Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung

Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene

Beschlossen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss **im Juni 2026**

Impressum

Fachliche Begleitung durch:

Arbeitsgruppe Qualitätsstandards und Themengruppe Qualität (Zielsteuerung Gesundheit)

Mitglieder der Arbeitsgruppe Qualitätsstandards (Reihung alphabetisch):

Margarita Amon, MSc (BMASGPK)
Ute Atzmanninger, DGKP (Österreichische Gesundheitskasse)
Gabriela El Belazi (BMASGPK)
Eva Kaser, BScN, MPH (Oberösterreichischer Gesundheitsfonds)
Mag.ª Ingrid Kern-Homolka (Österreichische Gesundheitskasse)
Dr.in Birgit Kraft (Österreichische Gesundheitskasse)
Dr.in Birgit Kunz (Tiroler Gesundheitsfonds)
Mag.ª Nicola Maier, MSc (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds)
David Neumayer, MBA, MSc (BMASGPK)
Dr.in Verena Radner (Österreichische Gesundheitskasse)
Annemarie Rotter BA, MPH (Tiroler Gesundheitsfonds)
Andreas Semmelweiß, MA, MSc (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds)
Dr. Georg Stummvoll (Sozialversicherung der Selbstständigen)
Mag.ª Patrizia Theurer (BMASGPK)
Dr.in Julia Weber, LL.M (BMASGPK)
Dr.in Eva Wolfbauer (Gesundheitsfonds Steiermark)

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH (Reihung alphabetisch)**:**
Ursula Berger, MA
Dr. Dr. Alexander Eisenmann
Clemens Haushofer, MSc
Mag.ª Maria-Theres Weber

Externe Gutachter:innen der aktualisierten Version (Reihung alphabetisch):
Christian Haslinger, DGKP (Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, ÖGKV)
Dr.in Heidrun Kerschner (Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin, ÖGHMP)
Mag.ª Dr.in Ulrike Porsche (Österreichische Gesellschaft für antimikrobielle Chemotherapie, ÖGACH)
Prof.in Dr.in Elisabeth Presterl, MBA (Nationales Referenzzentrum für Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Krankenhaushygiene, NRZ HAI und KHH)

Projektassistenz
Katharina Kroisz (Gesundheit Österreich GmbH)

Zitiervorschlag:
BMASGPK (2026): Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch SL Dr. Alexander Degelsegger (BMASGPK, Sektion X)

Erscheinungsdatum:
Juni 2026

Allgemeiner Hinweis:
Medizinisches Wissen unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess. Alle Angaben in diesem Qualitätsstandard, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, können somit nur den gültigen veröffentlichten Empfehlungen/Leitlinien der jeweils zuständigen medizinischen Fachgesellschaft(en) zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Qualitätsstandards entsprechen. Ein Abweichen der im Qualitätsstandard enthaltenen Empfehlungen ist in begründeten Einzelfällen möglich bzw. erforderlich.

Empfehlungen und gesetzliche Vorgaben

Die Formulierungen in diesem Qualitätsstandard beruhen einerseits auf bundesgesetzlichen Vorschriften – vor allem auf § 8a KAKuG – und andererseits auf den jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen für Krankenanstalten (siehe auch Kapitel 6). Diese sind zwingend einzuhalten.
Soweit keine gesetzlichen Regelungen vorliegen, stellen die Formulierungen **Empfehlungen der Bundesministerin oder des Bundesministers gem. § 4 GQG dar** und bilden daher im Regelfall den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ab, **die bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen einzuhalten sind.** Ein Abweichen davon ist zu dokumentieren und im Anlassfall nachvollziehbar zu begründen.

1: Stellung der Krankenhaushygiene

Das gesetzlich vorgeschriebene Hygieneteam[1] soll als Stabsstelle der kollegialen Führung / Anstaltsleitung eingerichtet werden. Die Stellung des Hygieneteams soll in der Anstaltsordnung verankert werden.

2: Verantwortung für Hygiene in der Krankenanstalt

Die kollegiale Führung / Anstaltsleitung ist verantwortlich für die Implementierung der Krankenhaushygiene, für die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen und für die Umsetzung der fachlichen Vorschläge[2] des Hygieneteams und dessen Einbindung in relevante Entscheidungsfindungsprozesse. In den Abteilungen und Stationen ist das leitende Personal oder nominierte Vertretungen jeweils für die Umsetzung der Empfehlungen der Krankenhaushygiene zuständig.

3: Zusammensetzung des Hygieneteams

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Teammitgliedern[1] (Krankenhaushygieniker:in oder einer/einem hygienebeauftragten Ärztin/ Arzt sowie einer Hygienefachkraft) sollen weitere fachlich notwendige Personen in einem Zeitausmaß entsprechend dem Leistungsspektrum des Hygieneteams beigezogen werden.

4: Anforderungen an Mitglieder des Hygieneteams

Die Mitglieder des Hygieneteams sollen ihre jeweilige berufsgruppenspezifische Fachkompetenz einbringen.

5: Aufgaben des Hygieneteams

Die Aufgaben sowie die Kontroll- und Hinweispflicht des Hygieneteams bezüglich der Hygiene sollen in einer Geschäftsordnung festgehalten werden.

---

[1] gem. § 8a KAKuG

[2] siehe § 8a Abs. 4 KAKuG

6: Ressourcen

Der Krankenhaushygiene sollen adäquate Ressourcen zur Er-füllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben[3] bereit-gestellt werden. Die zeitlichen, strukturellen und technischen Ressourcen des Hygieneteams sollen der Größe, dem Versorgungs-auftrag und den Leistungen (auch Leistungsspektrum) der Gesundheitseinrich-tung entsprechen.

7: Zusammenarbeit mit mikrobiologischem Labor

Das Hygieneteam soll bei der Infektionsüberwachung und beim Erstellen von Keim- und Resistenzstatistiken eng mit einem mikrobiologischen Labor zusammen-arbeiten.

8: Fort- und Weiterbildung

Jedem Mitglied des Hygiene-teams sollen fach- und funktionsspezifische Fort-bildungen sowie ein Zugriff auf aktuelle Literatur ermöglicht werden.

9: Hygienekommission

Es soll eine Hygienekommission eingerichtet werden, die aus dem Hygieneteam und der kollegialen Führung / Anstalts-leitung besteht und um Vertreter:innen aus anderen relevanten Bereichen erweitert wird. Diese soll sich mit abteilungs-übergreifenden und/oder dringenden Hygienethemen beschäftigen.

10: Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene

Alle Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene (bspw. Hygieneplan) sollen auf Basis wissenschaftlicher Literatur und Evidenz erstellt und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachweislich verfügbar gemacht werden.

11: Hygienekontaktpersonen

Hygienekontaktpersonen aus dem pflegerischen und ärztlichen sowie aus dem technischen und betriebsorganisatorischen Bereich (wie bspw. Reinigung und Haustechnik) sollen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Maßnahmen der Krankenhaushygiene in den jeweiligen Arbeitsbereichen verankern.

[3] gem. § 8a KAKuG

12: Einbeziehen von Patientinnen/Patienten und Besucherinnen/Besuchern

Patientinnen und Patienten sowie Besucher:innen sollen den Möglichkeiten entsprechend in hygienisch relevante Angelegenheiten eingebunden werden. Informationsmaterialien sollen vorgehalten werden.

13: Rolle des Hygieneteams beim Ausbruchsmanagement

Das Hygieneteam soll maß-geblich in die drei Phasen des Ausbruchsmanagements (Vorbereitung, Bereitschaft und Eindämmung) eingebunden werden.[4]

14: Surveillance von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen

Das Hygieneteam begleitet fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen. Die Überwachung/ Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen.[4]

Qualitätsindikatoren

- Die Krankenhaushygiene ist als Stabsstelle der kollegialen Führung, mit eigener Geschäftsordnung, in der Anstaltsordnung festgelegt (QBE, ergänzende Unterfrage zu 5.8).
- Das Hygieneteam bespricht Hygienebelange mit der kollegialen Führung/Anstaltsleitung (QBE, Frage 5.8.4).
- Das Hygieneteam ist um weiteres notwendiges Fachpersonal erweitert (QBE, Frage 5.8.2).
- Das Hygieneteam bespricht Hygienebelange mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Mikrobiologie (QBE, Frage 5.8.4).
- Fort- und Weiterbildungen der Mitglieder des Hygieneteams werden strukturiert erfasst (QBE, ergänzende Antwortoption zu 5.6.5.1).
- Eine Hygienekommission ist etabliert, tagt in regelmäßigen Abständen und kann im Anlassfall einberufen werden (QBE, Frage 5.8.5 inkl. Unterfragen).
- Die Instrumente der Krankenhaushygiene (Hygieneplan, Hygieneordner, Hygienevisiten/Begehungen, technisch-hygienische Überprüfungen, Fortbildungsveranstaltungen, zielführende Kommunikationsprozesse) sind inhaltlich evidenzbasiert und umgesetzt (QBE, ergänzende Unterfrage zu 5.8).
- Hygienekontaktpersonen sind in allen relevanten Krankenanstaltenbereichen benannt und transparent gelistet (QBE, ergänzende Unterfrage zu 5.8).
- Patientinnen und Patienten werden über Maßnahmen zur Infektionsprävention in einfacher Sprache informiert (durch laufende Maßnahmen, Projekte zur Awareness-Bildung) (QBE, ergänzende Unterfrage).
- Ein Ausbruchsmanagement-Plan liegt vor und wird regelmäßig evaluiert (QBE, ergänzende Unterfrage zu 5.8).
- Eine aktive Teilnahme an A-HAI laut aktueller Rahmenrichtlinie findet statt. Das Hygieneteam nimmt an Hygieneprojekten zu Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen teil (QBE, Frage 5.8.6).

