



Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene e.V. (DGKH)

Bewertung des infektiologischen hygienischen Risikoprofils zur Festlegung des Beratungsumfangs durch Hygienefachkräfte und interne Hygienebeauftragte in Einrichtungen der stationären Pflege und der Eingliederungshilfe

Sektion Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/ Rehabilitation

Stand 2025

■ 1) Zielsetzung

Diese Empfehlung der DGKH-Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ (nachfolgend „Sektion Pflege“) hat das Ziel, den aus fachlicher Sicht sinnvollen Umfang der Beratung durch Fachkräfte für Hygiene und Infektionsprävention (nachfolgend „Hygienefachkräfte“) und nicht-ärztliche Hygienebeauftragte in Einrichtungen der stationären Pflege und der Eingliederungshilfe zu erläutern. Damit soll den Einrichtungen eine Orientierung für den maßgerechten Beratungsumfang durch o.g. Personen gegeben werden.

Schwerpunkt ist die Beschreibung der typischen Aufgaben dieser zwei Positionen, die in aller Regel eng zusammenarbeiten und deren Tätigkeitsfelder sich teilweise überschneiden. Ergänzend werden Hilfestellungen zur Beratungsberechnung aufgezeigt und an Beispielen erläutert.

■ 2) Geltungsbereich und Zielgruppe

Die vorliegende Empfehlung richtet sich an Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe gemäß §35 Abs. 1 IfSG mit Stand vom 12. Dezember 2023 wie Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sowie an alle Wohnformen für Menschen mit Behinderung (nachfolgend zusammenfassend „stationäre Pflegeeinrichtungen“) [1].

Die DGKH möchte mit dieser Empfehlung einen Beitrag zu einer bundeseinheitlichen Bewertung des einrichtungsspezifischen Infektionsrisikos [2] und somit zu einer objektiv nachvollziehbaren Berechnung des Beratungsbedarfs durch Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte für die o.g. Einrichtungen erbringen. Diese Empfehlung gilt entsprechend nur für Einrichtungen, die aus gesetzlicher Sicht eine Beratung durch eine Hygienefachkraft aufgrund einer geltenden Pflegehygieneverordnung brauchen.

■ 3) Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte

Nach Infektionsschutzgesetz §35 sowie den ländergesetzlichen Regelungen zur Betreuung in gemeinschaftlichen Wohnformen ist ausreichender Schutz vor Infektionen und die Einhaltung von Hygieneanforderungen in stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflege sicherzustellen [3]. Dabei müssen Einrichtungen und Unternehmen der ambulanten und stationären Pflege in ihren Hygieneplänen gemäß §35 Abs. 1 IfSG die KRINKO-Empfehlungen berücksichtigen.

Zudem legt §35 Abs. 3 IfSG seit Ende 2022 fest, dass die Landesregierungen u.a. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Pflegefachkräften regeln sollen. Demnach schätzt der Ge-

Mitglieder der Sektion Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/ Rehabilitation

Ines Bank, Witten
(stellv. Vorsitzende)
Jörg Dreistadt, Saarbrücken
Anne van Eimern, Essen
Rebecca Friedl, München
Annette Geißler, Erfurt
Heidrun Groten-Schweitzer, Hamburg (Vorsitzende)
Martin Groth, Mönchengladbach
Heike Junggeburch, Herzogenrath
Sven Schöppe, Wuppertal
Wolfgang Söfker, Minden
Vicki Strübing, Greifswald
(Schriftführerin)
Marit Zurwellen, Bad Zwischenahn

Deutsche Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene e.V.

Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin, Germany
Tel: +49 30 88727 3730
Fax: +49 30 88727 3737
E-Mail:
info@krankenhaushygiene.de
Internet:
www.krankenhaushygiene.de

setzgeber ein, dass in außerklinischen stationären Einrichtungen die Beratung durch entsprechendes Personal in angemessenem Umfang nötig ist, um eine adäquate Infektionsprävention umzusetzen.

Die Anforderungen an die berufliche Qualifikation von Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten werden in dieser Empfehlung nicht behandelt. Stattdessen wird diesbezüglich auf die KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ [4] sowie die bundeslandspezifischen Pflegehygieneverordnungen verwiesen [2].

