



Handlungsempfehlung der AG Hygieneüberwachung der DGKH

Teil B – Infektionshygienische Überwachung spezieller Teil

Teil B.1 Infektionshygienische Überwachung von Einrichtungen und Unternehmen der Pflege durch die Gesundheitsämter

Sachstand 05/2026

■ Inhalt

1. Einleitung
 - 1.1. Stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland Risikofaktoren und Infektionen bei den Bewohnern
 - 1.2. Aufgaben der Einrichtungen
 - 1.3. Ausstattung mit Hygienefachpersonal und Hygienebeauftragten in der Pflege
2. Infektionshygienische Überwachung von Pflegeeinrichtungen durch die Gesundheitsämter
 - 2.1. Allgemeines
 - 2.2. Durchführung im Rahmen der Ortsbegehung
 - 2.3. Überprüfung mittels Checklisten
 - 2.4. Protokollerstellung, Bericht, Zeit- und Maßnahmenplan-Protokoll
 - 2.5. Mängelbeseitigung – Prozedere und rechtliche Möglichkeiten
3. Zusammenfassung/Fazit

Literatur

■ 1. Einleitung

1.1. Stationäre Pflegeeinrichtungen in Deutschland Risikofaktoren und Infektionen bei den Bewohnern

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland betrug Ende 2023 ca. 5,7 Millionen, von denen ca. 800.000 (knapp 1% der Bewohner in Deutschland) in insgesamt 16.500 stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden [1].

Strukturen von stationären Pflegeeinrichtungen, einige Risikofaktoren der Bewohner sowie die Art und Häu-

figkeit von Infektionen werden in der seit 2011 wiederholt europaweit standardisiert durchgeführten HALT-Studie (*Healthcare-associated Infections in Long-term Care Facilities*) erhoben [2–5]. Im Jahr 2023/24 hatten 56 Einrichtungen aus Deutschland teilgenommen. Die häufigsten Risikofaktoren der Bewohner in Pflegeeinrichtungen in Deutschland waren Medical Devices (9,8% Harnwegskatheter, 0,3% Gefäßkatheter) und Hautbarriereverletzungen (4,3% Decubiti und 9,8% Wun-

Mitglieder der AG Hygieneüberwachung

Prof. em. Dr. med. Martin Exner, Bonn
 Dr. med. Anna Dornaika, Bonn
 Prof. Dr. med. Sabine Gleich, München
 Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Butzbach
 Dr. med. Anne Marcic (Leitung), Kiel
 Prof. Dr. med. Nico Mutters, Bonn
 Susanne Prange-Schmidt, Gießen
 PD Dr. Katrin Steul (stellvertretende Leitung), Dietzenbach
 Dr. Patrick Ziech, Hannover

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

Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit der Texte wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermaßen auf alle Geschlechteridentitäten (m/w/d).

Tabelle 1: Ausgewählte Ergebnisse der europaweiten HALT-Studien (HALT-1 - HALT-4) zu Hygienestrukturen, Risikofaktoren, Infektionen und Antibiotikaeinsatz in Pflegeeinrichtungen im Vergleich der teilnehmenden Einrichtungen aus Europa (E) und Deutschland (D) [2-5]

	HALT-1 2010		HALT-2 2013		HALT-3 2016		HALT-4 2023/24	
	E	D	E	D	E	D	E	D
Teilnehmende Einrichtungen (n)	694	73	1.051	215	1.797	82	1097	56
Betten Bewohner (n)	65.425	6.998	79.285	17.643	102.301	11.440	66.112	4.455
davon Anteil Einzelzimmer (%)	k.A.	k.A.	80,1	88,7	80,2	75,3	86,0	73,6
Bewohner männlich (%)	29,6	26,8	30,7	26,5	32,2	26	32,5	29,2
Bewohner über 85 Jahre (%)	44,8	49,7	49,1	51,5	48,6	51,0	51,4	55,4
Risikofaktoren (%)								
Harnwegskatheter	7,2	10,2	6,3	(>)	8,4	8,0	8,4	9,8
Gefäßkatheter	0,8	0,2	0,0		1,5	0,3	1,1	0,3
Decubiti	4,5	3,8	4,3	(<)	5,9	4,0	5,7	4,3
Andere Wunden	6,7	5,1	7,7	(>)	8,8	7,5	8,7	9,8
Struktur der Infektions- prävention	(620- 692)*	(70-73)*	(1.039)*	(211)*	(1.685)*	(81)*	(718)*	(53)*
Hygienefachpersonal / Personal mit Hygienefortbildung (%)	51,6	49,0	66,5	85,8	71,0	87,7	77,6	88,7
Hygienekommission (%)	29,0	17,0	42,6	64,0	39,1	79,0	40,4	77,4
Beratung durch Hygieneexperte (%)	83,3	53,0	79,1	85,3	84,6	84,0	85,9	75,5
Händehygiene	k.A.	k.A.	(1038)*	(210)*	(1.610)*	(81)*	(756)*	(55)*
Händehygiene Fortbildung letztes Jahr (%)	k.A.	k.A.	73,4	98,1	66,0	97,6	61,1	100
HDM-Verbrauch (ml / Bewohnertag)	k.A.	k.A.	4,2	7,1	4,3	8,4	4,9 (484)	Ca 7,5
Infektions-Präventions- Protokolle			(1005)*	(206)*	(1623)*	(80)*	(690)*	(49)*
MRSA / MRE (%)	72,6	73,0	76,9	100	83,2	100	81,0	100
Händehygiene (%)	96,1	73,0	95,9	100	93,9	100	94,2	100
Umgang Harnwegskatheter (%)	80,9	73,0	84,0	98,1	83,2	95,0	84,1	98,0
Umgang Gefäßkatheter (%)	49,2	26,0	50,0	44	60,0	50,0	66,2	57,1
Umgang parenterale Ernährung (%)	69,1	70,0	76,8	97,6	71,7	92,5	75,2	98,0
Nosokomiale Infektionen (%) davon	2,4	0,8	3,4	2,5	3,7	1,7	3,1	0,9
Atemwegsinfektion (%)	33,6	27,5	31,2	22,4	33,2	20,0	27,3	24,3
Harnwegsinfektion (%)	22,3	37,1	31,2	29,9	32,0	31,3	34,3	24,3
Haut/Weichteilinfektion (%)	21,4	7,8	22,8	28,7	21,5	31,3	23,9	24,3
Herpes zoster (%)	0,8	0	0,5	1,2	0,6	2,6	0,6	0
Skabies (%)	0,1	0	0,4	0,0	0,1	0,0	0,6	0
Magen-Darm-Infektionen (%)	4,6	5,9	5,1	8,0	2,9	7,0	3,6	5,4
<i>Clostridium difficile</i> (%)	4,6	5,9	0,9	1,6	1,0	1,7	0,4	0,0

