

Strukturelle Voraussetzung für die Aufgabenwahrnehmung von Hygienebeauftragten

Analyse der Freistellungsregeln in Kieler Kliniken

Einleitung

Gesundheitsämter führen gemäß § 23 Absatz 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG)¹ die infektionshygienische Überwachung von medizinischen Einrichtungen durch und überprüfen dabei u. a. die strukturellen Voraussetzungen zur Einhaltung der Anforderungen an die Hygiene. Die strukturellen Voraussetzungen sind in den Landesverordnungen zur Infektionsprävention bzw. Krankenhaushygiene in medizinischen Einrichtungen geregelt. Maßstab der infektionshygienischen Überwachung sind gemäß § 23 Absatz 3 IfSG die Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO, vormals Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention).

Hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte sowie hygienebeauftragte Pflegekräfte haben gemäß der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“² als wesentliche Multiplikatoren eine zentrale Rolle im Hygienemanagement.

Die Abgrenzung von Hygienefachpersonal und Hygienebeauftragten ist dabei stets zu beachten. Zum Hygienefachpersonal zählen Hygienefachkräfte und Krankenhaushygienikerinnen/-hygieniker, die jeweils eine spezifische Fachweiterbildung absolviert haben. Hygienefachkräfte und Krankenhaushygienikerinnen/-hygieniker beraten in allen Fragen der Krankenhaushygiene, bewerten die vorhandenen Risiken und leiten daraus Maßnahmen zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von (Krankenhaus-)Infektionen ab. Der Umfang der Beratungsleistung ist gemäß KRINKO-Empfehlung² vom Risikoprofil der jeweiligen Einrichtung abhängig.

Hygienebeauftragte dagegen haben eine Fortbildung zu wesentlichen Eckpunkten der Hygiene absolviert und nehmen folgende Aufgaben wahr:

- „Hygienebeauftragte 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.

Krankenhaushygienikerinnen/-hygieniker, Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragte ergänzen sich in ihrer Tätigkeit, können sich aber nicht gegenseitig ersetzen“.³

In der aktualisierten KRINKO-Empfehlung von 2023 wurden die spezifischen Rahmenbedingungen, unter denen sowohl hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte als auch hygienebeauftragte Pflegekräfte ihre Aufgaben erfüllen können, neu formuliert. Die KRINKO weist darauf hin, dass zur gewissenhaften Erfüllung ihrer Aufgaben und zur Vermeidung von Konflikten mit klinischen Tätigkeiten der Umfang der Freistellung zur Erfüllung der definierten Aufgaben schriftlich zu hinterlegen ist.²

Diesen Aspekt der KRINKO-Empfehlung aufgreifend wurde die infektionshygienische Überwachung in Kiel dahingehend ergänzt, dass eine explizite Erhebung der Regelungen zu Freistellungszeiten für Hygienebeauftragte stattfand. Die infektionshygienische Überwachung erfolgt als Ortsbesichtigung, die um zusätzliche Instrumente ergänzt wird.⁴ Bei der Erhebung der Freistellungszeiten wurden Abfragen bzw. Selbstauskunftsbögen als Instrumente genutzt.

Methode

Im Rahmen der regelhaften infektionshygienischen Überwachung von acht Kieler Krankenhäusern erfolgte von Januar 2024 bis Mai 2025 eine Erhe-

bung je Klinik bzw. Abteilung mittels standardisierter Fragebögen zu Freistellungszeiten sowohl für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte als auch für hygienebeauftragte Pflegekräfte. Die Krankenhäuser unterscheiden sich in ihrer Größe und Struktur (Belegkliniken bis Uniklinikum, ca. 45 Betten bis ca. 1.000 Betten). Die Abfrage erfolgte in 39 Kliniken bzw. Abteilungen der Krankenhäuser unter Bezugnahme auf die zugrundeliegende KRINKO-Empfehlung. Die Fragen zielten darauf, ob und in welchem Umfang Freistellungszeiten für die Aufgabenwahrnehmung als hygienebeauftragte Ärztin/Arzt bzw. hygienebeauftragte Pflegekraft schriftlich festgelegt waren.

