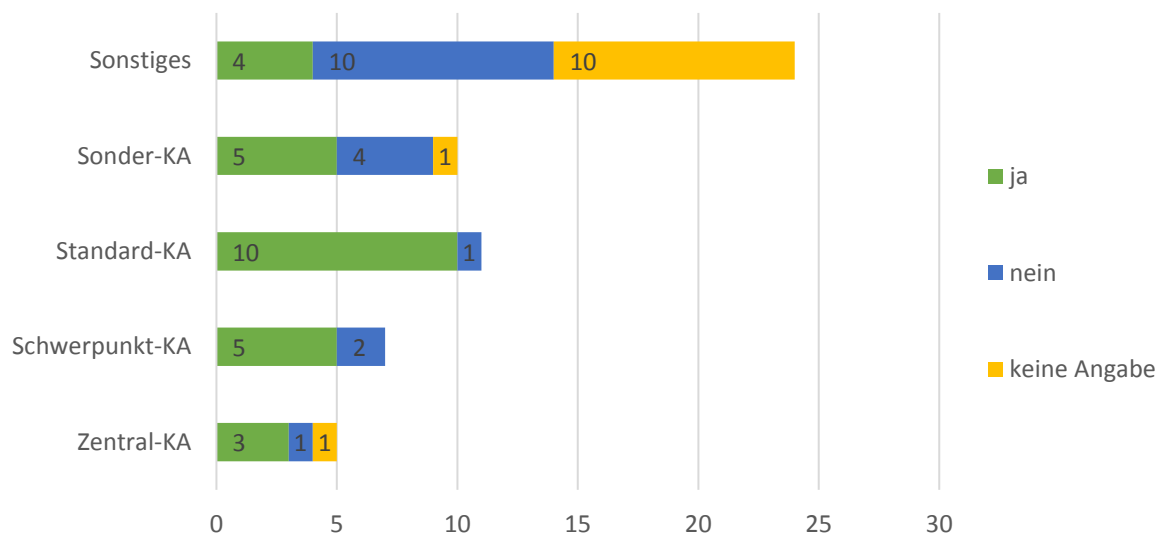


Abbildung 11: Vertretung für Hygienefachkräfte; Quelle: eigene Darstellung

Bezüglich der Hygienefachkräfte sind in 27 von 57 Fällen (47,4%) Vertretungen bestellt. Von 18 Personen (31,6%) wurde diese Frage verneint. In 12 Fällen (21,1%) wurde dazu keine Angabe gemacht.

21 der 27 bestellten Vertretungen für Hygienefachkräfte (77,8%) verfügen über eine Sonderausbildung. 2-mal (7,4%) wurde eine Vertretung ohne SAB verzeichnet und in 5 Fällen (18,5%) wurde keine genauere Angabe über die Qualifikation der Vertretung gemacht.

## 5.4.3 Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen

### 3.1 Sind eigene Räumlichkeiten für die Mitglieder des Hygieneteams vorhanden?

Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker bzw. hygienebeauftragte Ärztin/hygienebeauftragter Arzt

optimal     ausreichend     unzureichend

Hygienefachkraft/Dipl. Pflegepersonal

optimal     ausreichend     unzureichend

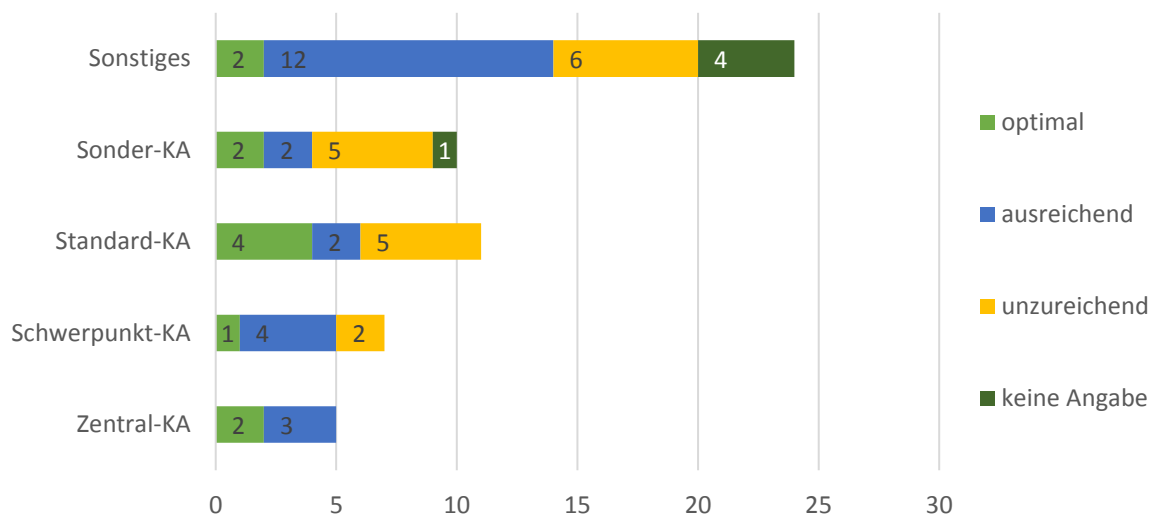


Abbildung 12: Räumliche Ressourcen für Hygienebeauftragte; Quelle: eigene Darstellung

34 von 57 ausgewerteten Fragebögen (59,6%) spiegeln in Bezug auf die verfügbaren Räumlichkeiten für Hygienebeauftragte eine Zufriedenheit von optimal bzw. ausreichend. 18 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (31,6%) bewerteten die zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten als unzureichend. In 5 Fällen (8,8%) wurde keine Angabe gemacht.

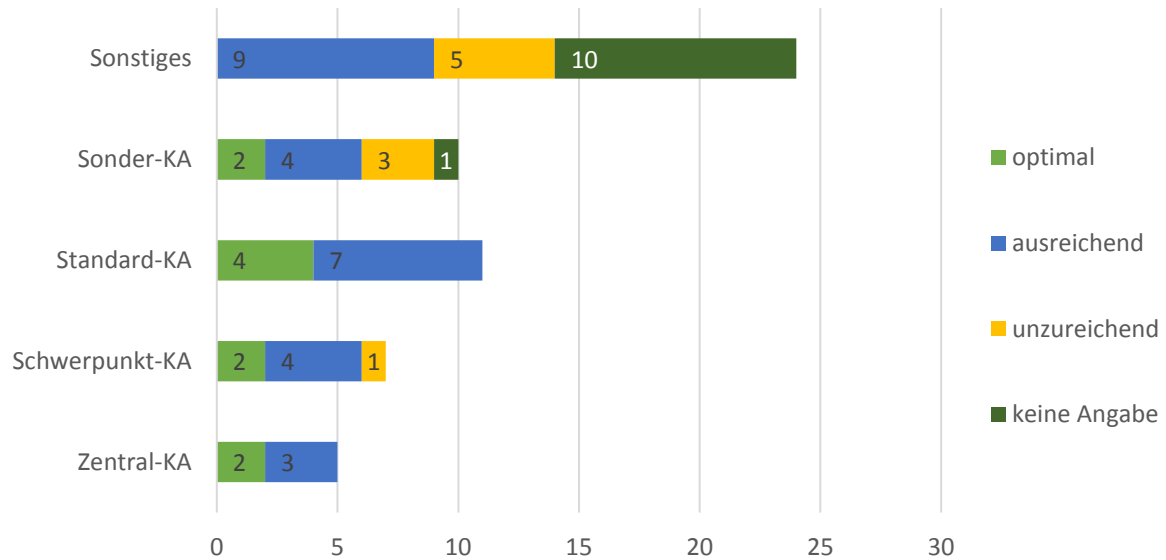


Abbildung 13: Räumliche Ressourcen für Hygienefachkräfte; Quelle: eigene Darstellung

Für Hygienefachkräfte werden die Räumlichkeiten in 9 von 57 Fällen (15,8%) als unzureichend bewertet. 37-mal (64,9%) wurden die vorhandenen Räumlichkeiten als optimal bzw. ausreichend eingeschätzt. In 11 Fällen (19,3%) wurde keine Angabe gemacht.

### 3.2 Welche Infrastruktur steht dem Hygieneteam zur Verfügung?

	Krankenhaushygienikerin/ Krankenhaushygieniker bzw. hygienebeauftragter Arzt/hygienebeauftragte Ärztin	Hygienefachkraft/ Dipl. Pflegeperson
<b>Eigene Telefondurchwahl</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Pager/Funk/Piepser</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Leichter Zugang zu Fax</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Leichter Zugang zu Kopierer</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>PC-Ausstattung</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Eigene E-Mail-Adresse</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Internetzugriff</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Literatur:</b>		
<b>Journals</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Bücher</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Datenbanken (elektronischer Volltextzugang)</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Sonstiges:</b>		

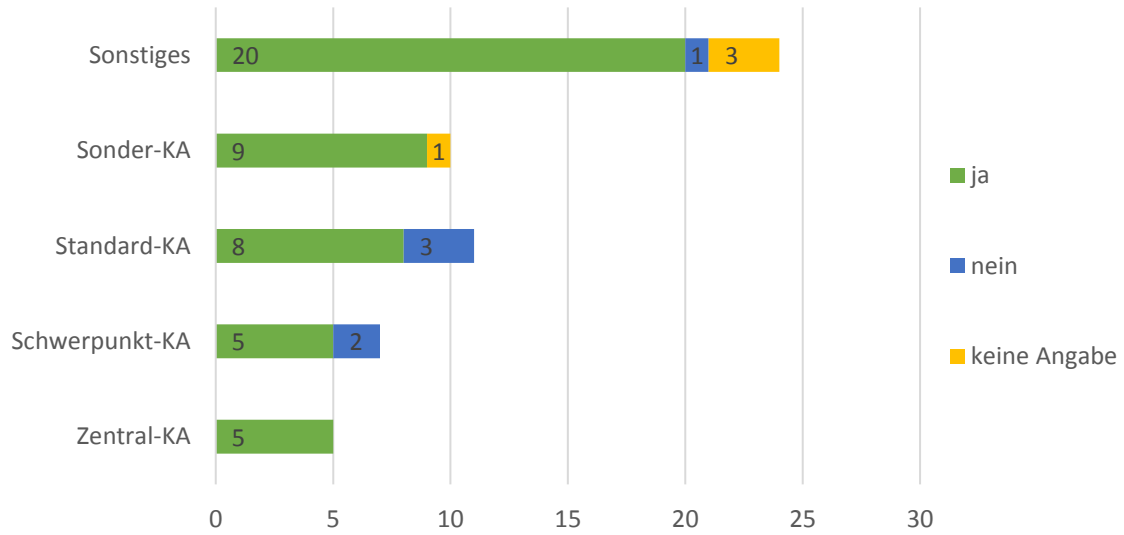


Abbildung 14: PC-Ausstattung Hygienebeauftragter; Quelle: eigene Darstellung

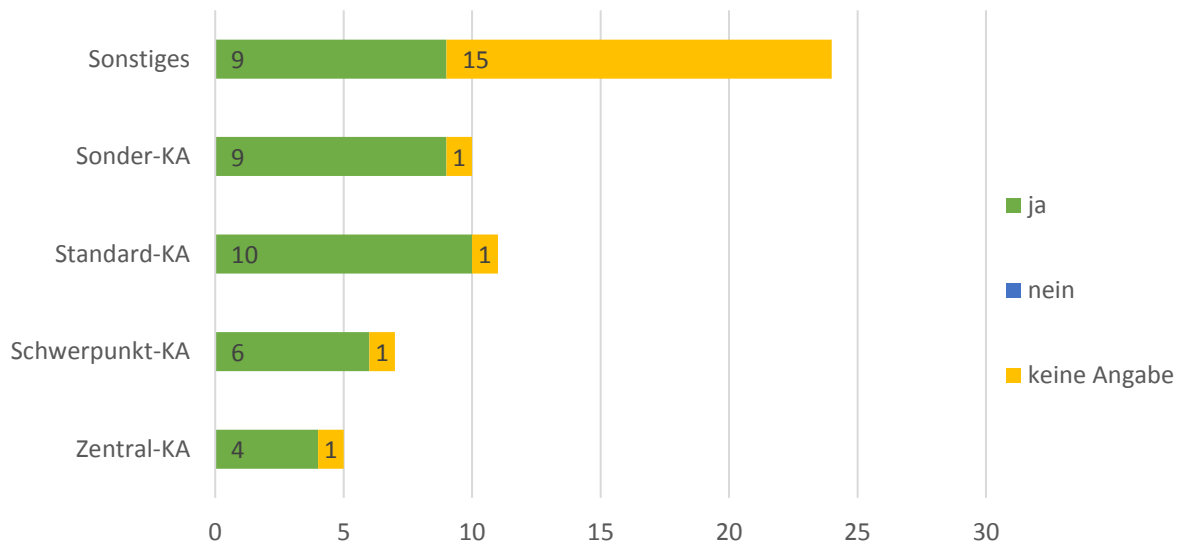


Abbildung 15: PC-Ausstattung von Hygienefachkräften; Quelle: eigene Darstellung

Die PC-Ausstattung der Hygienebeauftragten zeigte sich in 6 Fällen (10,5%) und für Hygienefachkräfte in keinem Fall als explizit fehlend, wobei für Hygienefachkräfte in 19 Fällen (33,3%) keine Angabe über die PC-Verfügbarkeit gemacht wurde.

In insgesamt 27 Fällen (47,4%) verfügen Hygienebeauftragte, in 33 Fällen (57,9%) Hygienefachkräfte über eine eigene Telefondurchwahl. Eine eigene E-Mail-Adresse zeigten 38 Hygienebeauftragte (66,7%) und 37 Hygienefachkräfte (64,9%).

27 der Hygienebeauftragten (47,4%) und 19 der Hygienefachkräfte (33,3%) gaben an, Zugang zu Büchern, Journals und Datenbanken zu haben.

Ein bedeutender Unterschied zwischen den jeweiligen Krankenanstaltstypen lässt sich nicht feststellen.

### **3.3 Wie beurteilen Sie persönlich Ihre Arbeitsbedingungen hinsichtlich der Infrastruktur?**

Zu wenig    1    2    3    4    5    optimal

Die Infrastruktur wurde von 22 Befragten (38,6%) mit den Werten 4 oder 5 nach oben angeführter Skala beurteilt. 4 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (7,0%), die ausschließlich aus Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten stammten, bewerteten die Infrastruktur mit dem Wert 1. In 7 Fällen (12,3%) wurde keine Angabe gemacht.

### **3.4 Wie beurteilen Sie persönlich die zeitlichen Ressourcen Ihres Hygieneteams zur zufriedenstellenden Umsetzung der Krankenhaushygiene?**

Zu wenig    1    2    3    4    5    optimal

Für die gesamten zeitlichen Ressourcen des Hygieneteams gaben 20 der Befragten (35,1%) eine Zufriedenheit von 4 oder 5 an. 6 Personen (10,5%) bewerteten die zeitlichen Ressourcen mit dem Wert 1, wovon 4 aus Standardkrankenanstalten stammten. In 7 Fällen (12,3%) wurde keine Angabe gemacht.

