

Gesundheit  
kommt von Herzen.



# Orthopädisches Spital Speising

Wien

Ein Unternehmen der  
[www.vinzenzgruppe.at](http://www.vinzenzgruppe.at)

 **Vinzenz  
Gruppe**



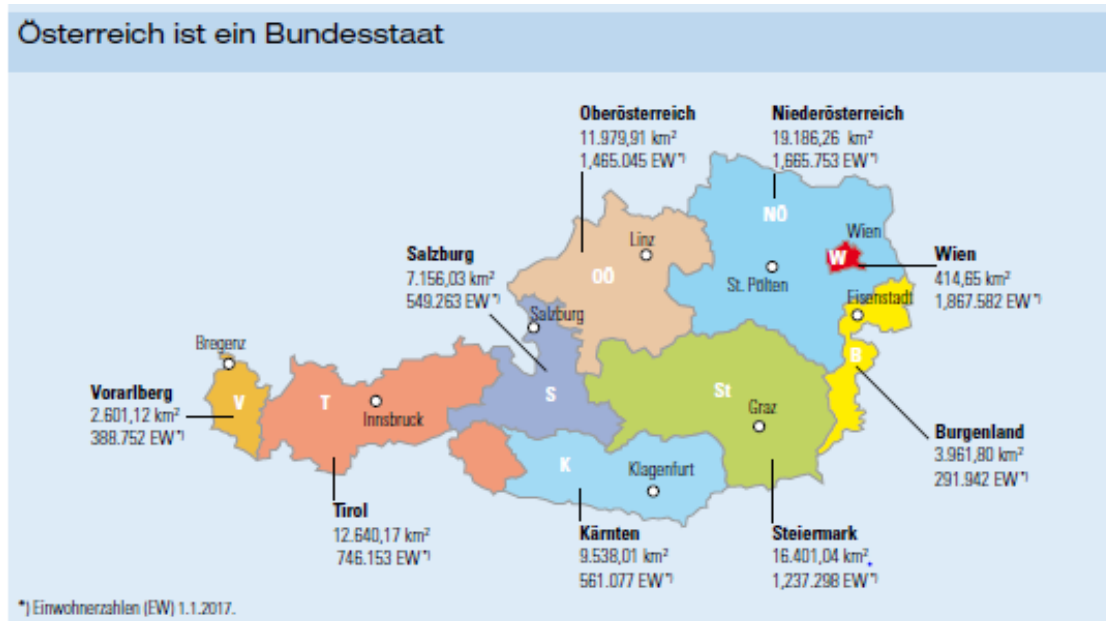
# Hygiene

## „Die Historie des österreichischen Weges“

Gerlinde Angerler, BA  
Berlin, 19. März 2018

## Zahlen, Daten, Fakten

8,772.865 EW, 9 Bundesländer, 95 politische Bezirke, 2.100 Gemeinden



## Rechtsträger und Öffentlichkeitsrecht

<p><b>Öffentliche Krankenhäuser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• öffentlicher Versorgungsauftrag</li> <li>• Steuer- und beitragsfinanziert</li> <li>• im öffentlichen Eigentum von Ländern/Gemeinden</li> </ul>	<p><b>UKH/Hanusch Krankenhaus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• öffentlicher Versorgungsauftrag</li> <li>• Beitragsfinanziert (UV)</li> <li>• im öffentlichen Eigentum der SV-Träger</li> </ul>
<p><b>Ordenskrankenhäuser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• öffentlicher Versorgungsauftrag</li> <li>• Steuer- und beitragsfinanziert</li> <li>• im privaten Eigentum der Orden</li> </ul>	<p><b>Private Spitäler/Sanatorien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• privater Versorgungsauftrag</li> <li>• Beitragsfinanziert/private</li> </ul> <p><b>Private Zusatzversicherungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• im privaten Eigentum der Vereine, Versicherungsträger oder Stiftungen</li> </ul>



