

## HGe-Competence, Genseberger & Partner KG

1. Stellungnahme Hygiene
2. Stellungnahme Genseberger, Gössler, Sauseng
3. Übermittlung Stellungnahme im Auftrag von Herrn Grauf.

Stainz, 06.12.2024

## STELLUNGNAHME

*Begutachtung; GZ.: ABT08-105874/2024-307*

Die Gesellschaft orientiert sich nach wiederkehrenden Zusicherungen der Politik, an ein „**Altern in Würde**“.

Um dieses gesellschaftliche Versprechen am vulnerabelsten Teil der Bevölkerung einzulösen, bedarf es entsprechender gesetzlicher Regelungen, welche die Grundvoraussetzung für weitere Ausrichtungen stellen.

Wir begrüßen die diesbezüglichen Novellierungen und dürfen nachfolgende Anregungen einbringen.

### **1. Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom [...] über die Errichtung und den Betrieb von Pflegewohnheimen und Pflegeplätzen nach dem Steiermärkischen Pflege- und Betreuungsgesetz (Steiermärkische Pflegewohnheimverordnung – StPWHVO)**

#### **§2**

#### **Bewohnerinnen-/Bewohnerzimmer**

**(3)** *Die Eignung des Zimmers ist gegeben,...*

Ergänzend zur Aufzählung ist der Bedarf einer adäquaten Lagerungsmöglichkeit für **persönliche Lebensmittel und Speisen, welche einer Kühlung bedürfen (Kühlschrank)** zu schaffen.

Dieses Kriterium dient neben der persönlichen Ausrichtung für Bewohner/Bewohnerin zudem der unmittelbaren Lebensmittelsicherheit.

Hierzu könnte dies

- a) im Zimmer vorgesehen werden oder zumindest,
- b) in allgemein zugänglichen, aber separiert ausgeführten bewohnerbezogenen Kühlfächern erfolgen.

Dieses Kriterium dient neben der persönlichen Ausrichtung der Bewohner/Bewohnerinnen der unmittelbaren Lebensmittelsicherheit.

**(4) Die Eignung der Nasszelle ist gegeben,...**

Die Mindestraumgröße ist hierzu nicht ausgewiesen. Bis dato wird in der Raumgröße der Nasszelle kein Unterschied zwischen Ein- oder Zweibettzimmer gemacht, welche neben der Nutzung von zwei Personen und Einsatz (Lagerung) doppelter Hilfsmittel auch pflegerelevante Einschränkungen mit sich bringt. **Die gegenwärtige Raumgröße der Nasszellen von Zweibettzimmer ist auf die diesbezügliche räumliche Nutzung zweier Personen anzupassen.**

Die unter 4. c) angeführte Abstellfläche für Pflegeutensilien, ist für bewohnerbezogene persönliche Produkte ausgerichtet. Die **Ergänzung für eine zusätzliche Ablage für Pflegehilfsmittel**, welche allgemein gebraucht werden, wie für Handtücher, Waschlappen, Einmalhandschuhe usw. ist zur Sicherung der Prozessqualität in der Pflege und Hygiene unabdingbar.

### § 3

#### Pflegestützpunkt

**2.- 4.** Die Themen zur **Medikamentensicherheit** (Temperaturen, Fehler in der Dispensierung usw.) **erfordern adäquate Rahmenbedingungen**, welche in einem eigenen dafür vorgesehenen Raum (**Medikamentenraum**) mit Klimatechnik, den Zweck erfüllen. Dieses Kriterium stellt neben der Hygiene vor allem einen pflegetechnisch-relevanten Sicherheitsaspekt.

**Vorkehrungen für den Notfall sind ergänzend anzuführen:** Notfalleinheit/Notfallkoffer mit Inventar (insb. Verabreichung von Sauerstoff).

Anmerkung: Zur Erfüllung der Anforderungen des §14a (2)3 muss eine Sauerstoffflasche mit Regelventil (Durchflussmesser: mind. 15L/min) zur Verfügung stehen. Für jegliche Art der Sauerstoffversorgung gem. §14a (2) 3 ist die S3-Leitlinie Sauerstoff in der Akuttherapie beim Erwachsenen einzuhalten.

### § 4

#### Pflegebad

Die Auflistung wäre zu ergänzen: Es sind Maßnahmen zur **Wahrung der Intimsphäre** z.B. Blickschutz bei Betreten des Pflegebades (bspw. Paravent) zu sichern.

### § 6

#### Räume für Zwecke der Kommunikation

**(1)** Zumindest diese Räume sind, **aufgrund der klimatischen Veränderungen klimatisiert auszuführen bzw. mit Sonnenschutz auszustatten.**

### § 9

#### Pflege- und Betreuungskonzept

**Z 3.** Hierzu ist die Anführung zu den **SOPs** zumindest, um die Themen des **Notfalles und der Rufbereitschaft** (eine Dienstform mit hohem Risiko- und Gefährdungspotential) **zu ergänzen.**

Es fällt auf, dass **Konzepte und/oder SOPs zur Übergangspflege** und wäre als solches noch anzuführen.

## § 10 Krisenvorsorgekonzept

Zur Erfüllung der unter **(2) 1** angeforderten Festlegung sind:

- a) Ein **ausgearbeitetes Krisenvorsorgekonzept sowie ein Katastrophenschutzplan** für die Einrichtung anzufertigen und mit den zuständigen Gemeinden /Katastrophenschutzreferenten abzustimmen.
- b) Eine **Ausbildung zum Krisenkoordinator (KriKo)** für Pflegeheime zu absolvieren. Diese Ausbildung umfasst **mindestens 32 Unterrichtseinheiten**. Diesbezügliche Belege sind der Behörde zu übermitteln.

*2. Maßnahmenpläne für den Betrieb der Einrichtung in den in Abs. 1 genannten Fällen insbesondere betreffend medizinischer Versorgung, Pflege und Betreuung (Personalplanung), Versorgung der Bewohnerinnen/Bewohner (Wasser, Lebensmittel, Medikamente, Hygieneartikel, Wäsche) und Entsorgung (Abfall, Schmutzwäsche) sowie Beschäftigung und persönliche Sicherheit (z.B. Zutrittsmanagement);*

Gebotene Änderungen in diesem Absatz wurden als solche **Mustertext** gekennzeichnet.

Krisenvorsorgekonzept und Katastrophenschutzplan der jeweiligen Einrichtung sollten durch einen unabhängigen zertifizierten Experten (z.B. Sachverständiger für Krisen- und Katastrophen oder anderweitige adäquate Qualifikation) für die jeweilige Einrichtung abgenommen werden. **Ein Gutachten bzgl. Umsetzbarkeit des Krisenkonzeptes und des Katastrophenschutzplanes ist zu erstellen und der überprüfenden Behörde vorzulegen.**

Standard Operating Procedures (**SOP**) zu Gefahrenlage, **nach vorangegangener Risikobeurteilung**, insbesondere im Rahmen von spontan eintretenden Notfällen und Krisen, wie: Abgängigkeiten von Bewohner/Bewohnerin, psychiatrischer Notfall, selbstverletzendes Verhalten, Bedrohung und tätlicher Angriff auf Mitarbeiter\*innen, sexualisierte Gewalt, Suizid, tödlicher Unfall, Bombendrohung und ggf. weitere sind anzufertigen.