### **3.5 Gibt es für das Hygieneteam ein gewidmetes Teilbudget innerhalb des Krankenhaus-Budgets (exklusive Budget für Personalkosten!)?**

Ja             Nein

Insgesamt verfügen 15 Anstalten (26,3%) über ein für das Hygieneteam vorgesehenes Teilbudget, wobei ein bedeutender Unterschied zwischen den Krankenanstaltstypen festzustellen ist. So wurde in 80% der Zentralkrankenanstalten (also in 4 von 5) das

Vorhandensein eines eigenen Budgets angekreuzt, während es in den anderen Institutionen je rund 27% sind. In 29 Krankenanstalten (50,9%) ist dem Hygieneteam oder den Belangen der Hygiene explizit kein eigenes Budget gewidmet.

In 13 Fällen (22,8%) wurde keine Angabe gemacht.

### **3.6 Wenn ja, kann das Hygieneteam über das Budget (bzw. über Teile des Budgets) eigenverantwortlich verfügen?**

- Ja             Nein

In 8 Krankenanstalten (14,0%) kann das Hygieneteam eigenverantwortlich über das ihm zugedachte Teilbudget verfügen. Von 57 ausgewerteten Fragebögen beantworteten 19 Personen (33,3%) diese Frage mit „nein“ und in 30 Fällen (52,6%) wurde keine Angabe gemacht. Die Frage wurde also nicht nur in den Fällen beantwortet, in denen auch tatsächlich ein eigenes Budget für die Belange der Hygiene zugedacht ist.

### **3.7 Werden vom Dienstgeber regelmäßig Aus- und Fortbildungen für das Hygieneteam finanziert?**

- Ja             Nein

In 47 Fällen (82,5%) werden vom Dienstgeber regelmäßig Aus- und Fortbildungen für das Hygieneteam finanziert, wobei sich kein wesentlicher Unterschied zwischen den Krankenanstaltstypen feststellen lässt. Für 2 Zentral-, 2 Standardkrankenanstalten und eine Krankenanstalt aus der Kategorie „Sonstiges“ (also insgesamt 8,8%) wurde die Frage mit „nein“ beantwortet. 5 der Befragten (8,8%) machten keine Angabe diesbezüglich.

### **3.8 Für wie viele Krankenanstalten sind Sie als Hygienebeauftragte/ Hygienebeauftragter verantwortlich?**

- eine Krankenanstalt     mehrere: \_\_\_\_\_

44 Hygienebeauftragte (77,2%) gaben an, in nur einer Krankenanstalt, 8 (14,8%) in mehreren (bis zu je 5 Kliniken) für die Belange der Krankenhaushygiene zuständig zu sein. In 5 Fällen (8,8%) wurde keine Angabe gemacht.

## 5.4.4 Organisation der Krankenhaushygiene

### 4.1 Gibt es in ihrem Haus eine Hygienekommission?

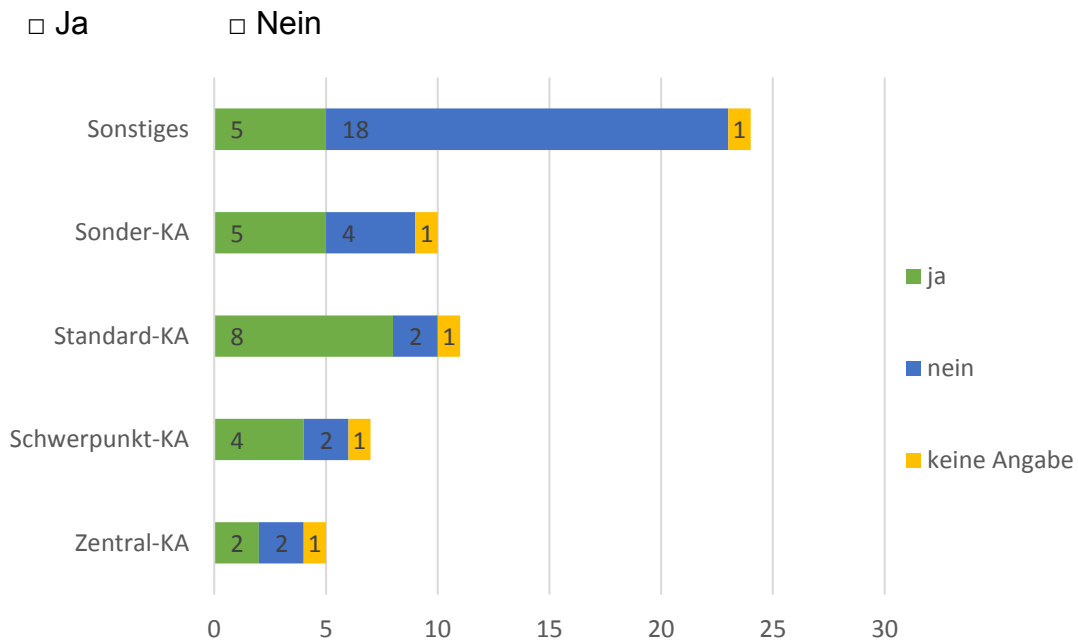


Abbildung 16: Hygienekommissionen in Krankenanstalten; Quelle: eigene Darstellung

In insgesamt 24 Krankenanstalten (42,1%) wurde von einer Hygienekommission berichtet. In 28 Fällen (49,1%) existiert dezidiert keine Hygienekommission und in 5 weiteren Fällen (8,8%) wurde keine Angabe darüber gemacht.

### 4.2 Wenn ja, ist die Kollegiale Führung Mitglied der Hygienekommission?

Ja       Nein

In 19 der 24 erfassten Hygienekommissionen (79,2%) ist die Kollegiale Führung Mitglied derselben. In der Kategorie der Schwerpunktkrankenhäuser ist die Kollegiale Führung ausnahmslos Teil der Hygienekommission. 4 Personen beantworteten die Frage mit „nein“, was dahingehend beurteilt werden kann, dass in 16,7% der erfassten Hygienekommissionen die Kollegiale Führung nicht Teil derselben ist. Von den 57 Befragten wurde in 34 Fällen (59,6%) keine Angabe gemacht.

#### **4.3 Finden Besprechungen innerhalb des Hygieneteams statt?**

- Ja, regelmäßig: \_\_\_ /Jahr
- Ja, im Anlassfall
- Nein

29 (65,9%) der in dieser Umfrage erfassten 44 Hygieneteams berichteten von regelmäßigen Besprechungen innerhalb des Hygieneteams. In 11 von diesen 44 Betrieben (25,0%) finden diese nur im Anlassfall statt.

Von insgesamt 8 Krankenanstalten (14,0%) wurde angegeben, dass keine Hygienebesprechungen abgehalten werden. Somit wurde diese Frage auch in Fällen beantwortet, für die kein Hygieneteam angegeben wurde. In 9 Fällen (15,8%) wurde keine Angabe gemacht.

Zusammengefasst werden in 70,2% aller erfassten 57 Krankenanstalten regelmäßig oder nach Bedarf Hygienebesprechungen einberufen.

#### **4.4 Werden Besprechungsergebnisse des Hygieneteams dokumentiert?**

- Ja
- Nein

In 39 Fällen (68,4%) wurde diese Frage mit „ja“ beantwortet, in insgesamt 7 Fällen (12,3%) mit „nein“, wobei hier offensichtlich auch Teilnehmerinnen/Teilnehmer ohne Hygieneteam diese Frage beantworteten. Von insgesamt 11 Teilnehmerinnen/Teilnehmern (19,3%) wurde keine Angabe gemacht.

#### **4.5 Werden empfohlene Maßnahmen schriftlich an die für die Umsetzung verantwortlichen Stellen weitergeleitet?**

- Ja
- Nein

Von den 57 ausgewerteten Fragebögen werden laut Angaben in 45 Fällen (78,9%) empfohlene Maßnahmen schriftlich an die für die Umsetzung verantwortlichen Stellen weitergeleitet. Darunter befindet sich offensichtlich auch mindestens eine Institution, für die in vorausgehender Frage kein Hygieneteam erfasst wurde. 5 Personen (8,8%) beantworteten die Frage mit „nein“. In 7 Fällen (12,3%) wurde keine Angabe gemacht.

#### **4.6 Erstellt das Hygieneteam einen Jahresbericht?**

- Ja             Nein

In 29 Fällen (50,9%) wird jährlich ein Bericht über die Belange der Krankenhaushygiene verfasst. Für insgesamt 21 Krankenanstalten (36,8%) wurde angegeben, dass das Hygieneteam keinen Jahresbericht verfasst, wobei diese Frage durch einige beantwortet wurde, die in den vorhergehenden Fragen kein Hygieneteam angegeben hatten. In 7 Fällen (12,3%) wurde keine Angabe gemacht.

#### **4.7 In welchen Gremien ist das Hygieneteam vertreten?**

- Qualitätssicherungskommission  
 Arzneimittelkommission  
 Sonstiges:
- 

24 Einrichtungen (42,1%) gaben an, dass das Hygieneteam auch in anderen Gremien vertreten ist.

- 21 (36,8%) in der Qualitätssicherungskommission
- 9 (15,8%) in der Arzneimittelkommission
- 2 (3,5%) im Risikomanagement
- 2 (3,5%) ohne nähere Angabe über das Gremium

Für 33 Krankenanstalten (57,9%) wurde keine Angaben darüber gemacht.

#### **4.8 Werden Sie als Hygieneteam bei Neu-, Zu-, und Umbauten beigezogen?**

- Bei der Erstellung des Raum- und Funktionsprogrammes sowie des Betriebsorganisationskonzepts  
 Bei Vorliegen der Einreichplanung  
 Im Rahmen der sanitätsbehördlichen Bewilligungsverfahren  
 Zu einem späteren Zeitpunkt  
 Nie beigezogen

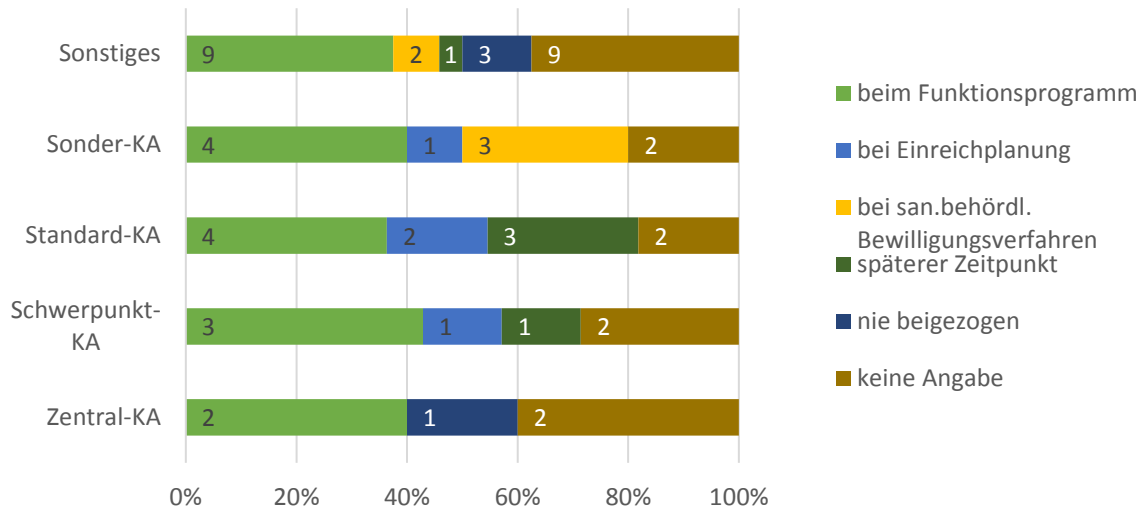


Abbildung 17: Beziehung des Hygieneteams bei baulichen Veränderungen; Quelle: eigene Darstellung

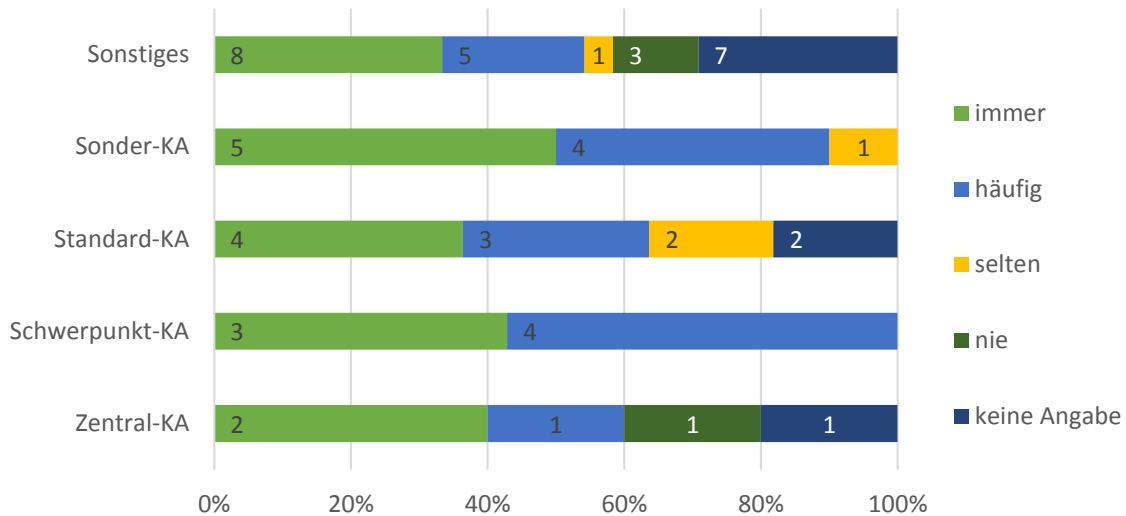
Bei der Beantwortung dieser Frage kamen Mehrfachnennungen vor; es wird jeweils nur der früheste Zeitpunkt der Beziehung in die Auswertung einbezogen. Den Balken der Grafik sind die absoluten Werte zu entnehmen.

In 22 Fällen (38,6%) wurde angegeben, dass das Hygieneteam bei der Erstellung des Raum- und Funktionsprogrammes sowie des Betriebsorganisationskonzepts mit einbezogen wird. In 4 Krankenanstalten (7,0%) wird das Hygieneteam bei Vorliegen der Einreichplanung beigezogen, in weiteren 5 Fällen (8,8%) im Rahmen der sanitätsbehördlichen Bewilligungsverfahren und in wiederum 5 Fällen (8,8%) zu einem späteren Zeitpunkt. In insgesamt 4 Krankenanstalten (7,0%) wird das Hygieneteam in keiner der Bau-Phasen beigezogen. In 17 Fällen (29,8%) wurde zu dieser Frage keine Angabe gemacht.

Die Ergebnisse dieser Frage zeigen nur geringe Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenanstaltstypen.

**4.9 Werden Sie als Hygieneteam bei der Anschaffung hygienerelevanter Geräte und Güter beigezogen? (z.B. Aufbereitungsmaschinen, Drainagesysteme, Harnableitungssysteme, etc.)**

Immer     häufig     selten     nie



*Abbildung 18: Beiziehung des Hygieneteams bei hygienerelevanten Anschaffungen; Quelle: eigene Darstellung*

22 der 44 erfassten Hygieneteams (50,0%) gaben an, immer bei der Anschaffung hygienerelevanter Geräte und Güter beigezogen zu werden, wobei hier Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenanstaltstypen zu vermerken sind.

In 4 Fällen (9,1%) wurde angegeben, nie bei genannten Anschaffungen beigezogen zu werden.

Für 10 Krankenanstalten (22,7%) wurde keine Angabe über die Einbeziehung des Hygieneteams bei Beschaffungsprozessen gemacht.

Hier ist es wahrscheinlich, dass die Frage ausschließlich durch jene 44 Teilnehmerinnen/Teilnehmer beantwortet wurde, die auch ein Hygieneteam angegeben hatten, weswegen sich die Prozentangaben hier auf die Grundgesamtheit von 44 Krankenanstalten beziehen.