■ 4) Aufgaben von Hygienefachkräften (HFK) und Hygienebeauftragten (HB)¹

Sofern Hygienefachkräfte bzw. Hygienebeauftragte in stat./amb. Pflege entsprechende Weiter- bzw. Ausbildungen abgeschlossen haben, sind diese grundsätzlich in der Lage, mögliche Infektionsgeschehen zu erkennen, zu überwachen und geeignete Präventionsmaßnahmen zu veranlassen [5].

Die Aufgaben des Hygienemanagements in stationären Pflegeeinrichtungen lassen sich nicht starr HFK und HB zuordnen. Die unterschiedlichen Fachkompetenzen und Aufgabenberei-

che von HFK und HB können sich u.a. je nach einrichtungsinternen Strukturen, Bewohnerklientel der Einrichtung sowie Erfahrungsstand und Anzahl der HB überschneiden.

Anders als in Krankenhäusern übernehmen HB in der außerklinischen Versorgung teilweise typische HFK-Aufgaben. Die im folgenden Abschnitt vorgenommene Einordnung ist daher lediglich als Orientierung und mögliche Aufgabenverteilung anzusehen. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Aufgaben von Hygienefachkräften (HFK) und Hygienebeauftragten (HB).

Tabelle 1: Übersicht über die Aufgaben von Hygienefachkräften (HFK) und Hygienebeauftragten (HB)

Aufgaben-übersicht	HFK-Aufgabe	Aufgabe von HFK und/oder HB	HB-Aufgabe
Hygiene-Dokumente	■ Prüfung und ggf. Freigabe von Hygiene-, Reinigungs- und Desinfektionsplänen ■ Prüfung der hygienischen Vorgaben in den Pflegestandards	■ Erstellung von Hygiene-, Reinigungs- und Desinfektionsplänen auf der Basis von KRINKO-Empfehlungen und Leitlinien ■ Erstellung und Implementierung der hygienischen Vorgaben in die Pflegestandards	■ Information und Beratung zu Hygienevorgaben in den Hygiene-, Reinigungs- und Desinfektionsplänen sowie in Pflegestandards
Beratung	■ Beratung der Einrichtungsleitung in Fragen der Infektionsprävention ■ Zeitnahe Informationsweitergabe zu den neuen bzw. geänderten Hygienevorgaben und -verfahren ■ Beratung im Rahmen der Beschaffung medizinischer Güter/Materialien/hygienerrelevanter Einrichtungsgegenstände	■ Bewertung von Erregernachweisen und Festlegung von hygienischen Schutzmaßnahmen	■ Ansprechpartner und Multiplikator hygienerrelevanter Themen im Unternehmen bzw. auf dem Wohnbereich ■ Beratung des Personals, der Bewohner und Angehörigen in Fragen des Infektionsschutzes ■ Mitwirkung und Kontrolle der Umsetzung von empfohlenen Hygienemaßnahmen ■ Tätigkeitsbezogene Umsetzung korrekter Hygienepraktiken im eigenen Verantwortungsbereich ■ Überwachung der Umsetzung von Empfehlungen in Ver- und Entsorgungsbereichen
Hygienekommission	■ Beratung zu Organisation und Durchführung ■ ggf. Teilnahme an Hygienekommissionen	■ Vor- und Nachbereitung sowie Moderation von Hygienekommissionen	■ Teilnahme an Hygienekommissionen. ■ Weitergabe von relevanten Entscheidungen ans Personal ■ Ggf. Implementierung und Überwachung von festgelegten Maßnahmen
Begehungen (intern und behördlich)	■ Beratung und Anleitung zu Planung, Durchführung und Nachbereitung von Begehungen ■ Prüfung auf Relevanz von Prüfkriterien, z.B. in Checklisten	■ Erstellung von Checklisten ■ Planung, Durchführung und Nachbereitung von Begehungen ■ Teilnahme an sowie Vor- und Nachbereitung behördlicher Begehungen ■ Information der Einrichtungsleitung über die Ergebnisse der Begehung ■ Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen	■ Implementierung und Überwachung festgelegter Maßnahmen