4 siehe § 8a Abs. 4 KAKuG

Inhalt

Empfehlungen und gesetzliche Vorgaben V
Qualitätsindikatoren VII
Abbildungen und Tabellen IX
Abkürzungen X
Glossar XI
1 Ausgangslage und Auftrag 1
2 Hintergrund 2
3 Definition und Aufbau des Qualitätsstandards 3
4 Methode 4
5 Ziele des Qualitätsstandards 5
6 Geltungsbereich, Adressatinnen und Adressaten und gesetzlicher Rahmen 6
7 Empfehlungen und gesetzliche Vorgaben 9
1: Stellung der Krankenhaushygiene 9
2: Verantwortung für Hygiene in der Krankenanstalt 11
3: Zusammensetzung des Hygieneteams 12
4: Anforderungen an Mitglieder des Hygieneteams 14
5: Aufgaben des Hygieneteams 15
6: Ressourcen 17
7: Zusammenarbeit mit mikrobiologischem Labor 19
8: Fort- und Weiterbildung 20
9: Hygienekommission 21
10: Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene 22
11: Hygienekontaktpersonen 25
12: Einbeziehen von Patientinnen/Patienten und Besucherinnen/Besuchern 26
13: Rolle des Hygieneteams beim Ausbruchsmanagement 27
14: Surveillance von gesundheitssystemassoziierten Infektionen 28
8 Evaluierung und Monitoring 29
9 Gültigkeit und Aktualisierung 30
Literatur 31
Anhang 33
Urheber- und Rechteangaben Symbolbilder 39

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 1: Stellung der Krankenhaushygiene in einer bettenführenden Krankenanstalt 9

Abbildung 2: Kommunikationspartner:innen 24

Tabellen

Tabelle 1: Empfehlungsgrade und Formulierung für QS-Empfehlungen 33

Tabelle 2: Funktionsbeschreibung: Krankenhaushygieniker:in und hygienebeauftragte:r Ärztin/Arzt 33

Tabelle 3: Funktionsbeschreibung: Hygienefachkraft 35

Tabelle 4: Kernaufgaben des Hygieneteams 36

Tabelle 5: Fakultative Aufgaben des Hygieneteams 38

Abkürzungen

A-HAI	Austrian Healthcare-Associated Infections
AG	Arbeitsgruppe
AMS	Antimicrobial Stewardship
AMR	Antimikrobielle Resistenz
ANISS	Austrian Nosocomial Infection Surveillance System
APPS	Austrian Point-Prevalence-Study
ASDI	Österreichisches Zentrum für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin
BMA	biomedizinische Analytikerin / biomedizinischer Analytiker
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter:innen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HAI	healthcare-associated infection
HELICS	Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance
IPSE	Improving Patient Safety in Europe
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KHH	Krankenhaushygiene
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
MTD	Gehobene medizinisch-technische Dienste
NI	Nosokomiale Infektion, syn. Krankenhausinfektion, Healthcare-associated Infection (HAI), gesundheitssystemassoziierte Infektion
NISS	Nosocomial Infections Surveillance System
NRZ	Nationales Referenzzentrum
QBE	Qualitätsberichterstattung
QS	Qualitätsstandard
RKI	Robert Koch-Institut

Glossar

Begriff	Definition
ANISS	Austrian Nosocomial Infection Surveillance System / Österreichisches Kranken-haus-Infektions-Surveillance-System
Antimicrobial Stewardship (AMS)	Antimicrobial Stewardship beschreibt den rationalen und zielgerichteten Einsatz von Antiinfektiva, mit dem Hauptziel, die Entstehung und Verbreitung von antimikrobieller Resistenz (AMR) zu verhindern.
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control / Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten
Geschäftsordnung	Hier: schriftliche Vereinbarung über die Abwicklung der „Geschäfte" des Hygiene-teams
HAI	healthcare-associated infection, Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen
HELICS	Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance
Hygienebeauftragte:r	zur selbstständigen Berufsausübung berechtigte:r Ärztin/Arzt, die/der für Belange der Krankenhaushygiene in einer Krankenanstalt bestellt und nicht Fachärztin/-arzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene ist
Hygienefachkraft (HFK)	qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit einer Sonderausbildung gem. § 70 GuKG oder mit einer Spezialisierung gem. § 17 Abs. 2 Z 7 GuKG, die mit Agenden der Krankenhaushygiene beauftragt ist
Hygiene-Kernteam	Die kleinste Organisationseinheit eines Hygieneteams. Die Mitglieder des Hygiene-Kernteams erfüllen gesetzlich definierte Funktionen und besitzen entsprechende Qualifikationen.
Hygiene-kommission	Die Hygienekommission setzt sich aus den Personen des Hygieneteams und der kollegialen Führung zusammen, evtl. erweitert um Vertreter:innen aus anderen Bereichen.
Hygienekontaktperson (HKP)	Ansprechpartner:in für das Hygieneteam auf Stations-/Abteilungsebene und den Funktionsbereichen (z. B.: Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte)
Hygienemappe	Siehe → Hygieneordner
Hygieneordner	„Hygieneordner" oder „Hygienemappe" steht für eine Sammlung von Dokumenten, die hygienisch korrekte Abläufe für infektionsrelevante Sachverhalte des Hauses und seiner Bereiche beschreiben.
Hygieneplan	Der Hygieneplan ist ein „Qualitätshandbuch" für alle hygienisch relevanten Sachverhalte der Gesundheitseinrichtung. Er umfasst Struktur- und Prozesselemente für krankenhaushygienisch gute Leistungen, beschreibt Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und zielt auf hohe Ergebnisqualität.
Hygieneteam (HYT)	In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der/die Krankenhaushygieniker/in bzw. die/der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.
Hygienezentrum	spezialisierte Einrichtungen, die bei der Umsetzung von Hygienemaßnahmen, Infektionskontrolle sowie beim Hygienemanagement fachlich unterstützen können

Begriff	Definition
interprofessionelle Zusammenarbeit/Zusammensetzung	Interprofessionelle Zusammenarbeit findet statt, wenn zwei oder mehr Personen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund und sich ergänzenden Fähigkeiten zusammenarbeiten, um ein gemeinsames Verständnis zu schaffen, zu dem keine von ihnen zuvor in der Lage war oder das sie allein hätten erreichen können (BMSGPK 2024a, übersetzt nach WHO 2010).
IPSE	Improving Patient Safety in Europe
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
Kollegiale Führung	Gemeinsame Leitung einer Krankenanstalt durch die Leiter:innen der Bereiche ärztlicher, Pflege-, Verwaltungs- und technischer Dienst
Krankenanstalt (KA)	Definition gemäß § 1 KAKuG: „Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung, zur Vornahme operativer Eingriffe, zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung, zur Entbindung, für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation bestimmt sind. Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.“
Krankenhaushygieniker:in	Facharzt/-ärztin für Klinische Mikrobiologie und Hygiene, der/die in einer Krankenanstalt für Belange der Krankenhaushygiene bestellt ist
MTD	Gehobene medizinisch-technische Dienste
NI	nosokomiale Infektion, Synonym: Krankenhausinfektion, Healthcare-associated Infection (HAI), Gesundheitssystem-assoziierte Infektion
NRZ	Nationales Referenzzentrum
Prävalenz	Anzahl an Fällen einer bestimmten Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer bestimmten Population (auch Punkt-Prävalenz genannt). Wird die Zeiteinheit länger gewählt, so kann z. B. von einer Wochenprävalenz gesprochen werden (Periodenprävalenz).
Resistenzstatistik	statistische Auswertung der Antibiotika-Resistenzdaten
RKI	Robert Koch-Institut
Stabsstelle Stabsfunktion	Spezialisierte organisatorische Einheit, die fachspezifische Aufgaben ohne Fremdentscheidungs- und Weisungskompetenzen wahrnimmt. Stabsstellen sind an eine Leitungsstelle gebunden und erfüllen Aufgaben, die zum Bereich der jeweiligen Instanz gehören.
Surveillance	systematische, laufende Sammlung, Abgleichung und Analyse von Daten für die Zwecke des Gesundheitsschutzes sowie die rechtzeitige Verbreitung von für die öffentliche Gesundheit relevanten Informationen zur Bewertung und nötigenfalls Einleitung von Gesundheitsschutzmaßnahmen

1 Ausgangslage und Auftrag

Der Wissensstand zur Organisation von Hygiene in Gesundheitseinrichtungen ist in PROHYG 3.0 (BMSGPK 2024c) zusammengefasst und beinhaltet auch Empfehlungen zu Strategien und Vorgehensweisen sowie zur Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Krankenanstalten. Krankenhaushygiene und deren Kernaufgaben sind im Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) verankert (siehe Kapitel 6).

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

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

Mehr Beachtung als früher muss auch der Verbreitung von Infektionserregern durch „Personentransfer" (durch Patientinnen und Patienten – auch aus anderen Krankenanstalten oder Pflegeheimen – sowie Rettungswesen, Personal, Besucher:innen etc.) geschenkt werden. Daher ist die Weitergabe der Information, ob jemand Träger:in von Infektionserregern ist, innerhalb der Krankenanstalt, bei Verlegung oder Entlassung essenziell.

Aus diesem Grund führten zahlreiche Krankenanstalten bei Aufnahme bestimmter Patientengruppen ein Screening auf Infektionserreger ein. In einigen Krankenanstalten werden schon bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten im Zuge der Anamnese multiresistente Erreger elektronisch dokumentiert. Darüber hinaus erfasst die vom Hygieneteam betriebene Krankenhausepidemiologie (Surveillance) Infektionen, die mit Behandlung zusammenhängen (Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen, „Healthcare-associated Infections", HAI) sowie multiresistente und hygienerelevante Erreger. Die daraus generierten Daten sind für weitere Maßnahmen und Strategien zur Eindämmung von HAI und hygienerelevanten Erregern notwendig. Besonders betrifft das die Epidemiologie von multiresistenten Erregern.

Diese Multiresistenzen gegen Antiinfektiva entstehen vor allem durch Übertragungen sowie unter anderem durch einen inadäquaten Einsatz von antimikrobiell wirksamen Substanzen. Mit dem Ziel, die Anwendung von Antiinfektiva in Krankenanstalten zu optimieren und die Patientensicherheit zu erhöhen, wurde im Jahr 2024 der durch die Zielsteuerung-Gesundheit beauftragte Qualitätsstandard (QS) Antiinfektiva-Anwendung in Krankenanstalten veröffentlicht. Das in jenem beschriebene AMS-Team sowie das in diesem QS beschriebene Hygieneteam ergänzen einander in ihren Aufgaben und müssen dementsprechend eng zusammenarbeiten. Die Aufgabe des AMS-Teams ist der umsichtige Einsatz von Antiinfektiva in Krankenanstalten. Dieser basiert u. a. auf der vom Hygieneteam durchgeführten Surveillance von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen. Der QS Antiinfektiva-Anwendung in Krankenanstalten empfiehlt, dass ein:e Krankenhaushygieniker:in bzw. eine hygienebeauftragte Ärztin oder ein hygienebeauftragter Arzt Teil des AMS-Teams ist, um diesen Informationsaustausch sicherzustellen.

2 Hintergrund

Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen oder „Healthcare-associated Infections" (HAI) sollen eingedämmt werden: Durch das Hintanhalten von Infektionen kann die Gesundheit von Patientinnen und Patienten so rasch wie möglich wiederhergestellt, die Qualität der stationären und ambulanten Versorgung gesichert und Kosten gesenkt bzw. das Entstehen zusätzlicher Kosten vermieden werden. Die Reduktion der HAI reduziert auch die Verwendung von antimikrobiellen Substanzen.

Im Jahr 2002 wurde vom damaligen Gesundheitsressort des Bundes „PROHYG Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene" in erster Auflage als Empfehlung herausgegeben – eine Publikation, die in der Folge zu einem Standardwerk im Bereich der Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene avancierte. Den Entwicklungen in der Krankenhaushygiene Rechnung tragend wurde das Expertenpapier PROHYG den Erfordernissen der Zeit angepasst. Die Version PROHYG 2.0 wurde im Jahr 2011 veröffentlicht, PROHYG 3.0 im Jahr 2024.

Die Einführung eines Qualitätsstandards für die Krankenhaushygiene wurde erstmals im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2013 festgelegt. Die erste Version wurde im Juni 2015 veröffentlicht, die Gültigkeit des Qualitätsstandards wurde zunächst bis Ende 2023 und danach bis April 2026 nach Kenntnisnahme durch den Ständigen Koordinierungsausschuss im November 2023 verlängert.

Die Veröffentlichung der aktualisierten Fassung, die auf PROHYG 3.0 basiert, wurde im Juni 2026 durch den Ständigen Koordinierungsausschuss beschlossen.