<b>Ö. gesamt 278 (117*) KA 67.430 Betten</b>	<b>Träger</b>	<b>n</b>	<b>Wien 50 (13*) KA 16.174 Betten</b>
allgemeine KA 95 (84*)	Bund	7	allgemeine KA 16 (8*)
Sonder-KA und Genesungsheime 128 (27*)	Länder	93	Sonder-KA und Genesungsheime 15 (5*)
Sanatorien 33 (0*)	Gemeinden	12	Sanatorien 7 (0*)
u.a.	Kassen	33	u.a.
	Versicherungen	8	
	Orden	37	
	Private	83	
	u.a.	5	

\* Öffentlichkeitsrecht; eigene Darstellung: Daten Jahrbuch d. Gesundheitsstatistik, Statistik Austria Jänner 2017

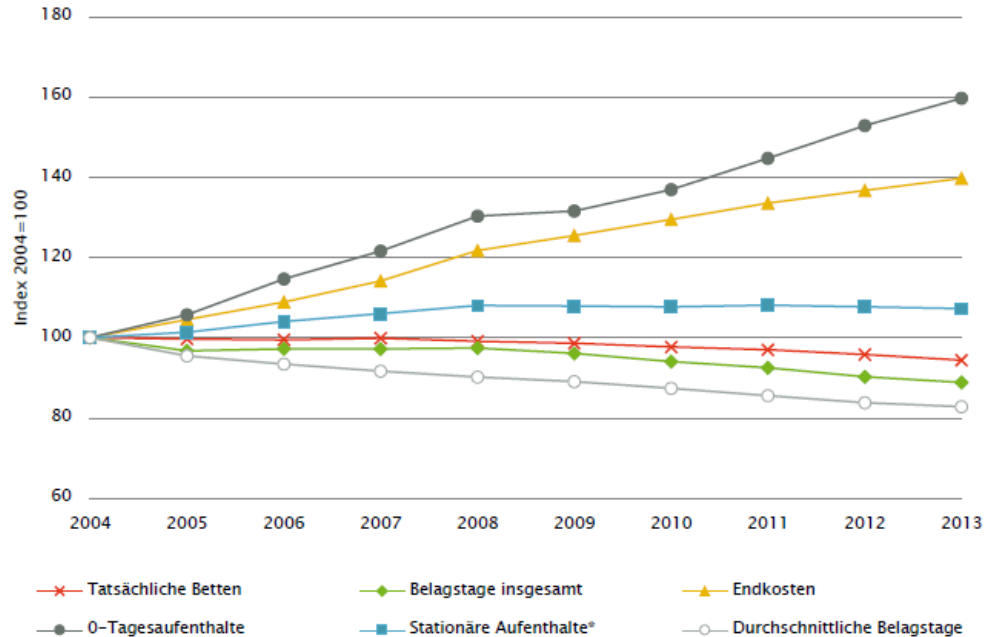
## Europäischer Vergleich Österreich/Eurostatdaten 2015

	Gesundheitsausgaben BIP %	Ärztendichte pro 1000 EW	Bettendichte pro 100 000 EW	PP pro 1000 EW
Österreich	8,1 (6. Platz)	4,9 (2. Platz)	767 (2. Platz)	7,8 (18. Platz*)
EU 15 Ø	7,5	3,6	465	9,7 (8,1*)

