



## Die Krankenhaushygieneverordnung Baden-Württemberg

Handlungsbedarf für die Krankenhäuser

Ursula Ungerer

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft

# Krankenhaushygieneverordnung



- I. Überblick
- II. Handlungsbedarf Hygienefachpersonal
- III. Handlungsbedarf Hygienekommission
- IV. Aufzeichnungspflichten Krankenhaus
- V. Berücksichtigung von „Ergebnis“-Qualität
- VI. Handlungsbedarf Fortbildung
- VII. Sanktionen

# I. Überblick



## Was bringt Krankenhaushygieneverordnung nicht?

- Keine Regelungen zum Screening und zur Sanierung, allerdings genereller Verweis auf KRINKO-Empfehlungen
- **Keine Finanzierungsregelungen**
- Keine Regelungen zum Einsatz von Antibiotika



Krankenhaushygieneverordnung ist ein Baustein, aber nicht die Lösung des Problems

# I. Überblick

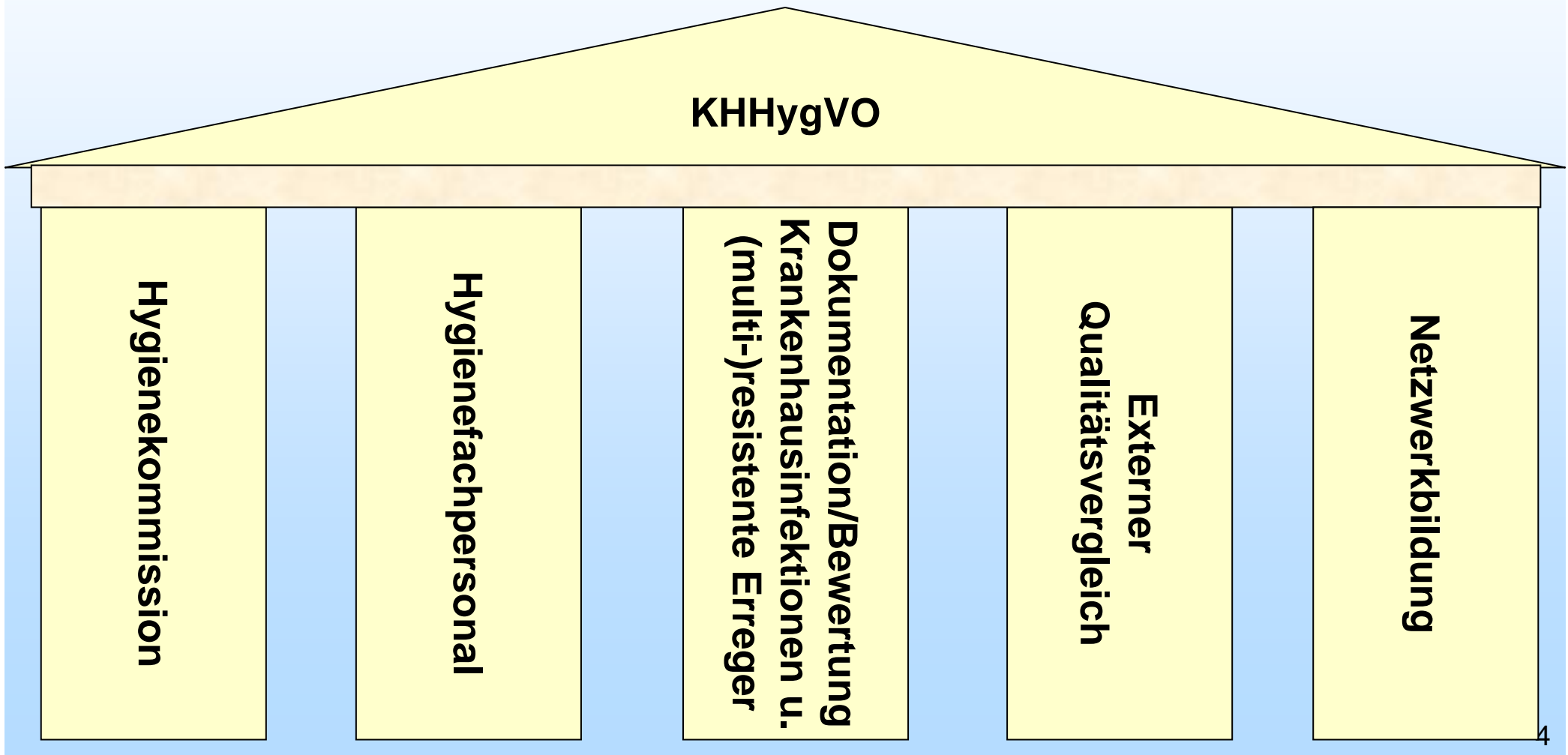


- Schon vor der Krankenhaushygieneverordnung gab es Regelungen zur Hygiene.
  - § 30a LKHG – erforderliche Maßnahmen zur Bekämpfung von Krankenhausinfektionen sind zu treffen, anerkannte Regeln zu beachten
  - § 36 IfSG – Kliniken müssen in einem Hygieneplan innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen
  - § 23 IfSG – Aufzeichnungspflichten nosokomiale Infektionen und resistente Erreger
  - KRINKO-Richtlinien
- KrankenhaushygieneVO bringt
  - Konkretisierungen und „Anbau“ neuer Elemente
  - geänderte Verbindlichkeit
  - Sanktionsregelungen