*4. Beschreibung der Vorkehrungen für eine im Katastrophen- oder Krisenfall geforderte Verlegung von Bewohnerinnen/Bewohnern.*

Standard Operating Procedures (**SOP**) zum gesamten Verlegungsprozess mit zumindest folgenden Punkten: Vorbereitung einer Verlegung, Übergabe Bewohner/Bewohnerin (Verlegungsfahrt), Übernahme durch übernehmende Einrichtung sind anzufertigen.

**(3) Für das Personal sind zumindest einmal pro Kalenderjahr Schulungen und Übungen zu den im Krisenvorsorgekonzept enthaltenen Maßnahmenplänen durchzuführen und zu dokumentieren.**

Diesbezügliche Schulungen sind durch interne und/oder externe Experten (z.B. Sachverständiger für Krisen- und Katastrophen oder anderweitige adäquate Qualifikation) durchzuführen und **die Schulungsmaßnahmen zu bestätigen. In Folge ist die Wirksamkeit der Schulungen durch die Heimleitung nachweislich zu verifizieren.**

## § 13 Leistungen und Verpflegung

**(2)** Hierzu ist der **Hinweis ‚diabetikergerechte Getränke‘** sinnvoll anzuführen.

## § 14 Leistungen der Grundbetreuung

(3) Für Betreuungsleistungen / Aktivitäten gilt:

3. b) Bezeichnung *Animation zu eigener Beschäftigung*.....überdenken. **Zielführender und aussagekräftiger wäre dies durch „Animation und Motivation“ zu ersetzen.**

(4) 1. **Sichere Pflege** als „anerkannten Mindeststandard“ **sichert kein ‚Altern in Würde‘** und ist zudem die vorgelagerte Pflegequalitätsstufe zur gefährlichen Pflege.

**ANGEMESSENE PFLEGE ermöglicht ein ‚Altern in Würde‘ und gewährleistet sichere Pflege.**

**Begründung:** Sichere Pflege, auch als „Routinepflege/Routineversorgung“ oder als „ausreichend“ benannt (Quellen können nachgereicht werden) bezieht sich lediglich auf die Gewährleistung der grundlegenden physischen sowie bedingt der sozialen Bedürfnisse („warm-satt-sauber-sicher“). Somit konzentriert sich sichere Pflege auf ‚das Mindestmaß an Qualität‘, auf die Vermeidung von Schäden, die durch Pflegefehler oder unsachgemäße Maßnahmen entstehen können. Sie umfasst weiters die Einhaltung von Standards, Richtlinien und rechtlichen Vorgaben, wie z. B. die korrekte Medikamentenverabreichung, Hygienevorschriften oder Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen.

**Sichere Pflege allein kann deshalb niemals der Mindeststandard in der Versorgung von älteren, gebrechlichen und pflegebedürftigen Menschen sein, wenn es darum geht, ein ‚Altern in Würde‘ zu sichern.**

**Angemessene Pflege** - ‚der an den/die Bewohner/Bewohnerin angepasste Pflege‘ hingegen geht über das Mindestmaß hinaus und berücksichtigt individuelle Bedürfnisse, Präferenzen sowie kulturelle Hintergründe der Betroffenen. **Angemessene Pflege** zielt auf die Steigerung der Lebensqualität ab, werden Betroffene und Angehörige grundlegend in die Pflege miteinbezogen und fordert das Konzept eine individuelle, flexible Anpassung an die Bedürfnisse der Betroffenen.

**Während sichere Pflege ein absolutes Minimum darstellt, ist angemessene Pflege der Schlüssel zu einer ganzheitlichen und menschenwürdigen Versorgung.**

### **Fehlende Ausführungen in der Verordnung bzgl. Übergangspflege nach §10 StPBG 2024**

Dazu wird in (1) dazu folgendes Ziel verfolgt.

*Die Leistung „Übergangspflege“ umfasst die vorübergehende Pflege und Betreuung von Menschen, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in einer Einrichtung gemäß Abs. 4 Pflege und Betreuung für höchstens 28 Tage in Anspruch nehmen müssen, **damit danach die Führung eines selbständigen Lebens (mit oder ohne Betreuung) im privaten Haushalt** oder die Aufnahme in eine Nachsorgeeinrichtung möglich ist.*

Es wird vorausgesetzt, dass der Gesetzgeber das primäre Ziel „**die Führung eines selbständigen Lebens (mit oder ohne Betreuung) im privaten Haushaltes**“ verfolgt und somit „Übergangspflege“ als solches inhaltlich noch zu definieren ist, welche Kriterien erbracht werden müssen um der Zielvorgabe, während der angeführten Zeitfenster, in den erforderlichen Prozessen zu folgen.

**Dazu braucht es Strukturkriterien, welche gesetzlich festgelegt werden, und sich in Folge in einem dafür speziell ausgerichteten Pflegekonzept der Bewerber/Bewerberin wiederfinden.**

## 2. Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom [...], über die Personalausstattung in Pflegeheimen (Steiermärkische Personalausstattungsverordnung 2025 – StPAVO)

### § 1 Personalschlüssel

(1) Der Schlüssel als Berechnungsmodell eignet sich nur bedingt bei **Bewohner/Bewohnerinnen mit dem Grunderkrankungsprofil der Demenz**. Auch wenn die Berechnungen der Pflegestufen entsprechen, benötigt es einen ‚Zuschlag‘, angelehnt an §3.

(2) Für die Basis der Berechnung wird eine 40 Stunden Woche, je Vollzeitdienstposten, zu Grunde gelegt. **Das Stundenausmaß des SWÖ KV könnte hier ergänzend abgebildet werden.**

(3) Die neun Wochen Frist bzgl. Abwesenheit von Fachpersonal erbringen zwei Monate Mehrarbeit durch Überstunden. Diesbezügliche Dienstplanunsicherheiten belasten das Personal und stellen einer der Hauptgründe die stationäre Langzeitpflege zu verlassen. **Eine Kürzung auf sechs Wochen wäre eine akzeptable Reduktion des Zeitfensters.**

(4) *Der Personalschlüssel kann um bis zu 10 % unterschritten werden, soweit auf Grund von angeordneten Maßnahmen gemäß dem Epidemiegesetz und weitere Krisen, wie Unwetterkatastrophen, Fachpersonal nicht im festgelegten Ausmaß zur Verfügung steht und die notwendige Pflege und Betreuung gewährleistet ist. Die Unterschreitung ist der Aufsichtsbehörde gemäß § 39 StPBG unverzüglich zu melden.*

Gebotene Änderungen in diesem Absatz wurden als solche **Mustertext** gekennzeichnet.