#### 4.10 Besteht für Sie ein Zugriff auf mikrobiologische Daten?

**Krankenhaushygienikerin/Krankenhaushygieniker bzw.  
hygienebeauftragte Ärztin/hygienebeauftragter Arzt:**

*Patientendaten allgemein/im Einzelfall/Kumulativbefunde*

- ja    eingeschränkt    nein  
 online    in Papierform

*Statistik allgemein (Station/ Erreger/Patient)*

- ja    eingeschränkt    nein  
 online    in Papierform

**Hygienefachkraft/Dipl. Pflegeperson:**

*Patientendaten allgemein/im Einzelfall/Kumulativbefunde*

- ja    eingeschränkt    nein  
 online    in Papierform

*Statistik allgemein (Station/ Erreger/Patient)*

- ja    eingeschränkt    nein  
 online    in Papierform

Hinweis: Bei der Beantwortung dieser Frage kam es vor, dass allein die Form des Zugriffs angegeben wurde, was in diesen Fällen dann für die vorhergehende Auswahlmöglichkeit mit „ja“ gewertet wurde.

Bei der Form der Daten waren außerdem Mehrfachantworten möglich. Die Auswahl „Papierform“ wurde nur in die Auswertung einbezogen, wenn ausschließlich diese angegeben wurde.

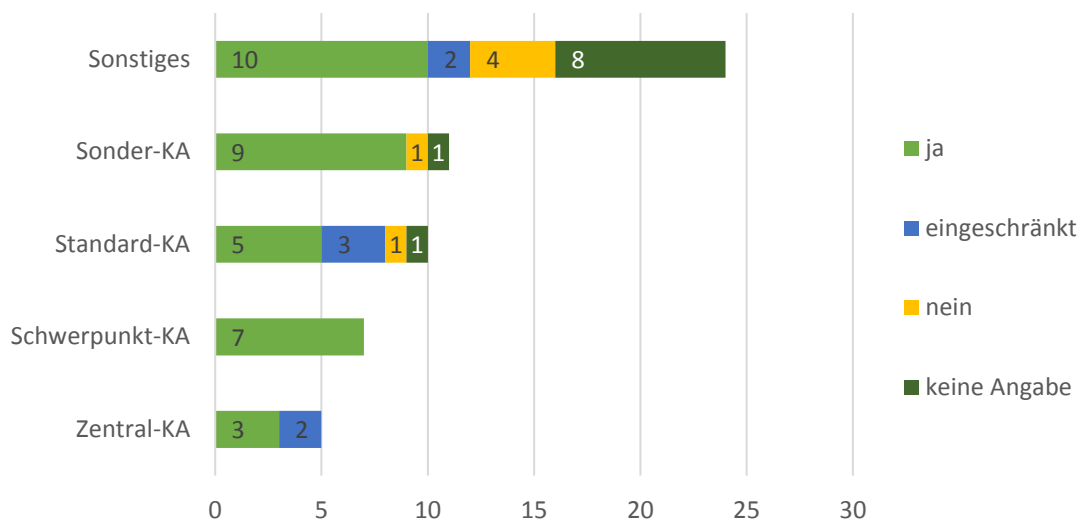


Abbildung 19: Zugriff auf Patientendaten durch Hygienebeauftragte; Quelle: eigene Darstellung

41 der Hygienebeauftragten (71,9%) haben laut der Auswertung dieser Frage Zugang zu Patientendaten; davon gaben 7 nur einen eingeschränkten Zugang an. 6 Personen (10,5%) berichteten, keinen Zugriff zu haben. In 10 Fällen (17,5%) wurde keine Angabe gemacht.

Auf die Patientendaten besteht in 15 Fällen online (26,3%) und in 4 Fällen (7,0%) ausschließlich in Papierform Zugriff; von 20 Teilnehmerinnen/Teilnehmern (35,1%) wurde zwar der Zugang zu Patientendaten angegeben, jedoch ohne die Form näher zu spezifizieren.

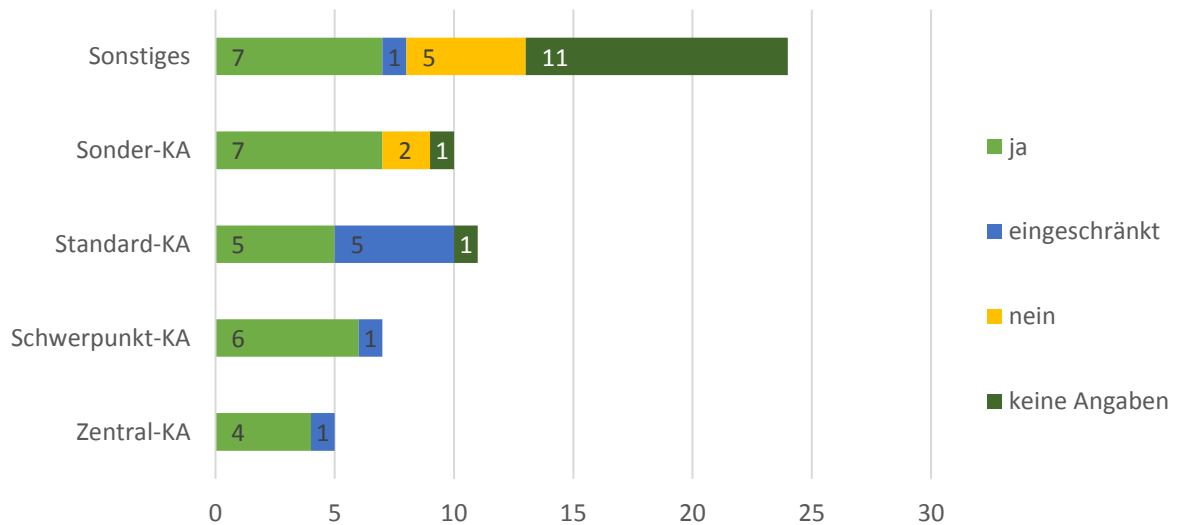


Abbildung 20: Zugriff auf allgemeine Statistik durch Hygienebeauftragte; Quelle: eigene Darstellung

In 37 Fällen (64,9%) wurde über einen Zugriff zu allgemeiner Statistik berichtet. Dieser besteht laut Angabe in insgesamt 14 Fällen (24,6%) online und in 2 Fällen (3,5%) in Papierform. 7 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (12,3%) gaben an, keinerlei Zugriff auf allgemeine Statistik zu haben. In 13 Fällen (22,8%) wurde bezüglich des Zugangs zu allgemeiner Statistik keine Angabe gemacht.

Für die Hygienefachkräfte wurde in 30 Fällen (52,6%) angegeben, über Zugang zu Patientendaten und in 28 Fällen (49,1%) über Daten allgemeiner Statistik zu verfügen.

#### 4.11 Besteht für Sie als Hygieneteam ein uneingeschränkter/direkter Zugriff auf Krankengeschichten?

Elektronisch  Ja  Nein

Papierform  Ja  Nein

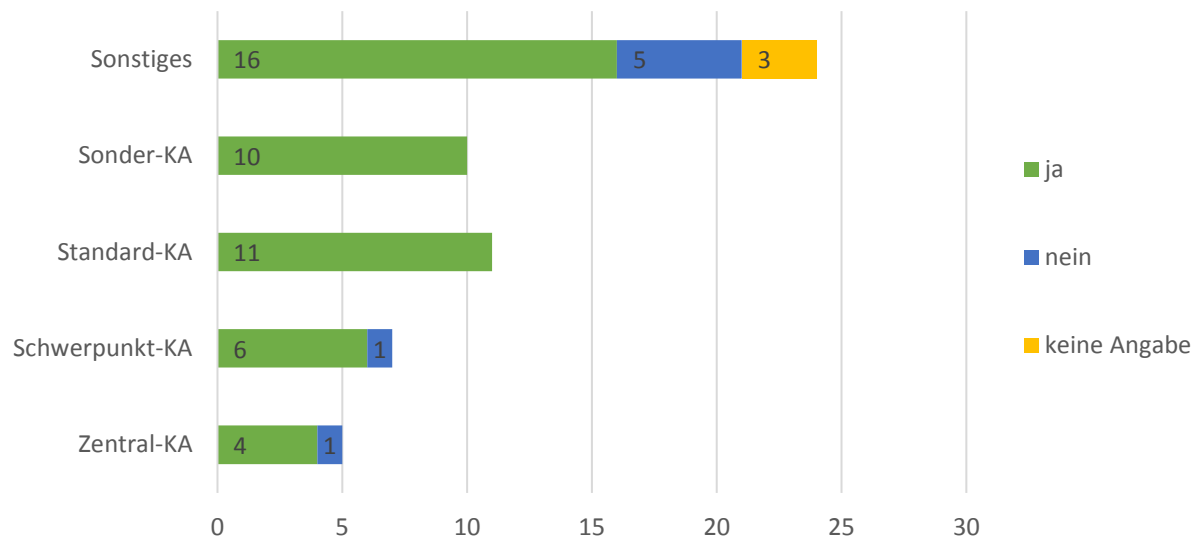


Abbildung 21: Zugriff auf Krankengeschichten durch das Hygieneteam; Quelle: eigene Darstellung

In insgesamt 47 Anstalten (82,5%) hat das Hygieneteam direkten Zugriff auf die Krankengeschichten. In 7 Fällen (12,3%) ist dieser nicht vorhanden und in 3 Fällen (5,3%) wurde keine Angabe gemacht.

#### 4.12 Wie nehmen Sie die Stellung Ihrer Kollegialen Führung gegenüber dem Hygieneteam und deren Anliegen wahr?

- aktiv unterstützend und ernstnehmend
- gleichgültig, aber nicht hinderlich
- nicht kooperativ/hinderlich

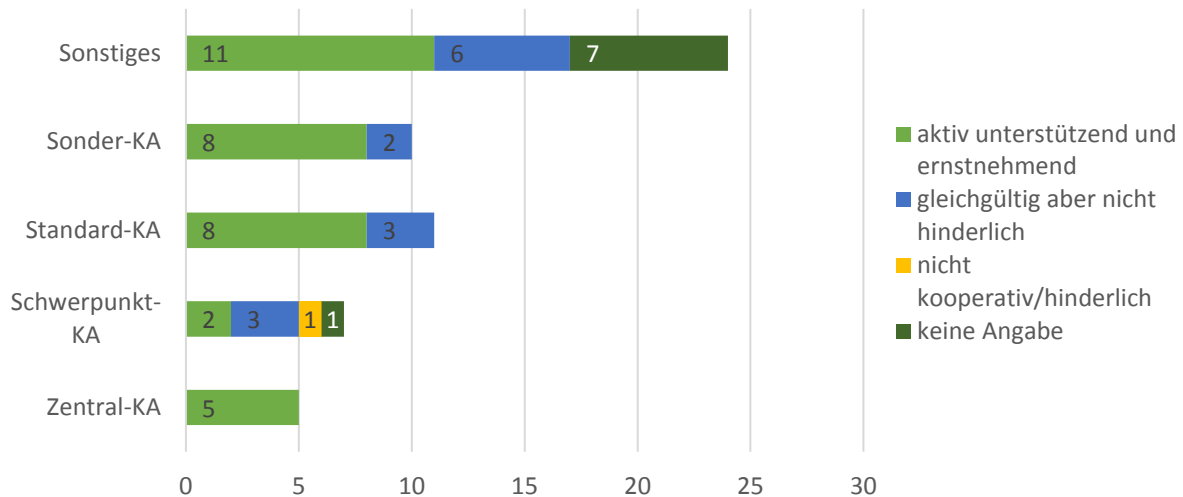


Abbildung 22: Position der Kollegialen Führung gegenüber den Belangen der Krankenhaushygiene; Quelle: eigene Darstellung

In insgesamt 34 (59,6%) Krankenanstalten wird die Kollegiale Führung in Bezug auf die Anliegen des Hygieneteams als aktiv unterstützend wahrgenommen. 14 Hygienebeauftragte (24,6%) gaben an, dass die Kollegiale Führung diesen gleichgültig, aber nicht hinderlich gegenübersteht.

Von einer Schwerpunktkrankenanstalt (1,8%) wurde folgendes ergänzt: „kooperativ, aber teilweise nicht ernst genommen“, was hier als nicht kooperativ/hinderlich gewertet wurde.

In 8 Fällen (14,0%) wurde keine Angabe gemacht.

#### 4.13 Finden Besprechungen zwischen dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung statt?

- Ja, regelmäßig: \_\_ /Jahr
- Ja, im Anlassfall
- Nein

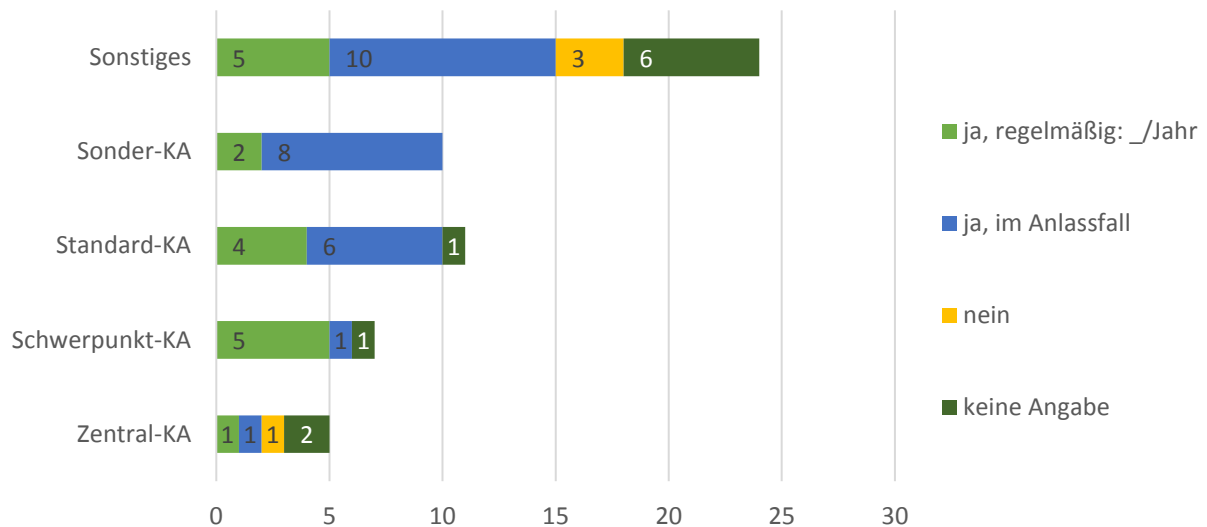


Abbildung 23: Besprechungen zwischen Hygieneteam und Kollegialer Führung; Quelle: eigene Darstellung

In 17 Fällen (29,8%) finden Besprechungen zwischen dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung mit Regelmäßigkeit und in 26 Fällen (45,6%) im Anlassfall statt. In 4 Betrieben (7,0%) kommen diese Versammlungen nicht vor. In 10 Fällen (17,5%) wurde keine Angabe gemacht.

## 5.4.5 Surveillance

### 5.1 Werden in Ihrer Krankenhausanstalt oder an einzelnen Abteilungen regelmäßig Keim- und Resistenzüberwachungen durchgeführt?

Ja       Nein

Wenn ja, werden diese regelmäßig ausgewertet?

Ja       Nein

Werden die aufbereiteten Ergebnisse an die Abteilungen und Stationen rückgemeldet?