# I. Überblick



## „Pfeiler“ der Krankenhaushygieneverordnung



## II. Handlungsbedarf Hygienefachpersonal



### Krankenhaushygieniker

- Bedarf und Grad der Bedarfsdeckung feststellen
- Niedrigrisiko-Kliniken (insbes. im Bereich Psychiatrie, Reha):  
Prüfung, ob Ausnahmeantrag beim Gesundheitsamt gestellt wird,  
Folge: Hinzuziehung nur im Akutbedarf erforderlich
- Prüfen, ob Qualifizierung eines Mitarbeiters möglich ist  
Übergangsfrist bis 24.12.2013
  - Bis dahin sollen qualifizierende Weiter- oder Fortbildungsmaßnahmen abgeschlossen werden
  - ⇔ in begründeten Ausnahmefällen können Gesundheitsämter ausnahmsweise Frist über den 24.12.2013 hinaus verlängern.

## II. Handlungsbedarf Hygienefachpersonal



### Krankenhaushygieniker

- Möglichkeit externer Hygieniker als Berater prüfen
  - dabei gilt: besser zu kleiner Beratungsumfang als keiner
  - ggf. Abschluss eines Kooperationsvertrags mit einer andern Klinik, Teilanstellung oder Vereinbarung mit einem freiberuflichen Krankenhaushygieniker
- Stellenausschreibung
- Vergebliche Bemühungen dokumentieren, um ggf. „Unmöglichkeit“ nachweisen zu können.
  - Kontakt mit GA empfiehlt sich!

## II. Handlungsbedarf Hygienefachpersonal



### Hygienebeauftragter Arzt

- Bestandsaufnahme, in welchen Abteilungen bereits ein hygienebeauftragter Arzt bestellt ist und wo noch einer fehlt
- Ggf. Benennung (zusätzlicher) hygienebeauftragter Ärzte
- Ggf. Beantragung von Befreiungen



## II. Handlungsbedarf Hygienefachpersonal



### Hygienebeauftragter Arzt

- Sofern ein Arzt benannt wird, der noch nicht über die erforderliche Qualifikation verfügt, ist er zur Fortbildung zu schicken
  - Bis zum 24.12.2013 soll die Fortbildungsmaßnahme abgeschlossen sein.
  - ⇔ in begründeten Ausnahmefällen können Gesundheitsämter eine Ausnahme zulassen.
- Die Benennung zum hygienebeauftragten Arzt hat keine direkte Vergütungsrelevanz
- Freistellungsanspruch ist zu berücksichtigen