**Allgemein wird festgehalten**, dass der Personalschlüssel **um unterstützende Dienste der Pflege** (bewohnernahe hauswirtschaftliche Serviceleistungen sowie administrativ/organisatorische Dienste) **zu erweitern ist, somit Pflege der Kernaufgabe PFLEGE nachkommen kann.**

Anmerkung: Solange hochqualifizierte Kräfte der Pflege mit Aufgaben betraut sind, welche durch anderweitige Professionalitäten erbracht werden können, wird der Pflegemangel von den Verantwortlichen nicht (an)erkannt.

**Auch die Anführung der wirtschaftlichen Dienste, wenn auch über das Normkostenmodell berechnet, sollte zwecks Transparenz und Zusammenführung in der PAVO abgebildet sein.**

### § 8 Ausbildung zur Heimleitung

(2) Da die Zielgruppe oftmals aus anderweitigen Branchen ‚quereinsteigt‘ und Defizite zum Arbeitsfeld vorliegen ist eine **Frist zur Ausbildung binnen zwei Jahre anzustreben.**

**Abschließend ergeht der Appell an die Verantwortlichen, entsprechend § 1 (1) Z3 StPBG den Leistungsberechtigten ua. das Versprechen, diese vor Beeinträchtigung der physischen, psychischen und sozialen Interessen zu schützen, durch valide Gesetzgebungen abzubilden.**

Die gesetzlichen Vorgaben müssen den derzeitigen und zukünftigen Herausforderungen standhalten. So sollte die Chance ergriffen werden 20 Jahre Erfahrung und Erkenntnisse zu nutzen und entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, welche langfristig ihre Wirkung erbringen das eingangs festgelegte Ziel zu erfüllen.

Die Hygiene, welche als ein wesentlicher Teil zur Gesunderhaltung der Bewohner/Bewohnerinnen beiträgt, wird anhand der Spezialexpertise von *Hannelore Genseberger* in einer gesonderte Stellungnahme rückgemeldet.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im Rahmen der Stellungnahme unsere konstruktiven Vorschläge zu den vorliegenden Verordnungsentwürfen darlegen zu können und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

DGKP **Hannelore Genseberger**, MSc m.p.

Prof. PhDr. **Klaus P. SAUSENG**, BSc, MBA m.p.

DGKP **Waltraud Gössler**, MSc, MBA m.p.

### Stellungnahme eingebracht durch

Prof. PhDr. **Klaus P. SAUSENG**, BSc, MBA

DGKP **Hannelore Genseberger**, MSc

DGKP **Waltraud Gössler**, MSc, MBA

*(Master of Science in Quality and Safety in Healthcare)*

*(BSc in Gesundheits-, und Pflegewissenschaften, MSc in Pflegemanagement)*

u.a. Allgemein beeidigter & gerichtlich zertifizierter Sachverständiger- Gesundheit

u.a. Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige in Gesundheits- und Krankenpflege, Qualitätssicherung und angewandte Hygiene, Amtspflegefachkraft- bestellte Amtssachverständige

u.a. Expertin in KoW  
(demenzspezifische Kommunikation /Kommunikation o. Worte)

sowie u.a. jahrelange Führungserfahrung als Heimleitung und Geschäftsbereichsleitung in stationären Pflegeeinrichtungen  
SV Büro Sauseng  
Gerichtsgutachten / Privatgutachten

sowie u.a. jahrelange Erfahrung als zu Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen sowie aktuell Leitung der ASQS-Arbeitsgruppe „Sicherheit in Langzeitpflege und Betreuung“

sowie u.a. jahrelange Führungserfahrung als Heimleitung und Geschäftsführung in stationären Pflegeeinrichtungen

Inge- Morath- Straße 23a, 8045 Graz  
Tel. Nr.: 0664/ 41 38 002  
E-Mail: [ksauseng@hotmail.com](mailto:ksauseng@hotmail.com)

Pichling 259, 8510 Stainz  
Tel. Nr.: +43(0)664/1356681  
E-Mail: [hannelore.genseberger@hge-competence.at](mailto:hannelore.genseberger@hge-competence.at)

Obere Maltesergasse 11, 8570 Voitsberg  
Tel. Nr.: +43(0)664/2051171  
E-Mail: [waldigoe@gmx.at](mailto:waldigoe@gmx.at)

**DGKP Hannelore Genseberger, MSc**

*(Master of Science in Quality and Safety in Healthcare)*

u.a. Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige  
in Gesundheits- und Krankenpflege, Qualitätssicherung und angewandte Hygiene  
Hygienefachkraft, Amtspflegefachkraft-bestellte Amtssachverständige  
Pichling 259, 8510 Stainz

Abteilung 8  
Referat Gesundheitsrecht  
Fachabteilung Gesundheit und Pflege  
Amt der Stmk. Landesregierung

Stainz, 06.12.2024

**STELLUNGNAHME – hygienerelevante Inhalte**

*Begutachtung; GZ.: ABT08-105874/2024-307*

**Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom [...] über die Errichtung und den Betrieb  
von Pflegewohnheimen und Pflegeplätzen nach dem Steiermärkischen Pflege- und  
Betreuungsgesetz (Steiermärkische Pflegewohnheimverordnung – StPWHVO)**

**Allgemeine Bemerkungen**

Die Hygiene stellt in stationären Pflegeeinrichtungen einen wesentlichen Anteil zur Gesunderhaltung der Bewohner/Bewohnerinnen, wie auch Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sowie Besucher und hat somit einen wesentliche Anteil am Gesundheitsprogramm der Gesellschaft.

Allgemeine Anforderungen und Herausforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen, wie hohe Pflegestufen, welche die Multimorbidität der Bewohner/Bewohnerinnen als Merkmal und daraus resultierende Immunkompetenzen ausweisen sowie frühzeitigere Transferierungen vom Krankenhaus ins Pflegeheim (ua. in Zukunft forciert durch „Übergangspflege“), welche Bewohner/Bewohnerinnen über bestimmte Zeiträume im ‚Patienten-Setting‘ verweilen lassen; multiresistente Erreger, welche aufgrund der Hospitalisierung immer häufiger Thema in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sind und, allen voran, die Erfahrungen aus der Pandemiezeit machen es zukünftig erforderlich der Hygiene in Pflegeheimen einen entsprechenden Stellenwert zuzuordnen und dabei primär die Prävention in der Vordergrund zu stellen.

**Im Sinne der Wirksamkeit und Effizienz ist zukünftig auch in diesen Einrichtungen eine systematische Herangehensweise gefordert, welche auf gut fundierten gesetzlichen Vorgaben aufbaut** und in Folge, neben der ‚Hygienesicherheit‘, im Sinne des Mindestanspruches der „sicheren Pflege“ (wie in der Verordnung festgehalten), auch ökologische sowie ökonomische Aspekte berücksichtigt, welche einen allgemein wirksamen und nachhaltig gesellschaftlichen Nutzen mit sich bringen.