Ja       Nein

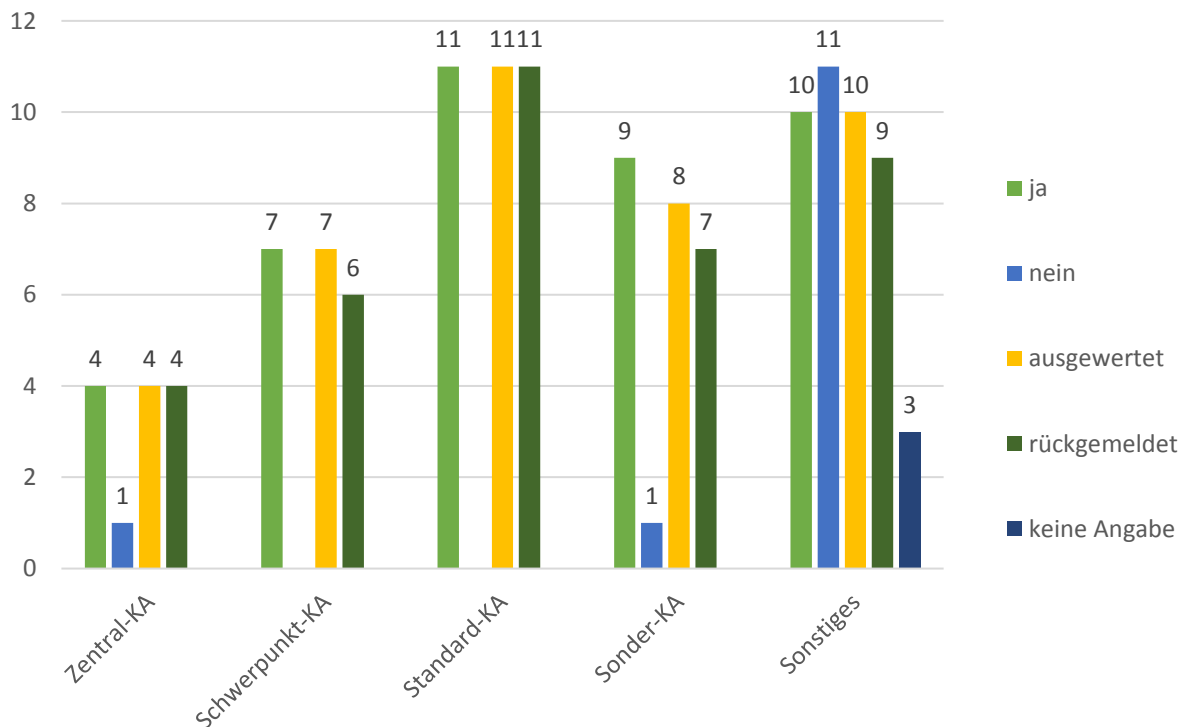


Abbildung 24: Durchführung regelmäßiger Keim- und Resistenzüberwachungen; Quelle: eigene Darstellung

In 41 Institutionen (71,9%) werden regelmäßig Keim- und Resistenzüberwachungen durchgeführt. Diese werden in 40 Fällen (70,2%) auch ausgewertet und 37 Krankenanstalten (64,9%) gaben an, die Ergebnisse in weiterer Folge an die Abteilungen und Stationen weiterzuleiten. 13 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (22,8%) informierten darüber, keine regelmäßigen Überwachungen durchzuführen. In 3 Fällen (5,3%) wurde keine Angabe gemacht.

**5.2 Gibt es in Ihrer Krankenanstalt oder in einzelnen Abteilungen eine systematische, laufende Erfassung nosokomialer Infektionen?**

Ja       Nein

Wenn ja, werden diese regelmäßig ausgewertet?

Ja       Nein

Werden die aufbereiteten Ergebnisse an die Abteilungen und Stationen rückgemeldet?

Ja       Nein

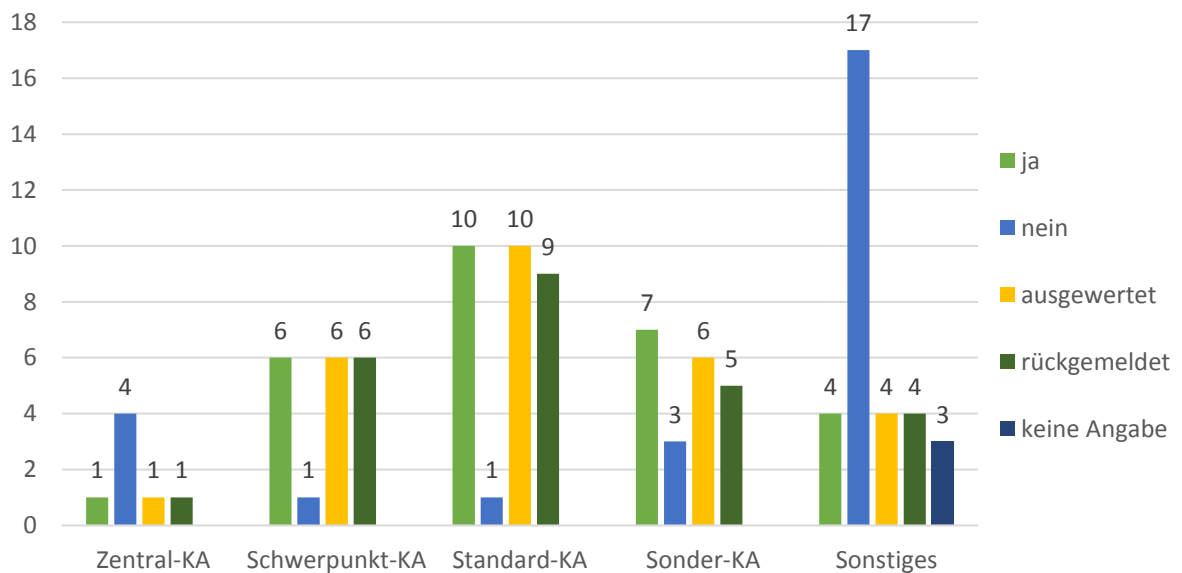


Abbildung 25: Erfassung nosokomialer Infektionen; Quelle: eigene Darstellung

Von 28 Krankenanstalten (49,1%) wurde berichtet, systematische, laufende Erfassungen nosokomialer Infektionen durchzuführen. Diese werden in 27 Betrieben (47,4%) auch ausgewertet und in 25 Fällen (43,9%) dann an die Abteilungen und Stationen weitergeleitet.

Dabei zeigten sich Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Krankenanstalten: In 4 von 5 Zentralkrankenanstalten wird laut Angaben der Befragten keine systematische, laufende Überwachung NI durchgeführt. In nur 4 der 24 Krankenanstalten der Kategorie „Sonstiges“ findet eine solche Überwachung dafür aber mit sowohl Auswertung als auch Rückmeldung statt.

In 26 Krankenanstalten (45,6%) findet explizit keine Erfassung nosokomialer Infektionen statt. In 3 Fällen (5,3%) wurde keine Angabe gemacht.

### **5.3 Nehmen Ihre Krankenanstalt oder einzelne Abteilungen an Programmen zur laufenden Überwachung nosokomialer Infektionen teil?**

- Ja             Nein

Wenn ja, an welchen?

- KISS (Krankenhaus- Infektions- Surveillance- System)
- ANISS (Austrian Nosokomial Infection Surveillance System)
- NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance System)
- IPSE (Improving Patient Safety in Europe)
- HELICS (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance)
- ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption)

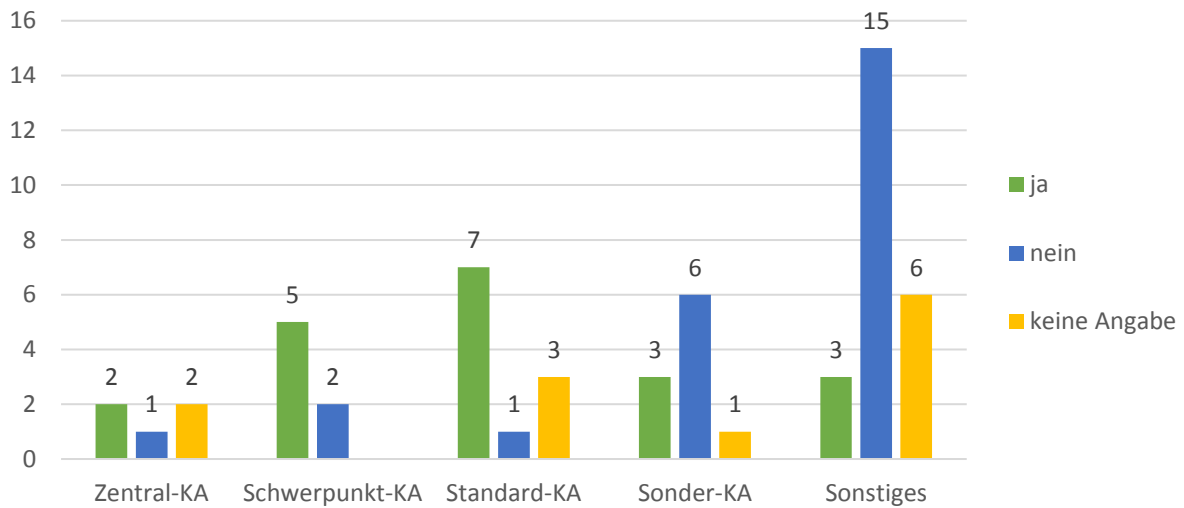


Abbildung 26: Teilnahme an Surveillance-Programmen für nosokomiale Infektionen; Quelle: eigene Darstellung

Für 20 von 57 Krankenanstalten (35,1%) wurde angegeben, an einem der genannten Systeme zur Überwachung nosokomialer Infektionen teilzunehmen.

Dabei zeigt sich eine ungleiche Verteilung zwischen den jeweiligen Krankenanstaltstypen. So sind es 40,0% der Zentralkrankenanstalten, 71,4% der Schwerpunktkrankenanstalten, 63,6% der Standardkrankenanstalten, 30,0% der Sonderkrankenanstalten und schließlich 16,6% der Krankenanstalten aus der Kategorie „Sonstiges“, die an einem System zur Überwachung nosokomialer Infektionen teilnehmen.

17 Institutionen (29,8%) wählten laut Angaben für die Überwachung nosokomialer Infektionen KISS, 6 ANISS (10,5%), 2 NNIS (3,5%), eine HELICS (1,8%) und eine ESAC (1,8%), wobei darunter Mehrfachantworten vorkamen.

25 Krankenanstalten (43,9%) nehmen dezidiert an keinem Surveillance-Programm zur Überwachung nosokomialer Infektionen teil. In 12 Fällen (21,1%) wurde keine Angabe gemacht.

#### 5.4 Haben Ihre Krankenanstalt oder einzelne Abteilungen in den vergangenen 3 Jahren an einer Prävalenzstudie über die Häufigkeit von nosokomialen Infektionen teilgenommen oder eine solche durchgeführt?

- Ja       Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hier gaben nur 6 von 57 Krankenanstalten (10,5%) an, in den letzten 3 Jahren an einer Prävalenzstudie über die Häufigkeit nosokomialer Infektionen teilgenommen zu haben.

37 Personen (64,9%) verneinten diese Frage. In 14 Fällen (24,6%) wurde keine Angabe dazu gemacht.

#### 5.4.6 Ihre Rolle als Hygienebeauftragte/als Hygienebeauftragter

##### 6.1 Wie alt sind Sie?

- <30  
 30-40  
 40-50  
 >50

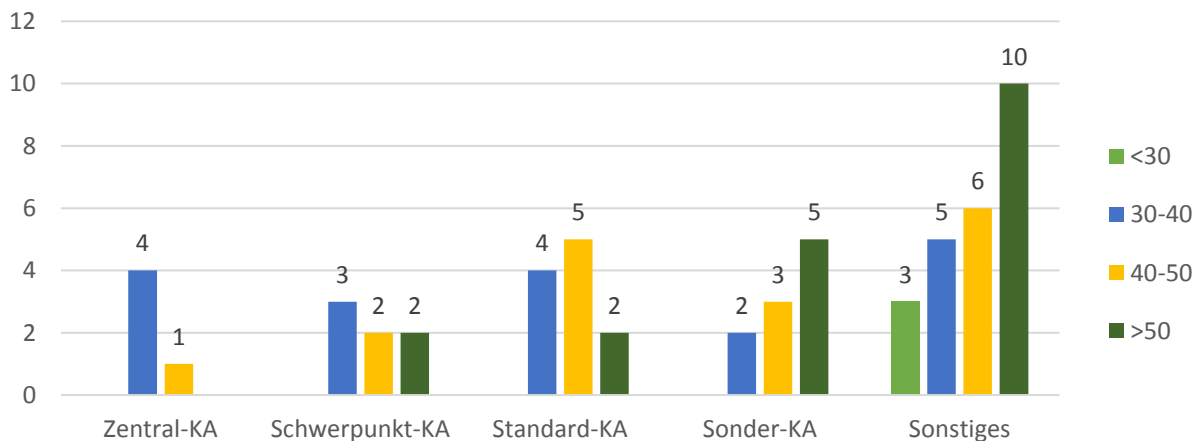


Abbildung 27: Alter der teilnehmenden Hygienebeauftragten; Quelle: eigene Darstellung

Insgesamt sind nur 3 Personen unter 30 Jahre alt (5,3%), wobei diese ausschließlich aus der Kategorie "Sonstiges" stammen. Die insgesamt 19 über 50-Jährigen (33,3%) dominieren die Sonderkrankenanstalten und diejenigen der Kategorie „Sonstiges“. Des Weiteren finden sich 18 Personen (31,6%) im Alter von 30 bis 40 Jahren und 17 (29,8%) im Alter von 40 bis 50.

## 6.2 Ihre gesamte medizinische Berufserfahrung in Jahren:

Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer aus Zentralkrankenanstalten zeigen mit durchschnittlich 10 Jahren die kürzeste und diejenigen der Sonderkrankenanstalten mit durchschnittlich 22 Jahren die längste Berufserfahrung.

Die Stichprobengröße (n), Minima, Maxima, Mittelwerte und Standardabweichungen der Berufserfahrung in Jahren sind der angeführten Tabelle zu entnehmen.