Die Aktualisierung bereits vorhandener Qualitätsstandards, wie des QS Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene, ist im Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 im strategischen Ziel 2, operatives Ziel 8 („Sicherstellung der Qualität im gesamten Gesundheitswesen") festgelegt.

3 Definition und Aufbau des Qualitätsstandards

Definition Qualitätsstandard

Gemäß Definition im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) sind Qualitätsstandards „beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren" bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Qualitätsstandards werden entwickelt, um eine bundesweit einheitliche, strukturierte Patientenversorgung im österreichischen Gesundheitssystem zu erreichen. Grundlage für das Erarbeiten von Qualitätsstandards ist die „Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß Gesundheitsqualitätsgesetz" (Methodenhandbuch Version 3.0, BMSGPK 2024b).

Aufbau des QS

Im ersten Teil sind Ausgangslage und Auftrag (Kapitel 1), Hintergrund (Kapitel 2) sowie Definition und Aufbau des QS (Kapitel 3) beschrieben. Anschließend finden sich ein kurzes Methodenkapitel (Kapitel 4) und die Festlegung der Ziele (Kapitel 5) sowie des Geltungsbereichs, der betroffenen Patientengruppen und der Adressatinnen und Adressaten für diesen QS (Kapitel 6).

Die Empfehlungen dieses Qualitätsstandards sind im Kapitel 7 dargestellt. Die anschließenden Kapitel beziehen sich auf die Evaluierung (Kapitel 8) sowie auf die Gültigkeitsdauer und Aktualisierung (Kapitel 9).

4 Methode

Die *Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards* (Methodenhandbuch Version 3.0) (BMSGPK 2024b) bildet die methodische Grundlage für den vorliegenden Qualitätsstandard, der unter fachlicher Begleitung der Arbeitsgruppe Qualitätsstandards und der Themengruppe Qualität sowie mit Unterstützung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erstellt wurde.

Erstellung der aktualisierten Fassung

Die GÖG prüfte die vorliegende Version des QS auf ihren Aktualisierungsbedarf und recherchierte in diesem Zusammenhang etwaige rezente Literatur. Der auf diese Weise festgestellte Änderungsbedarf wurde gemeinsam mit redaktionellen Anpassungen in transparenter Form in den Entwurf eingearbeitet. Der Entwurf wurde den Mitgliedern der AG QS zur Verfügung gestellt und in gemeinsamen Sitzungen diskutiert und konsentiert.

Qualitätssicherung

Qualitätsstandards werden gemäß Methodik im Zuge der Erarbeitung einer externen Begutachtung durch Fachexpertinnen und -experten sowie nachfolgend einer öffentlichen Konsultation unterzogen. Die Rückmeldungen aus diesen Prozessen werden in den Qualitätsstandard eingearbeitet oder mit Begründung abgelehnt, die Ergebnisse werden mit der Endfassung des Qualitätsstandards veröffentlicht.

Im Zuge der Aktualisierung eines Qualitätsstandards ist in Abhängigkeit vom Ausmaß des Aktualisierungsbedarfs fallbezogen seitens der Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit zu entscheiden, ob eine externe Begutachtung und/oder eine öffentliche Konsultation für notwendig erachtet wird.

Auf Basis des Umfangs der inhaltlichen Änderungen wurde beschlossen, den QS dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV), dem Nationalen Referenzzentrum für Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Krankenhaushygiene (NRZ HAI und KHH), der Österreichischen Gesellschaft für antimikrobielle Chemotherapie (ÖGACH) und der Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP) zum Review vorzulegen.

5 Ziele des Qualitätsstandards

Die Ziele des Qualitätsstandards Krankenhaushygiene sind:

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

6 Geltungsbereich, Adressatinnen und Adressaten und gesetzlicher Rahmen

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

Die Hygienebelange für den niedergelassenen Bereich werden mit der Qualitätssicherungsverordnung 2024 und der Hygiene-VO der Österreichischen Ärztekammer geregelt.

Adressatinnen und Adressaten des QS sind insbesondere:

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

Darüber hinaus dient der Qualitätsstandard als Information für

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

Die Anwendung des Qualitätsstandards umfasst folgende Bereiche:

- alle bettenführenden Krankenanstalten
- Nahtstellen nach außen (im Sinne des QS Aufnahme- und Entlassungsmanagement, Kapitel 7.1.1), bspw. Einrichtungen der Langzeitpflege und Reha-Einrichtungen

Der QS Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene richtet sich als Handlungs- und Entscheidungshilfe an Krankenanstalten. Den **gesetzlichen Rahmen auf Bundesebene** stellt das **Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)** dar, in dem **§ 8a** spezifisch die Krankenhaushygiene regelt.

Das KAKuG ist eine Grundsatzgesetzgebung gem. Bundesverfassung (Art. 12 B-VG). Die Bundesländer konkretisieren dessen Vorgaben in ihren Landeskrankenanstaltengesetzen.

Qualitätsstandards gem. **Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG)** definieren **bundesweite Mindestanforderungen**. Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit ist seitens der Bundesländer zu prüfen, inwieweit Vorgaben der Mindestanforderungen in landesgesetzlichen Bestimmungen verpflichtend zu normieren sind.

§ 3 GQG gibt weiters vor, dass die Gesundheitsleistungserbringer:innen unabhängig von ihrer Organisationsform zur **Einhaltung der essenziellen Qualitätsstandards** nach Maßgabe des Gesundheitsqualitätsgesetzes und zur **Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet sind**.

Die Gesundheitsleistungen müssen dem **jeweiligen anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen entsprechen** sowie in der fachlich gebotenen Qualität und in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden. Das GQG enthält einige Vorgaben und Regelungsinstrumente, die entsprechend einzuhalten sind und als Basis dienen.

Insofern dienen die Qualitätsstandards allen GDA als Orientierung für ihre Qualitätsarbeit, da sie u. a. die Grundvoraussetzungen für die im GQG fachlich gebotene Qualität (**als hochrangige Empfehlung der Ministerin bzw. des Ministers**) festlegen, deren Einhaltung z. B. in einem Gerichtsverfahren durch Sachverständige überprüft werden kann.

Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz § 8a

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

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

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

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

(4a) Die Krankenanstalten sind für Zwecke der Überwachung nosokomialer Infektionen berechtigt, Daten der Pfleglinge in pseudonymisierter Form zu verarbeiten und für Zwecke der Überwachung anonymisiert weiterzuleiten.

(5) *In Krankenanstalten in der Betriebsform selbstständiger Ambulatorien kann die Funktion des Krankenhaushygienikers oder Hygienebeauftragten bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen Eignung auch der ärztliche Leiter ausüben. Für die im Abs. 4 genannten Aufgaben ist jedenfalls der Krankenhaushygieniker oder der Hygienebeauftragte beizuziehen.*
(6) *In jeder Krankenanstalt sind in elektronischer Form laufend Aufzeichnungen über nosokomiale Infektionen zu führen.*
(7) *Die Leitung jeder Krankenanstalt hat die in ihrem Wirkungsbereich erfassten nosokomialen Infektionen zu bewerten und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Maßnahmen zur Abhilfe und Prävention zu ziehen und dafür zu sorgen, dass die erforderlichen Maßnahmen umgehend umgesetzt werden.*
(8) *Die Landesgesetzgebung hat die Träger der Krankenanstalten zu verpflichten, an einer österreichweiten, regelmäßigen und systematischen Erfassung von nosokomialen Infektionen teilzunehmen und die dafür erforderlichen anonymisierten Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium jährlich in elektronischer Form zur Verfügung zu stellen.*

Die tagesaktuelle Fassung kann unter folgendem Link abgerufen werden: RIS – Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz § 8a – Bundesrecht konsolidiert, tagesaktuelle Fassung

7 Empfehlungen und gesetzliche Vorgaben

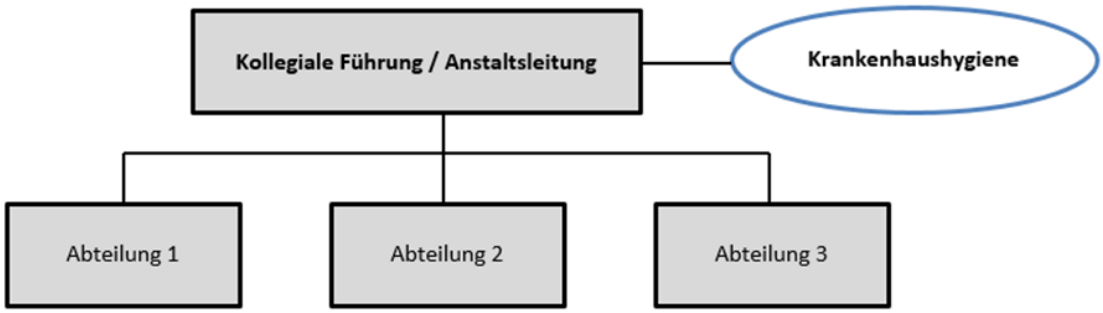
1: Stellung der Krankenhaushygiene

Das gesetzlich vorgeschriebene Hygieneteam[5] soll als Stabsstelle der kollegialen Führung / Anstaltsleitung eingerichtet werden. Die Stellung des Hygieneteams soll in der Anstaltsordnung verankert werden.

Hintergrund / weiterführende Informationen:

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

Abbildung 1: Stellung der Krankenhaushygiene in einer bettenführenden Krankenanstalt



Darstellung: BMSGPK 2024

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

[5] verpflichtend gem. § 8a KAKuG

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- WHO (2016): Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level
- WHO (2019): Minimum requirements for infection prevention and control programmes
- Storr J. et al. (2017): Core components for effective infection prevention and control programmes: new WHO evidence-based recommendations
- Zingg W. et al. (2015): Hospital organisation, management, and structure for prevention of healthcare-associated infection: A systematic review and expert consensus
- Jabinger E. (2024): Qualitätsmanagement-Stabsstellen in Einrichtungen des Gesundheitswesens und deren Dilemma der lateralen Führung

Evidenzstärke: niedrig

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Die Krankenhaushygiene ist als Stabstelle der kollegialen Führung mit eigener Geschäftsordnung in der Anstaltsordnung festgelegt (QBE, ergänzende Unterfrage zu 5.8).

2: Verantwortung für Hygiene in der Krankenanstalt

Die kollegiale Führung / Anstaltsleitung ist verantwortlich für die Implementierung der Krankenhaushygiene, für die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen und für die Umsetzung der fachlichen Vorschläge[6] des Hygieneteams und dessen Einbindung in relevante Entscheidungsfindungsprozesse. In den Abteilungen und Stationen ist das leitende Personal oder nominierte Vertretungen jeweils für die Umsetzung der Empfehlungen der Krankenhaushygiene zuständig.