## DGKP Hannelore Genseberger, MSc

(Master of Science in Quality and Safety in Healthcare)

u.a. Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige  
in Gesundheits- und Krankenpflege, Qualitätssicherung und angewandte Hygiene  
Hygienefachkraft, Amtspflegefachkraft-bestellte Amtssachverständige  
Pichling 259, 8510 Stainz

**Nachfolgend wird zu hygienerlevanten Inhalten zum vorliegenden Entwurf Stellung bezogen.**

### §1

#### Pflegewohnheimgröße

**(5) Die Auflistung ist, um folgende adäquate hygienerrelevante Funktionsräume zu ergänzen:**

- Steckbeckenspüle (Arbeitsraum unrein) – dabei ist zu achten, dass zumindest pro 50 Betten Einheiten (analog zum Pflegebad) ein Schüsselspüler zur Verfügung steht und die Positionierung bei Nutzung keine Kreuzungspunkte mit Speisezonen uä. ergibt.
- Interne Wäscherei (hygienischer Wäschekreislauf bereits baulich zu sichern).
- Arbeitsraum Reinigung.

**Die Mindestgröße sowie Ausstattung und Ausführung könnten in Folge im „Hygiene-Rahmen-Plan Pflegeheime“<sup>(1)</sup> im Detail ausgeführt werden.**

**(6) 2.** Die Vorgabe, pro 50 Bewohnereinheiten ein Pflegebad vorzusehen hat in den letzten Jahren gezeigt, dass die **Pflegebadewannen** aufgrund der mangelnden Nutzung, **einen hygienekritischen Punkt darstellen**, welcher aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten wäre, ob diese Vorgabe zeitgemäß und sinnvoll ist.

### §2

#### Bewohnerinnen-/Bewohnerzimmer

**(3)** Äußerst hygienerlevant stellen sich die **Rahmenbedingungen zur unmittelbaren Händehygiene**, welche zumindest einen Händedesinfektionsmittelspender in den Bewohnereinheiten voraussetzt (das Argument der Demenz kann hierzu nur bedingt akzeptiert werden), sowie die Möglichkeit sich als Mitarbeiter/Mitarbeiterin die Hände in der Wohneinheit waschen zu können, was wiederum Handseife und Einmalhandtücher voraussetzt. Diese Ausstattung wird zudem von Therapeuten, Besucher usw. genutzt.

**Anmerkung:** Der Gesundheitsfond Steiermark bewirbt die „**Aktion saubere Hände**“ ua. in stationären Pflegeeinrichtungen und wäre der Verzicht der Ausstattung im Widerspruch zum Projekt (Konzept der *five moments*).

Zudem kann mit einer entsprechenden Ausstattung dem überbordeten Handschuhgebrauch entgegengewirkt werden, was neben dem hygienischen Aspekt des Risikos, durch Handschuhe Übertragungen zu forcieren, einen ökonomischen wie auch ökologischen Aspekt mit sich bringt, UND allen Begründungen voraus, der soziale Hautkontakt bei Berührung mit den Bewohner/Bewohnerinnen unterstützt wird.

**Es wäre eine Ergänzung 10.** um folgende Passage hygienerlevant: „**Wasserauslässe sind so zu konzeptionieren, dass der Wasserstrahl nicht direkt in den Siphon ausgerichtet ist**“

Des Weiteren benötigt die **Aufbewahrung von bewohnerbezogenen persönlichen Lebensmittel und Speisen, welche einer Kühlung bedürfen, eine entsprechende Lagermöglichkeit (Kühlschrank).**

## DGKP Hannelore Genseberger, MSc

(Master of Science in Quality and Safety in Healthcare)

u.a. Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige  
in Gesundheits- und Krankenpflege, Qualitätssicherung und angewandte Hygiene  
Hygienefachkraft, Amtspflegefachkraft-bestellte Amtssachverständige  
Pichling 259, 8510 Stainz

Hierzu könnte dies a) im Zimmer ermöglicht werden oder zumindest b) in allgemein zugänglichen, aber separiert ausgeführten bewohnerbezogenen Kühlfächern erfolgen. Dieses Kriterium dient neben der persönlichen Ausrichtung für Bewohner/Bewohnerinnen der unmittelbaren Lebensmittelsicherheit.

**(4)** beschreibt die Eignung einer **Nasszelle und ist hier noch die Mindestraumgröße anzugeben**, dessen aktuelle Festlegung in Zweibettzimmern, aufgrund der begrenzten Raumkapazität in Verbindung mit benötigter Hilfsmittel (für zwei Personen) ein hygienerelevantes Problem darstellt.

Die unter **c)** angeführte Abstellfläche für Pflegeutensilien, ist für bewohnerbezogene persönliche Produkte ausgerichtet. Die **Ergänzung für eine zusätzliche Ablage für allgemeine Pflegehilfsmittel wie Handtücher, Einmalhandschuhe usw.** ist zur Sicherung der Prozessqualität in der Hygiene unabdingbar.

### § 3

#### Pflegstützpunkt

**2.- 4.** seit einigen Jahren erfordern die Themen zur **Medikamentensicherheit** (Temperaturen, Fehler in der Dispensierung usw.) **adäquate Rahmenbedingungen**, welche in einem eigenen dafür vorgesehenen Raum (**Medikamentenraum**) mit Klimatechnik, seinen Zweck erfüllen. Dieses Kriterium stellt neben der Hygiene vor allem einen pflegetechnisch-relevanten Sicherheitsaspekt.

Die in §3, 1./ §4, 4./§5,1. angeführten **hygienischen Händewaschplätze...** haben **nicht nur in diesen Räumlichkeiten ihre Berechtigung, sondern in ALLEN Funktionsräumen (Schüsselspüle, Wäscherei, Reinigung, Speisezonen bei Vorliegen von Küchenzeilen usw.)**.

**Diesbezügliche Detailausführungen sollten im „Hygiene-Rahmen-Plan Pflegeheime“<sup>1)</sup> verankert und hierzu in der VO der Bezug und die Verbindlichkeit ausgewiesen werden.**

### § 8

#### Hygiene

*(1) Das Hygienekonzept muss von folgenden Personen bzw. Institutionen erstellt werden:*

- 1. Fachärztin/Facharzt für klinische Mikrobiologie und Hygiene oder*
- 2. Diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit berufsrechtlicher Sonderausbildung Krankenhaushygiene bzw. Spezialisierung Infektionsprävention und Hygiene (Hygienefachkraft).*

Eine Reihung der Professionalitäten kann hierzu nicht nachvollzogen werden, wenn dann stellt eine umgekehrte Reihung 1. Hygienefachkraft, 2. Facharzt für Hygieneagenden in der stationären Pflege eine schlüssige Begründung, befinden sich die Themen zentriert im Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegesetting.

Medizinische Diagnostik und Behandlung werden ausschließlich in den Einzelverträgen der Bewohner/Bewohnerinnen zu ihren Hausärzten/Fachärzten und Therapeuten gestellt und wäre hierzu der Facharzt gefordert.