\* EU 28

Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 4. Auflage BMGF/GÖG

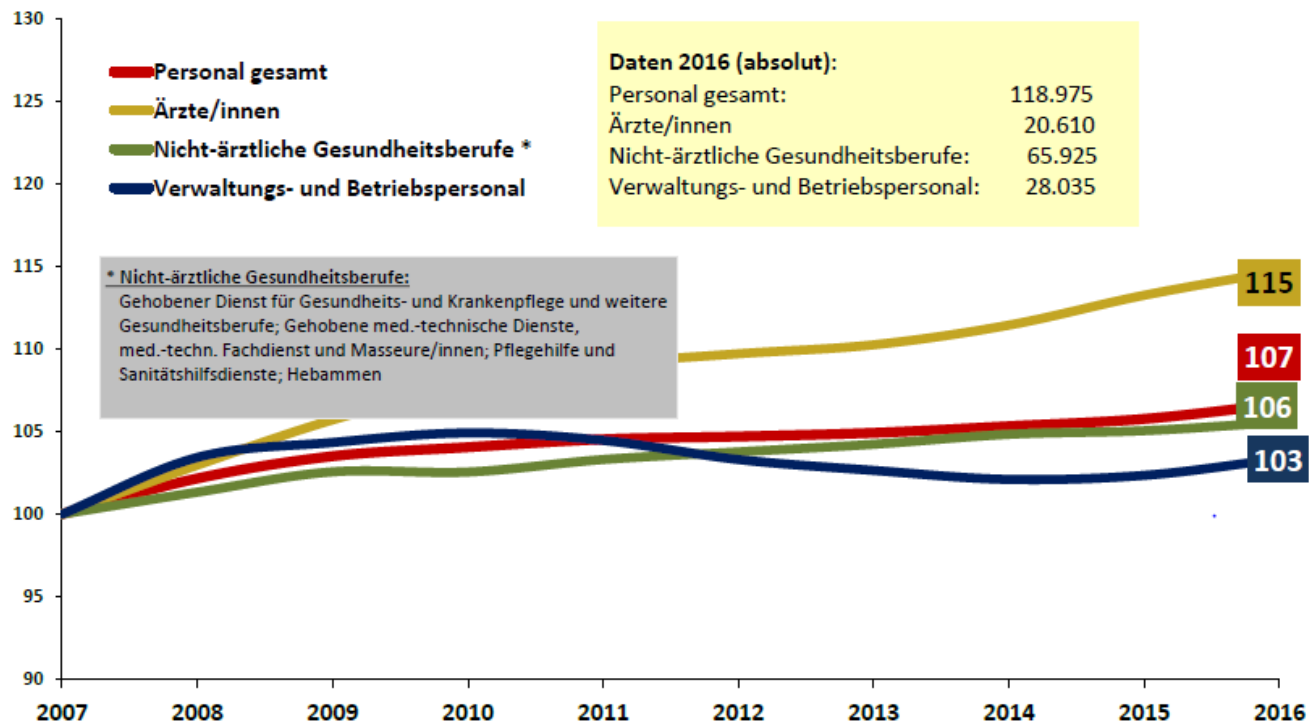
## Entwicklung der landesgesundheitsfondsfinanzierten KA



Quelle: BMG (2014e), Darstellung: GÖG/ÖBIG

# Personalentwicklung 2007-2016 in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten

2007 = 100





## Hygiene – §8a gesetzliche Regelung seit 1993

**Österreichische Bundesverfassungsgesetz (B-VG)** – regelt die Kompetenzverteilung

Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache:

- Sanitäre Aufsicht
- Das Ärztegesetz
- Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
- Versch. Gesetze weiterer medizinischer Berufe
- Apothekengesetz
- Epidemiegesetz
- Tuberkulosegesetz
- AIDS-Gesetz
- MPG etc.....

## Hygiene – § gesetzliche Regelung

Es gibt ein Grundsatzgesetz (BG f. Krankenanstalten und Kuranstalten – KAKuG) und dazu **NEUN unterschiedliche Ausführungsgesetze** der Bundesländer in den jeweiligen Krankenanstaltengesetzen.