Die kollegiale Führung / Anstaltsleitung

- trägt die Verantwortung für die Umsetzung und Einhaltung der externen und internen Vorschriften (Gesetze, Anweisungen, Normen etc.) und das reibungslose Funktionieren der Anstalt und
- für die Einbindung des Hygieneteams in die relevanten Entscheidungsfindungsprozesse und
- trägt die Verantwortung für den Betrieb der Krankenanstalt entsprechend den fachlichen Vorgaben der Krankenhaushygiene; insbesondere für die Schaffung der dazu erforderlichen Strukturen;
- sichert den Informationsfluss innerhalb der Institution, um die Belange der Hygiene sichtbar und umsetzbar zu machen;
- ermöglicht dem Hygieneteam überall, ohne vorherige Anmeldung Zugang zu allen Bereichen der Krankenanstalt – auch zu jenen Bereichen mit einem elektronischen Schließsystem;
- trägt die Verantwortung und sorgt für die Umsetzung der Empfehlungen des Hygieneteams und gibt dem Hygieneteam innerhalb der empfohlenen Frist Rückmeldung;
- ist Meinungsbildnerin in der Krankenanstalt im Interesse der Krankenhaushygiene und hat Vorbildfunktion;
- ist verantwortlich für die Kommunikation mit der Gesundheitsbehörde unter Einbindung des Hygieneteams (siehe §§ 2 und 3 Epidemiegesetz).

Das leitende Personal von Abteilungen, Stationen und anderen Untereinheiten

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

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0

Evidenzstärke: niedrig

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Das Hygieneteam bespricht Hygienebelange mit der kollegialen Führung / Anstaltsleitung (QBE, Frage 5.8.4).

---

6 siehe § 8a Abs. 4 KAKuG

3: Zusammensetzung des Hygieneteams

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Teammitgliedern[7] (Krankenhaushygieniker:in oder einer/einem hygienebeauftragten Ärztin/Arzt sowie einer Hygienefachkraft) sollen weitere fachlich notwendige Personen in einem Zeitausmaß entsprechend dem Leistungsspektrum des Hygieneteams beigezogen werden.

Personelle Zusammensetzung des Hygieneteams

Das Hygieneteam fungiert als Stabsstelle in der Krankenanstalt. Daher sind wie für alle Organisationseinheiten einer Krankenanstalt auch hier die gesetzlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung anzuwenden (gemäß KAKuG §§ 5b und 8a; PROHYG 3.0, Kapitel 4.3).

Hygiene-Kernteam

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

- Funktion der Krankenhaushygienikerin / des Krankenhaushygienikers (Fachärztin/Facharzt Klinische Mikrobiologie und Hygiene bzw. für Hygiene und Mikrobiologie)
- oder Funktion der/des hygienebeauftragten Ärztin/Arztes (einer sonst fachlich geeigneten Person, die zur selbstständigen Berufsausübung als Ärztin oder Arzt berechtigt ist und das ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene erworben hat)
- Funktion der Hygienefachkraft (DGKP mit entsprechender Sonderausbildung/Spezialisierung im Bereich Krankenhaushygiene)

Eine Stellvertreterregelung soll in der Geschäftsordnung schriftlich festgehalten werden.

Erweitertes Team

Eine Erweiterung des Hygieneteams kann zur Wahrnehmung spezieller Aufgaben erforderlich sein. Dazu können Angehörige aus dem ärztlichen und nichtärztlichen Dienst mit den erforderlichen Zeitressourcen angefordert und beigezogen werden (z. B. Biomedizinische Analytiker:in, EDV-Personal, Mikrobiologinnen/Mikrobiologen, technische Mitarbeiter:innen). Diese Mitarbeiter:innen können aber keinesfalls die Funktion der Krankenhaushygienikerin / des Krankenhaushygienikers oder der/des hygienebeauftragten Ärztin/Arztes oder der Hygienefachkraft ersetzen. Für jene Fragestellungen, die durch die Expertise des lokalen Hygieneteams nicht abgedeckt sind, soll externe Expertise eingeholt werden (bspw. Hygienezentren).

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- WHO (2016): Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level
- WHO (2019): Minimum requirements for infection prevention and control programmes
- WHO (2024): Global action plan and monitoring framework on infection prevention and control (IPC), 2024–2030

[7] gem. § 8a KAKuG

- Zingg W. et al. (2015): Hospital organisation, management, and structure for prevention of healthcare-associated infection: A systematic review and expert consensus

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Das Hygieneteam ist um weiteres notwendiges Fachpersonal erweitert (QBE, Frage 5.8.2).

4: Anforderungen an Mitglieder des Hygieneteams

Die Mitglieder des Hygieneteams sollen ihre jeweilige berufsgruppenspezifische Fachkompetenz einbringen.

Hintergrund / weiterführende Informationen:

Die Anforderungen, notwendigen Qualifikationen, funktionsspezifischen Fort- und Weiterbildungen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Vertretungen der Mitglieder des Hygieneteams sind in Tabelle 2: Funktionsbeschreibung: Krankenhaushygieniker:in und hygienebeauftragte:r Ärztinund Tabelle 3 im Anhang sowie in PROHYG 3.0 in Kapitel 4.4 dargestellt.

Die Kompetenzen des Hygieneteams und jedes seiner Mitglieder lassen sich folgendermaßen beschreiben (siehe PROHYG 3.0, Kapitel 4.4).

- Das Hygieneteam ist in alle wichtigen Entscheidungsprozesse mit Relevanz für die Krankenhaushygiene einzubeziehen und anzuhören. Dazu zählt auch die Einbindung bei der Planung bzw. vor der Beschaffung von neuen hygienerelevanten Produkten oder Medizinprodukten.
- Das Hygieneteam hat Stabsfunktion und Beratungskompetenz. Die Umsetzungsverantwortung trägt die kollegiale Führung (siehe 2: Verantwortung für Hygiene in der Krankenanstalt).
- Im Team sollen die Mitglieder ihre fachliche- und jeweilige berufsgruppenspezifische Fachkompetenz gleichberechtigt in die Entscheidungsfindungen einbringen. Der Entscheidungsfindungsprozess wird in der Geschäftsordnung festgelegt. Alle Berufsgruppen im Team sollen daher so in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, dass möglichst alle relevanten Aspekte Beachtung finden und im interdisziplinären Sinne bestmögliche Vorschläge entstehen können.
- Hinsichtlich der Inhalte der eigenen Fort- und Weiterbildung hat das Hygieneteam gegenüber der Leitung des Hauses Vorschlagskompetenz basierend auf den definierten Inhalten.

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- WHO (2019): Minimum requirements for infection prevention and control programmes

Evidenzstärke: hoch

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: kein Qualitätsindikator definiert

5: Aufgaben des Hygieneteams

Die Aufgaben sowie die Kontroll- und Hinweispflicht des Hygieneteams bezüglich der Hygiene sollen in einer Geschäftsordnung festgehalten werden.

Hintergrund / weiterführende Informationen:

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

Die Kernaufgaben sind vom Hygieneteam unter Beachtung des Bundesgesetzes und der jeweils geltenden landesgesetzlichen Bestimmungen wahrzunehmen (siehe PROHYG 3.0, Kapitel 6). So ist beispielsweise bei Stationsvisite und Begehung die persönliche Präsenz erforderlich.

Geschäftsordnung

Das Hygieneteam soll in die Anstaltsordnung aufgenommen werden (siehe PROHYG 3.0, Kapitel 10.2).[8]

Das Hygieneteam soll in Absprache mit der kollegialen Führung / Anstaltsleitung eine Geschäftsordnung erstellen, die zumindest folgende Punkte umfasst:

- Aufgaben
- Aufgabenverteilung
- Kontroll- und Hinweispflicht
- Kompetenzen
- Form und Organisation der Zusammenarbeit
- Ressourcen zur Erfüllung der Aufgaben

Kernaufgaben

Die Kernaufgaben des Hygieneteams sind die Wahrung der klinischen Hygiene in der Krankenanstalt, das Erstellen bzw. Aktualisieren von hygienerelevanten Dokumenten, das Beraten von Anstaltsleitung und Abteilungen (sowohl medizinische als auch technische und betriebsorganisatorische), das Koordinieren des Informationsflusses zu hygienerelevanten Themen in der Krankenanstalt, das Durchführen von Hygieneaudits und -visiten sowie das Tätigwerden bei der Infektionskontrolle.

Auch die Surveillance von hygienerelevanten Erregern (z. B. HAI, AMR), Mitwirken bei der Planung und Organisation bei hygienischen Sachfragen des Hauses (z. B. Abgeben von Stellungnahmen zu Neu-, Zu- und Umbau der Krankenanstalt[9]), die Qualitätssicherung für die Strukturen

[8] Siehe auch § 6 KAKuG

[9] siehe § 8a Abs. 4 KAKuG

und Abläufe der Hygienearbeit sowie die Personalentwicklung und das Ermöglichen des Erfahrungsaustausches für die Mitglieder des Hygieneteams zählen zu den Kernaufgaben.

Eine ausführliche Auflistung der Kernaufgaben sowie der fakultativen Aufgaben ist in Tabelle 4 und Tabelle 5 im Anhang zu finden.

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- WHO (2016): Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level
- WHO (2019): Minimum requirements for infection prevention and control programmes
- WHO (2024): Global action plan and monitoring framework on infection prevention and control (IPC), 2024–2030

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Die Krankenhaushygiene ist als Stabstelle der kollegialen Führung mit eigener Geschäftsordnung in der Anstaltsordnung festgelegt (QBE, ergänzende Unterfrage zu 5.8).

6: Ressourcen

Der Krankenhaushygiene sollen adäquate zeitliche, strukturelle und technische Ressourcen zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben[10] bereitgestellt werden. Die zeitlichen, strukturellen und technischen Ressourcen des Hygieneteams sollen der Größe, dem Versorgungsauftrag und den Leistungen (auch Leistungsspektrum) der Gesundheitseinrichtung entsprechen.

Hintergrund / weiterführende Informationen:

Die Erfüllung der in § 8a KAKuG gesetzlich vorgeschrieben Aufgaben des Hygieneteams ist nur mit ausreichenden personellen Ressourcen und einer adäquaten Infrastruktur (sachlichen Ausstattung/Strukturqualität) möglich.

Das zeitliche Ausmaß der Tätigkeiten von Krankenhaushygienikerinnen/-hygienikern, hygienebeauftragten Ärztinnen/Ärzten und der Hygienefachkraft ist in Abhängigkeit von Infektionsrisiken, Leistungsangeboten und der zu betreuenden Bettenanzahl zu ermitteln und schriftlich festzulegen (siehe PROHYG 3.0, Kapitel 8.1.3, Bundesgesundheitsblatt (2023) und WHO (2016)). Bei allen Berechnungen ist zu berücksichtigen, dass adäquate Stellvertretungen mit den erforderlichen Zeitressourcen gewährleistet sein sollen.

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

Jedes Hygieneteam benötigt darüber hinaus geeignete Räumlichkeiten, einschließlich zeitgemäßer Kommunikationsmittel und Medien. Ein eigener Besprechungsraum ist anzustreben, ansonsten ist die Möglichkeit zur Mitnutzung eines Besprechungszimmers sicherzustellen.

Um eine rasche persönliche Kontaktaufnahme mit den klinischen Abteilungen zu ermöglichen und die Wege des Hygieneteams effizient zu gestalten, ist eine zentrale Verortung der Räumlichkeiten des Hygieneteams notwendig.