*(2) Das Konzept hat zumindest eine strukturelle Beschreibung von hygienerelevanten Räumlichkeiten und die Beurteilung des Hygieneplans zu enthalten.*

Die **Kriterien zum Konzept sind marginal ausgeführt** und wird festgestellt, dass **ein Hygieneplan erst im Rahmen der Betriebsbewilligung beurteilt werden kann.**

**DGKP Hannelore Genseberger, MSc**

*(Master of Science in Quality and Safety in Healthcare)*

u.a. Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige  
in Gesundheits- und Krankenpflege, Qualitätssicherung und angewandte Hygiene  
Hygienefachkraft, Amtspflegefachkraft-bestellte Amtssachverständige  
Pichling 259, 8510 Stainz

**Diesbezügliche Detailausführungen sollten im „Hygiene-Rahmen-Plan Pflegeheime“<sup>1)</sup> verankert und hierzu in der VO der Bezug und die Verbindlichkeit ausgewiesen werden.**

Weiters wird angemerkt, dass zu §23 (2) Z7 StPBG Betriebsbewilligung angeführte **Hygienegutachten** (*Die Landesregierung hat zu Z 7 durch Verordnung nähere Vorgaben festzulegen. Gutachten gemäß Abs. 2 Z 7 sind in regelmäßigen Abständen, die nicht länger als drei Jahre betragen, zu evaluieren und auf die organisatorischen, technischen und wissenschaftlichen Standards zu bringen.*) in der Verordnung nicht weiter eingegangen wird (**Kompetenz bzgl. Erstellung, Struktur, Inhalt, Umfang, usw.**).

**Diesbezügliche Detailausführungen sollten im „Hygiene-Rahmen-Plan Pflegeheime“<sup>1)</sup> verankert und hierzu in der VO der Bezug und die Verbindlichkeit ausgewiesen werden.**

*(3) Für den Bereich „Hygiene“ hat die Betreiberin/der Betreiber eines Pflegewohnheimes folgende personelle Strukturen zu gewährleisten:*

*1. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger mit entsprechender berufsrechtlicher Weiterbildung (Hygienebeauftragte/Hygienebeauftragter) im Anstellungsverhältnis.*

*Diese Person muss im Monat in folgendem Ausmaß für Hygienebelange vor Ort zur Verfügung stehen:*

*a) bei bis zu 35 bewilligten Betten – 8 Stunden;*

*b) ab 36 bewilligten Betten – 16 Stunden;*

*c) ab 100 bewilligten Betten – 24 Stunden;*

*2. Eine Hygienefachkraft oder eine Fachärztin/ein Facharzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene, im Ausmaß von zumindest 20 Stunden pro Jahr für die Überwachung des Hygieneprozesses zu beauftragen, die einen Hygienestatusbericht zu erstellen hat, der in der Einrichtung aufliegen muss und der Behörde im Rahmen der Überprüfung vorzulegen ist.*

Dieser Passus sorgte für intensiven Austausch unter den Hygienefachkräften und wurde, wie bekannt, auch bei den Trägern diskutiert.

**Im Vordergrund steht die Wirksamkeit der Hygiene und Effizienz im Sinne der Wirtschaftlichkeit.**

**Auf folgende Erfahrung kann hierzu zugegriffen werden:**

Für eine qualitativ notwendige Hygienetätigkeit müssen ausreichend Ressourcen an Hygienefachpersonal zur Verfügung stehen.

Diese können sich gliedern in interne und externe Ressourcen, welche sich folgend zusammensetzen:

- **Intern und/oder extern pro TRÄGER (je nach Größe)**
  - Hygienefachkraft mit Sonderausbildung, entsprechend GuKG
- **Intern pro EINRICHTUNG**
  - Für pflegerisch-medizinische Belange
    - Hygienebeauftragte DGKP (HBP) mit Weiterbildung, entsprechend GuKG oder
    - Hygienekontaktperson (HKP-Pflege) ebenso gestellt durch eine DGKP mit einschlägigen Fortbildungsgrundlagen, entsprechend GuKG bis 60 Betten.

## **DGKP Hannelore Genseberger, MSc**

*(Master of Science in Quality and Safety in Healthcare)*

u.a. Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige  
in Gesundheits- und Krankenpflege, Qualitätssicherung und angewandte Hygiene  
Hygienefachkraft, Amtspflegefachkraft-bestellte Amtssachverständige  
Pichling 259, 8510 Stainz

- Für wirtschaftliche Belange
  - HKP-Wirtschaft für die Belange der Küche, Reinigung, Wäscheversorgung und Haustechnik
- **Extern pro TRÄGER**
  - Fachärztin/ein Facharzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene **bzw. Arzt mit ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene**
  - Akkreditiertes Labor bzw. Inspektionsstelle

**Diesbezügliche Detailausführungen sollten im „Hygiene-Rahmen-Plan Pflegeheime“<sup>1)</sup> verankert und hierzu in der VO der Bezug und die Verbindlichkeit ausgewiesen werden.**

Das **Gesamtstundenausmaß der ‚Hygienestunden‘** sollte sich **zumindest nach ProHyg 2.0 (Erscheinungsjahr 2014!)** richten, werden in dem für die Berechnung als Mindestausmaß pro 400 Betten/40 Wochenstunden herangezogen und spiegelt dies den Bedarf.

Die Erfahrung in den letzten 20 Jahren sowie die Erkenntnisse aus der Pandemie und Mängelfeststellungen bei den Pflegeheimkontrollen haben gezeigt, dass dieses Stundenkontingent (aliquot) nach Bettenanzahl (z.B. 100 Betten Haus/10 Stunden pro Woche; 60 Betten Haus/6 Stunden pro Woche;...) grundsätzlich für die Belange der Hygiene erforderlich ist.

Diese **Stunden können auf das Jahr hochgerechnet** (es ist eine flexible Einteilung notwendig um fallweise zeitliche Geschehnisse entsprechend begegnen zu können) **und in interne und externe Stunden gesplittet und unter den unterschiedlichen Professionen aufgeteilt werden**

Z.B. am Beispiel mit 100 Betten = 10 Stunden pro Woche/40 Stunden pro Monat/520 Stunden pro Jahr aufgeteilt, wie folgt (Rechenbeispiel) pro Monat:

- 16 Stunden pro Monat für die interne DGKP des Bereiches Medizin-Therapie-Pflege
- 16 Stunden pro Monat für die interne HKP-Wirtschaft für die Bereiche Küche, Wäscherei, Reinigung, Haustechnik und Verwaltung (ggf. Aufteilung der Stunden auf die einzelnen Bereiche)
- 08 Stunden pro Monat durch die interne/externe HFK
- Beziehung Facharzt oder Arzt mit ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene bei speziellen Fragenstellungen

Die fachliche Aufteilung der Stunden sollte variabel sein, und hängt vom jeweiligen Hygiene-Qualitätsstatus der Einrichtung ab. Die Zuteilung kann der HFK aufgrund ihres Verantwortungs- und Kompetenzprofils überlassen werden.