## II. Handlungsbedarf Hygienefachpersonal



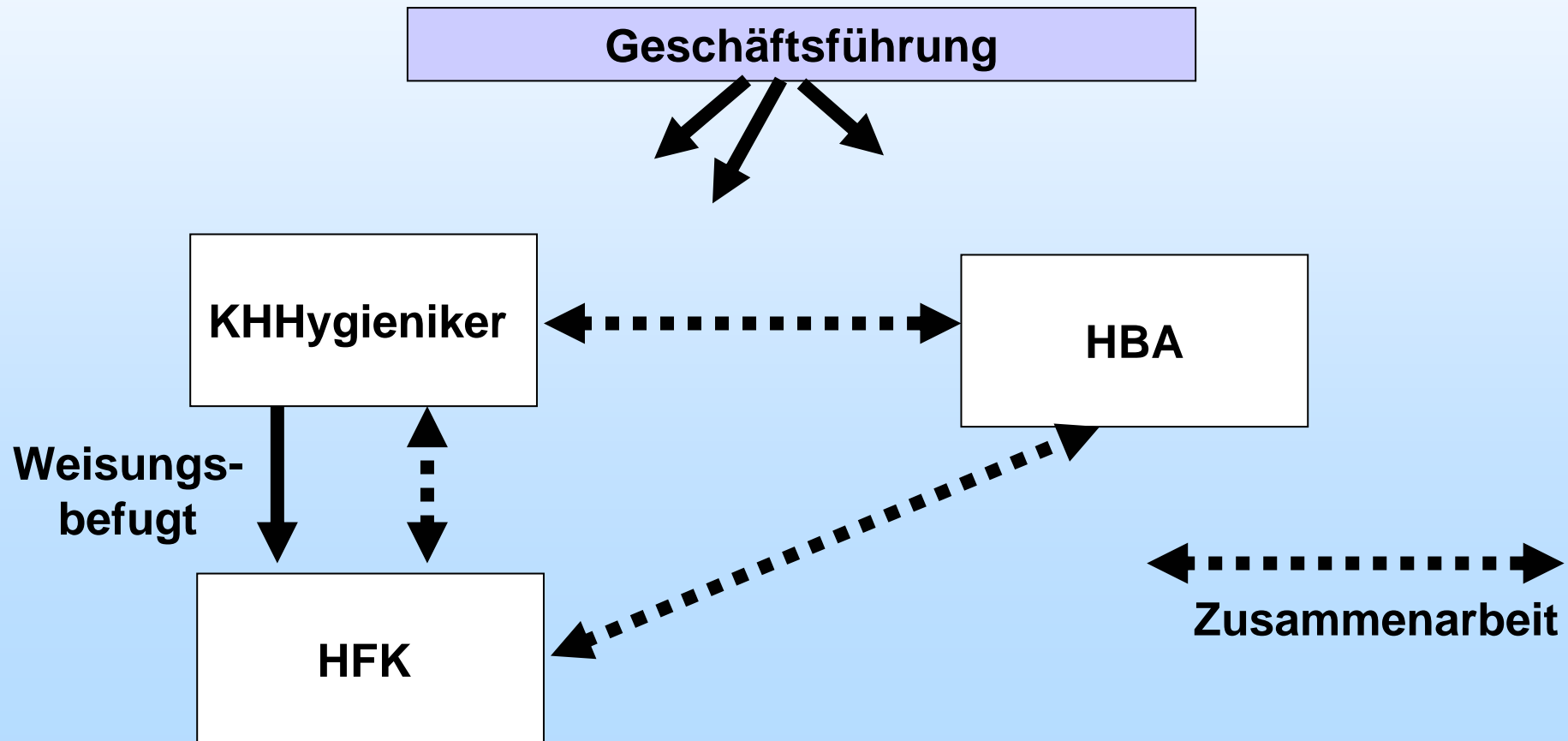
### Hygienefachkraft

- Bestandsaufnahme und Bedarfsberechnung
- Auch Niedrigrisikokliniken brauchen HFK
- Nachqualifizierung von Personen, die HFK-Funktion zum 24.12.2010 ohne entsprechende Qualifikation ausgeübt haben
- Ggf. Personalsuche
- Bis zum 24.12.2013 möglich:  
Bei erfolgloser Suche (dokumentieren!), Benennung von Mitarbeitern, die Qualifizierungsmaßnahme beginnen, als HFK (vorausgesetzt, mind. 1 qualifizierte HFK ist vorhanden).

## II. Handlungsbedarf Hygienefachpersonal



### Festlegung der Aufgabenverteilung



## II. Handlungsbedarf Hygienefachpersonal



### Festlegung der Aufgabenverteilung

- Aufgaben des Hygienefachpersonals sind in § 3 Abs. 2 KHHygVO festgelegt.
- Es handelt sich um einen „Gesamtaufgabenkatalog“, der keine Aufteilung auf die unterschiedlichen „Gruppen“ des Hygienefachpersonals vornimmt.
- Die Aufteilung der Aufgaben ist krankenhausspezifisch von der Krankenhausleitung festzulegen.
- Hierbei kann (muss aber nicht) die KRINKO-Empfehlung herangezogen werden.

## II. Handlungsbedarf Hygienefachpersonal



### Festlegung der Aufgabenverteilung

- Wenn es keine grundlegenden Änderungen bei Art und Anzahl des Hygienefachpersonals gibt:  
Nur Erfordernis der Überprüfung, ob alle genannten Aufgaben bereits wahrgenommen werden  
→ im Bedarfsfall ergänzende Festlegungen
- Wenn es grundlegende Änderungen beim Hygienefachpersonal gibt (z.B. Beschäftigung eines KHHygienikers):  
Neufestlegung der Aufgabenbereiche erforderlich

## II. Handlungsbedarf Hygienefachpersonal



### Festlegung der Aufgabenverteilung

- Im Hygieneplan sind die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen
- Eine neue Aufgabenaufteilung des Hygienefachpersonals muss also auch **im Hygieneplan** berücksichtigt werden!
- Die Hygienekommission ist bei der Aufstellung und Änderung des Hygieneplans beratend hinzuziehen

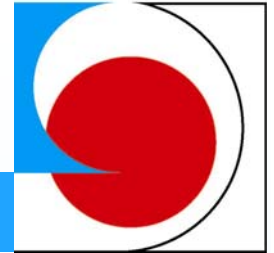
## II. Handlungsbedarf Hygienefachpersonal



### Handlungsbedarf

- Geschäftsführung (bzw. beauftragte Person) muss Bestandsaufnahme von der bestehenden Aufgabenverteilung machen
- Abgleich mit KHHygieneverordnung (§ 3 Abs. 2)
- Neue Aufgabenverteilung unter Berücksichtigung des künftigen Hygienefachpersonals, klare Abgrenzung der Aufgaben
- Wenn es wegen Befreiung keinen Krankenhaushygieniker gibt, wird die HFK die Hauptverantwortung tragen müssen
- Einbindung der Hygienekommission bei der neuen Aufgabenverteilung (event. Einrichtung einer Arbeitsgruppe)

### III. Handlungsbedarf Hygienekommission



Mitglieder der Hygienekommission	
Ärztlicher Direktor	Zwingend
GF/Verwaltungsleiter	Zwingend
PDL	Zwingend
Krankenhausthygieniker	Zwingend
Hygienebeauftragte Ärzte	Zwingend
Hygienefachkräfte	Zwingend
Krankenhausapotheker	Zwingend
Beratende Hinzuziehung	
Betriebsarzt	Optional – bei Bedarf
Technischer Leiter	Optional – bei Bedarf
Hauswirtschaftsleitung	Optional – bei Bedarf
Weitere Personen	Optional – bei Bedarf