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- Bundesgesundheitsblatt (2023): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen
- WHO (2016): Guidelines on ore Components of Infection Prevention and Control Programmes at the national and acute health care facility level
- WHO (2019): Minimum requirements for infection prevention and control programmes
- WHO (2024): Global action plan and monitoring framework on infection prevention and control (IPC), 2024–2030

[10] gem. § 8a KAKuG

Evidenzstärke: hoch

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Die Krankenhaushygiene ist als Stabstelle der kollegialen Führung, mit eigener Geschäftsordnung, in der Anstaltsordnung festgelegt (QBE, ergänzende Unterfrage zu 5.8).

7: Zusammenarbeit mit mikrobiologischem Labor

Das Hygieneteam soll bei der Infektionsüberwachung und beim Erstellen von Keim- und Resistenzstatistiken eng mit einem mikrobiologischen Labor zusammenarbeiten.

Hintergrund / weiterführende Informationen:

Dem Hygieneteam ist der Zugang zu mikrobiologischen Befunden zu gewähren. Eine enge Zusammenarbeit mit dem zuständigen mikrobiologischen Labor ist zu gewährleisten, inkl. der Entwicklung gemeinsamer Strategien aufgrund von Erreger- und Resistenzstatistiken.

Gemeinsam ist auch die Alarmfunktion der Mikrobiologie beim Auftreten bestimmter Gesundheitssystem-assoziierter Infektionserreger (z. B. 4 MRGN, S. aureus in der Blutkultur) festzulegen.

Besonderes Augenmerk ist dabei auf nosokomial bedeutsame Resistenzmechanismen und Resistenzkonstellationen zu richten.

Das die jeweilige Krankenanstalt versorgende Labor für medizinische Mikrobiologie soll die Befunde für hygienerelevante Erreger unverzüglich und am besten elektronisch an das HYT übermitteln. Dazu zählen multiresistente Erreger, auffällige Häufungen bestimmter Erreger (z. B. mit epidemiologisch bedeutsamen Resistenzmechanismen) und hygienerelevante Erreger (siehe § 3 Epidemiegesetz).

Die Typisierung von Mikroorganismen zur Analyse von Infektionsketten ist eine weitere Aufgabe, die gemeinsam mit der Mikrobiologie gelöst werden soll. Sollte kein eigenes mikrobiologisches Labor in der Krankenanstalt verfügbar sein, muss die beschriebene Zusammenarbeit mit dem externen mikrobiologischen Labor sichergestellt sein. Eine erfolgreiche Zusammenarbeit setzt regelmäßige Besprechungen zwischen Hygieneteam und Mikrobiologie voraus. Das Labor für medizinische Mikrobiologie soll Screeningbefunde für multiresistente und/oder hygienerelevante Erreger auch an Wochenenden zur Verfügung stellen.

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- WHO (2016): Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level
- WHO (2019): Minimum requirements for infection prevention and control programmes
- Storr J. et al. (2017): Core components for effective infection prevention and control programmes: new WHO evidence-based recommendations
- Alkhorem I.M. et al. (2024): The Role of Interdisciplinary Collaboration in Combating Infection in Health Facilities: A Systematic Review

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Das Hygieneteam bespricht Hygienebelange mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Mikrobiologie (QBE, Frage 5.8.4).

8: Fort- und Weiterbildung

Jedem Mitglied des Hygieneteams sollen fach- und funktionsspezifische Fortbildungen sowie ein Zugriff auf aktuelle Literatur ermöglicht werden.

Hintergrund / weiterführende Informationen:

Für die Mitglieder des Hygieneteams ist die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung unerlässlich. Für alle Mitglieder des Hygieneteams besteht Fortbildungspflicht gemäß den einschlägigen Berufsgesetzen wie Ärztegesetz, GuKG oder MTD-Gesetz.[11]

Jedem Hygieneteammitglied sollen die fachspezifische und funktionsspezifische Fortbildung ermöglicht werden. Die entsprechenden Zeit- und Budgetmittel sind von der kollegialen Führung des Hauses sicherzustellen. Die fachliche Auswahl der entsprechenden Fort- und Weiterbildung liegt im Ermessen des Hygieneteams.

Unabhängig von der Größe einer Krankenanstalt sollen den Mitgliedern der Hygieneteams Standardwerke der Krankenhaushygiene sowie aktuelle Literatur entweder analog oder digital sowie einschlägige, für die Hygienearbeit notwendige Normen (EN, ISO, ÖNORMen, DIN etc.) zur Verfügung stehen (siehe PROHYG 3.0, Kapitel 9.2).

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- WHO (2016): Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level
- WHO (2024): Global action plan and monitoring framework on infection prevention and control (IPC), 2024–2030
- Bundesgesundheitsblatt (2023): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen

Evidenzstärke: hoch

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Fort- und Weiterbildungen der Mitglieder des Hygieneteams werden strukturiert erfasst (QBE, ergänzende Antwortoption zu 5.6.5.1).

11 § 49 des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998) | §§ 63, 64, 104a und 104c Gesundheits- und Krankenpflegegesetz | § 38 Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste

9: Hygienekommission

Es soll eine Hygienekommission eingerichtet werden, die aus dem Hygieneteam und der kollegialen Führung / Anstaltsleitung besteht und um Vertreter:innen aus anderen relevanten Bereichen erweitert wird. Diese soll sich mit abteilungsübergreifenden und/oder dringenden Hygienethemen beschäftigen.

Hintergrund / weiterführende Informationen:

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

Die Hygienekommission setzt sich aus den Personen des Hygieneteams und der kollegialen Führung zusammen sowie aus Leitungen bzw. deren Vertreterinnen und Vertretern aus dem klinischen Bereich und Vertreterinnen und Vertretern aus anderen Bereichen, wie z. B. Apotheke, medizinisch-technischen Diensten, Wirtschaftsabteilung, Technik, Arbeitsmedizin, mikrobiologischem Labor und Labor und Qualitätssicherung. Die interprofessionelle Zusammensetzung kann es erleichtern, komplexe Themen von mehreren Seiten zu beleuchten.

Ein Mitglied des Hygieneteams soll ebenfalls Teil der Qualitätssicherungskommission sein oder zumindest in periodischen Abständen der Qualitätssicherungskommission berichten.

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- WHO (2024): Global action plan and monitoring framework on infection prevention and control (IPC), 2024–2030
- WHO (2019): Minimum requirements for infection prevention and control programmes
- Jeong Y (2022): Status of infection prevention and control capacity in Korean hospitals: implications for disaster response and pandemic preparedness

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikatoren: Eine Hygienekommission ist etabliert, tagt in regelmäßigen Abständen und kann im Anlassfall einberufen werden (QBE, Frage 5.8.5 inkl. Unterfragen).

10: Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene

Alle Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene (bspw. Hygieneplan) sollen auf Basis wissenschaftlicher Literatur und Evidenz erstellt und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachweislich verfügbar gemacht werden.

Hintergrund / weiterführende Informationen:

Hygieneplan

In einem Hygieneplan[12] sind alle innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionsprävention und Infektionskontrolle (Hygienerichtlinien) festgelegt. Damit sind die Regeln für ein Hygienemanagement definiert, dessen Art und Umfang sich an den Infektionsrisiken unterschiedlicher Bereiche (ICU, Station/Ambulanz, Tageskliniken etc.) in den betreffenden Einrichtungen orientieren muss (siehe PROHYG 3.0, Kapitel 11.1).

Hygieneordner

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

Technisch-hygienische Überprüfungen

Die technische Hygiene stellt eine zunehmend wichtige Aufgabe innerhalb der Krankenhaushygiene dar. Dazu gehören die Mitarbeit im Wassersicherheitsplan und die Beurteilung von Wasserproben, Ergebnissen von Geräteüberprüfungen, die nicht im Normbereich liegen. Diese Spezialisierung erfordert einerseits hohes Hygienewissen und andererseits auch technisches Verständnis.

Ebenso sind auch die Stellungnahmen bezüglich Neu-, Zu- und Umbauten, die im KAKuG vorgegeben sind[12], Instrumente zur Sicherstellung einer hygienischen Infrastruktur. Diese Aufgaben werden innerhalb des Hygieneteams wahrgenommen. Bei Bedarf können auch geeignete externe Expertinnen und Experten sowie Dienstleister:innen mit der Durchführung von Überprüfungen etc. herangezogen werden.

Die technisch-hygienische Überprüfung soll auf Basis geltender Normen durchgeführt werden. Hierfür sollen möglichst standardisierte Checklisten und Prüfpläne (bspw. Wassersicherheitsplan) verwendet werden. Die Überprüfungen sollen von der Leitung der Krankenanstalt beauftragt werden.

12 Verpflichtend gem. § 8a Abs. 4 KAKuG

Hygienevisite/Begehungen

Die strukturierte Hygienevisite ist ein Werkzeug zur Wahrnehmung der Kontrollfunktion des Hygieneteams und somit eine ihrer Kernaufgaben. Das wesentliche Element der Hygienevisite und Begehung ist der Besuch / die persönliche Präsenz. Die Ziele der Hygienevisite und Begehung (z. B. Prüfen von Strukturqualitätskriterien und Arbeitsabläufen, Einhaltung von Hygienemaßnahmen) sollten mit der kollegialen Führung festgelegt sein.

Im Anlassfall sollen Ad-hoc-Visiten durchgeführt werden. Zusätzlich sollen jährlich Hygienevisiten in Bereichen mit hohem Risiko für HAI stattfinden. Die Priorisierung soll dabei schriftlich festgelegt werden. Strukturierte Hygienevisiten sollen in einem Plan für alle Bereiche einschaubar gemacht und protokolliert werden.

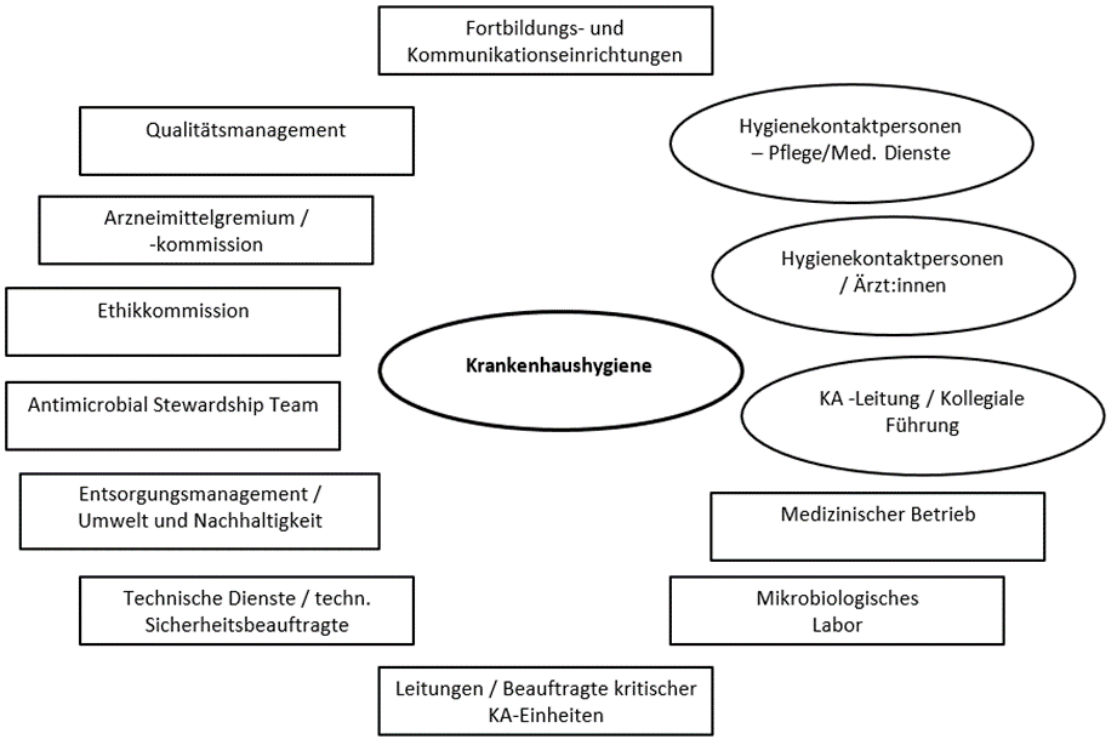
Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter:innen der Krankenanstalt