Hygiene und QS ist somit primär im KAKuG geregelt (§5b, §8a)  
und dann noch in den einzelnen L-KAG (Wien §14);

Indirekt über Vorgaben der Qualitätssicherung und der Personalplanung

## Hygiene – § gesetzliche Regelung 2018

- (1) Für jede KA ist ein FA für Hygiene und Mikrobiologie **oder** ein sonst fachlich geeigneter, zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt (Hygienebeauftragter) ..... zu bestellen.
- (2) In bettenführenden KA ist zur Unterstützung **mindestens** eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits-und Krankenpflege als HFK zu bestellen. ...wenn es die Größe der KA erfordert, ist diese Funktion hauptamtlich auszuüben.
- (3)...ist ein Hygieneteam zu bilden... (keine Hierarchie geregelt)
- (4) Zu den Aufgaben zählen....
- (5) In KA in der Betriebsform selbstständiger **Ambulatorien** kann die Funktion des „Arztes“ (Vorliegen der Qualifikation) der ärztliche Leiter ausüben. Für die genannten Aufgaben..... HBA beizuziehen.

## Erste Erhebung KH Hygiene in Österreich 7/8 2001

„Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene“ – BMG – Pro-Hyg-Projekt  
351 bettenführenden KA angeschrieben (über das BM, 23 Fragen) – 231 Fragebögen  
retourniert (65,8%), 224 ausgewertet

62,8% <200 Betten

23,8% 2001-500 Betten

79,5% Regelung in der Anstaltsordnung

8% kein Hygieneteam

Zeitressourcen-einschätzung

aus Sicht der KOFÜ – 42,9%

aus Sicht des KH Hygienikers – 30,4%

aus Sicht der HFK – 14,6%

66% - regelmäßige Keim- und Resistenzüberwachungen

39,6% laufende systematische Erfassung von NI

## Erste Erhebung KH Hygiene in Österreich 7/8 2001

21,5% FA für Hygiene und Mikrobiologie (auch Konsulenten Tätigkeiten)

55,1% Arzt mit ÖAK-Diplom

47,3% machten eine Angabe über die vertraglich festgelegten Wochenstunden  
selbst in Zentral-KA verfügt nur ca. die Hälfte der FA über vertraglich festgelegte WoStd.  
bei Standard-KA verfügen 57,3% durchschn. 8h/Wo

72,1% der 287 DGKP – SA im Sinne der GuKG absolviert bzw. gerade in Ausbildung

92% machten eine Angabe über die vertraglich festgelegten Wochenstunden

Zentral-KA durchschn. 105,6 h

Schwerpunkt-KA durchschn. 78,8 h

Standard-KA durchschn. 32,6 h

Sonder-KA durchschn. 30,2 h

1/3 hat eine festgelegte Vertretung

## Meilenstein ProHyg 1.0

Erstes Berechnungsmodell für HFKs (1:300)

Berechnungsmodell für KH/HBA (1:450)