**Damit wären Kontinuität und Fachlichkeit in allen Bereichen des Pflegeheimes gesichert.**

Je nach vorliegenden Ergebnisqualitäten können Anpassungen der Stunden ggf. nach unten ermöglicht werden. Diese sind zum Einem durch die HFK zu steuern und zum anderen durch die Pflegeheimkontrollen und können an den Ergebnisqualitäten gemessen werden.

**Dazu braucht es standardisierte Erhebungsvorgaben, welche die geforderten Strukturen- und Prozessqualitäten in den Ergebnissen widerspiegeln und eine Validität der Hygiene sichern.**

**Diesbezügliche Detailausführungen sollten im „Hygiene-Rahmen-Plan Pflegeheime“<sup>1)</sup> verankert und hierzu in der VO der Bezug und die Verbindlichkeit ausgewiesen werden.**

## **DGKP Hannelore Genseberger, MSc**

*(Master of Science in Quality and Safety in Healthcare)*

u.a. Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige  
in Gesundheits- und Krankenpflege, Qualitätssicherung und angewandte Hygiene  
Hygienefachkraft, Amtspflegefachkraft-bestellte Amtssachverständige  
Pichling 259, 8510 Stainz

Eine regelmäßige Beiziehung eines Facharztes ist in diesem Setting nicht erforderlich, vielmehr liegt es in der Verantwortung der HFK diesen, anhand fachlicher Beurteilungen der Themen, diesen beizuziehen. Anmerkung: hier können Ressourcen und Kosten gezielter eingesetzt werden.

Aufgrund der Sachlage, dass die ärztliche Fachspezialisierung zur Klinischen Mikrobiologie und Hygiene nur sehr beschränkt in der Steiermark zur Verfügung steht, stellt sich die Frage den Zugang breiter zu öffnen und **auch Ärztinnen/Ärzte mit ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene zuzulassen**, könnten hierzu Synergien, wie Kombifunktionen z.B. Arbeitsmedizin und ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene von Vorteil für die Einrichtung sein.

Ebenso könnten auch Hausärzte/Fachärzte mit dieser Weiterbildung beigezogen werden, was wiederum Synergien eröffnet und die Bewusstseinsbildung der Ärzte zur Hygiene in Pflegeheimen fördert. Die Weiterbildung bildet die wichtigen Themen der stationären Pflege, lt. Curriculum der ÖGHMP ab (Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin als Veranstalter).

Ausnahmslos beigezogen werden muss der Facharzt oder Arzt ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene bei Infektionsausbruchsgeschehen und anlassbezogene Fragestellungen, welche das Kompetenzprofil der HFK übersteigen.

**Es wird in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam gemacht, dass das Stmk. KAKuG hier nicht zum Tragen kommt.**

Wie bekannt wird diskutiert, die interne HKP, welche im Entwurf als DGKP ausgewiesen ist, durch die Funktion der PA zu ersetzen. Dies zudem noch mit einem Fortbildungsrahmen, welcher keinen Vergleich zur angeführten Weiterbildung der DGKP ermöglicht und somit die erforderlichen Qualifikationen dadurch in Frage gestellt werden.

Dem ausschließlichen **Einsatz von PA als primäre interne Ansprechpersonen sind insofern Grenzen gesetzt**, als diese in der Beratung/Anleitung/Kontrolle usw. wiederkehrend in den Kompetenzbereich der DGKP, wie auch in den medizinischen Behandlungsbereich (ua. Hausärzte, Therapeuten) sowie auch in versorgungstechnische Bereiche eingreifen müsste, was ua. in Bezug zu den allgemeinen Befugnissen einer PA im Widerspruch steht. **Eine PA als Vertretung zur DGKP macht durchaus Sinn.**

Ob die DGKP den Umfang einer Weiterbildung (Ausmaß von mind. 160 Stunden) benötigt oder eine konzentrierte Fortbildungsreihe genügt wäre abzuwägen, müssten die Aufgaben und Verantwortungen festgelegt und diesbezüglich beleuchtet werden, was es in Folge an Kompetenzen benötigt.

**Die Festlegung des Zeitkontingentes der Hygienefachkraft mit „zumindest 20 Stunden pro Jahr“ (inkl./exkl. Hygienestatusbericht? nicht erläutert) kann hygieneorganisatorisch in keinsten Weise nachvollzogen werden und hat keinen Anspruch auf eine evidenzbasierter Grundlage.**

In diesem Zusammenhang wird auf §14 (4) Pflegeleistungen hingewiesen, in welchem die Anforderung der „**sicheren Pflege**“ als **Minimalstandard** festgehalten ist und mangelnde Strukturen in der Hygiene Abweichungen zu den allgemein gültigen Hygienestandards fördern, und somit der Übertritt von einer ‚sicheren Versorgung, Betreuung und Pflege‘ in die darunterliegende Qualitätsstufe der ‚gefährlichen Pflege‘ führen.

**DGKP Hannelore Genseberger, MSc**

*(Master of Science in Quality and Safety in Healthcare)*

u.a. Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige  
in Gesundheits- und Krankenpflege, Qualitätssicherung und angewandte Hygiene  
Hygienefachkraft, Amtspflegefachkraft-bestellte Amtssachverständige  
Pichling 259, 8510 Stainz

*(4) Im Hygieneplan sind insbesondere darzustellen:*

1. der Jahresprüfplan,
2. eine Aufstellung der kritischen Kontrollpunkte (Critical Control Points),
3. Reinigungs- und Desinfektionspläne,
4. hygienebezogene Pflegestandards/Fachrichtlinien und
5. Maßnahmen zur Wassersicherheit.

Der Terminus insbesondere lässt individuelle Auslegungen offen und ist die Aufzählung grundsätzlich aus fachlicher Sicht zu ergänzen, wie beispielhaft die Abbildung der Hygieneorganisation, Schulungsplan, externe Dienstleister usw.

**Diesbezügliche Detailausführungen sollten im „Hygiene-Rahmen-Plan Pflegeheime“<sup>1)</sup> verankert und hierzu in der VO der Bezug und die Verbindlichkeit ausgewiesen werden.**

*(5) Der Hygieneplan ist von einer Hygienefachkraft **ggf.** in Zusammenarbeit mit einer Fachärztin/einem Facharzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene freizugeben und jährlich (**z.B.** im Rahmen der Begehung) **anhand angemessenen Stichproben** zu evaluieren und erforderlichenfalls auf den aktuellen Stand der Wissenschaft zu bringen. **Die Freigabe des Hygieneplanes erfolgt durch die Leitung der Einrichtung.***

Gebotene Änderungen in diesem Absatz wurden als solche **Mustertext** gekennzeichnet.