	Zentral-KA	Schwerpunkt-KA	Standard-KA	Sonder-KA	Sonstiges
n	4	6	11	8	21
Minimum	6	4	9	14	1,5
Maximum	15	30	30	30	35
Mittelwert	10	18,1	19	22	16,1
Standardabweichung	4,24	11,19	7,66	5,9	10,09

*Tabelle 6: Gesamte berufliche Erfahrung der Hygienebeauftragten in Jahren; Quelle: eigene Darstellung*

### 6.3 Sie sind:

- Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin
- Facharzt/Fachärztin für: \_\_\_\_\_
- In Ausbildung zu: \_\_\_\_\_

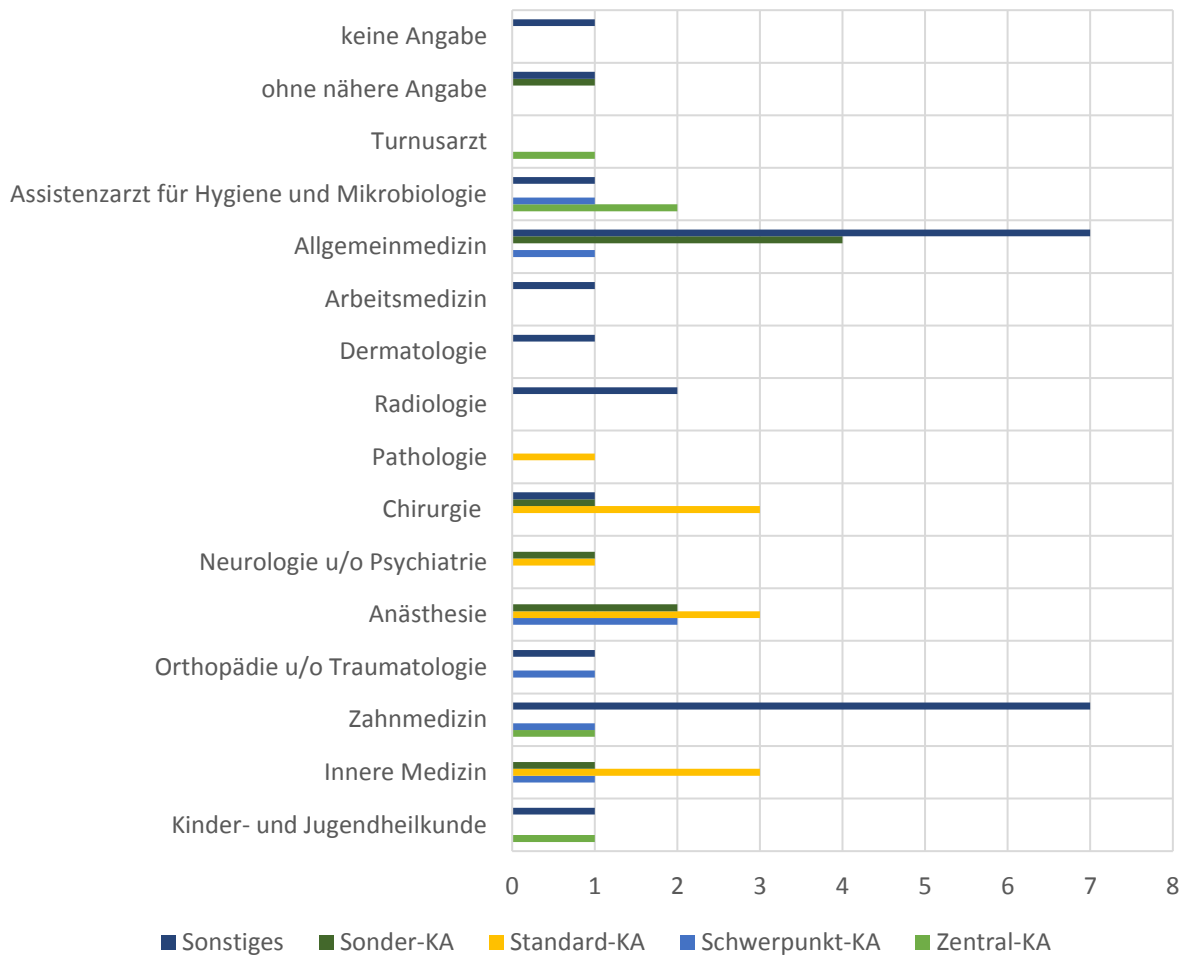


Abbildung 28: Fachliche Herkunft der Hygienebeauftragten; Quelle: eigene Darstellung

Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich, wobei im Folgenden nur die spezifischste Ausbildung ausgewertet wurde.

Unter den 57 Befragten gaben 12 Personen (21,1%) an, als Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner tätig zu sein.

Des Weiteren fanden sich 38 Fachärzte (66,7%) unterschiedlichster Fachrichtungen, insbesondere aus den Bereichen Innere Medizin, Anästhesie und Chirurgie. Im oben

angeführten Diagramm finden sich die absoluten Zahlen und konkreten Fachrichtungen geordnet nach Krankenanstalten.

4 Personen (7,0%) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie, wovon zwei aus Zentralkrankenanstalten, eine aus einer Schwerpunktkrankenanstalt und eine aus einer Institution der Kategorie „Sonstiges“ stammten.

In 3 Fällen (5,3%) wurde keine nähere bzw. keine Angabe gemacht.

#### 6.4 Welche Stelle besetzen Sie in Ihrer Krankenanstalt?

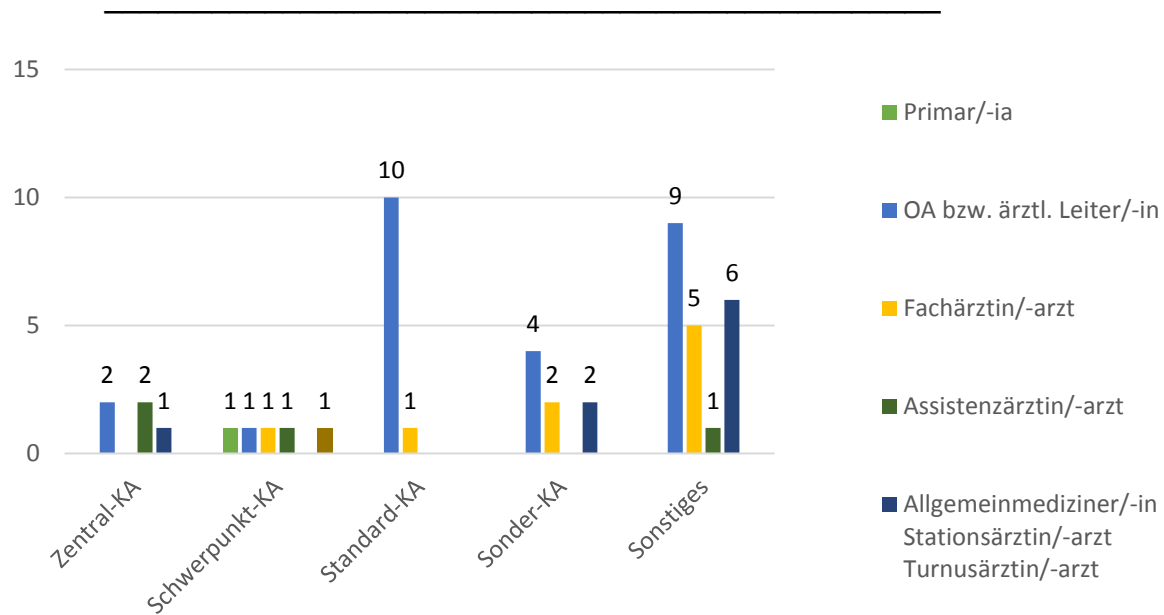


Abbildung 29: Berufliche Position der teilnehmenden Hygienebeauftragten; Quelle: eigene Darstellung

Von den 57 ausgewerteten Fragebögen gaben 26 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (45,6%) an, Oberärztinnen/Oberärzte bzw. ärztliche Leiterinnen/Leiter zu sein. Des Weiteren fanden sich 9 Personen (15,8%) in Anstellung als Fachärztinnen/Fachärzte und 9 als Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner (15,8%). 4 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (7,0%) gaben an, als Assistenzärztinnen/Assistenzärzte angestellt zu sein. Eine Befragte/ein Befragter (1,8%) hat die Stelle einer Primaria/eines Primars inne.

Des Weiteren befand sich unter den Teilnehmerinnen/Teilnehmern eine Person (1,8%), die sich laut eigener Angaben ausschließlich um die Belange der Krankenhaushygiene kümmert. In 7 Fällen (12,3%) wurde keine Angabe gemacht.

**6.5 Wie lange sind Sie bereits als Hygienebeauftragte/Hygienebeauftragter tätig?**

- \_\_\_\_ Jahre
- in Ausbildung

6 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (10,5%) gaben an, zum Zeitpunkt der Befragung bereits als Hygienebeauftragte tätig zu sein. Dabei fanden sich Zeiträume mit bis zu 2 Jahren. 47 der Befragten (82,5%) wählten die Antwortmöglichkeit „in Ausbildung“. In 4 Fällen (7,0%) wurde keine Angabe gemacht.

**6.6 Wieviel Zeit ist Ihnen für die Belange der Krankenhaushygiene zugedacht?**

- \_\_\_\_\_ Stunden/Woche
- Vollzeit

Auf die Auswertung dieser Frage soll hier aufgrund der bereits behandelten Thematik im Abschnitt „Hygieneteam“ verzichtet werden.

**6.7 Ist zukünftig eine langfristige Mitarbeit in diesem Bereich geplant?**

- Ja
- Nein

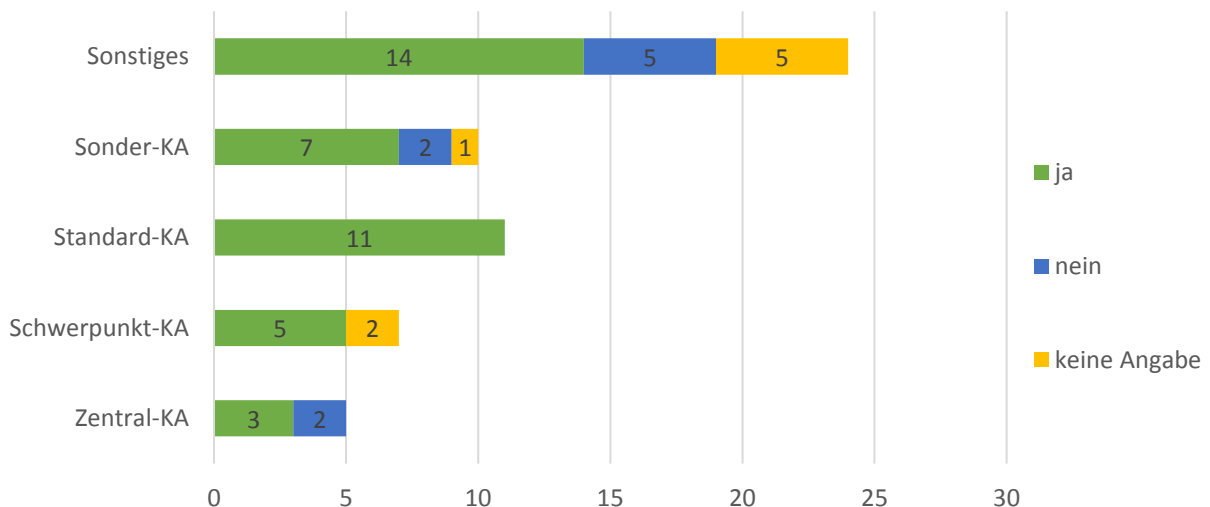


Abbildung 30: Geplante längerfristige Mitarbeit im Bereich der Krankenhaushygiene; Quelle: eigene Darstellung

In 40 Fällen (70,2%) war/ist zum Zeitpunkt der Befragung eine langfristige Mitarbeit im Bereich der Krankenhaushygiene vorgesehen. Von 9 Teilnehmerinnen/Teilnehmern (15,8%) wurde mit „nein“ geantwortet. In 8 Fällen (14,0%) wurde keine Angabe gemacht.

**6.8 Haben Sie durch Ihren neuen Aufgabenbereich in der Krankenhaushygiene berufliche Nachteile in Kauf zu nehmen?**

- Mehrbelastung
- Verlust von Nachtdiensten
- Finanzielle Einbuße
- Nachteile in Ihrer Hauptanstellung als jeweiliger Facharzt
- Nein, eigentlich nicht.

Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich. Als größter Nachteil wurde unter den 57 Befragten 30-mal (52,6%) die Mehrbelastung erwähnt, wobei unter den verschiedenen Krankenanstalten kein wesentlicher Unterschied zu beobachten war, mit Ausnahme der Zentralkrankenanstalten, für welche kein einziger Nachteil zu verzeichnen war.

Je 6 Personen (je 10,5%) gaben an, aufgrund ihrer neuen Rolle finanzielle Einbußen zu verzeichnen und Nachteile in ihrer Hauptanstellung als jeweilige (Fach-) Ärztin/jeweiliger (Fach-) Arzt in Kauf nehmen zu müssen. Letzteres konzentrierte sich auf die Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten

21 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (36,8%) nehmen keine Nachteile aufgrund der Tätigkeit als Hygienebeauftragte wahr.

In 3 Fällen (5,3%) wurde keine Angabe gemacht.

## 6.9 Was hat dazu geführt, dass Sie nun die Ausbildung der ÖÄK zur/m Hygienebeauftragten machen?

- Dringlicher Bedarf einer Hygienebeauftragten/eines Hygienebeauftragten an Ihrer Klinik, eigentlich gezwungenermaßen
- Dringlicher Bedarf einer Hygienebeauftragten/eines Hygienebeauftragten an Ihrer Klinik, aber auch eigenes Interesse
- Eigeninitiative aus fachlichem Interesse
- Vorteile im beruflichen Alltag (z.B. Wegfallen von Nachdiensten)
- Anderes: \_\_\_\_\_

Bei dieser Frage waren Mehrfachantworten möglich, wobei bei Mehrfachauswahl der ersten drei Antwortmöglichkeiten hier je nur eine ausgewertet wurde.

Von 57 Personen gaben 12 (21,1%) an, die Ausbildung zur Hygienebeauftragten/zum Hygienebeauftragten eigentlich gezwungenermaßen aufgrund von dringlichem Bedarf zu absolvieren, wobei 8 davon aus den Krankenanstalten der Kategorie „Sonstiges“ stammen.

33 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (57,9%) berichteten neben dem dringenden Bedarf auch von persönlichem Interesse, wovon eine/einer aus einer Zentralkrankenanstalt, 3 aus Schwerpunktkrankenanstalten, 10 aus Standardkrankenanstalten, 8 aus Sonderkrankenanstalten und 11 aus der Kategorie „Sonstiges“ stammten.

Insgesamt 8 Personen (14,0%) nannten fachliches Interesse und 3 (5,3%) berufliche Vorteile als entscheidende Faktoren.

In 6 Fällen (10,5%) wurde von anderen Gründen berichtet, wie Gewinn von Punkten für eine Kassenstelle, Übernahme einer Leitungsfunktion oder Altersvorsorge.

In einem Fall (1,8%) wurde keine Angabe gemacht.

### 6.10 Sind Sie an regelmäßigen hygienerelevanten Fortbildungen interessiert?

- Ja             Nein

Themen: \_\_\_\_\_

Mit 52 an regelmäßigen hygienerelevanten Fortbildungen interessierten Personen (91,2%) zeigte sich diesbezüglich ein mehrheitliches Interesse. 3 Teilnehmerinnen/ Teilnehmer (5,3%) gaben an, kein Interesse an hygienerelevanten Fortbildungen zu haben. In 2 Fällen (3,5%) wurde keine Angabe gemacht.

Als Wunschthemen wurden folgende genannt:

- ÖGHMP (Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin)
- Antibiotika-Guidelines
- Diagnostik
- Tropenmedizin
- Nosokomiale Infektionen
- Surgical site infections
- Infektiologie
- Datenübertragung und Umsetzung in Praxis
- Multiresistente Keime und allgemein Resistenzen
- Chirurgische Themen
- Neuerungen bzw. Änderungen von Richtlinien und Gesetzen etc.
- Hygiene im ambulanten Bereich

### **6.11 Wurde Ihnen die Ausbildung zur Hygienebeauftragten/zum Hygienebeauftragten finanziert?**

- Ja       Nein       Teilweise

In 42 Fällen (73,7%) wurde die Ausbildung zur Hygienebeauftragten/zum Hygienebeauftragten voll und in 6 Fällen (10,5%) teilweise finanziert. 8 Personen (14,0%) berichten, dass ihnen die Ausbildung nicht bezahlt wurde. Dabei gibt es keine großen Unterschiede zwischen den verschiedenen Krankenanstaltstypen, außer, dass unter den Befragten aus Zentralkrankenanstalten in 3 Fällen von explizit keiner Finanzierung berichtet wurde. Die restlichen 5 Teilnehmerinnen/Teilnehmer, deren Ausbildung nicht finanziert wurde, stammen aus der Kategorie „Sonstiges“. In einem Fall (1,8%) wurde keine Angabe gemacht.