Fortsetzung Tabelle 1: Übersicht über die Aufgaben von Hygienefachkräften (HFK) und Hygienebeauftragten (HB)			
Aufgaben-übersicht	HFK-Aufgabe	Aufgabe von HFK und/oder HB	HB-Aufgabe
Prozessbeobachtungen	Beratung und Anleitung zu Planung, Durchführung und Nachbereitung von Prozessbeobachtungen	- Planung, Durchführung und Nachbereitung von Prozessbeobachtungen - Information der Einrichtungsleitung über die Ergebnisse der Begehung - Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen	Implementierung und Überwachung festgelegter Maßnahmen
Audits	Beratung bei Maßnahmen interner und externer Hygiene-Qualitätssicherung	Mitwirkung bei Festlegung von Maßnahmen interner und externer Hygiene-Qualitätssicherung (z.B. Begleitung von Audits)	Überwachung der Umsetzung von Maßnahmen interner und externer Hygiene-Qualitätssicherung
Schulungen/Unterweisungen	Prüfung von Schulungsinhalten auf Richtigkeit, Relevanz und Aktualität	- Erstellung, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation von Schulungen und Unterweisungen - Schulung des Personals im Rahmen von Einzelgesprächen und Schulungsveranstaltungen - Regelmäßige aktive Teilnahme an Hygienefortbildungen/-schulungen	- Kleingruppenschulungen zu korrekten Hygienepraktiken (z.B. bei kritischen Pflegemaßnahmen) - Erstunterweisung bei Beginn eines Dienstverhältnisses sowie jährliche Folgeunterweisungen in Hygiene
Bauberatung	Teilnahme, Mitwirkung an Baubesprechungen und Beratung	- Übersicht über die Abläufe - Kommunikation mit den Bauverantwortlichen	- Vor-Ort-Überwachung der Baumaßnahmen (z.B. Staubschutz) - Information der HFK bei hygiene-relevanten Abweichungen von festgelegten Maßnahmen
Mikrobiologische Umgebungsuntersuchungen	- Beratung zum Umfang von erforderlichen mikrobiologischen Umgebungsuntersuchungen im Unternehmen - ggf. Entnahme von Proben für hygienisch-mikrobiologische Untersuchungen	- Kommunikation mikrobiologischer Befunde an Einrichtungsleitung bzw. Fachbereichsleitung - Beratung der daraus resultierenden Hygienemaßnahmen (inkl. Folgen z.B. bei Überschreitung von Grenzwerten)	- Sicherstellung der Durchführung von Untersuchungen - Ggf. Sichtung von Befunden - Information der HFK bei hygiene-relevanten Überschreitungen der Grenzwerte
Ausbruchsmanagement	- Beratung bei festgestellten Auffälligkeiten, z.B. Häufung von Fällen mit bestimmter Symptomatik - Beratung zu erforderlichen Barrieremaßnahmen - Aufklärung von Transmissionsketten im Rahmen des Ausbruchsmanagements - Verkündung über das Ende des Ausbruchs, wenn Infektionsgefahr nicht mehr besteht - Festlegung von Maßnahmen zur Prävention von weiteren Ausbrüchen	- Festlegung der Maßnahmen zur Eindämmung des Ausbruchs - Information des Wohnbereichs über das Ende des Ausbruchs und Einleitung der Abschlussmaßnahmen, z.B. Schlussdesinfektion - Abschlussgespräch und Evaluation von Maßnahmen auf den betroffenen Wohnbereich - Erstellung des Abschlussberichtes	- Informationsweitergabe an HFK bei der Feststellung hygiene-relevanter Auffälligkeiten - Informationsweitergabe an betroffene Wohnbereiche - Überwachung der Umsetzung von festgelegten Maßnahmen - Schulungen des Personals zum Erreger und Tragen von PSA - Betreuung und Beratung der Beschäftigten vor Ort
Surveillance	- Beratung zur Erfassung von hygiene-relevanten Infektionen und Erregern mit besonderer Resistenz - Erstellung von Infektionsstatistiken	Festlegung Erfassungsinhalt und Umfang	Mitwirkung bei Erfassung von hygiene-relevanten Infektionen und Erregern mit besonderer Resistenz
Verfügbarkeit	Erreichbarkeit über E-Mail und Telefon mit kurzer Reaktionszeit	Vertretung/Ansprechpartner bei Abwesenheit benennen	

1 Die Fortbildung kann prinzipiell auch von Personen absolviert werden, die keine staatliche Anerkennung zur Fachkraft für Pflege (früher: Gesundheits- und Krankenpfleger / Kinderkrankenpfleger / Altenpfleger) erworben haben. Je nach späterem Aufgabengebiet sind beispielsweise auch Hauswirtschaftskräfte in Ergänzung zu einem/r Hygienebeauftragten mit pflegerischem Hintergrund sinnvoll. Eine mehrjährige Berufserfahrung ist von Vorteil.