Ergänzend zu den Fragebögen wurden Freistellungszeiten von Hygienebeauftragten als Schwerpunktthema bei den etablierten begleitenden Gesprächen vor und/oder nach den Ortsbesichtigungen sowie bei Hygienekommissionssitzungen wiederholt zur Sprache gebracht.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 39 Kliniken bzw. Abteilungen in die Erhebung einbezogen. Zum Zeitpunkt der

ersten Erhebung im Februar 2024 war in keiner Klinik bzw. Abteilung eine Freistellungszeit für hygienebeauftragte Ärztinnen/Ärzte und hygienebeauftragte Pflegekräfte in der Form geregelt, dass diese verbindlich festgelegt und schriftlich fixiert war. Zu diesem Zeitpunkt war eine anlassbezogene Freistellung etabliert.

Bis Mai 2025 wurde das Amt für Gesundheit von allen 39 Kliniken bzw. Abteilungen über die jeweiligen Regelungen zur Freistellung von Hygienebeauftragten informiert. Unterschiede gab es sowohl bei Festlegungen für die einzelnen Kliniken bzw. Abteilungen eines Krankenhauses, als auch bei Festlegungen für hygienebeauftragte Ärztinnen/Ärzte und für hygienebeauftragte Pflegekräfte (s. Abb. 1 und Abb. 2). Für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte erfolgte in 21 Kliniken bzw. Abteilungen die Festlegung einer bestimmten Stundenzahl zur Aufgabenwahrnehmung und in 18 Kliniken bzw. Abteilungen blieb es bei der Aussage „anlassbezogen“. Für hygienebeauftragte Pflegekräfte erfolgte in 19 Kliniken bzw. Abteilungen die Festlegung einer bestimmten Stundenzahl und in 20 Kliniken bzw. Abteilungen blieb es bei der Aussage „anlassbezogen“.