## III. Handlungsbedarf Hygienekommission



- Hygienekommission ist **zwingend** einzurichten  
→ Gilt für alle Kliniken, also auch z.B. Rehakliniken
- Bei schon bestehender Hygienekommission:  
Überprüfung der Zusammensetzung
- Bei fehlender Hygienekommission:  
Umgehende Einrichtung erforderlich,  
Hygienekommission muss bis spätestens 24.06.2011 tagen

## III. Handlungsbedarf Hygienekommission



- Befassung mit grundsätzlichen Angelegenheiten, die die Krankenhaushygiene betreffen
- Beratung der Krankenhausleitung oder der von ihr beauftragten Person bei der Erstellung und Fortschreibung des Hygieneplans
- Festlegung eines Fortbildungsplans Hygiene für das KHPersonal
- Leitung durch ärztlichen Direktor
- Sitzung bei Bedarf, mindestens **halbjährlich**
- Sitzungsergebnisse sind schriftlich zu dokumentieren
- **Gesundheitsamt hat auf Verlangen Einsichtsrecht in Sitzungsergebnisse.**

## III. Handlungsbedarf Hygienekommission



- Für Niedrigrisiko-Kliniken wie insbesondere
  - Krankenhäuser der Psychiatrie und Psychotherapie
  - Vorsorge- und Rehabilitationskrankenhäuser

### **Erleichterungsmöglichkeit** durch

- die Herabsetzung der Sitzungsfrequenz und
  - Abweichungen von der Zusammensetzung
- Setzt Antrag und Entscheidung durch das GA voraus.

## III. Handlungsbedarf Hygienekommission



### Handlungsbedarf

- Überprüfung der Besetzung einer schon bestehenden Hygienekommission
- Einrichtung einer Hygienekommission, falls es noch keine gibt
- Bei Niedrigrisiko-Kliniken ggf. Beantragung der Erleichterungen
- Tagung der Hygienekommission bis spätestens 24.06.2011
- Überprüfung und ggf. Anpassung der Aufgaben der Hygienekommission

## IV. Aufzeichnungspflichten Krankenhaus



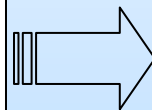
### Nosokomiale Infektionen

#### Krankenhausinfektionen (nosokomiale Infektionen)

##### Infektionsschutzgesetz

**Aufzeichnungspflicht (§ 23 IfSG)**

**Meldepflicht beim  
Gesundheitsamt  
bei gehäuftem Auftreten  
(§ 6 Abs. 3 IfSG)**



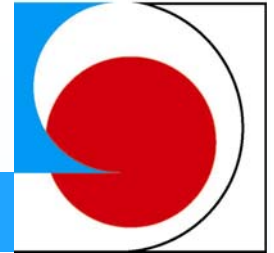
##### § 9 KHHygVO

- Erreger
- Klinische Diagnose der verursachten Erkrankung
- Diagnose Grunderkrankung
- Soweit möglich Infektionsquelle und -weg

**+**

**Meldepflicht des Stationsarztes  
bei Krankenhausinfektionen  
sowie gehäuftem Verdachtsfällen  
an zuständiges H.-Fachpersonal**

## V. Aufzeichnungspflichten Krankenhaus



### Nosokomiale Infektionen

#### § 23 IfSG

Die vom RKI festgelegten nosokomialen Infektionen sind fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen und zu bewerten.

#### KHHygieneVO

Aufzeichnung- u. Bewertung entsprechend den Falldefinitionen des RKI, mit mind. folgenden Angaben

- Infektionserreger
- Klinische Diagnose der verursachten Erkrankung
- Diagnose der Grunderkrankung
- Infektionsquelle und -weg, soweit bekannt, bei Ausbrüchen Pflicht zur sorgfältigen Nachforschung

# V. Aufzeichnungspflichtigen Krankenhaus



## Nosokomiale Infektionen

**RKI – Liste der zu erhebenden nosokomialen Infektionen**  
(Bundesgesundheitsblatt 2000, S. 887):

- Postoperative Wundinfektionen (der häufigsten mit einem nosokomialen Infektionsrisiko belasteten Operation)
- Katheterassoziierte Septikämien
- Beatmungsassoziierte Pneumonien
- Katheterassoziierte Harnwegsinfektionen

***„mindestens eine der genannten nosokomialen Infektionen“***

# V. Aufzeichnungspflichten Krankenhaus



## Nosokomiale Infektionen

- Aufzeichnungspflichten (wie auch § 23 IfSG) gelten **nur** für **Krankenhäuser**, nicht für Reha-Einrichtungen
- Erheblicher Mehraufwand durch erweiterte Aufzeichnungspflicht
  - Diagnose wird durch Arzt gestellt
  - mikrobiologische Befunde, die Aufschluss darüber geben, ob es sich um nosokomiale Infektion handelt, werden i.d.R. von den HFK ausgewertet
  - Zusammenführung der Informationen muss i.d.R. retrospektiv durch die HFK erfolgen, unter Hinzuziehung der Patientenakte





## Nosokomiale Infektionen

- Sehr zeitaufwändig
- Beschränkung (vorerst) auf eine nosokomiale Infektion möglich?