Diese Festlegung wirft zudem aktuell folgende Fragen auf:

- a) Wer hat den Hygieneplan zu erstellen.
- b) Der inhaltliche Umfang steht im Widerspruch zu den angeführten geplanten Ressourcen der HFK.
- c) Zu welchen Schnittstellen ist eine Zusammenarbeit zwischen Hygienefachkraft und Facharzt/Fachärztin, Arzt/Ärztin mit ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene erforderlich.
- d) Wer gibt den Hygieneplan nun frei, die Hygienefachkraft oder der Facharzt/die Fachärztin, Arzt/Ärztin mit ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene.  
**Dieses zwei-Stufen-Verfahren ist grundsätzlich nicht erforderlich, bzw. ist festzulegen, welche Profession, welche Inhalte zum Hygieneplan zu erstellen, zu prüfen und freizugeben hat.**
- e) Wer evaluiert und in welchem Umfang (angemessene Stichproben) und wer aktualisiert den Hygieneplan und stehen auch hierzu die angeführten Ressourcen im Widerspruch.

**Diesbezügliche Detailausführungen sollten im „Hygiene-Rahmen-Plan Pflegeheime“<sup>1)</sup> verankert und hierzu in der VO der Bezug und die Verbindlichkeit ausgewiesen werden.**

*(6) Bei akutem Infektions-/Ausbruchsgeschehen insbesondere von multiresistenten Erregern (MRE-Infektionen) und/oder sonstigen ansteckenden bzw. anzeigepflichtigen Erkrankungen, ist unter Hinzuziehung **einer Hygienefachkraft und ggf.** Fachärztin/eines Facharztes für Klinische Mikrobiologie und Hygiene die weitere Vorgehensweise festzulegen, umzusetzen und zu dokumentieren.*

Gebotene Änderungen in diesem Absatz wurden als solche **Mustertext** gekennzeichnet.

Dieser Ausführung kann zugestimmt werden, wobei auch hier die Zuständigkeiten zwischen Hygienefachkraft und Facharzt/Fachärztin Arzt/Ärztin mit ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene, noch abzuklären sind.

**Diesbezügliche Detailausführungen sollten im „Hygiene-Rahmen-Plan Pflegeheime“<sup>1)</sup> verankert und hierzu in der VO der Bezug und die Verbindlichkeit ausgewiesen werden.**

## **DGKP Hannelore Genseberger, MSc**

*(Master of Science in Quality and Safety in Healthcare)*

u.a. Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige  
in Gesundheits- und Krankenpflege, Qualitätssicherung und angewandte Hygiene  
Hygienefachkraft, Amtspflegefachkraft-bestellte Amtssachverständige  
Pichling 259, 8510 Stainz

### **§12**

#### **Leistungen der Unterkunft**

**Z 2.** beschreibt die tägliche Reinigung der Wohneinheit...nach üblichen Standards, *ausgenommen an Sonn- und Feiertagen.*

Da Kontaminationen 24 Stunden/7 Tage die Woche passieren, in Pflegeheimen multiresistente Erreger immer mehr in den Fokus rücken, zukünftig durch die Übergangspflege teilweise vermehrt ‚Patienten/Patientinnen‘ im Pflegeheim übernommen werden, **ist an Sonn- und Feiertage zumindest eine ‚GEZIELTE Desinfektion‘ unabdingbar.**

### **3. Abschnitt Pflegeplätze**

#### **§19 Hygienestandards**

Zeigt grundsätzlichen Ergänzungsbedarf, da dazu zwar die Beurteilung festgehalten ist, aber keine weiteren Information zur Bereitstellung, Kompetenzen usw.

**Diesbezügliche Detailausführungen könnten im „Hygiene-Rahmen-Plan Pflegeheime“ <sup>1)</sup> berücksichtigt werden.**

## DGKP Hannelore Genseberger, MSc

(Master of Science in Quality and Safety in Healthcare)

u.a. Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige  
in Gesundheits- und Krankenpflege, Qualitätssicherung und angewandte Hygiene  
Hygienefachkraft, Amtspflegefachkraft-bestellte Amtssachverständige  
Pichling 259, 8510 Stainz

### <sup>1)</sup> **Hygiene-Rahmen-Plan Pflegeheime**

Dazu gibt es bereits seit 2021, aktualisiert 2023, das „Rahmenkonzept zur Gestaltung eines Hygieneplanes für Pflegeheime“, Herausgeber Land Steiermark, Autor\*innen-Team: ASV HFK Barbara Feiertag (Fassung 2021), Prim. Dr. Klaus Vander, OA Dr. Georg Steindl.

Grundsätzlich könnte in der VO in den diversen Paragrafen **auf die Verbindlichkeit dieses Rahmenplanes verwiesen werden** und Detailausführungen, welche in den nächsten Monaten/Jahren sich aufgrund unterschiedlicher Erkenntnisse, Erfahrungen, Möglichkeiten und Ressourcen ändern, dynamisch in dieses Konzept als solches eingearbeitet werden.

#### **Das Autor\*innen-Team sollte ua. folgenden Personenkreis umfassen:**

- a) Leitung des Arbeitskreises durch ASV-Hygiene, Land Steiermark
- b) Entsandte Hygienefachkraft aus ARGE Hygiene, ÖGKV Landesverband Steiermark
- c) Entsandte Hygienefachkraft aus ARGE Hygiene, IKM
- d) Fachärztin/ein Facharzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene
- e) Arzt/Ärztin mit ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene
- f) Weitere Expert\*innen oder Gremien wie Trägervertretung, Gesundheitsfond Steiermark usw.

**Damit wären umfassende einschlägige Expertisen gesichert, welchen eine breiten Konsens erbringt.**

**Folgende Themen sind in Bezug zur Validität der Verordnung noch zu lösen bzw. primär dringlichst zu erörtern:**

1. Struktur und Inhalte zum Hygienekonzept
2. Struktur und Inhalte zum Hygienegutachten
3. Festlegung von Verantwortlichkeiten und Aufgaben der fachlich Benannten (HFK, HBP, HKP-Pflege, HKP-Wirtschaft, Facharzt, Arzt mit ÖÄK-Diplom Krankenhaushygiene, Labor, Inspektionsstelle)

**Es wurde bereits in der Stellungnahme vom 30.04.2024, im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zum Entwurf des StPBG, auf diesbezügliche Erfordernisse in Bezug zu Erläuterungen in gegenständlicher Verordnung hingewiesen – Auszug:**

*Grundlegende Inhalte sind im Gesetzesentwurf berücksichtigt, VORAUSGESETZT die Detailausführungen finden in der Novellierung zur PHVO statt, welche neben der bereits angeführten Schwerpunkte, insbesondere nachfolgende hygienerelevante Aspekte berücksichtigt:*