Freistellung Stunden pro Person/Monat

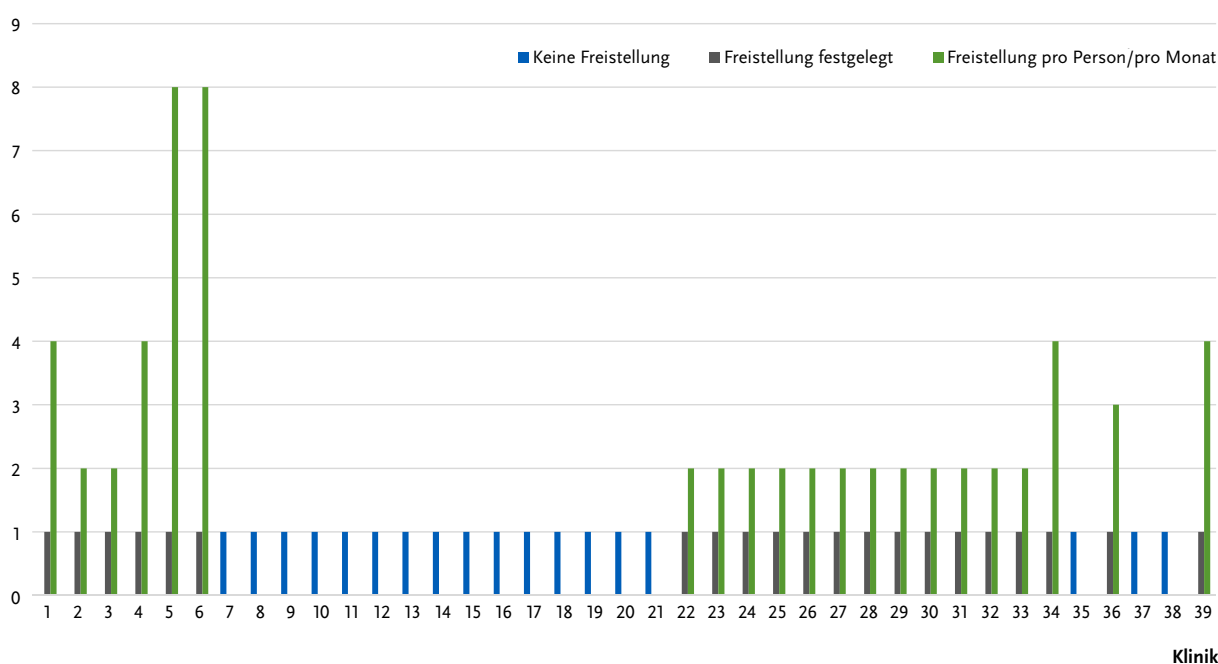


Abb. 1 | Einrichtungsspezifische Festlegung der Freistellung ärztlicher Hygienebeauftragter, Untersuchung Amt für Gesundheit Kiel, 2024–2025

Freistellung Stunden pro Person/Monat

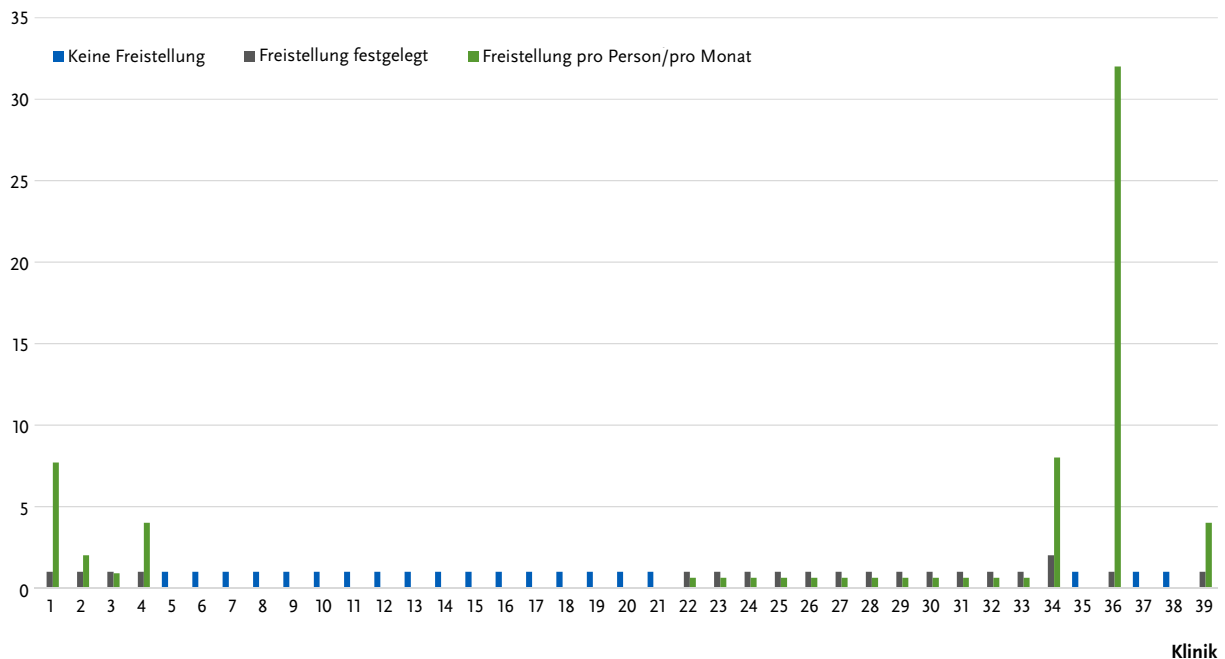


Abb. 2 | Einrichtungsspezifische Festlegung der Freistellung Hygienebeauftragter in der Pflege, Untersuchung Amt für Gesundheit Kiel, 2024–2025

Die Freistellungszeiten für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte variierten von zwei bis acht Stunden pro Monat sowie „anlassbezogen“. Dabei gab es deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken bzw. Abteilungen. Die „anlassbezogenen“ Freistellungszeiten wurden definiert als „nicht festgelegt“ bzw. null Stunden. Die Freistellungszeiten für hygiene-

beauftragte Pflegekräfte variierten zwischen null bis 32 Stunden pro Monat. Deutliche Unterschiede gab es auch hier zwischen den Kliniken bzw. Abteilungen. Außerdem sind Unterschiede zwischen der Festlegung für ärztliche Hygienebeauftragte und Hygienebeauftragte in der Pflege innerhalb der Kliniken bzw. Abteilungen zu erkennen (s. Abb. 3 und Abb. 4).