*„mindestens eine der genannten nosokomialen Infektionen“*

- Interpretation BWKG: Auch die erweiterte Dokumentation nach § 9 Abs. 2 kann sich vorerst auf eine der genannten nosokomialen Infektionen beschränken
  - ⇔ HFK sollen auch ausreichend Zeit für ihre anderen Aufgaben haben

# V. Aufzeichnungspflichtigen Krankenhaus



## Nosokomiale Infektionen

- Ziel der erweiterten Dokumentationspflicht ist ein Feedback zur Verbesserung des Hygienemanagements
  - durch die Ursachenforschung sollen gezieltere Maßnahmen gegen die Infektionsquellen ergriffen werden können bzw. die Effektivität von Maßnahmen überprüft werden
- Setzt eine sorgfältige Umsetzung voraus

# V. Aufzeichnungspflichtigen Krankenhaus



## Nosokomiale Infektionen

### ➤ Infektionsquelle und Infektionsweg

→ soweit bekannt

→ Nachforschungspflicht bei „örtlicher und zeitlicher“ Häufung

Nach § 6 Abs. 3 IfSG ist beim gehäuften Auftreten nosokomialer Infektionen mit vermutlich epidemischem Zusammenhang eine Meldung an das GA zu machen

GA kann prüfen, ob KH der Nachforschungspflicht nachkommt

# V. Aufzeichnungspflichten Krankenhaus



## Nosokomiale Infektionen

- Unverzügliche **Meldepflicht der Stationsärzte** für
  - Nosokomiale Infektionen und
  - N.I.-Verdachtsfälle nach Art und zeitlichem Auftretenentsprechend den hausintern festgelegten Zuständigkeiten
- § 23 IfSG-Listen werden in der Regel durch HFK betreut, die über die Labore über die mikrobiologischen Befunde informiert werden
- Meldepflicht der Stationsärzte wird vor allem auch bei symptomatisch diagnostizieren NI relevant sein

# V. Aufzeichnungspflichten Krankenhaus



## Erreger mit speziellen Resistenzen

§ 23 IfSG

Die vom RKI festgelegten Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sind fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen und zu bewerten.

KHHygieneVO

Keine ergänzende konkretisierende Regelung zur Aufzeichnung.

# V. Aufzeichnungspflichtigen Krankenhaus



## Erreger mit speziellen Resistenzen

**RKI – Liste der zu erhebenden Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (BGBI. 2000, S. 887):**

- Staphylococcus aureus  
*Vancomycin, Oxacillin, Gentamicin, Chinolon Gr. IV, Teicoplanin, Quinupristin/Dalfoprisitin*
- Staphylococcus pneumoniae ...
- Escheria ....
- .....

# V. Aufzeichnungspflichten Krankenhaus



## Bewertung der Aufzeichnungen

Erweiterte Aufzeichnungen zu den Nosokomialen Infektionen

§ 23 IfSG-Aufzeichnungen zu den speziellen Resistenzen

**Bewertung der gesammelten Daten durch den Krankenhaushygieniker**

- ggf. klinik-, abteilungs- oder fachbereichsbezogen
- unter Berücksichtigung von Risikofaktoren