■ 5) Beratungsbedarfsermittlung

Der Komplexitätsgrad der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen in Deutschland steigt seit Jahren deutlich an [6, 7]. Mit steigender Multimorbidität und Immunschwäche sowie der Verlagerung medizinischer Leistungen in häusliche Umgebungen geht ein höheres Infektionsrisiko innerhalb der Einrichtungen der Pflegebedürftigen einher. Die hygienischen Herausforderungen wachsen nicht zuletzt durch die Zunahme invasiver Maßnahmen [8] sondern auch durch die hohe Prävalenz der Besiedlung der Pflegebedürftigen mit resistenten Erregern [9].

Aufgrund der Komplexität und Unterschiede in den pflegerischen Einrichtungen ist allein die Anzahl der Betten für die Berechnung bzw. Einschätzung des Bedarfs an Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten nicht ausreichend. Aufgrund der in den letzten Jahren gestiegenen Risiken für NI ergibt sich im Sinne der Bewohner- bzw. Patientensicherheit die Notwendigkeit, den Bedarf an Hygienefachkräften auf der Basis einer Risikobewertung für jede pflegerische Einrichtung individuell zu ermitteln.

5.1 Risikobewertung je Pflegebedürftigem

Die seit 2017 in Deutschland geltende Systematik der Pflegegrade erfasst in sechs verschiedenen Modulen die Mobilität, die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die Fähigkeit zur Selbstversorgung, den Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte der Pflegebedürftigen. Viele dieser im Rahmen der Pflegegrad-Er-

hebung erfragten Aspekte haben einen direkten Bezug zum hygienischen Aufwand bei der Pflege der Bewohner und beeinflussen unmittelbar den Betreuungsaufwand durch Hygienefachkräfte und -beauftragte; z.B.:

- eingeschränkte **Mobilität** ⇒ höherer Pflegebedarf und dadurch höhere Kontaminations-/Erregerübertragungsgefahr für und durch das Personal
- eingeschränkte **kognitive Fähigkeiten** ⇒ größeres Risiko für Erregerübertragungen durch unkontrollierte direkte Kontakte zu anderen Pflegebedürftigen, Beschäftigten oder Besuchern sowie über gemeinsam genutzte Oberflächen
- eingeschränkte **Selbstversorgung und chronische Krankheiten** ⇒ hier werden bei der Pflegegradberechnung auch die notwendigen invasiven medizinischen Maßnahmen abgefragt; bei vermindertem Immunstatus, liegenden Devices (Blasendauerkatheter, Trachealkanülen, PEG) sowie bei Injektionen, Absaugen und Verbandwechsel erhöht sich das Infektionsrisiko sowie auch der Bedarf an hygienischem Fachwissen.

Daher erscheint es sinnvoll und angebracht, die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen sowie den durchschnittlichen Pflegegrad in die Berechnung des Bedarfs an Hygienefachkräften einfließen zu lassen. Dazu werden beide Faktoren multipliziert und bilden einen sogenannten Komplexitätswert, anhand dessen ein Rückschluss auf den sinnvollen Beratungsumfang gezogen werden kann (siehe Tabelle 2).

Grundsätzlich lässt sich hier ableiten, dass der Komplexitätswert mit der

Anzahl der Pflegebedürftigen und deren durchschnittlichen Pflegegrad ansteigt. Je höher der Komplexitätswert, desto höher auch der hygienebezogene Beratungsaufwand.