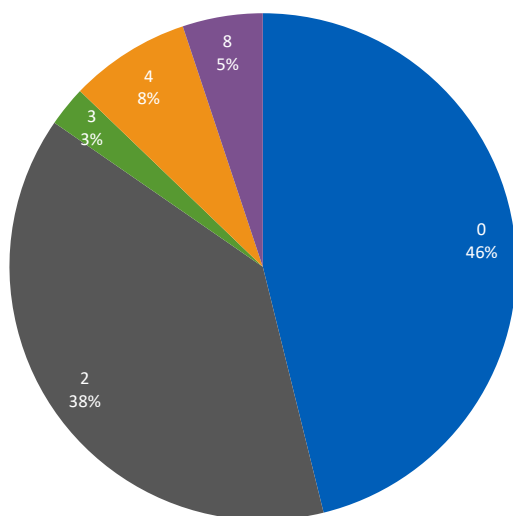


Abb. 3 | Stundenanzahl Freistellung ärztliche Hygienebeauftragte, Untersuchung Amt für Gesundheit Kiel, 2024–2025

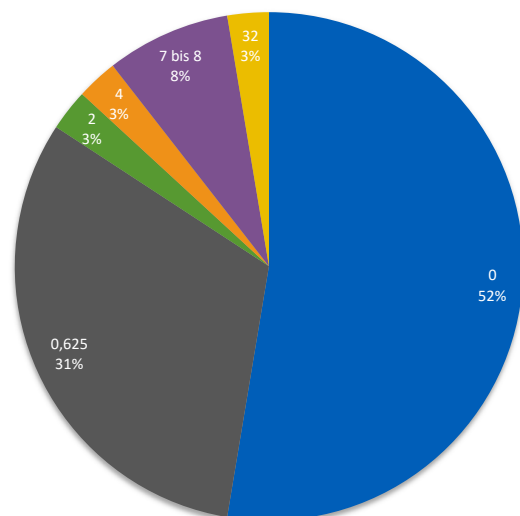


Abb. 4 | Stundenanzahl Freistellung Hygienebeauftragte in der Pflege, Untersuchung Amt für Gesundheit Kiel, 2024–2025

Diskussion

Bereits die KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen von 2009 enthielt Aussagen zur Stellung von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten sowie zu den Rahmenbedingungen, unter denen diese ihre Aufgaben wahrnehmen sollten. Für die gewissenhafte Erfüllung ihrer Aufgaben und das Vermeiden von Konflikten mit ihren klinischen Tätigkeiten wurde damals empfohlen, den Umfang der Freistellung zur Erfüllung der definierten zusätzlichen Aufgaben vertraglich zu fixieren.⁵ Eine vertragliche Fixierung dürfte in der Praxis nicht erfolgt sein. Vielmehr wurde nach den Ergebnissen der infektionshygienischen Überwachung in Kiel die Festlegung „Freistellung anlassbezogen“ etabliert. Für hygienebeauftragte Pflegekräfte wurde 2009 lediglich empfohlen, regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen. Freistellungszeiten für die Funktion von hygienebeauftragten Pflegekräften wurden damals noch nicht gefordert. Die Neufassung der KRINKO-Empfehlung mit der Anforderung, den Umfang der Freistellung sowohl für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte als auch für hygienebeauftragte Pflegekräfte schriftlich zu hinterlegen, zielt darauf ab, Klarheit für die Aufgabenwahrnehmung zu schaffen und die Rolle von Hygienebeauftragten beider Professionen zu stärken.

Ein Kernelement der infektionshygienischen Überwachung ist es, die Umsetzung von KRINKO-Empfehlungen zu hinterfragen. Wenn die strukturellen Voraussetzungen zur Einhaltung der Anforderungen an die Hygiene nicht erfüllt sind, werden die Umsetzung von KRINKO-Empfehlungen erschwert und das Hygienemanagement lückenhaft bleiben. Insofern sind neben der Ausstattung mit Hygienefachpersonal die Benennung von Hygienebeauftragten und deren spezifische Rahmenbedingungen wesentliche Aspekte, die es zu überprüfen gilt.