### **6.12 Ihre fachliche praktische Einschulung vor Ort erfolgt/e durch:**

- Hygieneteam  
 Hygienefachärztin/Hygienefacharzt  
 In Eigenregie

Die praktische Einschulung der Hygienebeauftragten wurde in 27 Fällen (47,4%) vom Hygieneteam und in 6 Fällen (10,5%) von einer Fachärztin/einem Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie durchgeführt. 19 Personen (33,3%) berichteten, sich rein in Eigenregie in ihren neuen Verantwortungsbereich eingearbeitet zu haben.

In 5 Fällen (8,8%) wurde keine Angabe gemacht.

**6.13 Wie wichtig ist in Ihren Augen das verantwortungsbewusste Arbeiten eines Hygieneteams zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patientenbetreuung?**

- Unverzichtbar
- Schön, aber nicht unbedingt notwendig
- Überflüssige Arbeitsbeschaffung

Mit 52 an der Zahl (91,2%) sind sich die teilnehmenden (angehenden) Hygienebeauftragten größtenteils bewusst, dass das verlässliches Arbeiten des Hygieneteams zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patientenbetreuung unverzichtbar ist. 2 Teilnehmerinnen/Teilnehmer (3,5%) empfanden dieses als „schön, aber nicht unbedingt notwendig“.

In 3 Fällen (5,3%) wurde keine Angabe gemacht.

**6.14 Was erachten Sie als größte Herausforderung/Problemstellung im klinischen Arbeitsalltag als Hygienebeauftragte/Hygienebeauftragter?**

---

---

---

---

---

Von den 57 ausgewerteten Fragebögen fanden sich in 26 Fällen (45,6%) Freitextantworten zur größten Herausforderung/Problemstellung im klinischen Alltag als Hygienebeauftragte/Hygienebeauftragter. Sie sollen im Folgenden, nach Krankenhausstypen geordnet, möglichst wörtlich wiedergegeben werden:

Von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern aus Zentralkrankenanstellen wurde hier keine Antwort gegeben.

Schwerpunktkrankenanstellen:

- Zu wenig Zeit für GROSSE Aufgabe, primär anderes Fachgebiet, Fokus auf SSI (Surgical site infections)
- Compliance

- Frühzeitige Einbindung bei Umbauten, erst einmal einen Überblick zu bekommen

#### Standardkrankenanstalten:

- Definitiv Zeitressource
- Fehlende zeitliche/räumliche Ressourcen, fehlende Einschulung
- Fehlendes Stundenkontingent zur Ausführung der Tätigkeit als hygienebeauftragte Ärztin/hygienebeauftragter Arzt
- 1. Einhaltung der Basismaßnahmen, 2. perfekte Kontrolle von Ausbrüchen Sondersituationen mit möglichem epidemiologischem Charakter.
- Zeitdruck, Interessenskonflikte zwischen Wirtschaftlichkeit, Kosten, Zeitbereitstellung
- Umsetzen Wissen -> Praxis; Impfungen Personal, geeignete Antibiotika, Datenerfassung & Transfer totet zeitlicher Aufwand, wenn nicht geeignetes Computerprogramm

#### Sonderkrankenanstalten:

- Verbesserung des Problembewusstseins der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, HÄNDEHYGIENE!!! bei den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern
- Die Aufgabe als hygienebeauftragte Ärztin/hygienebeauftragter Arzt neben der Routinetätigkeit ist nicht möglich oder nur schlecht durchführbar. Hygienebeauftragter soll sich nur um Hygieneanliegen kümmern.
- Die Awareness zu fördern!!!
- 3/4 MRGN, ESBL -> Isolation, regelmäßige Schulung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter
- Dass man nicht als Kontrolle angesehen wird

#### Sonstige Krankenanstalten:

- Akute Infektionen, Motivation von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern
- Zeitfaktor
- Korrekte Bereitstellung von Ressourcen: Zeit + Fortbildung + Anbindung an Entscheidungsstrukturen

- Anerkennung durch andere Abteilungen/Umsetzung
- Hygienebeauftragte müssen Hygienerrelevantes neben ihrem Hauptjob erledigen!
- Mitarbeit der Kolleginnen/Kollegen
- Zeitressourcen
- Die praktische Umsetzung
- Pläne, Dokumentationen, Berichte... Ich wünsche mir Muster!
- Was ist wo wichtig! Koordination! Akzeptanz!
- Zeitressource, Abläufe durchschauen, rechtl. Grundlagen
- Praxisfragen bei Umbauten, Baustellen...

Am Häufigsten, nämlich in 9 Fällen (15,8%), wurden die fehlenden zeitlichen Ressourcen als Herausforderung angegeben. Ein weiteres in 6 Fällen (10,5%) wiederkehrendes Problemthema ist die Compliance/Motivation und Akzeptanz sowohl durch die Patientinnen/Patienten als auch durch Kolleginnen/Kollegen oder andere Abteilungen.

**6.15 Was wollen Sie der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP) sonst noch sagen? Wünsche, Anregungen, kritische Draufsicht:**

---



---



---



---



---

Diese Frage beantworteten 8 Personen (14,0%), wobei aus den Zentral- und Standardkrankenanstalten hier keinerlei Rückmeldung erfolgte.

Die Freitextantworten sollen im Folgenden möglichst wörtlich wiedergegeben werden:

Schwerpunktkrankenanstalten:

- Handy App mit Links & Aktuellem bei Risikozeiten (Influenza...) wäre eine Idee

Sonderkrankenanstalten:

- Sehr gute Veranstaltungen!
- Alles gut!
- Bin noch zu kurz damit beschäftigt

Sonstige Krankenanstalten:

- Ich möchte im Ausland arbeiten. Übernationales Netzwerk interessiert mich
- Mehr Leitlinien/Richtlinien von ÖGHMP wünschenswert („Vorschriften-  
dschungel“ zu vieler Behörden)
- Sehr gute Veranstaltungen!
- Wunsch nach Fortbildung und Leitlinien

In 3 Fällen (5,3%) wird Zufriedenheit ausgedrückt; 2 Personen (3,5%) wünschen sich unter anderem mehr Information über Leitlinien.

## **5.5 Hintergrundinformation zur Umfrage von ProHyg 1.0**

Der nachfolgende Vergleich mit, der im Jahr 2001 vom damaligen *Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen* durchgeführten Umfrage ist vor sich unterscheidenden Grundvoraussetzungen zu sehen. So fand die erste Umfrage österreichweit unter bereits bestehenden Hygieneteams bettenführender Krankenanstalten statt, wohingegen sich die aktuelle Umfrage an Hygienebeauftragte in Ausbildung richtete und auch nicht-bettenführende Institutionen einbezogen wurden.

Die Umfrage von 2001 wurde, ebenso wie die vorliegende, anonym durchgeführt.

Insgesamt wurden im Rahmen der ersten Umfrage 351 Krankenanstalten zur Teilnahme an der Umfrage aufgefordert. 231 Fragebögen wurden retourniert - die Rücklaufquote betrug daher 65,8%, wovon schließlich 224 Fragebögen ausgewertet werden konnten.

Die einzelnen Fragen wurden damals und aktuell auf den Krankenanstaltstyp bezogen ausgewertet, sodass sich eine eventuelle Verzerrung der Ergebnisse aufgrund der inhomogenen Teilnehmerinnengruppen/Teilnehmergruppen im Vergleich zur Umfrage von 2001 Großteils verhindern, bzw. für den Leser nachvollziehen lässt (23).

Anhand der hier vorliegenden Umfrage, soll soweit möglich, festgestellt werden inwiefern sich die Situation der Krankenhaushygiene seit 2001 verändert hat. Dabei wird nur auf Themen eingegangen, die für diese Diplomarbeit relevant sind. Um der Übersicht willen werden die einzelnen Diskussionsthemen in Kapitel unterteilt, auch wenn das für eine Diskussion unüblich ist.

## **6 Diskussion**

Die Umsetzung und Einhaltung krankenhaushygienischer Maßnahmen gewinnen in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung. Wie in den vorhergehenden Kapiteln über nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger gezeigt wurde, stellen diese eine ernstzunehmende Bedrohung und damit eine große Herausforderung für die Krankenhaushygiene dar - dies besonders mit dem Wissen um das hohe Präventionspotential nosokomialer Infektionen. Betrachtet man die Problematik

multiresistenter Erreger, haben die behandelnden Ärztinnen/Ärzte hier im Fall des Auftretens einer NI auf der einen Seite das Problem der eingeschränkten Therapieoptionen, auf der anderen Seite sind zum Teil sehr strikte Isolierungsmaßnahmen notwendig, um eine Übertragung auf weitere Patientinnen/Patienten bzw. Ausbreitung innerhalb der Einrichtung zu verhindern (15).

Die Belange der Krankenhaushygiene sind in Österreich vor allem im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) als verbindlich bzw. in den vom *Bundesministerium für Gesundheit* verfassten ProHyg-Leitlinien, hier nur als Empfehlungen, geregelt (1). Aufgrund des empfehlenden Charakters letzterer finden sich diese Leitlinien, aber auch die Grundgesetze, in Österreich nicht immer nachvollziehbar umgesetzt, was sich in der 2001 vom Bundesministerium durchgeführten ersten Umfrage deutlich darstellte (23). Für Deutschland finden sich die Regelungen für die Belange der Krankenhaushygiene, gesetzlich verankert, dem *Robert Koch Institut* übertragen. Damit sind dessen Empfehlungen verbindlich einzuhalten (29).

Festgelegt im österreichischen KAKuG ist für bettenführende Krankenanstalten die Bestellung eines Hygieneteams, dessen Zusammensetzung gemäß den ProHyg-Leitlinien 2.0 je nach Krankenanstaltstyp sowie Bettenanzahl vorgegeben ist (1).

## **6.1 Hygieneteam und ärztliche Mitglieder**

Die seit 1993 bestehende gesetzliche Forderung eines Hygieneteams für bettenführende Krankenanstalten spiegelt sich in der aktuellen Umfrage als erfüllt; dies gilt insbesondere für die Sonderkrankenanstalten, die in dieser Beziehung aufgeholt haben (36). Nicht bettenführende Institute, die in den letzten Jahren vermehrt gegründet wurden, sind nicht verpflichtet, ein Hygieneteam zu bilden, sehr wohl ist aber eine Hygienebeauftragte/ein Hygienebeauftragter zu bestellen.

Was die ärztlichen Mitglieder der Hygieneteams betrifft, zeigt sich in dieser Umfrage eine relative Abnahme der Fachärztinnen/Fachärzte für Hygiene und Mikrobiologie gegenüber 2001; dafür sind Hygienebeauftragte mit ÖÄK-Diplom deutlich häufiger vertreten. Ebenso finden sich aktuell regelmäßiger Bestellungen von Vertretungen ärztlicherseits, welche auch viel häufiger eine adäquate hygienespezifische

Qualifikation aufweisen, als dies 2001 der Fall war. Diese positive Entwicklung lässt sich wahrscheinlich darauf zurückführen, dass man der Erfüllung der gesetzlichen Forderung Schritt für Schritt über die Jahre mithilfe der zahlreichen Absolventinnen/Absolventen des ÖÄK-Diploms für Krankenhaushygiene näherkommt. Bezüglich der zeitlichen Ressourcen hygienebeauftragter Ärztinnen/Ärzte gaben 2019 ca. ein Fünftel der Befragten explizit an, über keine vertraglich festgelegten Stunden für die Belange der Hygiene zu verfügen. Dies muss insofern hervorgehoben werden, als in den ProHyg-Leitlinien 2.0 in Abhängigkeit vom Krankenanstaltstyp vollzeitliche Hygienebeauftragte vorgesehen sind. Keine Regelung der Stunden ist somit als absolut nicht leitlinienkonform zu beurteilen; neben der rechtlichen Komponente, sind diese fehlenden Ressourcen auch von praktischer Bedeutung, bedingen sie doch in jedem Fall Einbußen der Qualität.

Auch wenn etwa ein Fünftel der Befragten keine Regelung der Arbeitszeit für hygienespezifische Tätigkeiten angegeben hat, zeigt sich anhand der Mittelwerte vertraglich festgelegter Stunden pro Woche eine seit 2001 für Schwerpunkt-, Standard- und Sonderkrankenanstalten steigende, für Zentralkrankenanstalten und Krankenanstalten der Kategorie „Sonstiges“ jedoch deutlich sinkende Tendenz. Hier besteht also definitiv Handlungsbedarf, um den Forderungen der ProHyg-Leitlinie Folge zu leisten.

## **6.2 Organisatorisches und Strukturelles**

Die Belange der Krankenhaushygiene finden sich in der aktuellen Umfrage deutlich häufiger in der Anstaltsordnung geregelt, als dies zur Zeit der ersten Umfrage der Fall war.

Deutlich weniger zufrieden als im Rahmen der 2001 durchgeführten Umfrage zeigen sich die Hygienebeauftragten mit den räumlichen Ressourcen und generell der Infrastruktur bzw. technischen Ausstattung.

Auch die Verfügbarkeit von Fachliteratur/ Zeitschriften halbierte sich seit 2001, wobei damals die Frage nicht ganz ident zur aktuellen gestellt worden ist. All diese Ressourcen wären jedoch für den Arbeitsfluss und die Qualität der Tätigkeit wichtig.

Zumindest die PC-Verfügbarkeit innerhalb der Hygieneteams nahm zu.

Laut der vorliegenden Umfrage finden Hygieneteam-interne Besprechungen in ca. einem Drittel weniger statt als im Jahr 2001.

Beim Erstellen eines Jahresberichts zeigen sich die Hygieneteams jedoch fortschrittlich, wobei, eigentlich dazu im Widerspruch, von weniger Zugang zu Patientendaten berichtet wurde. Ein Hygienebericht dient dabei sowohl der Information der Kollegialen Führung und der jeweiligen Mitarbeiter, stellt aber auch ein wichtiges Instrument zur teaminternen Evaluierung bisheriger Arbeitsweisen dar.

Haben sich Hygieneteams in der 2001 durchgeführten Umfrage fast ausnahmslos auch in anderen Gremien vertreten gezeigt, sank die Zahl auf aktuell ungefähr die Hälfte. Am Häufigsten sind die Hygieneteams in der jeweiligen Qualitätssicherungs- sowie Arzneimittelkommission vertreten.

Die Beziehung der Hygieneteams im Rahmen baulicher Veränderungen präsentiert sich bis auf einzelne Ausnahmen, zu denen erstaunlicherweise eine Zentralkrankenanstalt zählt, als zufriedenstellend. Allein um nachfolgend aufwendige Korrekturen von baulichen Hygienemängeln vorzubeugen, ist die möglichst frühzeitige Beziehung des Hygieneteams sinnvoll. Spätestens im Laufe der sanitätsbehördlichen Bewilligungsverfahren sollte eine nicht erfolgte Beziehung des Hygieneteams auffallen.