- ☞ *Festlegung hygienerelevanter Ausstattungskriterien der Bewohner\*innen-Zimmer, aller Sanitärräume sowie Funktionsräume und Aufenthaltsräume, in Ausstattung und Ausführung.*
- ☞ *Festlegung der entsprechenden hygienefachlichen Kompetenzen, gegliedert in interne und externe Ressourcen.*  
*Als Grundlage zur Festlegung ist zumindest ProHyg 2.0, 7.1.2 Empfehlungen für eine adäquate Personalausstattung, Seite 89 heranzuziehen.*
- ☞ *Verweis auf die Verbindlichkeit zur Umsetzung des aktuellen „Rahmenkonzeptes zur Gestaltung eines Hygieneplanes für Pflegeheim“, Herausgeber Land Steiermark (aktueller Versionsstand 2023).*

**DGKP Hannelore Genseberger, MSc**

*(Master of Science in Quality and Safety in Healthcare)*

u.a. Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige  
in Gesundheits- und Krankenpflege, Qualitätssicherung und angewandte Hygiene  
Hygienefachkraft, Amtspflegefachkraft-bestellte Amtssachverständige  
Pichling 259, 8510 Stainz

- ☞ *Neben der Expertise des Krankenhaushygienikers (Facharzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene) ist die Beziehung der fachpflegerischen Expertisen der Hygienefachkräfte, wie beispielhaft in der ARGE Hygiene des ÖGKV zu finden, unabdingbar und primär in den Entwicklungsprozess der Novellierung zur PHVO miteinzubeziehen.*

**Die seinerzeitigen Anregungen wurden leider in der gegenständlichen Verordnung nicht berücksichtigt und ergeht nochmals der Appell an die Verantwortlichen angeführte Feststellungen, Bedenken, Schlüsse und Ausrichtungen in die Endfassung aufzunehmen.**

**Hygienefachkräfte haben auf Grundlage ua. ihrer pflegfachlichen Grundexpertisen, welche in Pflegeheimen die primäre zentrale Aufgabe (Betreuung und Pflege) stellt, ihren eigenverantwortliche Wirkungsrahmen und bringen als solche ihre Expertisen ein.**

Abschließend sei nochmals festgehalten, dass die Hygiene seit über 20 Jahren in den steiermärkischen Pflegeeinrichtungen ein immer wiederkehrendes Thema stellt, welches durch die mangelhaften Regelungen in den derzeitigen gesetzlichen Grundlagen, unterschiedliche Interpretationen zu Bedarf, Anforderungen, Umsetzungen und Kontrollen zulässt, was zur Beanspruchung organisatorischer Ressourcen führt, welche sich zu den gesundheitlichen Gefährdungspotentialen für Bewohner/Bewohnerinnen, Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen sowie Besucher/Besucherinnen auch wirtschaftlich, im Sinne des Effizienzgedankens, nachteilig auswirken.

**Gesetzgebung und Legislation haben gegenüber der vulnerablen Gruppe der alten Menschen in Pflegeeinrichtungen die besondere Verantwortung den gesetzlichen Rahmen so zu gestalten, als „SICHERE Versorgung, Betreuung und Pflege“ sich auch in der Hygiene durchgehend wiederfindet bzw. finden kann.**

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, im Rahmen einer Stellungnahme unsere konstruktiven Vorschläge zu den vorliegenden Verordnungsentwürfen darzulegen und stehen für Rückfragen gerne zur Verfügung!

Mit freundlichen Grüßen

DGKP Hannelore Genseberger, MSc m.p.

**Die Stellungnahme wurde mit dem ÖGKV Steiermark abgestimmt und haben Hygienefachkräfte aus diesem Gremium mitgewirkt, welche derzeit in stationären Pflegeeinrichtungen ihren Tätigkeitsschwerpunkt haben.**

**Kontakt:**

Hannelore Genseberger, MSc

Tel. Nr.: +43(0)664/1356681

E-Mail: [hannelore.genseberger@hge-competence.at](mailto:hannelore.genseberger@hge-competence.at)



Kaindorf bei Hartberg, 06.12.2024

Steirische Landesregierung  
Abteilung für Soziales, Gesundheit und Pflege

Betreff: Stellungnahme zur Bedeutung der Übergangspflege in den kommenden Jahren.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich eine Stellungnahme zur Bedeutung der Übergangspflege in den nächsten Jahren abgeben. Angesichts der demografischen Entwicklungen und der steigenden Anzahl älterer Menschen in unserer Gesellschaft wird die Übergangspflege eine zentrale Rolle im Gesundheits- und Pflegesystem einnehmen.

Die Übergangspflege bietet eine wichtige Unterstützung für Menschen, die nach einem Krankenhausaufenthalt oder einer akuten gesundheitlichen Krise eine Phase der Rehabilitation und Genesung benötigen. Diese Form der Pflege ermöglicht es den Betroffenen, in einem geschützten Rahmen zu heilen und sich auf die Rückkehr in ihr gewohntes Umfeld vorzubereiten.

In den kommenden Jahren wird die Nachfrage nach Übergangspflegeplätzen voraussichtlich stark ansteigen. Die Gründe hierfür sind vielfältig:

1. **Demografischer Wandel:** Die Bevölkerung wird immer älter, was zu einem Anstieg chronischer Erkrankungen und damit zu einem höheren Bedarf an Pflege- und Unterstützungsangeboten führt.
2. **Entlastung des Gesundheitssystems:** Durch die Bereitstellung von Übergangspflege können Krankenhausaufenthalte verkürzt und die Bettenbelegung in Kliniken entlastet werden. Dies ist besonders wichtig, um die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern und die Qualität der Versorgung zu verbessern.
3. **Individuelle Betreuung:** Übergangspflegeeinrichtungen bieten die Möglichkeit, individuelle Pflege- und Therapiepläne zu erstellen, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Patienten abgestimmt sind. Dies fördert nicht nur die Genesung, sondern auch die

GA Sonnengarten GmbH  
Hofkirchen 161  
8224 Kaindorf bei Hartberg  
office@sonnengarten.co.at  
+43 664/2411010



Lebensqualität der Betroffenen.

4. Familienentlastung: Angehörige stehen oft vor der Herausforderung, Pflege und Beruf zu vereinbaren. Übergangspflege kann eine wertvolle Entlastung bieten und den Familien ermöglichen, sich auf ihre eigenen Bedürfnisse zu konzentrieren, während ihre Angehörigen in einer professionellen Umgebung betreut werden.

5. Prävention von Pflegebedürftigkeit: Durch gezielte rehabilitative Maßnahmen in der Übergangspflege kann die Selbstständigkeit der Patienten gefördert und die Gefahr einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit verringert werden.

Angesichts dieser Aspekte ist es von großer Bedeutung, dass die Steirische Landesregierung die Entwicklung und den Ausbau von Einrichtungen für Übergangspflege unterstützt. Nur so kann sichergestellt werden, dass wir den zukünftigen Herausforderungen im Gesundheits- und Pflegebereich gerecht werden und eine qualitativ hochwertige Versorgung für alle Betroffenen gewährleisten.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und stehe für weitere Fragen oder Anregungen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Andreas Grauf'.

GF Andreas Grauf, MAS