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

Kommunikation und Informationsfluss

Die Art und Weise der Kommunikation zwischen dem Hygieneteam und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenanstalt ist wesentliches Kennzeichen der Professionalität der Arbeit des Hygieneteams. Die diversen Kommunikationspartner:innen sind in Abbildung 2 dargestellt. Der Ablauf der Kommunikation mit jeder dieser Einheiten wird unterschiedlich sein und soll in beide Richtungen gepflegt werden. Eine gute Kommunikation auch mit der kollegialen Führung / Anstaltsleitung und wechselseitige Information sind für eine effektive Hygienearbeit unerlässlich. Bei Gefahr in Verzug oder fruchtloser Intervention ist die kollegiale Führung / Anstaltsleitung bzw. der Rechtsträger zu informieren.

Abbildung 2: Kommunikationspartner:innen



Darstellung: BMSGPK 2024

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- WHO (2016): Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level.
- WHO (2019): Minimum requirements for infection prevention and control programmes.
- Bundesgesundheitsblatt (2023): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen
- WHO (2024): Global action plan and monitoring framework on infection prevention and control (IPC), 2024–2030

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Die Instrumente der Krankenhaushygiene (Hygieneplan, Hygieneordner, Hygienevisiten/Begehungen, technisch-hygienische Überprüfungen, Fortbildungsveranstaltungen, zielführende Kommunikationsprozesse) sind inhaltlich evidenzbasiert und umgesetzt (QBE, ergänzende Unterfrage zu 5.8).

11: Hygienekontaktpersonen

Hygienekontaktpersonen aus dem pflegerischen und ärztlichen sowie aus dem technischen und betriebsorganisatorischen Bereich (wie bspw. Reinigung und Haustechnik) sollen als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Maßnahmen der Krankenhaushygiene in den jeweiligen Arbeitsbereichen verankern.

Hintergrund / weiterführende Informationen:

Zur Unterstützung des Hygieneteams sollen Hygienekontaktpersonen aus dem pflegerischen und ärztlichen Bereich sowie aus dem technischen und betriebsorganisatorischen Bereich (wie bspw. Reinigung und Haustechnik) in allen Krankenanstaltenbereichen nominiert werden. Diese nehmen eine Schlüsselfunktion ein, indem sie die Anliegen der Krankenhaushygiene im eigenen Arbeitsbereich vertreten und dadurch gleichzeitig als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Krankenhaushygiene in ihrem Bereich fungieren. Sie arbeiten eng mit dem Hygieneteam zusammen.

Die Tätigkeiten umfassen u. a.:

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

Besonders wichtig ist es, Kontaktpersonen aus allen relevanten Berufsgruppen zu benennen. Für Krankenabteilungen sollen jeweils eine Pflegeperson und eine Ärztin / ein Arzt zur Verfügung stehen.

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- Bundesgesundheitsblatt (2023): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen
- WHO (2016): Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the national and acute health care facility level
- Peter D. et al. (2018): Strategies to promote infection prevention and control in acute care hospitals with the help of infection control link nurses
- Sonpar A. et al. (2025): Multimodal strategies for the implementation of infection prevention and control interventions – update of a systematic review for the WHO guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the facility level

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Hygienekontaktpersonen sind in allen relevanten Krankenanstaltenbereichen benannt und transparent gelistet (QBE, ergänzende Unterfrage zu 5.8).

12: Einbeziehen von Patientinnen/Patienten und Besucherinnen/Besuchern

Patientinnen und Patienten sowie Besucher:innen sollen den Möglichkeiten entsprechend in hygienisch relevante Angelegenheiten eingebunden werden.

Hintergrund / weiterführende Informationen:

Nicht nur das Personal von Krankenanstalten, sondern auch Patientinnen und Patienten sowie deren Besucher:innen können durch ihr Verhalten zur Ausbreitung von HAI beitragen. Die wichtigste Maßnahme zur Reduzierung der Inzidenz von HAI stellt die Händehygiene dar. Maßnahmen zur Steigerung der Händehygiene adressieren aber oftmals nur das Personal (Khalish/Gautama 2025).

Aus diesem Grund sollen Patientinnen und Patienten sowie Besucher:innen möglichst in Maßnahmen zur Infektionsprävention einbezogen werden. Die Aufklärung über die Bedeutung der Händehygiene soll durch die aktive Einbindung und die Bereitstellung von entsprechenden Materialien und Informationen (wenn möglich in einfach zu verstehender Sprache in Form von Postern oder Flyern) erfolgen. Des Weiteren können den Patientinnen und Patienten Informationen bezüglich anderer hygienerelevanter Inhalte zur Verfügung gestellt werden.

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- Khalish G, Gautama MSN (2025): Hand hygiene compliance among hospital visitors: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of Infection Prevention. 2025;26(3):138–147
- WHO (2024): Global action plan and monitoring framework on infection prevention and control (IPC), 2024–2030
- Choong T L et al. (2022): Increasing patient participation in hand hygiene practices in adult surgical wards in a tertiary institution: a best practice implementation project.
- Hammoud S. et al. (2020): Patient education on infection control: A systematic review.

Evidenzstärke: mittel

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Patientinnen und Patienten werden über Maßnahmen zur Infektionsprävention in einfacher Sprache informiert (durch laufende Maßnahmen, Projekte zur Awareness-Bildung) (QBE, ergänzende Unterfrage).

13: Rolle des Hygieneteams beim Ausbruchsmanagement

Das Hygieneteam soll in die drei Phasen des Ausbruchsmanagements (Vorbereitung, Bereitschaft und Eindämmung) eingebunden werden.[13]

Hintergrund / weiterführende Informationen:

Ein Ausbruch ist definiert als gehäuftes Auftreten von Infektionen, wobei der Begriff sowohl „neue" epidemische Infektionskrankheiten als auch die Ausbreitung von multiresistenten Erregern und AMR umfasst. Das Hygieneteam soll eine zentrale Rolle bei der Erkennung und Kontrolle von Übertragungsketten, Clustern und Ausbrüchen in Gesundheitseinrichtungen einnehmen.

Die WHO (2022) unterteilt das Ausbruchsmanagement in drei Phasen: Vorbereitung, Bereitschaft und Eindämmung. Das Hygieneteam soll nach Maßgabe der vorhandenen Ressourcen in allen drei Phasen involviert sein:

- Vorbereitung: Die Krankenhaushygiene soll bei der Erstellung von Standardprozessen für den Ausbruchsfall federführend aktiv werden. Diese sollen u. a. definieren, wann das Ausbruchsmanagement gestartet wird (Auslöseereignis), wie die Zuständigkeiten im Fall eines aktiven Ausbruchsgeschehens verteilt sind und wie der Informationsfluss beschaffen ist.
- Bereitschaft: Das Hygieneteam soll die erstellten Prozesse laufend evaluieren, erproben und an aktuelle Gegebenheiten anpassen. Hierzu zählen auch Maßnahmen zur Früherkennung von potenziellen Ausbruchsgefahren.
- Eindämmung: Im Fall eines Ausbruchsgeschehens soll die Krankenhaushygiene eine koordinierende Rolle bei der Umsetzung der zuvor erstellten Prozesse einnehmen.

Die Erkenntnisse aus der Eindämmungsphase sollen in spätere Vorbereitungsphasen miteinfließen.

Ein Muster für einen Ausbruchsmanagement-Plan in Anlehnung an jenen des RKI (Bundesgesundheitsblatt 2002) findet sich im Anhang 15.3 von PROHYG 3.0.

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- WHO (2022): Framework and toolkit for infection prevention and control in outbreak preparedness, readiness and response at the health care facility level
- Bundesgesundheitsblatt (2002): Ausbruchsmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen

Evidenzstärke: hoch

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Ein Ausbruchsmanagement-Plan liegt vor und wird regelmäßig evaluiert (QBE, ergänzende Unterfrage zu 5.8).

---

[13] siehe § 8a Abs. 4 KAKuG

14: Surveillance von gesundheitssystemassoziierten Infektionen

Das Hygieneteam begleitet fachlich und inhaltlich die Maßnahmen zur Überwachung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen. Die Überwachung/Surveillance hat nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen.[14]

Hintergrund / weiterführende Informationen:

In Österreich kommen unterschiedliche Surveillance-Ansätze zur Anwendung, um das Auftreten und die Verbreitung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen systematisch zu erfassen, mit dem Ziel, effektivere Maßnahmen zur Reduktion solcher Infektionen setzen zu können. Das Hygieneteam soll die Surveillance auf Krankenanstaltenebene durchführen bzw. bei der Durchführung federführend eingebunden sein. Der Einsatz von neuen, qualitätsgesicherten Technologien (z. B. künstliche Intelligenz) kann die Surveillance von potenziellen HAI unterstützen.

Gemäß Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) §8a hat die Überwachung nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen. Die erforderlichen (anonymisierten) Daten werden dem für Gesundheit zuständigen Bundesministerium jährlich in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. Die Daten aus den vier Surveillance-Netzwerken (ANISS, ASDI, KISS und NISS) werden jährlich ausgewertet und im A-HAI-Bericht dargestellt, wobei die sogenannte „Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Krankenhauskeimen" die Surveillance-Methode, Inhalte und Protokolle sowie den Datenfluss regelt (BMASGPK 2025).

Zusätzlich zur verpflichtenden Surveillance sollen Krankenanstalten auch an der Österreichischen Punkt-Prävalenz-Untersuchung (Austrian Point-Prevalence-Study, kurz: APPS) teilnehmen. Hierbei werden die Daten basierend auf den Vorgaben des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (European Centre for Disease Prevention and Control, kurz: ECDC) erhoben und ausgewertet, was eine internationale Vergleichbarkeit der Daten gewährleistet (Medizinische Universität Wien 2025).

Evidenzbasis:

- Expertenpapier PROHYG 3.0
- A-HAI Bericht
- Medizinische Universität Wien (2025): Punkt-Prävalenz-Untersuchung zum Vorkommen von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und zur Anwendung von Antibiotika in Österreich
- WHO (2024): Global action plan and monitoring framework on infection prevention
- and control (IPC), 2024–2030

Evidenzstärke: hoch

Empfehlungsgrad: A (starke Empfehlung)

Qualitätsindikator: Eine aktive Teilnahme an A-HAI laut aktueller Rahmenrichtlinie findet statt. Das Hygieneteam nimmt an Hygieneprojekten zu gesundheitssystemassoziierten Infektionen teil (QBE, Frage 5.8.6).