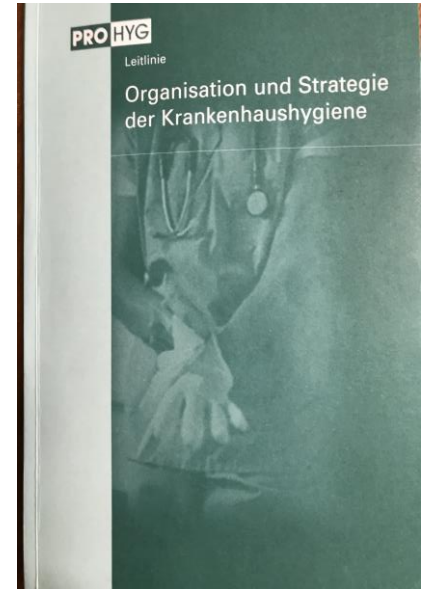
Definition Aufgaben

verpflichtende, fakultative, Nicht-Aufgaben

Forderung einer Geschäftsordnung

Definition des HYT als Stabstelle der KOFÜ

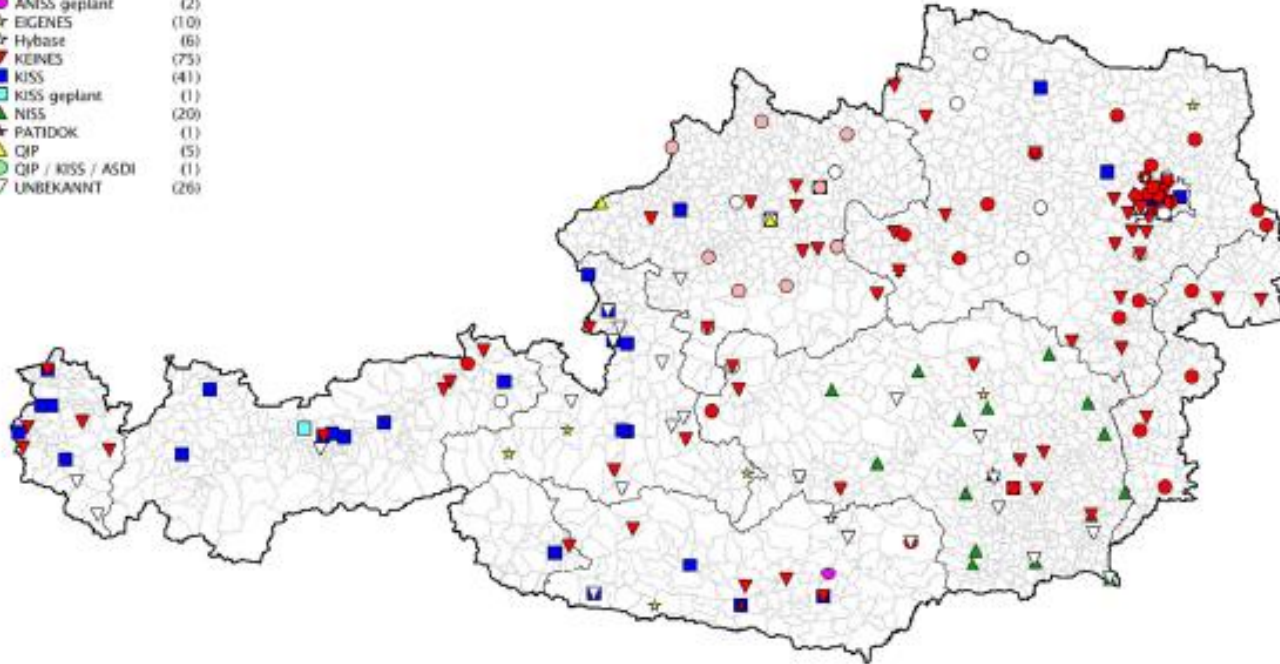
Schaffung von Stellvertreterlösungen)



## NI-Surveillance-Systeme in KA Erhebung 2012

### NI-Surveillance-Systeme in Krankenanstalten

● ANISS	(45)
○ ANISS / ASDI geplant	(10)
● ANISS / KISS	(1)
● ANISS geplant	(2)
★ EIGENES	(10)
★ Hybase	(6)
▼ KEINES	(75)
■ KISS	(41)
■ KISS geplant	(1)
▲ NISS	(20)
★ PATIDOK	(1)
▲ QIP	(5)
○ QIP / KISS / ASDI	(1)
▽ UNBEKANNT	(26)



● ANISS	(45)
■ KISS	(41)
○ Geplant	(3)
▲ QIP	(5)
▲ NISS	(20)
▼ Keines	(75)

## Reformpolitische Ansätze Patientensicherheit Projekte des BMG

**Bundeszielsteuerungsvertrag (B-ZV)** – Bund, SV und Bundesländer  
vier Steuerungsbereiche (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse, Finanzen)

u.a.: Strategie zur Vermeidung und Reduktion NI und AMR  
Festlegung einer einheitliche Erfassung

- Nationaler Aktionsplan Antibiotikaresistenz NAP-AMR (erschiene Nov. 2014)
- ProHYG 2.0 – Bundesqualitätsstandard (erschiene 2015)
- Regelmäßige Berichterstattung AURES
- Einheitliche Standards – sanitäre Aufsicht (erschiene 2016)
- Periodische Meldungen einheitlicher Datensätze (2016 Rahmen RL zur systematischen Erfassung – SSI und ICU)
- Durchführung von Punkt-Prävalenz-Studien (erste Teilnahme 2012 – 9 KA)
- Expertenbeirat