E: europaweit; D: Deutschland *antwortende Einrichtungen

den) – die Prävalenz anderer invasiver Devices wie bspw. PEG-Sonden wurde in dieser Untersuchung nicht erfasst. In dieser – allerdings nicht repräsentativen – Erhebung gaben 88,7% der Einrichtungen aus Deutschland an, über Hygienefachpersonal oder Personal mit Hygienefortbildung zu verfügen, 75,5% wurden durch externe Hygieneexperten beraten und 77,4% hatten eine Hygienekommission etabliert. Alle Einrichtungen in Deutschland hatten Standard-Arbeitsanweisungen zur Händehygiene und zum Umgang mit Bewohnern mit multiresistenten Erregern (MRE), 98% zum Umgang mit Harnwegskathetern und parenteraler Ernährung und mehr als die Hälfte der Einrichtungen verfügte über eine Arbeitsanweisung zum Umgang mit Gefäßkathetern. Im internationalen Vergleich war die Prävalenz nosokomialer Infektionen mit 0,9% vergleichsweise niedrig. Am häufigsten wurden Harnwegsinfektionen, die sehr häufig bei liegenden Harnwegskathetern auftraten, Haut- und Weichteilinfektionen und Atemwegsinfektionen angegeben (jeweils 24,3%).

Tabelle 1 zeigt eine Auswahl der Indikatoren, die in den HALT-Studien erhoben werden, im Vergleich über die Zeit, sowie im Vergleich der Daten aus Einrichtungen europaweit und aus Deutschland. Die Daten zeigen eine deutliche Verbesserung der Hygienestrukturen in den in Deutschland teilnehmenden Einrichtungen zwischen 2010 und 2013 und seit dieser Zeit auch bessere Hygienestrukturen (u.a. Hygienefachpersonal, Händehygiene, Arbeitsanweisungen) in den Einrichtungen in Deutschland im Vergleich mit allen teilnehmenden Einrichtungen.

Händehygiene und insbesondere die Händedesinfektion ist die wichtigste Maßnahme zur Prävention von Erreger-Übertragungen. Grundsätzlich kann die Händehygiene mit zwei Verfahren untersucht werden: Compliance-Beobachtung und Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs. Beide Methoden haben ihre Stärken und Schwächen. Bei der Compliance-Beobachtung werden die Einhaltung der 5 Momente der Händehygiene (WHO, ASS...) durch genaue Beobachtung und Dokumentation bei bestimmten Pflegeprozessen erfasst. Dieses Verfahren hat den Vorteil, die Einhaltung der Indikationen genau zu erfassen

[6,7], allerdings muss von einem Hawthorne-Effekt ausgegangen werden, d.h. dass unter Beobachtung die Prozeduren anders (besser) vorgenommen werden als ohne. Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs ist nicht beobachtungsabhängig, sie zeigt aber auch nicht an, ob das Händedesinfektionsmittel indikationsgerecht eingesetzt wurde.

Seit 2009 werden im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System KISS die Händedesinfektionsmittelverbräuche in stationären Pflegeeinrichtungen erfasst und publiziert (Tabelle 2) [8]. Die Einrichtungen können diese Daten einfach aus ihren Verwaltungsdaten entnehmen: die eingekaufte Menge der Händedesinfektionsmittel (in ml) eines Jahres wird durch die abgerechneten Pflgetage geteilt. Die Zahl der bei KISS teilnehmenden Einrichtungen ist bislang gering, die Daten sind somit nicht repräsentativ.