5.2 Nicht-pflegerische Funktionsbereiche

Weitere Faktoren, die den Beratungsbedarf durch Hygienefachkräfte beeinflussen, sind die Zahl der verschiedenen zu beratenden bzw. zu versorgenden Schnittstellen-Abteilungen. Hierzu zählen insbesondere eine hauseigene Wäscherei für Flach-, Bewohnerwäsche und ggf. die Reinigungstextilien des Reinigungsdienstes sowie eine einrichtungsinterne Produktionsküche.

■ 6) HFK-Beratungsberechnung für stat. Pflegeeinrichtungen (Score)

Vor dem Hintergrund der definierten Aufgaben für Hygienefachkräfte sieht die Sektion Pflege der DGKH einen grundsätzlichen HFK-Mindestberatungsaufwand von zwei Beratungstagen pro Jahr für jede Einrichtung als sinnvoll an – unabhängig von deren Größe und den hygienischen Besonderheiten der darin lebenden Pflegebedürftigen. Dieser Mindestberatungsaufwand begründet sich allein schon durch die Notwendigkeit zu mindestens halbjährlicher Kommunikation zwischen Hygienefachkraft und den internen Multiplikatoren, unabhängig davon, ob diese über Hygienekommissionen, Begehungen, Schulungen oder Besprechungen (z.B. über die Anpassung oder Fortschreibung des Hygieneplans) ausgestaltet wird. Die Dauer eines Beratungstages wird nachfolgend mit 8 Stunden angesetzt und die Stundenanzahl im weiteren Verlauf als Kenngröße genutzt. Ein Tag bzw.

Tabelle 2: Beispiele zur Berechnung des Komplexitätswerts:
Anzahl vollstationärer Betten × Durchschnittlicher Pflegegrad = Komplexitätswert

Beispiel-Einrichtung	Anzahl vollstationärer Betten (Soll-Belegung der Dauer- und Kurzzeitpflege)	Durchschnittlicher Pflegegrad der Pflegebedürftigen	Komplexitätswert
Beispiel 1	80	3,875	310
Beispiel 2	150	3,2	480
Beispiel 3	25	2,5	62,5
Beispiel 4	10	4,5	45

8 Stunden Beratung entsprechen damit etwa 1/200 bzw. 0,005% einer Vollzeitkraft (VK).

Dieser Mindestberatungsaufwand von 16 h pro Jahr darf nicht unterschritten werden. Je nach einrichtungsspezifischem Komplexitätswert (vgl. Tabelle 2) und nicht-bettenführenden Bereichen kann der Beratungsaufwand steigen. Tabelle 3 sieht vor, dass bei einem Komplexitätswert über 200, auch der Mindest-HFK-Beratungsumfang linear hierzu ansteigt.

Darüber hinaus gibt es einen Bedarf an HFK-Beratung für:

- einrichtungsinterne Wäscherei (4 Stunden p.a.)
- einrichtungsinterne Produktionsküche (8 Stunden p.a.)

Der Aufwand zur hygienischen Analyse und Beratung des Reinigungsdienstes ist hier bewusst nicht aufgeführt. Jede stationäre Einrichtung hat Reinigungskräfte und der dadurch entstehende hygienische Beratungsaufwand wird diesbezüglich am ehesten durch die Gesamtanzahl der Pflegebedürftigen (und damit linear) beeinflusst und nicht dadurch, ob die Unterhaltsreinigung durch hauseigene Kräfte oder einen externen Dienstleister erbracht wird.

Die Berechnung des jährlichen HFK-Beratungsumfangs für stationäre Pflegeeinrichtungen ist in Tabelle 4 dargestellt.

Erläuterung:

Dieser „geschätzte HFK-Beratungsumfang“ kann nur einen Näherungswert für die Ausgestaltung eines sinnvollen Beratungsaufwands durch eine Hygienefachkraft darstellen. In diesem Umfang sind z.B. keine Zeiten für die Vor- und Nachbereitung sowie die Begleitung behördlicher Begehungen oder für ein etwaiges Ausbruchmanagement einkalkuliert. Da solche Tätigkeiten aber u.a. auch von den spontanen zeitlichen Ressourcen der HFK sowie von den Aufgaben und Fähigkeiten der in der Einrichtung beschäftigten Hygienebeauftragten abhängen, ist es sinnvoll, sie nicht in den routinemäßigen Beratungsumfang einzurechnen.