## Weitere Projekte des BMG

Regelung der Informationsweitergabe bei vorliegenden MRE zwischen den Einrichtungen  
Analyse der Punkt-Prävalenz-Ergebnisse  
Erhebungen Art des Informationsmaterial für die Bevölkerung  
Erstellung eines nationalen Berichts zu nosokomialen Infektionen  
Konzepte zur Erhebung der AB Verbräuche  
Konzept Bewertung und Datenverknüpfung zwischen Verschreibung und Diagnose

## Ergebnisqualität Kennzahlen

Österreichische Aussage – wir liegen mit all unseren Zahlen im Mittelfeld (PPS, SSI etc.)

Bis 2015 bereits 33 KA Teilnahme Surveillance von Indikatoroperationen

Bis 2015 bereits 16 KA mit 20 ICU Teilnahme an ASDI

KISS Daten der österreichischen Teilnehmer (2012 – 41% der österr. KA bei KISS)!

2016 Umfrage HYT i.Ö. (ÖGKH), ca. 30-40% erreicht – KISS/ANISS (84/33)

PPS Teilnahme (278 KA – 117 m. Öffentlichkeitsrecht)

- 2012 – 9 KA (4.321 Pat.) – HAI 6,3%
- 2015 – 45 KA (13.814 Pat.) – HAI 5,4%
- 2017 – 49 KA (13.461 Pat.) – HAI 4%

SSI – HPRO kumulative Inzidenz 0,8% (EU/EWR 1,1% KI: 0.9-1.5)

2,7% der SSI Daten kommen aus Österreich (EU/EWR – ECDC)

## 2014 veröffentlicht – Neuerungen

### PROHYG 2.0

Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene



Verlagerung nosokomialer Infektionen (NI) in  
andere Gesundheitseinrichtungen durch verkürzte  
Aufenthaltsdauer

Verschärfung der Resistenzsituation

Neues differenziertes Berechnungsmodell für  
die Mindeststundenerfordernis:

Zentralkrankenanstalten; HFK: (1:150) HBA: (1:400) VZÄ

Schwerpunkt – KA; HFK: (1:200) HBA: (1:400) VZÄ

Standard – KA; HFK: (1:200) HBA: (1:400) VZÄ

Sonderkrankenanstalten; HFK: (1:400) HBA: (1:800) VZÄ

NEU Alten- und Pflegeheime; HFK: (1:400) HBA: (1:800) VZÄ

## Inhalt eines Rechnungshofberichts – Thema Patientensicherheit in KA Überprüfung von fünf KA (ProHYG 2.0)

HBA Stunden <50% der Empfehlung (13-27% festgelegte Arbeitszeit)

HFK Stunden Umsetzung zwischen 53 und 85% der Empfehlungen

In einem KH war auch keine Vertretungsregelung vorgesehen

Die verpflichtende Surveillance (KAKuG 2000) wurde bis Ende der gesetzlichen  
Umsetzungsfrist (L-KAG) ausgereizt (erst 2010 ins L-KAG aufgenommen) – vier Häuser führten  
zum Zeitpunkt der Prüfung keine Surveillance durch

## Inhalt eines Rechnungshofberichts – Thema Patientensicherheit in KA Überprüfung von fünf KA (ProHYG 2.0)

„(die KA)...hielt weiters fest, dass sie die PROHYG 2.0 als Empfehlung des BMG für eine adäquate Personalausstattung der Hygieneteams sehe. PROHYG 2.0 sei allerdings weder Teil des ÖSG noch der Bundesqualitätsleitlinie. Die Hygienefachkräfte fänden nach eigener Aussage für die Erfüllung des Aufgabengebiets inklusive einer gut funktionierenden Infektionsüberwachung mit dem derzeitigen Stundenausmaß das Auslangen; eine Aufstockung des Beschäftigungsausmaßes sei aus heutiger Sicht nicht erforderlich. Hinsichtlich des hygienebeauftragten Arztes sei das Stundenausmaß für diese Tätigkeiten ausgeschöpft.“