14 siehe § 8a Abs. 4 KAKuG

8 Evaluierung und Monitoring

Evaluierung

Der Auftraggeber dieses Qualitätsstandards (Zielsteuerung-Gesundheit) ist für die Evaluierung seiner Wirksamkeit zuständig. Rechtzeitig vor dem Ende der Gültigkeit der aktuellen Version des QS ist über die Zweckmäßigkeit einer Evaluierung zu entscheiden und diese Entscheidung zu begründen.

Im Rahmen der Evaluierung ist jedenfalls der Grad der Umsetzung zu erheben. Zudem soll die Evaluierung bundesweit erfolgen und regionale Umsetzungsvarianten berücksichtigen. Nach Möglichkeit soll hierbei (auch) auf routinemäßig erhobene Daten zurückgegriffen werden. Die Evaluierung sollte im Sinne der Kontinuität aufbauend auf bereits durchgeführten Analysen vorgenommen werden.

Die Ergebnisse einer Evaluierung sind jedenfalls als Grundlage für eine etwaige Aktualisierung des Qualitätsstandards heranzuziehen.

Monitoring

In Hinblick auf die Messbarkeit und Überprüfbarkeit hinsichtlich Umsetzung der einzelnen Empfehlungen sollen gemäß aktuellem Methodenhandbuch in jedem QS entsprechende Qualitätsindikatoren definiert werden, welche in einem kausalen Zusammenhang mit einem versorgungs- und/oder patientenrelevanten Endpunkt stehen. Diese stellen die Basis für das Monitoring dar.

Um den Dokumentations- und Erhebungsaufwand so gering wie möglich zu halten, sollen zur Messung der Qualitätsindikatoren insbesondere Daten aus bereits bestehenden Dokumentationssystemen bzw. Erhebungen genutzt werden.

Falls Indikatoren als besonders relevant für das Umsetzungsmonitoring erachtet und daher in einen QS aufgenommen werden, die zu diesem Zeitpunkt in keinem bereits bestehenden Dokumentationssystem bzw. einer bestehenden periodischen Erhebung erfasst werden, so ist deren Aufnahme in derartige Systeme/Erhebungen zu prüfen und/oder anzuregen. Auf diese Weise soll langfristig der Dokumentationsaufwand für das Monitoring möglichst gering gehalten werden.

9 Gültigkeit und Aktualisierung

Gültigkeit

Die Gültigkeitsdauer des vorliegenden QS ist auf maximal fünf Jahre ab der Veröffentlichung durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz beschränkt. Falls währenddessen eine neue Version des QS in Österreich durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz veröffentlicht wird, verliert der vorliegende QS vorzeitig seine Gültigkeit.

Aktualisierung

Spätestens vor Beginn des letzten Jahres der Gültigkeit des vorliegenden QS ist vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz bzw. den zuständigen Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit eine Entscheidung zu treffen, ob für diesen eine Aktualisierung erforderlich ist oder ob dessen Gültigkeit ohne Aktualisierung verlängert wird.

Literatur

Alkhorem, Ibrahem Mohammed; Al Khreim, Ali Salem Saleh; Alabbas, Saleh Mana Musleh; Alkhureem, Ali Mohammed Salem; Alkhorem, Salem Mohammed; Al Khurym, Ali Mohammad Saleh; Alkhuraym, Hussain Hamad Ali; Alyami, Salem Hamad; Al Alghaber, Majed Mahdi Saleh; Al Khzayam, Mabkhwt Mohammed M. (2024): The Role of Interdisciplinary Collaboration in Combating Infection in Health Facilities: A Systematic Review. In: Journal of Ecohumanism 3/7:4594-4602

BMASGPK (2025): Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen in Österreich (A-HAI). Eine Zusammenstellung nationaler Daten zum Datenjahr 2022. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2022): Maßnahmenpaket zur nachhaltigen Sicherstellung und Attraktivierung der Gesundheitsberufe. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, unveröffentlicht

BMSGPK (2024a): Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß GQG. Methodenhandbuch 3.0. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2024b): PROHYG 3.0. Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Bundesgesundheitsblatt (2002): Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 45/2:180-186

Bundesgesundheitsblatt (2023): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 66/3:332-351

Choong, Tze Lin; Lim, Zhao Jun; Ho, Alexander Guan Ting; Goh, Mien Li (2021): Increasing patient participation in hand hygiene practices in adult surgical wards in a tertiary institution: a best practice implementation project. In: JBI Evidence Implementation 20/1:53-62

Hammoud, Sahar; Amer, Faten; Lohner, Szimonetta; Kocsis, Béla (2020): Patient education on infection control: A systematic review. In: American Journal of Infection Control 48/12:1506-1515

Jabinger, Eva (2024): Qualitätsmanagement-Stabsstellen in Einrichtungen des Gesundheitswesens und deren Dilemma der lateralen Führung. In: QualMet /Journal 2(1)/:1-19

Jeong, Yoolwon (2022): Status of infection prevention and control capacity in Korean hospitals: implications for disaster response and pandemic preparedness. In: Public Health 213/:100-106

Khalish, Gaviota; Gautama, Made Satya Nugraha (2025): Hand hygiene compliance among hospital visitors: A systematic review and meta-analysis of observational studies. In: Journal of Infection Prevention 26/3:138-147

MUW (2025): Punkt-Prävalenz-Untersuchung zum Vorkommen von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und zur Anwendung von Antibiotika in Österreich. Medizinische Universität Wien, Wien

Storr, Julie; Twyman, Anthony; Zingg, Walter; Damani, Nizam; Kilpatrick, Claire; Reilly, Jacqui; Price, Lesley; Egger, Matthias; Grayson, M. Lindsay; Kelley, Edward; Allegranzi, Benedetta (2017): Core components for effective infection prevention and control programmes: new WHO evidence-based recommendations. In: Antimicrobial Resistance & Infection Control 6/1:1-18

WHO (2016): Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. World Health Organization, Geneva

WHO (2019): Minimum requirements for infection prevention and control programmes. World Health Organization, Geneva

WHO (2022): Framework and toolkit for infection prevention and control in outbreak preparedness, readines and response at the health care facility level. World Health Organization, Geneva

WHO (2024): Global action plan and monitoring framework on infection prevention and control (IPC), 2024–2030. World Health Organization, Geneva

Zingg, Walter; Holmes, Alison; Dettenkofer, Markus; Goetting, Tim; Secci, Federica; Clack, Lauren; Allegranzi, Benedetta; Magiorakos, Anna-Pelagia; Pittet, Didier (2015): Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. In: The Lancet Infectious Diseases 15/2:212-224

Anhang

Tabelle 1: Empfehlungsgrade und Formulierung für QS-Empfehlungen

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung	Symbol
A	starke Empfehlung	soll (nicht)	↑↑ (↓↓)
B	Empfehlung	sollte (nicht)	↑ (↓)
0	offen	kann	↔

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF 2021)

Tabelle 2: Funktionsbeschreibung: Krankenhaushygieniker:in und hygienebeauftragte:r Ärztin/Arzt

	Krankenhaushygieniker:in	Hygienebeauftragte:r Ärztin/Arzt
Anforderungen	Fachärztin/-arzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene bzw. Hygiene und Mikrobiologie	Ärztin/Arzt mit Berechtigung zur selbstständigen Berufsausübung Diplom für Krankenhaushygiene der Österreichischen Ärztekammer (siehe http://www.arztakademie.at)
Qualifikation	Kenntnisse über: • Organisation und Management von Gesundheitseinrichtungen • Med. Mikrobiologie und AMR • Präventivmedizin • Grundlagen des öffentlichen Gesundheitswesens • Meldewesen und der Meldepflicht • rechtliche Grundlagen der Gesundheitsvorsorge und Infektionsprävention und der einschlägigen Rechtsvorschriften bezüglich des österreichischen Gesundheitswesens und des Sozialversicherungssystems • Grundkenntnisse der Arbeitsmedizin • ökonomische und ethische Aspekte des medizinischen Handelns • Patientensicherheit • Kommunikation mit allen Stakeholdern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Krankenanstalt, des öffentlichen Gesundheitswesens, Patientinnen/Patienten und Angehörigen, Öffentlichkeitsarbeit	
Funktionsspezifische Fort- und Weiterbildungen	Eine fachspezifische (hygienerelevante) und persönlichkeitsbildende Aus- und Fortbildung ist im Mindestausmaß von 10 Tagen pro Jahr zu planen. Kurse für umfassende Erfahrung mit Infektionen (Diagnostik/Therapie /ABS-Programme); pädagogische Kenntnisse für Schulungen und Training sind zu absolvieren. Die Fort- und Weiterbildung sollte z. B. nachfolgende Themen umfassen: • Mikrobiologie und Immunologie • Antibiotikastrategien • Unterstützung im Bereich der ABS-Strukturen • Aufrechterhaltung der klinischen Kompetenz • Epidemiologie und Infektionsüberwachung • Datenverarbeitung und Datenschutz • Med. Statistik und Analyse • Kommunikationstechnik • Epidemiologie und deskriptive Statistik • Organisationsentwicklung • Informationsmanagement	

	Krankenhaushygieniker:in	Hygienebeauftragte:r Ärztin/Arzt
	• Qualitätsmanagement und Prozessmanagement • Risikomanagement • Absolvierung einschlägiger Managementkurse • Präsentationstechniken, Didaktik • Wasser- und Abfallwirtschaft (Aufbereitung, i. S. Desinfektion und Sterilisation, Hygiene bei Neu-, Zu- und Umbauten etc.) • technische Hygiene • Konfliktmanagement	
Aufgaben	Die Aufgaben entsprechen den Aufgaben des Hygieneteams. Die Aufteilung der Aufgaben innerhalb des Hygieneteams ergibt sich aus der Basisqualifikation (pflegerisch/medizinisch) und aus Festlegungen in der Geschäftsordnung.	
Verantwortlichkeiten	fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen für die Hygiene in einer Krankenanstalt	
Vertretungen	Vertretungsbefugt ist eine entsprechend der Ausbildung und Kompetenz fachlich geeignete Person mit den erforderlichen Ressourcen.	