Unternehmen bzw. Träger mehrerer Einrichtungen können außerdem die zentral zu erledigenden, hausübergreifenden HFK-Tätigkeiten (z.B. Arbeiten am Hygieneplan; einrichtungsübergreifende Hygienekommissionen) zeitlich komplett in die Betreuung der einzelnen Einrichtungen einkalkulieren. Der Gesamtaufwand zur HFK-Beratung von z.B. 10 Einrichtungen kann daher unter dem berechneten geschätzten HFK-Beratungsumfang je Einrichtung gemäß Tabelle 4 liegen.

Auch innerhalb der Funktionsbereiche kann der Beratungsumfang variieren. Beispielsweise kann eine zentrale Produktionsküche mit Verteilerküchen

auf den Wohnbereichen wenig Aufwand bedeuten, wohingegen mehrere Wohnbereichsküchen mit integrierten Kochgruppen hygienisch komplexer ausfallen können und mehr Beratungsbedarf erfordern. Einige Einrichtungen haben zudem weitere hygienisch relevante Bereiche (z.B. Ergo-, Musik-, Tier- oder Sporttherapie), die einen zusätzlichen Beratungsaufwand nötig machen.

Üblicherweise variiert der HFK-Beratungsaufwand zudem im Laufe der Zeit. Gerade zu Beginn ist mit einem erhöhten Beratungsbedarf zu kalkulieren, da ggf. einmalig bestimmte Strukturen und Arbeitsprozesse etabliert werden müssen. Bei der Berechnung des voraussichtlichen Beratungsbedarfs sind auch die Zeiten für die Vor- und Nachbereitung der Präsenzarbeiten zu berücksichtigen. Zu beachten ist außerdem, dass sich der Komplexitätswert durch Änderungen der Bettenzahl und der Bewohnerstruktur laufend verändert. Auch dies hat Einfluss auf den HFK-Beratungsaufwand, sodass der Komplexitätswert zumindest jährlich neu berechnet werden muss.

6.1) Beispiele zur Berechnung des Beratungsbedarfs für HFK

Zur Verdeutlichung der Vorschläge werden Beispielberechnungen für ein durchschnittliches Pflegeheim (siehe

Tabelle 3: Auswirkung des Komplexitätswerts auf den HFK-Beratungsumfang

Komplexitätswert		Mindest-HFK-Beratungsumfang p.a.	
KW < 200	2 Beratungstage	△ 16 Stunden	△ 0,010 VK
KW 200 bis 300	3 Beratungstage	△ 24 Stunden	△ 0,015 VK
KW 300 bis 400	4 Beratungstage	△ 32 Stunden	△ 0,020 VK
KW 400 bis 500	5 Beratungstage	△ 40 Stunden	△ 0,025 VK
...	usw.	usw.	usw.

Tabelle 4: HFK-Beratungsbedarfsberechnung für stat. Pflegeeinrichtungen

Kriterium	Beratungsumfang
■ Mindest-HFK-Beratungsumfang	16 Stunden p.a.
■ Komplexitätswert	ggf. + X Stunden p.a.
■ einrichtungsinterne Wäscherei?	+ 4 Stunden p.a.
■ einrichtungsinterne Produktionsküche?	+ 8 Stunden p.a.
Geschätzter HFK-Beratungsumfang	... Stunden p.a.

Tabelle 5), eine ambulante Intensivpflege-WG (siehe Tabelle 6) sowie ein großes Pflegeheim mit nicht-bettenführenden Bereichen (siehe Tabelle 7) vorgestellt.

■ 7) HB-Beratungsbedarfsberechnung für stat. Pflegeeinrichtungen

Der Bedarf an Hygienebeauftragten hängt neben deren Qualifikationen und Fähigkeiten auch von den zugewiesenen Aufgaben und den Freistellungskontin-

genten ab. So kann eine Aufteilung auf mehrere Hygienebeauftragte (z.B. für unterschiedliche Wohnbereiche oder Arbeitsschwerpunkte wie Pflege und/oder Hauswirtschaft) genauso sinnvoll sein, wie die Bündelung aller Aufgaben an eine einzelne Person, sofern diese das passende Profil mitbringt und ihr genügend zeitliche Ressourcen eingeräumt werden.