Rechtfertigungen der KA: es können keine MA dafür gewonnen werden (weder HBA noch HFK)

## Umfrage der Arbeitssituation von Hygieneteams 1/2 2016 durch die ÖGKH <http://www.oegkh.ac.at/>

462 versendete Fragebögen (52 Fragen) – 237 Fragebögen retour (Rücklaufquote 51,3%)  
HBA 16,2%, HFK 80,2%, BMA 1,8%, FA 1,8%

### Hygiene in Österreich

durchschnittlich 45-55 Jahre alt, weiblich und in Teilzeit  
seit 10 Jahren aktiv, 70% keine Nachfolgeregelung

HFK (n=190) – 85% SAB

25% kein eigenes Büro

30% gar keine administrative Unterstützung (median 3d/Wo) – 93% Zeit für Hyg-pläne  
uneinheitliche Regelungen der Fortbildung

## Unterschiede der L-KAG - Hygiene

- (1) Nach Art der Versorgung geregelt (Standard-, Schwerpunkt-, Zentral-, Universitäts – KA)  
Qualifikation, zeitliches Ausmaß, mehrere Einrichtungen möglich
- (2) Nach Art der Versorgung geregelt, Vorgabe fix definierter Betten, mehrere Einrichtungen  
möglich, einmal sogar gehobener medizinisch technischer Dienst möglich  
(biomedizinischer Analytiker)
- (4) Surveillance ist in einem Bundesland nicht festgehalten
- (5) Ambulatorien können auch von ÄD die Hygieneagenden übernommen werden, bei  
fachlicher Eignung, meistens ist jedoch für die Aufgaben (4) ein FA oder HBA beizuziehen.

Zielsteuerung-Gesundheit  
Bund · Länder · Sozialversicherung

**Qualitätsstandard  
Organisation und  
Strategie der  
Krankenhaushygiene**

Abgenommen durch die  
Arbeitsgruppe Gesundheitssystem  
im Juni 2015

Ziel: Rechtsverbindlichkeit und flächendeckende  
Umsetzung  
Inhaltliche 1:1 Übernahme des Expertenstandards

Ergebnis: Bund-Länder-Vereinbarung als kleinster  
gemeinsamer Nenner (§15a B-VG)

Kurze Zusammenfassung mit einigen Querverweisen auf  
ProHyg 2.0

Verpasste Chance: die wichtigsten Punkte –  
Personalressource und Fort-und Weiterbildung wurden  
ohne Verweise und genaueren Angaben aufgenommen.

Rechtssicherheit: es wird von den Amtsärzten eine  
internationale Personalbedarfsberechnung verlangt



Zielsteuerung-Gesundheit  
Bund · Länder · Sozialversicherung

**Qualitätsstandard  
Organisation und  
Strategie der  
Krankenhaushygiene**

Abgenommen durch die  
Arbeitsgruppe Gesundheitssystem  
im Juni 2015

Rechtssicherheit: es wird von den Amtsärzten eine internationale Personalbedarfsberechnung verlangt

Bei Behördenverfahren wird eine Änderung nur unter Patientensicherheitsaspekten genehmigt. Hier fallen u.a. die Personalressourcen des HYT und deren Qualifikation (Fort-und WB) hinein.

Bei den Fort-und WB wird auch auf die Berufsgesetze, die Qualitätssicherungsbestimmung und haftungsrechtlichen Gründe aus dem ABGB (§1299) hingewiesen.

Zudem muss bei fehlendem Fachwissen ein Experte kostenpflichtig herangezogen werden. Wenn nicht tritt der Umstand der Einlassungsfahrlässigkeit (ABGB §1299) in Kraft.