Dennoch können sie einen Anhaltspunkt liefern. Die KISS-Daten zeigten im Jahr 2020 den höchsten Händedesinfektionsmittelverbrauch; hier könnte aber auch vermutet werden, dass ein Teil dieser Händedesinfektionsmittel ggf. für den privaten Bereich genutzt wurde (das wurde aus Kliniken so beschrieben), bzw. nicht indikationsgerecht und nicht richtig eingesetzt wurde, beispielsweise auch von Besuchern. Kritisch zu betrachten ist, dass nach der Pandemie die Händedesinfektionsmittelverbräuche unter den Stand vor der Pandemie abfielen.

Die Bewertung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs ist nicht einfach, da der Pflegebedarf und insbesondere auch das Vorhandensein von pflegeintensiven Kathetern oder Wunden bei den Bewohnern in verschiedenen Einrichtungen sehr unterschiedlich sein kann. KISS versucht seit einigen Jah-

Tabelle 2: Händedesinfektionsmittelverbrauch in stationären Einrichtungen der Altenpflege in Deutschland. Daten des HAND-KISS des Nationalen Referenzzentrums für Krankenhaushygiene [8]

Jahr	teilnehmende Einrichtungen	Bewohnertage	Händedesinfektionsmittel in ml/Bewohnertag
2009	26	693865	7,77
2010	22	1609285	6,71
2011	75	2203870	7,62
2012	99	3278795	7,46
2013	102	3505825	8,57
2014	92	3140460	7,86
2015	107	3592695	8,60
2016	101	3191195	10,70
2017	86	2.164.450	10,84
2018	115	3.136.080	10,33
2019	119	3.184.990	10,24
2020	119	3.128.050	14,24
2021	115	2.884.230	11,23
2022	140	4.154.430	9,72
2023	181	6.210.840	7,78
2024	144	4.612.140	8,87

ren, dies mit einer differenzierteren Auswertung nach Pflegegraden zu berücksichtigen. Allerdings sind in hohen Pflegegraden nicht nur die Menschen mit Devices, sondern insbesondere auch Menschen mit dementiellen Erkrankungen eingestuft, bei deren Pflege weniger Händedesinfektionen erforderlich sind als bei der Pflege von Bewohnern mit Kathetern oder Hautbarriere-Verletzungen. Vor diesem Hintergrund ist beim Vergleich zwischen unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen Vorsicht geboten, innerhalb einzelner Einrichtungen erscheint ein Vergleich der Entwicklung über die Jahre jedoch gut möglich.

Die spezifischen rechtlichen Rahmenbedingungen, Strukturen und Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Deutschland unterscheiden sich von denen anderer Staaten [9, 10]. Diese Empfehlung berücksichtigt Situation, Aufgaben und Erfahrungen des ÖGD in Deutschland und legt die diesbezüglich verfügbare Literatur zugrunde.

1.2. Aufgaben der Einrichtungen

Die Einrichtungen und Unternehmen nach § 35 IfSG [11], also

- 1) vollstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen,
- 2) teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen,
- 3) ambulante Pflegedienste und Unternehmen, die den Einrichtungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 vergleichbare Dienstleistungen anbieten; Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zählen nicht zu den Dienstleistungen, die mit Angeboten in Einrichtungen nach Nummer 1) oder Nummer 2) vergleichbar sind,

haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der Pflegewissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden – über die Vermutungsregel, s. Allgemeiner Teil – also die relevanten Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen

Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) eingehalten werden, um Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden. Diese sind für stationäre Einrichtungen der Pflege u.a. die KRINKO-Empfehlung „Infektionsprävention in Heimen“, für alle Einrichtungen der Pflege die Empfehlungen zu Händehygiene, Flächendesinfektion, Aufbereitung der Medizinprodukte sowie je Bedarf die Empfehlungen zur Prävention von Katheter-assoziierten Harnwegsinfektionen [12–16]. Zur Umsetzung der Hygiene in den Einrichtungen sind nach KRINKO Fachkompetenzen erforderlich, z.B. Hygienebeauftragtes Personal (Hygienebeauftragte in der Pflege) mit angemessener Weiterbildung und der erforderlichen Freistellung für diese Tätigkeit, das bei Bedarf durch Hygienefachpersonal (Hygienefachkraft oder Hygieniker) unterstützt werden muss (s. Kapitel 2.3.2. Allgemeiner Teil).

Darüber hinaus sind diese Einrichtungen verpflichtet, in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen (§ 35 IfSG Abs. 1). Bestandteil der Hygienepläne sind auch Standard Operating Procedures (SOPs) für in der Pflege vorgenommene Prozeduren, wie Pflege von Harnwegskathetern, Umgang mit Wunden oder Trachealsonden etc., sowie der Reinigungs- und Desinfektionsplan. Angebotene Musterhygienepläne müssen auf die individuellen Situationen in den einzelnen Einrichtungen angepasst werden (s. Kapitel 2.2. Allgemeiner Teil).

In § 35 Abs. 3 IfSG werden die Landesregierungen verpflichtet, Regelungen zu treffen über

- 1) hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
- 2) die erforderliche personelle Ausstattung mit hygienebeauftragten Pflegefachkräften oder Hygienefachkräften,
- 3) Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen hygienebeauftragten Pflegefachkräfte oder Hygienefachkräfte,
- 4) die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,

- 5) die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten erforderlich sind.