**Regelmäßige Vorlage** der Ergebnisse bei der Krankenhausleitung und der Hygienekommission

**Bei Gefahr in Verzug** Meldung an den ärztlichen Direktor oder dessen Stellvertreter

# V. Aufzeichnungspflichten Krankenhaus



## Handlungsbedarf

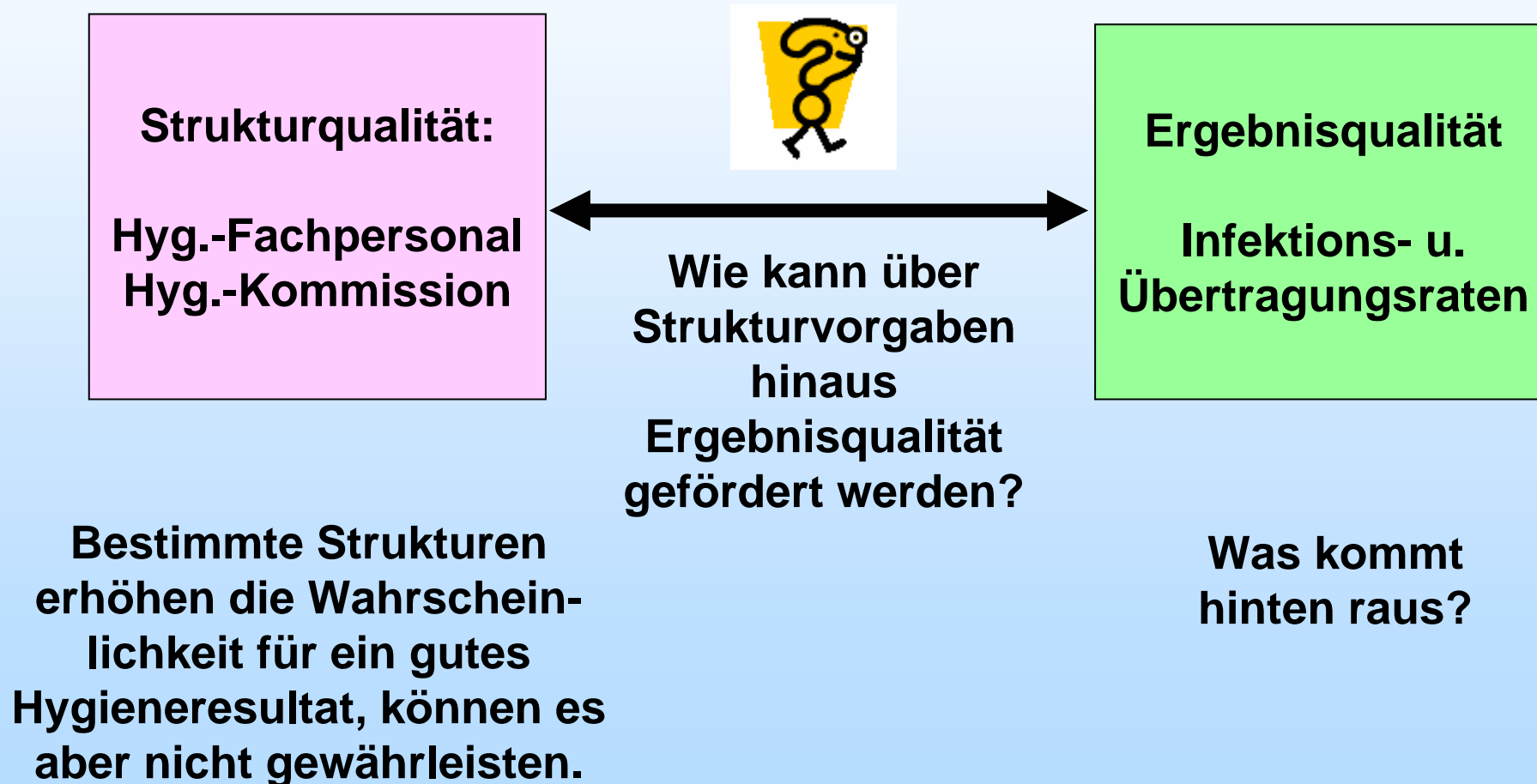
- Abgleich der bisherigen Aufzeichnung von N.I. mit den neuen Anforderungen
- Festlegung, welche N.I. im Krankenhaus dokumentiert werden. Hierbei sollte Hygienekommission einbezogen werden.
- Aufstellung von internen Verfahrensanweisungen zur Aufzeichnung und zu den Meldewegen (sowohl Routine als auch bei dringendem Handlungsbedarf)



## VI. Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität



### Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität



## VI. Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität



### Wie lässt sich Ergebnisqualität feststellen?

- Aufzeichnungen nach § 23 IfSG als möglicher Indikator
- Eine vergleichende Bewertung ist allerdings sehr schwierig
  1. wegen den sehr unterschiedlichen **Risikostrukturen**
  2. wegen unterschiedlicher **Dokumentationsqualität**
  3. wegen unterschiedlichem „**Such**“-Verhalten

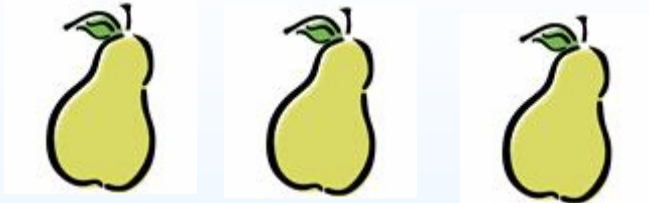
## VI. Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität



- Wer mehr untersucht, findet mehr
  - „Paradox“, dass z.B. MRSA bei verstärktem Screening erst einmal zunimmt
- Eine unbewertete Veröffentlichung der Zahl der N.I. bzw. des Anteils der resistenten Keime in den Isolaten ist nicht geeignet, Hygienequalität abzubilden.
- Solange nicht alle Krankenhäuser nach den gleichen Vorgaben und dem gleichen Verfahren screenen, wird es erhebliche statistische Verzerrungen geben.