Fast ein Viertel der Befragten erlebt die jeweilige Kollegiale Führung als „gleichgültig, aber nicht hinderlich“. Eine nicht aktive Unterstützung des Hygieneteams durch die Kollegiale Führung stellt zweifelsohne einen bedeutenden Qualitätsverlust dar. Insbesondere die in den Freitextantworten genannte Herausforderung der mangelnden Compliance und Anerkennung durch Patientinnen/Patienten und Kolleginnen/Kollegen könnte durch eine unterstützende Kollegiale Führung gemildert werden.

Des Weiteren finden Besprechungen zwischen dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung laut vorliegender Umfrage deutlich seltener als im Jahr 2001 statt. Um die Zusammenarbeit zwischen Hygieneteam und Kollegialer Führung zu stärken, würde sich die Bildung einer Hygienekommission anbieten, die genau für diesen Zweck vorgesehen wäre. Aktuell findet sich eine solche in nicht einmal der Hälfte der

Krankenanstalten. In Österreich zwar gesetzlich nicht vorgeschrieben, wird die Bildung einer Hygienekommission aber sowohl von den *CDC (Centers for Disease Control and Prevention)*, als auch vom *Robert Koch Institut* empfohlen (1).

Das Diplom für Krankenhaushygiene stellt in Österreich ein Zusatzdiplom dar, wobei in dieser Umfrage knapp die Hälfte der Befragten bereits in einer leitenden Position, bis hin zur Position einer Primaria/eines Primars, tätig ist. Ob dadurch eine Befangenheit in der Entscheidungsfindung bestehen könnte, kann hier nur erahnt werden. In jedem Fall ist auf die Weisungsfreiheit der Entscheidungen des Hygieneteams zu achten.

Ein Fünftel der Befragten gab an, die Ausbildung zur/zum Hygienebeauftragten gezwungenermaßen zu absolvieren. Der Hintergrund könnte in der hohen Fluktuation hygienebeauftragter Ärztinnen/Ärzte, aber auch in der angegebenen Einschätzung zur Arbeit als „schön, aber nicht unbedingt notwendig“, die vermutlich aus dieser Gruppe stammt, liegen.

Die Antwortrate von 94,7% zu der Frage, ob die Teilnehmerinnen/Teilnehmer aufgrund ihrer neuen Tätigkeit in der Krankenhaushygiene berufliche Nachteile in Kauf zu nehmen haben, steht im Widerspruch der mehrheitlichen Angabe, noch gar nicht als Hygienebeauftragte/Hygienebeauftragter tätig zu sein. Auch wurde von einem Sechstel angegeben, dass eine langfristige Mitarbeit im Bereich der Krankenhaushygiene nicht geplant sei, was die Frage aufwirft, warum die doch aufwendige Ausbildung dann absolviert wird.

Der am meisten genannte Nachteil, ist die Mehrbelastung der Hygienebeauftragten, was sich darauf zurückführen lässt, dass die Aufgaben der Krankenhaushygiene meist ohne klare Stundenzuteilung ausgeführt werden sollen.

Immer wieder genannt finden sich finanzielle Einbuße (z.B. aufgrund Wegfallens von Nachtdiensten), wobei diese bereits im Rahmen der ersten Ausgabe der ProHyg-Leitlinien thematisiert wurden. Aufgrund der hohen Praxisrelevanz der Krankenhaushygiene und um die Tätigkeit in diesem Bereich attraktiver zu gestalten wäre eine finanzielle Angleichung denkbar.

Interessant für Veranstalter ist das große Interesse unter den im Jahr 2019 Befragten an hygienespezifischen Weiterbildungen, oder, wie die Freitextantworten nahelegen, auch fachspezifischen praktischen Einschulungen. Mindestens ein Drittel der Teilnehmerinnen/Teilnehmer haben sich nämlich laut eigener Aussage in Eigenregie in ihren neuen Arbeitsbereich eingefunden.

### **6.3 Surveillance**

Die Durchführung systematischer Erfassungen nosokomialer Infektionen hat sich im Rahmen der ersten Umfrage von 2001 in 39,6% bestätigt und sich damit positiver als erwartet gezeigt bzw. wurde bereits damals dieser Prozentsatz angezweifelt und diskutiert, ob er auf eventuell unterschiedliche Auffassungen („inadäquate Vorstellung zum Wortlaut“) zurückzuführen sei. In der nun durchgeführten Umfrage gaben knapp 50% an, eine systematische Erfassung durchzuführen. Nicht geklärt werden kann, ob die Teilnehmerinnen/Teilnehmer auf die von der *Zielsteuerung - Gesundheit* vorgegebene Erfassung nosokomialer Infektionen anhand der Indikatoroperationen (Cholezystektomien und Hüft-Endoprothesen) Bezug nehmen (37). Eventuell könnte hier die Frage zu ungenau gestellt gewesen sein.

Die Vermutung eines hier vorliegenden Missverständnisses spiegelt sich auch darin, dass in dieser Umfrage Krankenanstalten zwar etwas häufiger, aber immer noch nur in knapp einem Drittel an Programmen zur Erfassung und Überwachung nosokomialer Infektionen, teilnehmen. Früher war das *QIP (Quality Indicator Project)* das beliebteste Programm in Österreich, heute ist es mit Abstand das *KISS (Krankenhaus- Infektions-Surveillance- System)*. Gesetzlich haben die Erfassung und Überwachung von nosokomialen Infektionen nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Programm zu erfolgen (26). Damit soll natürlich eine Vergleichbarkeit zwischen den Ländern sowie auf internationaler Ebene gewährleistet werden. Das bedeutet aber nicht die verpflichtende Teilnahme an einem Programm.

## **6.4 Ausblick und Anregungen**

Je nach Bereich, wie z.B. Surveillance, Aufbau der Hygieneteams oder Erfassung nosokomialer Infektionen, lässt sich eine ambivalente Entwicklung in der Krankenhaushygiene feststellen. Auch wenn das Bewusstsein über die Bedeutung der Krankenhaushygiene in den letzten Jahren sicherlich zugenommen hat, findet sich das in den ProHyg-Leitlinien verfasste Niveau der Umsetzung noch lange nicht erreicht. Zu den bereits erfolgten positiven Veränderungen trugen mit Sicherheit Projekte, wie die fast flächendeckend in Österreich eingeführte „Aktion Saubere Hände“ und andere, bei.

Vor allem die personelle Struktur lässt jedoch immer noch zu wünschen übrig, und stellt eine der wichtigsten Voraussetzungen dar, um die Qualität der Krankenhaushygiene zu steigern. Solange hier keine klaren gesetzlichen Verpflichtungen gegeben sind, ist eine Besserung der Situation nicht zu erwarten. Vor dem Hintergrund steigender Resistenzen und auch der wirtschaftlichen Bedeutung nosokomialer Infektionen wird hier zukünftig der Druck auf die Krankenanstalten steigen. Ob es dann zu einer besseren Ausstattung von Hygieneteams, in Befolgung der ProHyg-Leitlinien, kommt, kann ggf. eine Wiederholung dieser Umfrage in 5 bis 10 Jahren zeigen.

## **6.5 Limitation der durchgeführten Studie**

Die vorliegende Studie bezieht sich auf eine beschränkte Teilnehmerinnenzahl/Teilnehmerzahl und damit auch beschränkte Anzahl an Krankenhäusern. Befragt wurden ausschließlich angehende Hygienebeauftragte, auch wenn sie zum Teil bereits länger in diesem Bereich arbeiten. Die Umfrage wurde nicht österreichweit geschickt, sondern fand im Rahmen eines Ausbildungsteils des ÖÄK Diploms statt. Damit finden sich nur Krankenhäuser inkludiert, die zu diesem Zeitpunkt gerade eine Hygienebeauftragte/einen Hygienebeauftragten in Ausbildung haben/hatten.

## 7 Bibliografie

- (1) Bundesministerium für Gesundheit: PROHYG 2.0 - Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene. Bundesministerium für Gesundheit, 2. Auflage, Wien, November 2014.
- (2) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) § 2 Begriffsbestimmungen. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/\\_2.html](https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_2.html) Abrufdatum 06/19/2019.
- (3) Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Robert Koch-Institut: Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen). Berlin, 2017; URL: [https://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/KISS\\_Definitionen\\_E-Book\\_Neuaufgabe\\_06\\_2017.pdf](https://www.nrz-hygiene.de/fileadmin/nrz/module/KISS_Definitionen_E-Book_Neuaufgabe_06_2017.pdf) Abrufdatum 06/26/2019.
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control: ECDC SURVEILLANCE REPORT Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2013; URL: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf> Abrufdatum 08/14/2019.
- (5) Schröppel K.: Nosokomiale Infektionen und ihre Erreger. 2008; URL: [https://www.medizin.uni-tuebingen.de/uktmmedia/Einrichtungen/Institute/Institut+fuer+Medizinische+Mikrobiologie+und+Hygiene/PDF\\_Archiv-p-2863/Geschuetzt/VorlesungMedizinischeMikrobiologieUndHygiene/Nosokomiale+Infektionen\\_WS0809.pdf](https://www.medizin.uni-tuebingen.de/uktmmedia/Einrichtungen/Institute/Institut+fuer+Medizinische+Mikrobiologie+und+Hygiene/PDF_Archiv-p-2863/Geschuetzt/VorlesungMedizinischeMikrobiologieUndHygiene/Nosokomiale+Infektionen_WS0809.pdf) Abrufdatum 06/19/2019.
- (6) World Health Organization: WHO publishes list of bacteria for which new antibiotics are urgently needed. 2017; URL: <https://www.who.int/news-room/detail/27-02-2017-who-publishes-list-of-bacteria-for-which-new-antibiotics-are-urgently-needed> Abrufdatum 08/28/2019.
- (7) Suerbaum S, Hahn H, Burchard G. D., Kaufmann S. H. E., Schulz T. F.: Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie. 7. Auflage, Springer-Verlag GmbH, Berlin Heidelberg, 2012.
- (8) Bundesministerium für Arbeit Soziales Gesundheit und Konsumentenschutz: Resistenzbericht Österreich - AURES 2017. 2018; Bundesministerium für Arbeit Soziales Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, 2018, URL: [https://www.ages.at/pdf/pageflip\\_366969/index.html](https://www.ages.at/pdf/pageflip_366969/index.html) Abrufdatum 07/09/2019.

- (9) European Centre for Disease Prevention and Control: Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2017 - Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2018; URL: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/EARS-Net-report-2017-update-jan-2019.pdf> Abrufdatum 9/7/2019.
- (10) European Centre for Disease Prevention and Control: Summary of the latest data on antibiotic resistance in the European Union - EARS-Net surveillance data November 2017. URL: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/EAAD%20EARS-Net%20summary.pdf> Abrufdatum 8/28/2019.
- (11) World Health Organization: ANTIMICROBIAL RESISTANCE Global Report on Surveillance 2014. World Health Organization, France, 2014; URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112642/9789241564748\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112642/9789241564748_eng.pdf) Abrufdatum 7/8/2019.
- (12) Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Robert Koch-Institut: Staphylokokken-Erkrankungen insbesondere Infektionen durch MRSA. Stand: 05/19/2016, URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_Staphylokokken\\_MRSA.html](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Staphylokokken_MRSA.html) Abrufdatum 09/25/2019.
- (13) Walger P, Popp W, Exner M, Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e V.: Stellungnahme der DGKH zu Prävalenz, Letalität und Präventionspotenzial nosokomialer Infektionen in Deutschland 2013. URL: [https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/hm/HM\\_07-8\\_2013\\_nosokomialeInfektionen.pdf](https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/hm/HM_07-8_2013_nosokomialeInfektionen.pdf) Abrufdatum 6/27/2019.
- (14) European Centre for Disease Prevention and Control: Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008. URL: [https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/0812\\_SUR\\_Annual\\_Epidemiological\\_Report\\_2008.pdf](https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/0812_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf) Abrufdatum 06/26/2019.
- (15) Deutscher Bundestag: Europaweite Datenerhebung zum Vorkommen nosokomialer Infektionen sowie zu Präventionsmaßnahmen. 2016; URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/459066/cf98e1f7a6e411de19d460bb0699ef9a/wd-9-045-16--pdf-data.pdf>. Abrufdatum 6/19/2019.
- (16) World Health Organization: Clean Care is Safer Care. 2019; URL: <https://www.who.int/gpsc/background/en/> Abrufdatum 07/12/2019.
- (17) Aktion Saubere Hände: Aktion Saubere Hände. 2019; URL: <https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/ash/>. Abrufdatum 07/31/2019.

- (18) World Health Organization: World Antibiotic Awareness Week. 2019; URL: <https://www.who.int/campaigns/world-antibiotic-awareness-week/> Abrufdatum 10/04/2019.
- (19) World Health Organization: Antimicrobial resistance. 2019; URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance> Abrufdatum 07/12/2019.
- (20) World Health Organization: Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) Report Early implementation 2016- 2017. 2017; URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259744/9789241513449-eng.pdf;jsessionid=09D9CEF71D521DBB4ACBAF3027211049?sequence=1> Abrufdatum 7/8/2019.
- (21) Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen: KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) Projektbeschreibung. 2018; URL: <https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/> Abrufdatum 07/11/2019.
- (22) European Centre for Disease Prevention and Control: HAI-Net About. 2019; URL: <https://ecdc.europa.eu/en/about-us/networks/disease-networks-and-laboratory-networks/hai-net-about> Abrufdatum 07/12/2019.
- (23) Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generation: PROHYG - Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generation, 1. Auflage, Wien, Oktober 2002.
- (24) Rechtsinformationssystem des Bundes: Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Bundes-Verfassungsgesetz. 2019; URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10000138> Abrufdatum 11/09/2019.
- (25) Rechtsinformationssystem des Bundes: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 2019; URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> Abrufdatum 07/10/2019.
- (26) Rechtsinformationssystem des Bundes: Gesamte Rechtsvorschrift für Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz. 2019; URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285> Abrufdatum 07/13/2019.
- (27) Deutsches Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html> Abrufdatum 9/11/2019.

(28) Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz: Nationaler Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz NAP-AM. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, Jänner 2018; URL: [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/3/CH4053/CMS1409577636729/nap-amr\(stand\\_maerz\\_2018\).pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/3/CH4053/CMS1409577636729/nap-amr(stand_maerz_2018).pdf) Abrufdatum 9/24/2019.

(29) Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) § 23 Nosokomiale Infektionen, Resistenzen, Rechtsverordnungen durch die Länder. URL: [http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/\\_23.html](http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_23.html) Abrufdatum 09/12/2019.

(30) Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Robert Koch-Institut: Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zur Surveillance (Erfassung und Bewertung) von nosokomialen Infektionen (Umsetzung von § 23 IfSG). Springer-Verlag, 2001; URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Surv-Rili.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Surv-Rili.pdf?__blob=publicationFile) Abrufdatum 9/11/2019.

(31) Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen: Vorstellung des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen. 08/15/2018; URL: <https://www.nrz-hygiene.de/nrz/vorstellung/> Abrufdatum 09/14/2019.

(32) Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Robert Koch-Institut: Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2016.

(33) Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, Robert Koch-Institut: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen- Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Online: Springer-Verlag, 2009.

(34) Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin: Weiterbildung zum ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene. URL: <https://www.oeghmp.at/de/fortbildung/oeaek-diplom-krankenhaushygiene/> Abrufdatum 07/09/2019.

(35) Flamm H: Geschichte. 2016; URL: <https://www.oeghmp.at/de/die-oeghmp/geschichte/> Abrufdatum 07/13/2019.