## Umfrage der Arbeitssituation von Hygieneteams 1/2 2016 durch die ÖGKH <http://www.oegkh.ac.at/>

### Hygiene in Österreich

unzureichende Einbindung bei MP Beschaffung (61%), Neu-Zu und Umbauten (51%)  
63% sind mit Fremdtätigkeiten zeitlich blockiert  
54% finden die festgelegte Zeit nicht ausreichend  
Vertretungen sind zu 40% Vollzeit, 12% auf dem Papier  
24% erfassen keine NI

subjektive Wahrnehmung Situation mit „gut“ bewertet

26% sind mit dem Einkommen zufrieden  
55% Umsetzung der Empfehlungen durch die Führung  
64% Wertschätzung durch die Führung  
72% Wertschätzung durch die Kollegen

## Ausbildung Krankenhaushygieniker (FA) bzw. Hygienebeauftragte (HBA) und Hygienefachkraft (HFK)

fachliche Unterschiede zwischen FA und HBA und HFK

**Krankenhaushygieniker** – Bundesgesetz – ÄAO 2015 mind. 6 Jahre\*

**HBA** – Arzt mit Berechtigung zur selbstständigen Berufsausübung mit mind. 80 Std. (Diplom für Krankenhaushygiene der ÖÄK)\*\*

**HFK** – mindestens 800 Std. (SAB gem. GuKG)\*\*\*

Ausbildungsunterschiede HFK in Österreich – kein einheitliches Curriculum

Ausbildungen gem. GuKG §70 (SAB) – für HFK vorgesehen

Ausbildungen gem. GuKG §64 (WB) – Mindestdauer 4 Wochen

dzt. 3 Ausbildungsstellen in Österreich - §70

\* <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009186>

\*\* <http://www.oeghmp.at/de/fortbildung/krankenhaushygiene/>

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

## Prozessqualität

Alleine in Wien 50 KA (13\*)

- Arbeitskreis für Hygiene in Gesundheitseinrichtungen
- Hygienearbeitsgruppe Wiener Krankenanstaltenverbund KAV
- AG der PKA und anderen Gesundheitseinrichtungen
- AG VGW
- ÖGHMP
- ÖGKH

Jedes Bundesland hat seine ARGE

- unterschiedliche Zusammensetzungen und Aufgaben
- 1998 Spannweite nur HFK (K): keine einheitlichen Standards
- 2002 Hygieneteams der NÖ Landes- und Universitätskliniken und Vertretern der Behörde des Landes Niederösterreich zusammensetzt. Im Rahmen von vierteljährlichen Arbeitssitzungen werden aktuelle Fragen diskutiert und gemeinsame Empfehlungen unter Berücksichtigung bestehender Gesetze und Richtlinien erarbeitet. Diese Tätigkeit wird durch das Institut für Hygiene und Mikrobiologie am Universitätsklinikum St. Pölten koordiniert

- Mit Öffentlichkeitsrecht
- <https://www.wien.gv.at/gesundheit/strukturen/hygiene/>

## Prozessqualität

Jedes Bundesland hat seine ARGE

- HFK, einige HBS's, BMA's und 2 KH Hygieniker (S): Rahmen-Hygienepläne
- UKH HBA/HFK: Kennzahlenvergleiche und Maßnahmen, Umsetzungen werden diskutiert, gemeinsame RL
- 1999 Bis fast Beteiligten im Gesundheitssystem HYT (HBA/FA/HFK) aus KA und Langzeiteinrichtungen, Rettungsorganisationen, Betriebsärzten, Lehrende, Vertreter der Sanitätsbehörden (Vlbg.): einheitliche Vorgaben
- 1999 ARGE Hygiene Stmk.: Vernetzung der HFK, später Einbindung der HBA, auch die Langzeitbereiche, gemeinsame Festlegungen
- 1983 Arbeitskreis KH Hygiene OÖ: alle HYT MA
- ARGE-Hygienefachkreis Burgenland