1.3. Ausstattung mit Hygienefachpersonal und Hygienebeauftragten in der Pflege

Solange die landesrechtlichen Regelungen für personelle Voraussetzungen zur Einhaltung der Hygiene in Pflegeeinrichtungen noch nicht bestehen, können diese seitens der Gesundheitsämter nicht gefordert und durchgesetzt werden. Das Gesundheitsamt sollte jedoch dahingehend beraten, dass die Umsetzung der Anforderungen an die Hygiene nur dann sachgerecht erfolgen kann, wenn Hygienefachpersonal (Hygienefachkraft) beteiligt wird und Hygienebeauftragte benannt werden.

Hygienefachpersonal und Hygienebeauftragte haben unterschiedliche Qualifikationen und nehmen ihrer Qualifikation entsprechend unterschiedliche Aufgaben wahr. Sie ergänzen sich in ihrer Tätigkeit, können sich aber nicht gegenseitig ersetzen.

Hygienefachpersonal: Hygienefachkraft bzw. Fachkraft für Hygiene und Infektionsprävention, Pflegefachkraft mit einer spezifischen Fachweiterbildung. Eine Soll-Ist-Analyse in der Einrichtung mit nachfolgender Erstellung eines Hygieneplans setzt z.B. die Expertise einer Hygienefachkraft voraus. Hygienefachkräfte führen regelmäßig Schulungen und Prozessbeobachtungen durch und prüfen, ob eine Anpassung des einrichtungsspezifischen Hygienemanagements erforderlich ist.

Hygienebeauftragte: Hygienebeauftragte erhalten eine Fortbildung zu wesentlichen Eckpunkten der Hygiene. Sie sind Ansprechpartner und Multiplikatoren für Fragen der Hygiene in ihrem Verantwortungsbereich. Hygienebeauftragte wirken auf die Einhaltung der Regeln der Hygiene hin. Dafür müssen sie sowohl die Organisation als auch die Arbeitsabläufe in der jeweiligen Einrichtung gut kennen und mit den Hygieneanforderungen in Einklang bringen“ [17].

In der KRINKO-Empfehlung „Hygiene in Heimen“ aus dem Jahr 2005 wird die Notwendigkeit von Hygienebeauftragten in der Pflege gesehen und auf die Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) hingewiesen [13]. Die aktuelle Leitlinie der

DGKH fordert für Hygienebeauftragte in der stationären und ambulanten Pflege nach § 35 IfSG eine 80-stündige Weiterbildung, aufgeteilt auf ein Basismodul von 60 Unterrichtseinheiten (UE) á 45 min in (Video)-Präsenz und 20 UE für verpflichtende, praxisorientierte Hausarbeiten [18]. Der Umfang des Einsatzes von Hygienebeauftragten richtet sich nach dem infektionshygienischen Risikoprofil der Einrichtung (Anteil der Bewohner z.B. mit Devices, Pflegegrad, Behandlungspflege). Die Mitarbeiter sind hierzu in dem erforderlichen Umfang freizustellen.

Beide Funktionen können im Zusammenspiel sachgerechte Maßnahmen der Infektionsprävention gewährleisten. Sowohl die spezielle Fachexpertise (Hygienefachkraft) zur Festlegung der Maßnahmen als auch die Funktion des Multiplikators von Hygienemaßnahmen in den einzelnen Bereichen (Hygienebeauftragte) ist für die Umsetzung der einrichtungsspezifischen Hygienemaßnahmen wesentlich.

Der Umfang der Beratung durch eine Hygienefachkraft und die Freistellung für Hygienebeauftragte sollen mit dem einrichtungsspezifischen Risiko korrelieren, das sich aus der o.g. Struktur ergibt. Die DGKH-Sektion Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation hat zur Festlegung des Beratungsumfanges durch Hygienefachkräfte und interne Hygienebeauftragte in Einrichtungen der stationären Pflege und der Eingliederungshilfe einen Vorschlag zur Bewertung des infektionshygienischen Risikoprofils vorgelegt [19].

■ 2. Infektionshygienische Überwachung von Pflegeeinrichtungen durch die Gesundheitsämter

2.1. Allgemeines

Ziel der Überwachung ist die Verhütung nosokomialer Infektionen. Hierzu wird überprüft, ob die strukturellen und personellen Voraussetzungen zur Einhaltung der jeweils erforderlichen Hygienemaßnahmen sowie die Umsetzung von Hygienemaßnahmen auf Basis von evidenzbasierten fachlichen Grundlagen sichergestellt sind. Ggf. werden Verbesserungen eingefordert, um die Qualität der Hygiene in den Einrichtungen zu sichern.

Für die infektionshygienische Überwachung hat sich ein partnerschaftliches und transparentes Vorgehen der

Gesundheitsämter bewährt, das Hilfestellung gibt (Beratung vor Begehung), die Belange der Einrichtungen ernst nimmt und gemeinsame geeignete Lösungen findet [20].