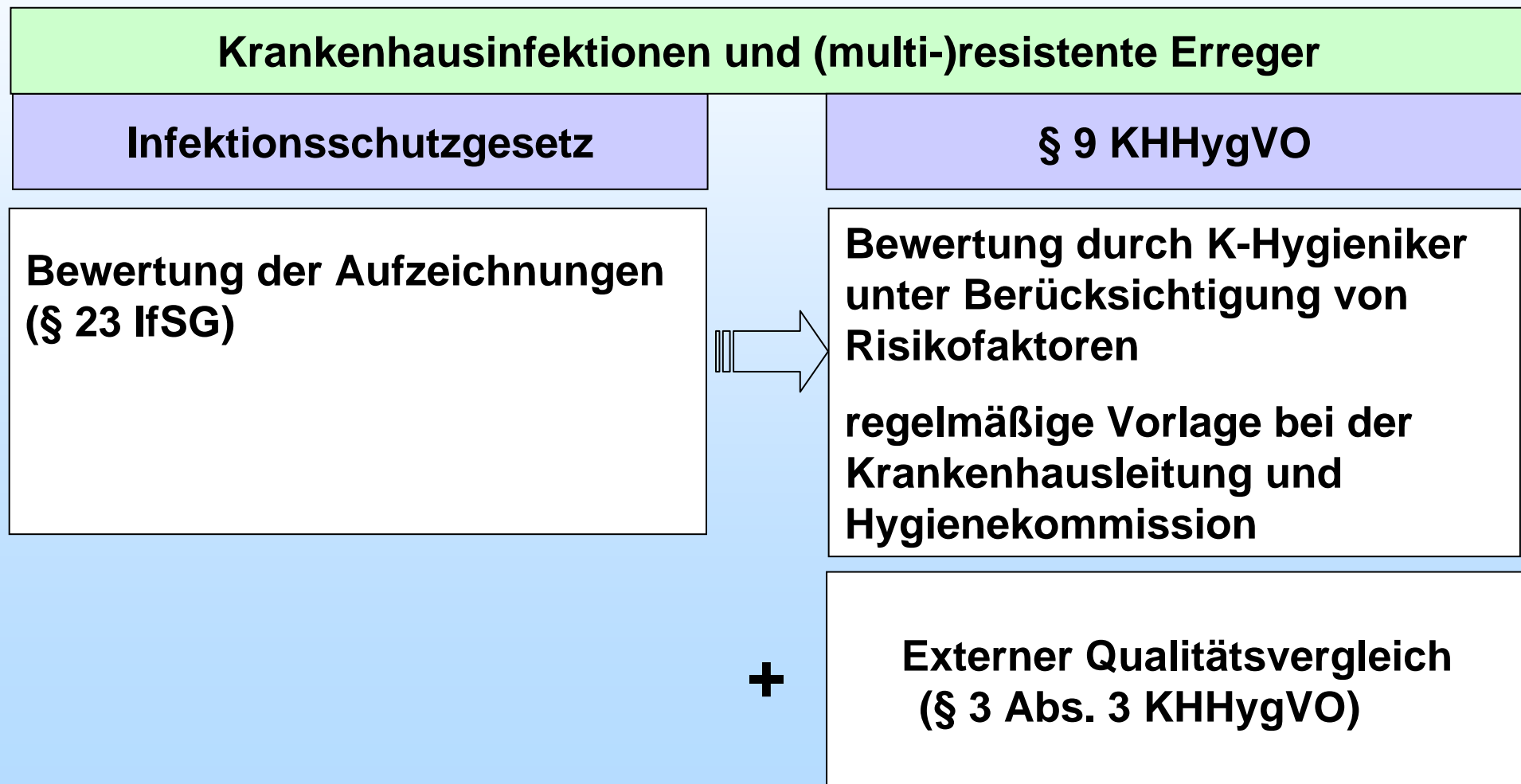


## VI. Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität

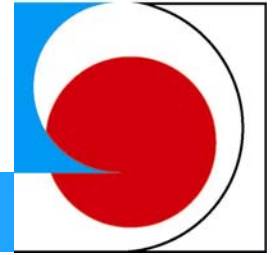


- Risikoadjustierung und Bildung von Vergleichsgruppen erforderlich.
- Wichtig: Die langjährige Beobachtung der **internen** Entwicklung, um Veränderungen zu erkennen u. den Ursachen nachzugehen  
→ Verpflichtung zur Bewertung der Aufzeichnungen (§ 9 Abs. 4)
- Nächster Schritt: Externer Vergleich, möglichst unter Bildung von Vergleichsgruppen  
→ Pflicht, mit den Aufzeichnungen nach § 23 IfSG an einem **externen Vergleich** mit anderen Krankenhäusern teilzunehmen (§ 3 Abs. 3)

## VI. Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität



## VI. Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität



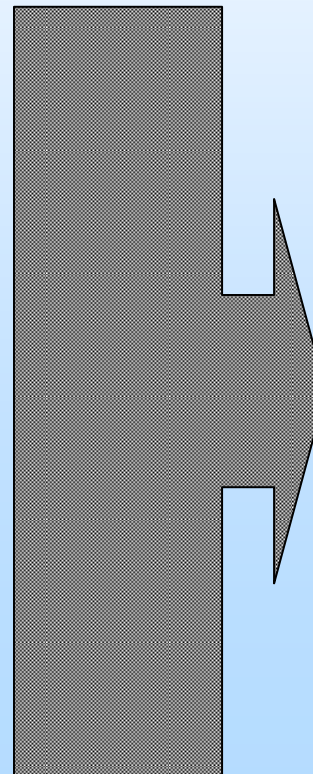
### Krankenhausinfektionen und (multi-)resistente Erreger