Quelle: BMSGPK (2024c)

Tabelle 3: Funktionsbeschreibung: Hygienefachkraft

Anforderungen/Qualifikation	Ausbildung lt. GuKG zur/zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin/-pfleger Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene lt. GuKG § 70 mindestens 3 Jahre Berufspraxis wünschenswert: • Funktionsspezifische Fort- und Weiterbildungen • Weiterbildung zur Stationsleitung
Funktionsspezifische Fort- und Weiterbildungen	Eine fachspezifische (hygienerelevante) und persönlichkeitsbildende Aus- und Fortbildung ist im Mindestausmaß von 10 Tagen pro Jahr zu planen. Die Fort- und Weiterbildung sollte z. B. nachfolgende Themen umfassen: • Mikrobiologie und Immunologie • Epidemiologie und Infektionsüberwachung • allgemeine med. Statistik und Analyse, Interpretation, wissenschaftliche Methodik • Datenverarbeitung und Datenschutz • Organisationsentwicklung • Informationsmanagement • Qualitätsmanagement und Prozessmanagement • Risikomanagement • Präsentationstechniken, Didaktik • Schulung des Personals, Entwicklung von pädagogischen Fähigkeiten • internationaler Erfahrungsaustausch • Wasser- und Abfallwirtschaft • technische Hygiene • Konfliktmanagement • Absolvierung einschlägiger Managementkurse
Aufgaben	Die Aufgaben entsprechen den Aufgaben des Hygieneteams. Die Aufteilung der Aufgaben innerhalb des Hygieneteams ergibt sich aus der Basisqualifikation (pflegerisch/medizinisch) und aus eventuellen Festlegungen in der Geschäftsordnung.
Verantwortlichkeiten	fachliche Richtigkeit und Aktualität der Empfehlungen für die Hygiene in einer Krankenanstalt fachlich richtige Durchführung der Aufgaben des Hygieneteams
Vertretungen	Vertretungsbefugt ist eine fachlich geeignete Person mit der gleichen Qualifikation. Die erforderlichen Ressourcen sind vom Arbeitgeber zu gewähren. Im Sinne der Qualitätssicherung zur Beibehaltung der Prozessqualität ist in kleinen Organisationseinheiten bei geplanten Abwesenheiten die Vertretung zwischen sowie innerhalb der Berufsgruppen möglich, wobei fachliche Qualifikationen (aufgrund des Berufsrechts) nicht überschritten werden dürfen.

Quelle: BMSGPK (2024c)

Tabelle 4: Kernaufgaben des Hygieneteams

Erstellung und Aktualisierung:	• eines allgemeinen Hygieneplanes für die gesamte Gesundheitseinrichtung (siehe 10: Instrumente zur Umsetzung der Krankenhaushygiene) und • von Hygienerichtlinien, deren Verbreitung in der Gesundheitseinrichtung und die Versionspflege
Beratung:	• der Leitung der Gesundheitseinrichtung bezüglich hygienischer Belange und Absprache eines Jahresplans bezüglich hygienischer Projekte für das laufende Jahr mit der Leitung der Gesundheitseinrichtung (Festlegung) und • mit hygienisch relevanten technischen oder betriebsorganisatorischen Abteilungen einer Gesundheitseinrichtung (Logistik, Betriebsabteilung, Entsorgung, Wasserhygiene, Raumlufttechnik etc.) • Beratung und Unterstützung bei der Erstellung und Aktualisierung der bereichs- und abteilungsspezifischen Hygieneunterlagen • bei der Ausarbeitung von abteilungsspezifischen Desinfektionsplänen der Patientenumgebung und zur Aufbereitung (Reinigung, Desinfektion und Sterilisation) von Geräten und Medizinprodukten • bei der Ausarbeitung von abteilungsspezifischen Richtlinien im Zusammenhang mit hygienerelevanten Tätigkeiten und Arbeitsabläufen • sowie Schulung und Training des Personals in Hygieneangelegenheiten (alle hygienerelevanten Fragestellungen), Abhaltung von innerbetrieblichen Fortbildungen und Schulungen in Zusammenarbeit mit den Hygienekontaktpersonen • neuer Mitarbeiter:innen einer Krankenanstalt bezüglich hygienerelevanter Themen
Verbreiten von:	• hygienerelevanten Themen an alle betroffenen Bereiche und Einrichtungen der Krankenanstalt
Durchführen von:	• Hygieneaudits, also von regelmäßigen Begehungen aller Bereiche der Krankenanstalt zur Beobachtung (Audit), zum Einbringen von Feedback (mündlich oder schriftlich) und zur Optimierung hygienisch relevanter Tätigkeiten • strukturierten Hygienevisiten aller hygienerelevanten Bereiche in einer Krankenanstalt gemeinsam mit den Nutzerinnen/Nutzern oder Betreiberinnen/Betreibern, Besprechung/Feedback und Protokoll hinsichtlich Zustand und Abläufe im jeweiligen Bereich • Konsilen bei Patientinnen und Patienten bezüglich Hygiene bei hygienerelevanten Erregern bzw. Erstellung von Unterlagen, wenn nicht ausreichend Personalressourcen dafür vorhanden sind • Sicherstellung der Durchführung sämtlicher Anforderungen an die technische Hygiene, z. B. Probenahme von Wasserproben, Geräteüberprüfungen. Diese Überprüfungen können entweder selbst durchgeführt oder nach extern vergeben werden. • frühzeitige Beiziehung von und Zusammenarbeit mit externen Spezialisten, die in besonderen Fällen auf Empfehlung des Hygieneteams, durch die kollegiale Führung / Anstaltsleitung oder auch auf Veranlassung der Behörde beigezogen werden
Tätigwerden bei der Infektionskontrolle durch:	• Tätigwerden bei Verdacht auf epidemische Krankenhausinfektionen und Ausbruchsmanagement • Beratung der Leitungen im Falle von Infektionsausbrüchen in der Gesundheitseinrichtung sowie bei Pandemien und Epidemien (Epidemiologie, Hygienemaßnahmen) • rasche Durchführung von Nachforschungen schon bei Verdacht auf eine Häufung von Infektionen oder beim Auftreten von verdächtigen mikrobiologischen Befunden • Initiierung von gezielten mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen im Anlassfall • Implementierung und Kontrolle von neuen hygienischen Abläufen bei unvorhergesehenen Infektionssituationen (Pandemie, neue Infektionen etc.) oder bei Struktur- oder Organisationsänderungen („Change-Management“)

Surveillance von gesundheitssystemassoziierten Infektionen, hygienerelevanten Erregern und AMR (patientenbezogen)	• Initiierung, Koordination und Begleitung einer Surveillance von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen und Patientinnen/Patienten mit multiresistenten Erregern sowie Mitarbeit bei der Festlegung von deren Art und Umfang • Vorschlag für und Mitwirkung bei Steuerungsmaßnahmen gegen gesundheitssystemassoziierte Infektionen auf Basis von Surveillance-Ergebnissen • Kenntnis und Diskussion der Erreger- und Resistenzstatistiken sowie Mitwirkung bei der Erstellung eines Konzeptes zur wirksamen Eindämmung von Erregerselektion und Resistenzentwicklungen; • Vermittlung der Ergebnisse und daraus resultierender hygienischer Empfehlungen an die jeweiligen Abteilungen / Krankenhausleitung • Kooperation mit dem AMS-Team der Gesundheitseinrichtung
Mitwirkung bei der Planung und Organisation bei hygienischen Sachfragen des Hauses	• Beiziehung bei Neu-, Zu- und Umbauten durch die Krankenanstaltenleitung bei der Planung • Fachliche Stellungnahmen für behördliche Errichtungs- oder Änderungsbewilligungen bzw. Betriebsbewilligungen im Rahmen von Neu-, Zu- und Umbauten in der Krankenanstalt. Die Beiziehung des Hygieneteams hat in jedem Fall VOR den jeweils angeführten Aktivitäten (Planung Umbau / Planung Anschaffung etc.) zu erfolgen. • Das Hygieneteam ist frühzeitig über geplante Neu-, Zu- und Umbauten zu informieren. • Beratung bei Beschaffung (gegebenenfalls bereits bei der Planung) von Medizinprodukten, Geräten und Gegenständen, von denen eine Infektionsgefahr ausgehen kann im Sinne des Medizinproduktegesetzes, sodass durch eine einfache und sichere Aufbereitung (Reinigung, Desinfektion und/oder Sterilisation) keine Infektions(erreger)übertragung im laufenden Betrieb erfolgt. • Beratung bei der Beschaffung (Ausschreibung) von Desinfektionsmitteln und Erstellung der Desinfektionsmittelliste (siehe auch Desinfektionsplan) • Mitarbeit in Arbeitskreisen und Kommissionen der Krankenanstalt bei hygienerelevanten Themen • Mitarbeit bei der Erstellung von Notfall- und Katastrophenplänen
Qualitätssicherung für die Strukturen und Abläufe der Hygienearbeit	• Besprechung hygienerelevanter Themen innerhalb des Hygieneteams • Protokollierung aller Besprechungs- und Begehungsergebnisse und im Regelfall Weiterleitung der Protokolle an die Gesprächsteilnehmer:innen • Weiterleitung der Ergebnisse an die für die Umsetzung verantwortlichen Personen (z. B. Abteilungsleitung oder kollegiale Führung / Anstaltsleitung • Aufbau und Pflege eines „Hygiene-Netzwerkes" im Hause (Kontaktpersonen, kollegiale Führung / Anstaltsleitung, Einkauf, Haustechnik, IT, mittleres Management, u. v. m.) durch anlassbezogene oder regelmäßige Treffen
Personalentwicklung und Erfahrungsaustausch für die Mitglieder des Hygieneteams	• kontinuierliche fachliche Weiterbildung für alle Mitglieder des Hygieneteams, damit der aktuelle Stand des Wissens gewährleistet ist • Vertiefung der Fähigkeiten in Kommunikation und Managementaufgaben • Erfahrungsaustausch mit Mitgliedern anderer Hygieneteams regional und bei Bedarf auch national und international • aktive Mitarbeit in Krankenhaushygiene-Arbeitsgruppen des eigenen Bundeslandes, in Österreich und, wenn sich die Möglichkeit ergibt, auch grenzüberschreitend

Quelle: BMSGPK (2024c)

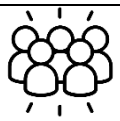
Tabelle 5: Fakultative Aufgaben des Hygieneteams

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

Quelle: BMSGPK (2024c)

Urheber- und Rechteangaben Symbolbilder

Die im vorliegenden Dokument verwendeten Symbolbilder (Icons) stammen aus „The Noun Project“ (https://thenounproject.com/). Nachfolgend sind für die einzelnen Symbolbilder die Urheber- und Rechteangaben betreffend die nicht kommerzielle Nutzung dargestellt.

	„Hospital“ von Larea, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/hospital-7670781/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„governance“ von MUHTADIN, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/governance-6132988/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„team“ von Marcus DeClarke, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/team-7010502/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„requirement“ von MUHAMAD KHOTIBUL UMAM, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/requirement-8127769/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„task“ von Radhika Studio, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/task-7945911/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„Gear“ von 4B Icons, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/gear-8139034/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„Laboratory “ von Icon Designer, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/laboratory-7014208/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„buildings“ von Alzam, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/buildings-4201533/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„lecture“ von heri kusyanto, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/lecture-7357316/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„team“ von Andi Nur Abdillah, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/team-8158095/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„documents“ von Creative Mahira, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/documents-8130059/ [Zugriff am 24.11.2025]

	„cooperation“ von Arkinasi, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/cooperation-7544050/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„washing hands“ von Ajik Sugeng, Lizenz: CC BY-3.0 Attribution License https://thenounproject.com/icon/washing-hands-8243420/ [Zugriff am 25.02.2026]
	„Hospital“ von Cattaleeya Thongsriphong, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0 https://thenounproject.com/icon/hospital-3906441/ [Zugriff am 24.11.2025]
	„monitoring“ von Sugiman, Lizenz: Creative Commons CC BY 3.0 https://thenounproject.com/icon/monitoring-8103286/ [Zugriff am 24.11.2025]

Quelle: https://thenounproject.com; Darstellung: GÖG