Fachliche Inhalte der Überwachung sind die einschlägigen KRINKO-Empfehlungen zur Infektionsprävention in Heimen sowie zur Basishygiene [13–16, 21] und ggf. weitere Rechtsgrundlagen, Empfehlungen oder Leitlinien von Fachgesellschaften, z.B. Trinkwasserverordnung, Wasser-Sicherheits-Plan, TRBA, DIN oder DGKH-Empfehlungen [22–24].

Bei der Überwachung stehen sowohl die strukturellen Voraussetzungen zur Einhaltung der Anforderungen an die Hygiene als auch die Umsetzung von Maßnahmen der Basishygiene im Rahmen der Pflege und zu speziellen pflegerischen Maßnahmen (z.B. Anlage von und Umgang mit Harnwegskathetern) im Fokus.

Risikobewertung: Die Infektionshygienische Überwachung von Einrichtungen der Pflege wird risikoadaptiert geplant und durchgeführt. Es erfolgt eine Einteilung entsprechend des Risikos für die Übertragung von Infektionserregern durch Pflege und invasive Maßnahmen sowie des Risikos für Ausbruchsgeschehen. Zu berücksichtigen sind dabei auch die Behandlung und Versorgung in besonderem Maße infektionsgefährdeter Personen. Der Pflegegrad der betreuten Personen gemäß § 15 SGB XI gibt dabei einen Anhaltspunkt für das Risiko der Weiterverbreitung von Infektionserregern z.B. durch kognitive Einschränkungen oder invasive Pflegemaßnahmen.

Begehungsfrequenz: Aus der Einteilung in die drei Risikogruppen „hoch“, „mittel“ und „niedrig“ ergeben sich Begehungsintervalle von 1, 3 oder 5 Jahren [25]. Einrichtungen der Pflege ohne besondere Infektionsrisiken werden der Kategorie „mittel“ zugeordnet und routinemäßig alle 3 Jahre überwacht. Einrichtungen, in denen invasive Pflegemaßnahmen mit erhöhtem Infektionsrisiko durchgeführt werden (z.B. Harnwegskatheter, Tracheostoma sowie ambulante Intensivpflege), werden der Kategorie „hoch“ zugeordnet und jährlich überwacht. Das Überwachungsintervall sollte in Abhängigkeit von den jeweiligen Überwachungsergebnissen angepasst werden.

In Einrichtungen der Pflege, in denen ein Leitungs- und/oder Träger-

wechsel stattgefunden hat, wird das Überwachungsintervall verkürzt, um Informationsbrüche zu vermeiden. Nach Beschwerden über Hygienemängel oder im Zusammenhang mit der Abklärung von Ausbrüchen können kurzfristig zusätzliche (Teil-)Begehungen erforderlich werden.

Qualifikation der Mitarbeiter des Gesundheitsamtes: Pflegeeinrichtungen der Risikokategorie „mittel“ werden routinemäßig durch Hygienekontrolleure überwacht; bei Grundsatzfragen und spezifischen Fragestellungen wird ärztliche Expertise hinzugezogen. Pflegeeinrichtungen der Risikokategorie „hoch“ sollen idealerweise routinemäßig durch in der Pflege erfahrene Personen mit der Qualifikation einer Hygienefachkraft überwacht werden; auch hier wird bei Grundsatzfragen und spezifischen Fragestellungen ärztliche Expertise hinzugezogen.

2.2. Durchführung im Rahmen der Ortsbegehung

Wesentlicher Teil der infektionshygienischen Überwachung ist die Ortsbegehung, die durch Abfragen z.B. mittels Selbstauskunftsbögen, in denen die strukturellen Voraussetzungen zur Einhaltung der Hygiene erhoben werden, ergänzt werden sollte.

Selbstauskunftsbögen/Vorabfragen: Im Vorfeld der Begehungen sollten strukturelle und organisatorische Voraussetzungen der jeweiligen Einrichtung erhoben werden. Es empfiehlt sich, sich an den Fragen aus dem Strukturfragebogen der europaweiten HALT-Studie zu orientieren. Dies ermöglicht nicht nur, das Infektionsrisiko z.B. durch die Häufigkeit invasiver Maßnahmen besser zu bestimmen, sondern auch einen Vergleich mit Einrichtungen der Region/des Landes oder Einrichtungen aus anderen Ländern herzustellen.

Inhalte der Abfragen beziehen sich u.a. auf:

- 1) Struktur der Einrichtung und personelle Voraussetzungen, z.B. Anzahl Pflegeplätze, Anzahl Einzelzimmer, Anzahl Bewohner mit besonderen Pflegebedarfen/besonderen Risiken wie Wundversorgung, PEG oder Tracheostoma, Harnwegskatheter; Hygienemanagement und Hygieneplan, vorhandene Fachexpertise auf dem Gebiet der Hygiene, Hygienefortbildungen, Umgang mit der Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz

- 2) Organisation und Umsetzung der Hygienemaßnahmen, z.B. Umsetzung der Händehygiene, Indikationen zur Händedesinfektion, ggf. Händedesinfektionsmittelverbrauch insgesamt und pro Bewohner*in, Indikation zum Einsatz medizinischer Einmalhandschuhe, Indikationen zur Flächendesinfektion, Schulungen, Impfungen und Impfangebote, Umgang mit multiresistenten Erregern.

Eine **Vorbesprechung** vor Ort dient der Besprechung von **organisatorischen Fragen** (z.B.)