(36) Nationalrat Österreich: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Wien, 1993; URL: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1993\\_801\\_0/1993\\_801\\_0.pdf](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1993_801_0/1993_801_0.pdf) Abrufdatum 7/26/2019.

(37) Bundesministerium für Arbeit Soziales Gesundheit und Konsumentenschutz:  
Patientensicherheit - Jahresbericht 2017. Bundesministerium für Arbeit Soziales  
Gesundheit und Konsumentenschutz: Patientensicherheit, Wien, 2018; URL:  
[https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/6/9/CH3966/CMS143021271  
4087/patientensicherheit\\_2017.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/6/9/CH3966/CMS1430212714087/patientensicherheit_2017.pdf) Abrufdatum 10/01/2019.

## **8 Anhang - Fragebogen**

# Fragebogen ÖÄK-Fortbildungsdiplom Krankenhaushygiene

---

**Sehr geehrte Kollegin,  
Sehr geehrter Kollege!**

Graz, 15. Juni 2019

Die im Rahmen der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin durchgeführte Ausbildung zum Hygienebeauftragten Arzt/Ärztin wurde vor vielen Jahren gestartet, um die Vorgaben im ProHyg zu erfüllen. Schon damals hat es eine Umfrage gegeben, die wir in sehr ähnlicher Form nun wiederholen wollen. Unser Ziel ist es dabei, die Situation der Hygienebeauftragten Ärzte/Ärztinnen zu erfassen und Ansatzpunkte zur Verbesserung der Ausbildungsstruktur zu erheben.

Herzlichen Dank für

ihre Unterstützung und ihre Zeit!

Mit freundlichen Grüßen

**Univ. Prof Dr. Andrea Grisold**

Koordinatorin des ÖÄK Diploms Krankenhaushygiene  
Stv. Vorsitzende ÖGHMP

PS: Sollten sie einzelne Frage nicht beantworten können/wollen- dann einfach auslassen

Gerne können sie den Bogen auch zu Hause ausfüllen- und mir per Mail oder Post übermitteln.

Den Umfragebogen bitte an:

**Univ. Prof. Dr. Andrea Grisold**

D&F Institut für Hygiene

Neue Stiftingtalstrasse 6

8010 Graz

[andrea.grisold@medunigraz.at](mailto:andrea.grisold@medunigraz.at)

0316- 385- 73630

Die Auswertung der Daten erfolgt selbstverständlich anonymisiert. Die Umfrage wurde der Ethikkommission der Med. Universität Graz vorgelegt und positiv erledigt (exakte EK Nr. folgt, da Sitzung noch ausständig).

\*Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen: **ProHyg– Leitlinie Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene**, Oktober 2002, Wien.

# Fragebogen ÖÄK-Fortbildungsdiplom Krankenhaushygiene

---

## Allgemeines

### 1.1 Bei Ihrer Krankenanstalt handelt es sich um eine\*

- Landeskrankenanstalt
- Gemeinde-/Bezirkskrankenanstalt
- Privatkrankenanstalt (z.B. Ordensspitäler, AUVA etc.)
- Institut

### 1.2 Um welchen Krankentyp handelt es sich bei Ihrer Krankenanstalt?\*

- Zentralkrankenanstalt
  - Universitätsklinikum
  - Sonstige Zentralkrankenanstalt
- Schwerpunktkrankenanstalt
- Standardkrankenanstalt
- Sonderkrankenanstalt für \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### 1.3 Die Gesamtbettenkapazität Ihrer Krankenanstalt beträgt...

- <200  200-500  500-1000  >1000

### 1.4 Werden Belange der Krankenhaushygiene in der Anstaltsordnung Ihrer Krankenanstalt geregelt?\*

- Ja  Nein

## Hygieneteam

### 2.1 Gibt es an Ihrer Krankenanstalt ein Hygieneteam?

- Ja  Nein

## 2.2 Aus welchen Personen ist Ihr Hygieneteam zusammengesetzt?\*

	Hygienespezifische Ausbildung	Vertraglich festgelegte Stunden/Woche für die Hygiene	Zeitressourcen aus <u>ihrer</u> Sicht
<b>Krankenhaustygieniker/hygienebeauftragter Arzt</b>	<input type="checkbox"/> Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie oder in Ausbildung <input type="checkbox"/> ÖÄK-Diplom oder in Ausbildung <input type="checkbox"/> Anderes:	Stunden gesamt: _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal
<b>Dipl. Pflegepersonal im Hygieneteam</b>	Anzahl <input type="checkbox"/> _____	Stunden gesamt: _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal
<b>Wieviele mit SAB (Sonderausbildung):</b>	Anzahl <input type="checkbox"/> _____	Stunden gesamt: _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal
<b>Weitere Mitglieder des Hygieneteams</b>	<input type="checkbox"/> Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie oder in Ausbildung <input type="checkbox"/> ÖÄK-Diplom oder in Ausbildung <input type="checkbox"/> Anderes:	Stunden gesamt: _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal
		Stunden gesamt: _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal
		Stunden gesamt: _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal
<b>Weitere intramurale Planstellen, die dem Hygieneteam zugeordnet sind</b>	<input type="checkbox"/> BMA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Sekretariat <input type="checkbox"/> Anderes	Je Stunden gesamt: _____ _____ _____	1 2 3 4 5 zu wenig optimal

## 2.3 Gibt es offiziell bestellte Vertretungen während der Abwesenheit von Hygieneteammitgliedern?\*

zu vertretende Funktion	Vertretung bestellt	Ausbildungsstand		
<b>Krankenhaustygieniker/hygienebeauftragter Arzt</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie oder in Ausbildung <input type="checkbox"/> ÖÄK-Diplom oder in Ausbildung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
<b>Hygienefachkraft/Dipl. Pflegeperson</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	SAB (Sonderausbildung) zur Hygienefachkraft abgeschlossen oder dzt. In Ausbildung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein		

\*Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen: **ProHyg– Leitlinie Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene**, Oktober 2002, Wien.

## Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen

### 3.1 Sind eigene Räumlichkeiten für die Mitglieder des Hygieneteams vorhanden?\*

Krankenhaustygiener/hygienebeauftragter Arzt

optimal     ausreichend     unzureichend

Hygienefachkraft/Dipl. Pflegepersonal

optimal     ausreichend     unzureichend

### 3.2 Welche Infrastruktur steht dem Hygieneteam zur Verfügung?\*

	Krankenhaustygiener/ hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkraft/ dipl. Pflegeperson
Eigene Telefondurchwahl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pager/Funk/Piepser	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leichter Zugang zu Fax	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leichter Zugang zu Kopierer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
PC-Ausstattung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Eigene E-Mail-Adresse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Internetzugriff	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Literatur:		
Journals	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bücher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datenbanken (elektronischer Volltextzugang)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:		

### 3.3 Wie beurteilen Sie persönlich Ihre Arbeitsbedingungen hinsichtlich der Infrastruktur?\*

Zu wenig    1    2    3    4    5    optimal

### 3.4 Wie beurteilen Sie persönlich die zeitlichen Ressourcen Ihres Hygieneteams zur zufriedenstellenden Umsetzung der Krankenhaushygiene?

Zu wenig    1    2    3    4    5    optimal

\*Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen: ProHyg– Leitlinie Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene, Oktober 2002, Wien.

**3.5** Gibt es für das Hygieneteam ein gewidmetes Teilbudget innerhalb des Krankenhaus-Budgets (exklusive Budget für Personalkosten!)\*

Ja  Nein

**3.6** Wenn ja, kann das Hygieneteam über das Budget (bzw. über Teile des Budgets) eigenverantwortlich verfügen?\*

Ja  Nein

**3.7** Werden vom Dienstgeber regelmäßig Aus- und Fortbildungen für das Hygieneteam finanziert?\*

Ja  Nein

**3.8** Für wie viele Krankenanstalten sind Sie als Hygienebeauftragte/r verantwortlich?

eine Krankenanstalt  mehrere: \_\_\_\_\_

## Organisation der Krankenhaushygiene

**4.1** Gibt es in ihrem Haus eine Hygienekommission?

Ja  Nein

**4.2** Wenn ja, ist die Kollegiale Führung Mitglied der Hygienekommission?

Ja  Nein

**4.3** Finden Besprechungen innerhalb des Hygieneteams statt?\*

Ja, regelmäßig: \_\_\_ /Jahr

Ja, im Anlassfall

Nein

**4.4** Werden Besprechungsergebnisse des Hygieneteams dokumentiert?\*

Ja  Nein

**4.5** Werden empfohlene Maßnahmen schriftlich an die für die Umsetzung verantwortlichen Stellen weitergeleitet?\*

Ja  Nein

**4.6** Erstellt das Hygieneteam einen Jahresbericht?\*

Ja  Nein

**4.7 In welchen Gremien ist das Hygieneteam vertreten?\***

- Qualitätssicherungskommission
- Arzneimittelkommission
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**4.8 Werden Sie als Hygieneteam bei Neu-, Zu-, und Umbauten beigezogen?\***

- Bei der Erstellung des Raum- und Funktionsprogrammes sowie des Betriebsorganisationskonzepts
- Bei Vorliegen der Einreichplanung
- Im Rahmen der sanitätsbehördlichen Bewilligungsverfahren
- Zu einem späteren Zeitpunkt
- Nie beigezogen

**4.9 Werden Sie als Hygieneteam bei der Anschaffung hygienerrelevanter Geräte und Güter beigezogen?\*** (z.B. Aufbereitungsmaschinen, Drainagesysteme, Harnableitungssysteme, etc.)

- Immer       häufig       selten       nie

**4.10 Besteht für Sie ein Zugriff auf mikrobiologische Daten?\***

**Krankenhaushygieniker/ hygienebeauftragter Arzt:**

*Patientendaten allgemein/im Einzelfall/Kumulativbefunde*

- ja     eingeschränkt     nein  
 online     in Papierform

*Statistik allgemein (Station/ Erreger/Patient)*

- ja     eingeschränkt     nein  
 online     in Papierform

**Hygienefachkraft/Dipl. Pflegeperson:**

*Patientendaten allgemein/im Einzelfall/Kumulativbefunde*

- ja     eingeschränkt     nein  
 online     in Papierform

*Statistik allgemein (Station/ Erreger/Patient)*

- ja     eingeschränkt     nein  
 online     in Papierform

weiß nicht

**4.11 Besteht für Sie als Hygieneteam ein uneingeschränkter/direkter Zugriff auf Krankengeschichten?\***

Elektronisch     Ja     Nein

Papierform     Ja     Nein

**4.12 Wie nehmen Sie die Stellung Ihrer Kollegialen Führung gegenüber dem Hygieneteam und deren Anliegen wahr?**

- aktiv unterstützend und ernstnehmend  
 gleichgültig aber nicht hinderlich  
 nicht kooperativ/hinderlich

**4.13 Finden Besprechungen zwischen dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung statt?\***

- Ja, regelmäßig: \_\_/Jahr
- Ja, im Anlassfall
- Nein

## Surveillance

**5.1 Werden in Ihrer Krankenhausanstalt oder an einzelnen Abteilungen regelmäßig Keim- und Resistenzüberwachungen durchgeführt?\***

- Ja
- Nein

Wenn ja, werden diese regelmäßig ausgewertet?

- Ja
- Nein

Werden die aufbereiteten Ergebnisse an die Abteilungen und Stationen rückgemeldet?

- Ja
- Nein

**5.2 Gibt es in Ihrer Krankenanstalt oder in einzelnen Abteilungen eine systematische, laufende Erfassung nosokomialer Infektionen?\***

- Ja
- Nein

Wenn ja, werden diese regelmäßig ausgewertet?

- Ja
- Nein

Werden die aufbereiteten Ergebnisse an die Abteilungen und Stationen rückgemeldet?

- Ja
- Nein

**5.3 Nehmen Ihre Krankenanstalt oder einzelne Abteilungen an Programmen zur laufenden Überwachung nosokomialer Infektionen teil?\***

- Ja
- Nein

Wenn ja, an welchen?

- KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System)
- ANISS (Austrian Nosokomial Infection Surveillance System)
- NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance System)
- IPSE (Improving Patient Safety in Europe)
- HELICS (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance)
- ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption)

\*Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen: **ProHyg– Leitlinie Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene**, Oktober 2002, Wien.

**5.4 Haben Ihre Krankenanstalt oder einzelne Abteilungen in den vergangenen 3 Jahren an einer Prävalenzstudie über die Häufigkeit von nosokomialen Infektionen teilgenommen oder eine solche durchgeführt?**

Ja                       Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## **Ihre Rolle als Hygienebeauftragte/r**

**6.1 Wie alt sind Sie?**

- <30
- 30-40
- 40-50
- >50

**6.2 Ihre gesamte medizinische Berufserfahrung in Jahren:**

\_\_\_\_\_

**6.3 Sie sind:**

- AllgemeinmedizinerIn
- Facharzt/-ärztin für: \_\_\_\_\_
- In Ausbildung zu: \_\_\_\_\_

**6.4 Welche Stelle besetzen Sie in Ihrer Krankenanstalt?**

\_\_\_\_\_

**6.5 Wie lange sind Sie bereits als Hygienebeauftragte/r tätig?**

- \_\_\_\_\_ Jahre                       in Ausbildung

**6.6 Wieviel Zeit ist Ihnen für die Belange der Krankenhaushygiene zugedacht?**

- \_\_\_\_\_ Stunden/Woche                       Vollzeit

**6.7 Ist zukünftig eine langfristige Mitarbeit in diesem Bereich geplant?**

Ja                       Nein

**6.8 Haben Sie durch Ihren neuen Aufgabenbereich in der Krankenhaushygiene berufliche Nachteile in Kauf zu nehmen?**

- Mehrbelastung
- Verlust von Nachtdiensten
- Finanzielle Einbuße
- Nachteile in Ihrer Hauptanstellung als jeweiliger Facharzt
- Nein, eigentlich nicht.

**6.9 Was hat dazu geführt, dass Sie nun die Ausbildung der ÖÄK zur/m Hygienebeauftragten machen?**

- Dringlicher Bedarf einer/s Hygienebeauftragten an Ihrer Klinik, eigentlich gezwungenermaßen
- Dringlicher Bedarf einer/s Hygienebeauftragten an Ihrer Klinik, aber auch eigenes Interesse
- Eigeninitiative aus fachlichem Interesse
- Vorteile im beruflichen Alltag (z.B. Wegfallen von Nachtdiensten)
- Anderes: \_\_\_\_\_

**6.10 Sind Sie an regelmäßigen hygienerelevanten Fortbildungen interessiert?**

- Ja                       Nein

Themen: \_\_\_\_\_

**6.11 Wurde Ihnen die Ausbildung zur/m Hygienebeauftragten finanziert?**

- Ja                       Nein                       Teilweise

**6.12 Ihre fachliche praktische Einschulung vor Ort erfolgt/e durch:**

- Hygieneteam
- Hygienefacharzt
- In Eigenregie

**6.13 Wie wichtig ist in Ihren Augen das verantwortungsbewusste Arbeiten eines Hygieneteams zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Patientenbetreuung?**

- Unverzichtbar
- Schön aber nicht unbedingt notwendig
- Überflüssige Arbeitsbeschaffung

**6.14 Was erachten Sie als größte Herausforderung/Problemstellung im klinischen Arbeitsalltag als Hygienebeauftragte/r?**

---

---

---

---

**6.15 Was wollen Sie der ÖGHMP sonst noch sagen, Wünsche, Anregungen, kritische Draufsicht:**

---

---

---

---

*Herzlichen DANK!!!*