#### § 9 KHHygVO

**Bewertung durch K-Hygieniker  
unter Berücksichtigung von  
Risikofaktoren**

**regelmäßige Vorlage bei  
Krankenhausleitung und  
Hygienekommission**

**Externer Qualitätsvergleich  
(§ 3 Abs. 3 KHHygVO)**



**Einbeziehung bei  
Feststellung des  
Bedarfs an  
Hygienefach-  
personal durch KH-  
Leitung (§ 2 Abs. 3  
KHHygVO)**

## VI. Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität

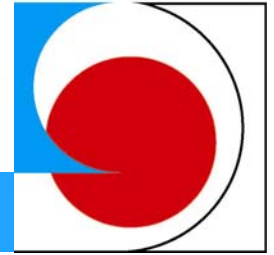


### Externer Qualitätsvergleich

#### § 3 Abs. 3 Satz 1 KHHygVO

„Das Krankenhaus ist (...) verpflichtet, mindestens **einmal jährlich** (...) für **mindestens eine** nosokomiale Infektion oder einen Erreger mit speziellen Resistenzen oder Multiresistenzen eine Bewertung der Aufzeichnungen nach § 23 Abs. 1 Satz 1 IfSG mittels **Durchführung eines externen Qualitätsvergleichs** mit anderen Krankenhäusern zu den Aufzeichnungen nach § 23 Abs. 1 Satz 1 IfSG vorzunehmen.“

## VI. Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität



### Externer Qualitätsvergleich

Als externer Qualitätsvergleich kommen in Frage:

- Teilnahme am GeQiK-Landesverfahren MRSA (verpflichtend)
- Teilnahme an MRSA-KISS (freiwillig)
- Gemeinsame Schaffung eines neuen Verfahrens mit anderen Krankenhäusern (Netzwerk-Benchmark)
- Irgendwann: Teilnahme an einem bundesweit verpflichtenden Verfahren?



## VI. Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität



### Externer Qualitätsvergleich

- Bislang muss jeder Qualitätsvergleich ein „Näherungsversuch“ bleiben, da keine verbindliche Regelung zum Screening
- Ziel: Verortung in der Gesamtlandschaft
- **GeQiK-Landesverfahren** erlaubt nach individueller Klärung mit dem teilnehmenden Krankenhaus eine differenzierte Bewertung durch die Arbeitsgruppe MRSA  
(Möglichkeit der Berücksichtigung des Angebotsprofils, der Einweiserstruktur und der Screeninghäufigkeit)

## VI. Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität



### Externer Qualitätsvergleich

- Nähere Informationen zum Landesverfahren:

[www.geqik.de](http://www.geqik.de) (Landesverfahren MRSA)

- Halbjährliche Erhebung folgender Kennzahlen:
  - Anzahl von Patienten mit Nasenabstrich : Gesamtzahl Patienten
  - Anzahl Erstnachweis : Gesamtzahl Patienten
  - nosokomiale Bewertung : Anzahl Erstnachweis

## VI. Berücksichtigung von „Ergebnis“- Qualität



### Handlungsbedarf

- Geschäftsführung sollte sich regelmäßig die bewerteten Aufzeichnungen zu den N.I. und den resistenten Keimen vorlegen lassen.
- Eine Beratung der o.g. Ergebnisse in der Hygienekommission ist zwar nicht ausdrücklich geregelt, aber wohl als Befassung mit grundsätzlichen Angelegenheit der Krankenhaushygiene zu werten und dringend zu empfehlen.
- Das Gleiche gilt für die Ergebnisse des externen Vergleichs.
- Ergebnisse als Entscheidungs- und Steuerungsgrundlage nutzen.

## VI. Handlungsbedarf Fortbildung



### Fortbildung des Hygienefachpersonals

- betrifft alle Einrichtungen
- Das Hygienefachpersonal ist verpflichtet, sich regelmäßig in den aktuellen Erkenntnissen der KHHygiene fortzubilden
- Teilnahme an Fortbildungen erforderlich (§ 8 Abs. 2)
- Bei Mitarbeitern: Freistellung sowie Finanzierung von angemessenen Fortbildungen
- Bei freien Mitarbeitern: Regelung der Fortbildungspflicht im Vertrag

## VI. Sanktionen



### Fortbildung des Krankenhauspersonals

- Betrifft alle Einrichtungen
- Regelmäßige Fortbildung des Krankenhauspersonals über Grundlagen und Zusammenhänge der KHHygiene (z.B. zur korrekten Händehygiene)
- Keine näheren Vorgaben zum Umfang der Fortbildung
- Aber: **Notwendigkeit der Festlegung** in einem **Fortbildungsplan**, den die Hygienekommission beschließt
- Hausinterne Fortbildungen sollen vornehmlich die HFKs übernehmen, hygienebeauftragte Ärzte sollen mitwirken.

## VII. Sanktionen



- KHHygieneVO selbst enthält keine Bußgeldregelung
- Aber Vorsicht: **§ 39 Landeskrankenhausgesetz:**
  - Das Regierungspräsidium (bei Gefahr im Verzug das Gesundheitsamt selbst) kann bei Verstößen gegen die KHHygieneVO die erforderlichen **Anordnungen** treffen
  - Die Anordnungen können mit den Mitteln des Verwaltungszwanges (**Ordnungsgeld** und **Ordnungshaft**) durchgesetzt werden.