- Hygienefachpersonal (Weiterbildung)
- Hygienebeauftragtes Personal (Fortbildung und Freistellung)
- Hygienekommission
- Hygieneschulungen für das Personal insgesamt
- Händedesinfektionsmittelspender an Stellen, wo eine Händedesinfektion indiziert ist (ggf. auch Kitteltaschenflaschen; wird der Händedesinfektionsmittelverbrauch erfasst (z.B. analog KISS)?)
- Hygieneplan
 - Händehygiene, Indikationen zur Händedesinfektion, Ausführung der Händedesinfektion
 - Umgang mit Reinigung und Desinfektion inkl. Aufbereitung von Pflegehilfsmitteln (Waschschüsseln, Steckbecken, Rollstühle)
 - Aufbereitung von Medizinprodukten (i.d.R. unkritische oder semikritische MP)
 - Umgang mit Abfällen
 - Umgang mit Wäsche
 - SOP für Wundverbandwechsel
 - SOP für Harnwegskatheter-Pflege/Katheterwechsel
 - SOP für Stomapflege
 - SOP für Umgang mit PEG-Sonden
 - SOP für Umgang mit Atemwegsbefeuchtern/Absaugern
 - SOP für Umgang mit Bewohnern mit MRE (MRSA, 4-MRGN)
 - SOP für Umgang mit infektiösen Bewohnern z.B. Gastrointestinale Infektionen wie Norovirus- und Rotavirus-Infektionen, *Clostridioides*-Infektionen; respiratorische Infektionen wie Influenza und RSV
 - Unterlagen zum Ausbruchmanagement und Meldepflichten
- Reinigungsdienst extern oder intern

- Speiseversorgung intern oder extern; welches Verfahren
- Kontrolle und Wartung von hygiene-relevanten Geräten
- Wasser-Sicherheitsplan, Risikobewertung für ggf. erforderliche Wasseruntersuchungen jenseits der TrinkwV, Personen mit Risikofaktoren (z.B. COPD, offene Wunden, Nutzung von Inhalationsgeräten mit Trinkwasser, Immunsuppression)

Die Ortsbegehung umfasst in der Regel die gesamte Einrichtung. Überprüft werden insbesondere bauliche Gegebenheiten und Gerätwagen (z.B.):

- **Funktionsräume rein**, Bereiche, in denen Medikamente gelagert und gerichtet, Infusionen vorbereitet werden
- **Pflegearbeitswagen** sauber und sachgerecht ausgestattet, inkl. HDM-Spender
- **Reinigungswagen** sauber und sachgerecht ausgestattet; werden die Utensilien sachgerecht gelagert, eingesetzt und gewechselt (z.B. unterschiedlich farbige Tücher)?
- **Funktionsräume unrein**; Desinfektionsmitteldosiergerät (überprüft?), Entsorgung von Abfällen und Exkreten, Steckbeckenspüle (Wartung und Kontrolle der Spülmaschine)
- **Putzraum zum Lagern der Putzgeräte**: Sauberkeit, Putztücher ausreichend, trocken?
- **Lagerräume**
- **Ggf. Stationsbäder**
- **Stationsküchen/Pantrys**: dezentrale Lebensmittellagerung und -Angebote; Getränkezubereitung (Kaffee, Tee etc.), Geschirraufbereitung (Wartung und Kontrolle der Spülmaschine)
- **Speisesaal und Speiseausgabe**
- **Ggf. Küchenbereich** – in Absprache mit dem Amt für Lebensmittelüberwachung
- **Personalumkleide** mit Trennung rein-unrein und Duschen/Toiletten; Waschbecken mit Händedesinfektionsmittelspender

Da es sich bei den Zimmern um die Wohnungen der Bewohner handelt, können diese nur mit deren Einverständnis angesehen werden.

Darüber hinaus kann bei der Ortsbegehung überprüft werden, ob der **Hygieneplan einschließlich der SOPs**

den Mitarbeitern vor Ort bekannt ist und umgesetzt wird, einschließlich der Kenntnis und des Vorhandenseins spezieller Desinfektionsmaßnahmen beispielsweise bei Norovirusinfektionen (Händedesinfektionsmittel begrenzt viruzid plus) oder *Clostridioides*-Infektionen (Händewaschen zusätzlich zur Händedesinfektion).

Bei der Begehung der Einrichtung kann beobachtet werden, ob die Mitarbeiter die Händedesinfektion indikations- und sachgerecht vornehmen, oder ob sie Schmuck an den Händen tragen oder die Händedesinfektion fehlerhaft durchführen. Darüber hinaus können Fehler beim Tragen der Schutzkleidung (MNS, Kittel, Handschuhe) festgestellt werden. Solche Fehler können u.U. durch Fehler in der Strukturqualität (z.B. fehlende Festlegung im Hygieneplan, Personalmangel, unzureichende Schulung) verursacht sein. Prozessbeobachtungen wie z.B. Körperpflege, Wundversorgung, Katheterpflege sind Aufgabe der Einrichtungen selbst und sollten regelmäßig durch die Hygienebeauftragten in der Einrichtung vorgenommen werden. Die Gesundheitsämter sollen im Rahmen ihrer Begehung nach diesen Prozessbeobachtungen und deren Ergebnissen fragen. Falls das Gesundheitsamt darüber hinaus eigene standardisierte Prozessbeobachtungen durchführen möchte, sind die Limitationen zu beachten (s. Kapitel 3.1. Allgemeiner Teil).