Ein Stundenkontingent von mindestens einem Arbeitstag pro Monat für das Aufgabenfeld der Hygienebeauftragten ist anzustreben. Der tatsächliche Umfang des Einsatzes von Hygienebeauftragten richtet sich, neben dem infektionshygienischen Risikoprofil der Einrichtung(en), der Pflegeintensität und Klientenzahl im jeweiligen Arbeitsbereich, auch nach dem Umfang der fachlichen Unterstützung durch eine HFK. Gegebenenfalls sind daher neben dem Einsatz eines Hygienebeauftragten weitere hygieneverantwortliche Mitarbeiter/-innen pro Bereich vorzuhalten.

Tabelle 5: Beispiel einer Berechnung des Bedarfs an HFK-Beratungsumfang für ein fiktives Pflegeheim mittlerer Größe mit eigener Wäscherei

Kriterium	Beratungsumfang
■ Mindest-HFK-Beratungsumfang	16 Stunden p.a.
■ Komplexitätswert von 280 → 80 Betten → Durchschnittlicher Pflegegrad der Klienten: 3,5	+ 8 Stunden p.a.
■ einrichtungsinterne Wäscherei? → Ja!	+ 4 Stunden p.a.
■ einrichtungsinterne Produktionsküche? → Nein!	+ 0 Stunden p.a.
Geschätzter HFK-Beratungsumfang	28 Stunden p.a.

Tabelle 6: Beispiel einer Berechnung des Bedarfs an HFK-Beratungsumfang für eine ambulante Intensivpflege-WG mit 10 Plätzen

Kriterium	Beratungsumfang
■ Mindest-HFK-Beratungsumfang	16 Stunden p.a.
■ Komplexitätswert von 45 → 10 Betten → Durchschnittlicher Pflegegrad der Klienten: 4,5	+ 0 Stunden p.a.
■ einrichtungsinterne Wäscherei? → Nein!	+ 0 Stunden p.a.
■ einrichtungsinterne Produktionsküche? → Nein!	+ 0 Stunden p.a.
Geschätzter HFK-Beratungsumfang	16 Stunden p.a.

Tabelle 7: Beispiel einer Berechnung des Bedarfs an HFK-Beratungsumfang für ein großes Pflegeheim mit nicht-bettenführenden Bereichen

Kriterium	Beratungsumfang
■ Mindest-HFK-Beratungsumfang	16 Stunden p.a.
■ Komplexitätswert von 750 → 250 Betten → Durchschnittlicher Pflegegrad der Klienten: 3	+ 48 Stunden p.a.
■ einrichtungsinterne Wäscherei? → Ja!	+ 4 Stunden p.a.
■ einrichtungsinterne Produktionsküche? → Ja!	+ 8 Stunden p.a.
Geschätzter HFK-Beratungsumfang	76 Stunden p.a.

■ Referenzen

1. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG); zuletzt geändert durch Art. 8v G v. 12.12.2023. https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/_35.html
2. Verordnung über Hygiene und Infektionsprävention in vollstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen im Land Brandenburg (Brandenburgische Pflegehygieneverordnung – BbgPflege-HygV); vom 30. September 2024. <https://www.landesrecht.brandenburg.de/dislservice/public/detail?id=10707>
3. Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) NRW; Stand vom 26.1.2024. https://www.recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000678
4. KRINKO-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen; Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:332–351. https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Krankenhaushygiene/KRINKO/Empfehlungen-der-KRINKO/Hygienefachpersonal-Hygienebeauftragte/Downloads/Rili_Hygmanagement.pdf?__blob=publicationFile&v=1
5. DGKH-Leitlinie „Hygienebeauftragte(r) in stationärer und ambulanter Pflege – Aufgaben und Anforderungen an die Fortbildung; Stand 2024“.
6. Pflege-Report 2022; https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Pflegereport/wido_pfl_plegereport2022_full_07_2022.pdf
7. Statistisches Bundesamt: 5,7 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2023; https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html
8. Adelheid Kuhlmeier: Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter – Herausforderungen für die Prävention; <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/07/PG-4-2009.pdf>
9. Abschlussbericht der PränosInAA-Studie; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Abschlussbericht_PraenosInAA.PDF