Neben dieser Vor-Ort-Überprüfung der gesamten Einrichtung und der dortigen Hygieneverfahren wurden auch weitere Überprüfungsverfahren publiziert, z.B. das standardisierte Hygienearanking Altenpflegeheime [26] oder auch themenzentrierte Begehungen, z.B. zur Wäscheaufbereitung, oder – sehr aufwendig – zur Reinigung und Desinfektion oder zur Katheterpflege [27–29].

2.3 Überprüfung mittels Checklisten

Diese Überprüfungen vor Ort werden häufig mittels Checklisten vorgenommen. Die Checklisten können einerseits als Inhaltsangabe genutzt werden; sie zeigen an, welche Punkte überprüft werden sollen und sind dann eine Hilfe, um nicht eventuell wichtige Punkte zu vergessen. Üblicherweise enthalten die einzelnen Fragepunkte eine geschlossene Antwortmöglichkeit (ja/nein/entfällt/nicht beobachtet) und in einer weiteren Spalte eine Kommentarmög-

lichkeit. Sie können andererseits auch für eine detaillierte Aus- und Bewertung genutzt werden. Dies setzt Sachkenntnisse der begehenden Mitarbeiter des Gesundheitsamtes und ein sehr standardisiertes Ausfüllen der Checklisten voraus.

2.4 Protokollerstellung, Bericht, Zeit- und Maßnahmenplan-Protokoll

Die infektionshygienische Begehung – Selbstauskunft, Vorabfrage, Besprechung und Ortsbesichtigung – wird protokolliert. In das Protokoll werden auch ggf. noch offene Punkte aus der Selbstauskunft und Abfrage aufgenommen.

Es bietet sich an, die Protokollierung z.B. in tabellarischer Form zu gestalten und die Mängel den Maßnahmen zur Mängelbeseitigung inklusive fachlicher und rechtlicher Grundlagen gegenüberzustellen. Festgestellte Mängel sind fachlich zu begründen und mit zugehörigen Grundlagen wie KRINKO-Empfehlungen, ggf. Leitlinien von Fachgesellschaften und/oder Rechtsgrundlagen zu verknüpfen. Zur Überprüfung der Mängelbeseitigung hat es sich bewährt, eine Spalte mit dem Datum der Fristsetzung und Platz für die Rückmeldung zur Mängelbeseitigung durch die Einrichtung aufzunehmen. Zur Nachvollziehbarkeit sollte eine Fotodokumentation erfolgen.

Im Fazit sind die beobachteten Mängel nach Dringlichkeit der Behebung zu priorisieren. In Abhängigkeit vom Ausmaß der festgestellten Mängel und dem damit verbundenen Risiko erfolgt eine erneute Überprüfung (s. Kapitel 2.1.)

Ein positiver Gesamteindruck sollte im Protokoll explizit erwähnt werden.

Jenseits der Protokollierung sollte das Gesundheitsamt im Sinne eines kooperativen Ansatzes für Fragen zum Hygienemanagement zur Verfügung stehen.

2.5. Mängelbeseitigung – Prozedere und rechtliche Möglichkeiten

Für die Beseitigung der festgestellten Mängel wird eine Frist gesetzt. Diese Frist richtet sich nach dem infektionshygienischen Risiko des Mangels und ggf. nach dem erforderlichen Aufwand. Sie kann zwischen „unverzüglich“ und mehreren Monaten betragen.

Vor Fristablauf soll eine Rückmeldung seitens der Einrichtung erfolgen mit Bestätigung der Mängelbeseitigung, z.B. in dem Protokolldokument

wie oben beschrieben. Eine Beseitigung baulicher Mängel (inklusive Ausstattung mit HDM-Spendern) sollte mittels Fotodokumentation bestätigt werden. Eine Überprüfung der Mängelbeseitigung durch das Gesundheitsamt vor Ort ist bei festgestellten gravierenden Mängeln erforderlich.

Die Nachdrücklichkeit in der Durchsetzung der zu fordernden Maßnahmen richtet sich immer nach dem Risiko und muss dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügen.

3. Zusammenfassung/Fazit

- Stationäre Einrichtungen der Pflege (gemäß § 35 IfSG) haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der Pflegewissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden. Dies geschieht durch Beachtung der Empfehlungen der KRINKO nach § 23 Absatz 1.
- Den Gesundheitsämtern obliegt die infektionshygienische Überwachung dieser Einrichtungen – mit dem Ziel, durch sachgerechte Hygiene in den Einrichtungen nosokomiale Infektionen zu verhüten. Fachliche Grundlage sind ebenfalls die Empfehlungen der KRINKO.
- Hierfür müssen die Gesundheitsämter nach Risikoanalyse die Überwachungen der Einrichtungen priorisieren, Begehungsintervalle festlegen und über entsprechend ausgebildetes Personal verfügen.
- Die infektionshygienische Überwachung umfasst – i.d.R. auf Basis standardisierter Fragebögen und Checklisten – Vorabfragen, Besprechungen und Ortsbegehungen, deren Protokollierung inkl. der ggf. erforderlichen Forderung und Überwachung der Mängelbeseitigung. Entsprechende Checklisten sind verfügbar.

Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Statistischer Bericht – Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – 2023; 2024.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities, May-September 2010. Stockholm: ECDC; 2014.

3. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of health-care associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities: 2016–2017. Stockholm: ECDC; 2023.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities: 2023–2024. Stockholm: ECDC; 2025.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities: April-May 2013. Stockholm: ECDC; 2014.
6. World Health Organization. Five moments for hand hygiene. <https://www.who.int/publications/m/item/five-moments-for-hand-hygiene>; 2021.
7. Aktion Saubere Hände Institut für Hygiene und Umweltmedizin Charité Universitätsmedizin Berlin. Indikationen zur Händedesinfektion. <https://www.aktion-sauberehaende.de/alten-und-pflegeheime/indikationen-zur-haendedesinfektion>; 2021.
8. Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen. Referenzdaten aus Modul Hand-KISS_P Berechnungszeitraum: Januar 2024 bis Dezember 2024; 2025.
9. Teichert U, Tinnemann P, Benson M, Donhauser J, Gottschalk R, Hommes F, et al. Der Öffentliche Gesundheitsdienst: Lehrbücher für den Öffentlichen Gesundheitsdienst: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf; 2020.
10. Klein J. Der Öffentliche Gesundheitsdienst und seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen – Eine organisationssoziologische Analyse. Sankt Augustin, Germany: Hochschule Bonn-Rhein-Sieg; 2021.
11. Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 8v des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist; 2000.
12. Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO). Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2015;58(6):641–650. DOI: 10.1007/s00103-015-2152-3.

13. Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO). Infektionsprävention in Heimen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2005;48(9):1061–80. DOI: 10.1007/s00103-005-1126-2.
14. Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO). Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2016;59(9):1189–220. DOI: 10.1007/s00103-016-2416-6.
15. Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO). Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2022;65(10):1074–115. DOI: 10.1007/s00103-022-03576-1.
16. Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO). Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2012;55(10):1244–310. DOI: 10.1007/s00103-012-1548-6.
17. schleswig-holstein.de – infektionsschutz – Merkblatt: Abgrenzung Hygienefachpersonal und Hygienebeauftragte; 2018.
18. Deutsche Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene (DGKH). Hygienebeauftragte in stationärer und ambulanter Pflege – Aufgaben und Anforderungen an die Fortbildung Stand 2024: Novellierung der Leitlinie von 11/2012 und 04/2002. HygMed 2025;50(1/2):7–12. Available from: https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/7_12_DGKH_Leitlinie_Groth_HM_12_25%20%281%29.pdf
19. Bewertung des infektionshygienischen 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. Hyg Med 2025;50(10):219–224.
20. Heudorf U. Überwachung der Infektionshygiene im stationären und ambulanten medizinischen Bereich durch Gesundheitsämter – Strategien, Ziele und Zielerreichung. Gesundheitswesen. 2009;71(2):87–93. DOI: 10.1055/s-0028-1093325.
21. Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO). Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2015;58(10):1151–70. DOI: 10.1007/s00103-015-2234-2.
22. Trinkwasserverordnung vom 20. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 159, S. 2): TrinkwV; 2023.
23. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Regelwerk/TRBA/TRBA-250;2014>.
24. Umweltbundesamt. Das Water Safety Plan (WSP)-Konzept für Gebäude. <https://www.umweltbundesamt.de/publikationen/das-water-safety-plan-wsp-konzept-fuer-gebäude>.
25. Rissland J. Infektionshygienische Überwachung durch Gesundheitsämter – Empfehlungen (nicht nur) für den ÖGD in Rheinland-Pfalz. Gesundheitswesen. 2011;73(11):737–743. DOI: 10.1055/s-0031-1291268.
26. Hentschel W, Heudorf U. Das Hygiene-Ranking der Frankfurter Altenpflegeheime – Konzept und erste Erfahrungen. Gesundheitswesen. 2007;69(4):233–239. DOI: 10.1055/s-2007-973089.
27. Heudorf U, Gasteyer S, Müller M, Serra N, Westphal T, Reinheimer C, et al. Handling of laundry in nursing homes in Frankfurt am Main, Germany, 2016 – laundry and professional clothing as potential pathways of bacterial transfer. GMS hygiene and infection control. 2017;12:Doc20. DOI: 10.3205/dgkh000305.
28. Heudorf U, Gasteyer S, Samoiski Y, Voigt K. Flächenreinigung und -desinfektion in Altenpflegeheimen. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen in Frankfurt am Main, 2011. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2012;55(8):961–969. DOI: 10.1007/s00103-012-1513-4.
29. Heudorf U, Gasteyer S, Müller M, Samoiski Y, Serra N, Westphal T. Prevention and control of catheter-associated urinary tract infections - implementation of the recommendations of the Commission for Hospital Hygiene and Infection Prevention (KRINKO) in nursing homes for the elderly in Frankfurt am Main, Germany. GMS hygiene and infection control. 2016;11:Doc15. DOI: 10.3205/dgkh000275.