Hygienebeauftragte sollen die in ihrem Arbeitsbereich spezifischen Besonderheiten berücksichtigen und bereichsspezifisch die Umsetzung von Hygienemaßnahmen begleiten können. Sie unterstützen damit das Hygienefachpersonal und agieren als Bindeglied bei der Umsetzung von Hygienemaßnahmen. Für diese Aufgabe muss Zeit jenseits

der anderen klinischen Aufgaben zur Verfügung stehen. Die Ergebnisse der Analyse der Freistellungszeiten zeigen, dass die Voraussetzungen für Hygienebeauftragte beider Professionen für eine gewissenhafte Erfüllung ihrer Aufgaben und das Vermeiden von Konflikten mit ihren klinischen Tätigkeiten zunächst nicht klar etabliert wurden. Die Thematisierung im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung führte zumindest dazu, dass klinikinterne Festlegungen erfolgten, wenn diese auch zunächst auf dem Papier bestehen und deren Umfang sowie die Umsetzung in der Praxis Gegenstand weiterer Überprüfungen sein sollte. Die Struktur der überwachten medizinischen Einrichtungen in Kiel reicht von kleineren Belegkrankenhäusern mit <100 Betten bis hin zu einem Universitätsklinikum. Die Unterschiede im Hinblick auf den Umfang der Freistellungszeiten sind zum Teil dem Aufgabengebiet mit bestimmten Risikobereichen geschuldet. Es gab jedoch auch Krankenhäuser, in denen für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte für alle Kliniken bzw. Abteilungen eine einheitliche Freistellungszeit festgelegt wurde. Dies bringt zwar die Anerkennung der Position der Hygienebeauftragten zum Ausdruck, wirft aber gleichzeitig die Frage nach einer sachgerechten Differenzierung auf. So wäre z. B. zu erwarten, dass Hygienebeauftragte, in deren Verantwortungsbereich erhöhte Anforderungen an die Infektionsprävention gestellt werden (z. B. auf Intensivstationen oder hämato-onkologischen Stationen), in einem größeren Umfang für die Aufgabenwahrnehmung freigestellt werden als Hygienebeauftragte in Bereichen mit niedrigeren Anforderungen an die Infektionsprävention.

Die Freistellung von hygienebeauftragten Pflegekräften zeigt die größten Unterschiede von null Stunden bis zu 32 Stunden im Monat. Bei Letzterer erfolgt die Aufgabenwahrnehmung für eine kleine Klinik als Ansprechperson und Bindeglied zwischen dem Hygieneteam und dem Behandlungsteam im Sinne der KRINKO-Empfehlung: Prozessbegleitungen, Begehungen und Auswertungen infektionshygienisch relevanter Daten erfolgen kontinuierlich und tragen zu einer adäquaten Umsetzung von Hygienemaßnahmen bei. Die Unterschiede zwischen den Kliniken sind zum Teil durch strukturelle Voraussetzungen zu erklären. Die Arbeit einer Hygienebeauftragten in der Pflege ist z. B. in einer

kleineren Klinik, in der elektive Operationen stattfinden, leichter zu organisieren und zu realisieren als in einem Universitätsklinikum mit einer Vielzahl unterschiedlicher Kliniken und Risikobereichen. Gleichzeitig spiegeln die Unterschiede das Rollenverständnis und die Kenntnis der Aufgaben von Hygienebeauftragten wider. Wenn die Aufgaben zur Umsetzung von Hygienemaßnahmen nicht bekannt sind, wird auch keine Freistellungszeit für die Aufgabenwahrnehmung eingefordert.

Insgesamt kommt zum Ausdruck, dass die Notwendigkeit der Freistellung von hygienebeauftragten Pflegekräften noch nicht überall gesehen wird und weiter thematisiert werden muss, um zu erreichen, dass diese ihre wichtige Multiplikatorfunktion wahrnehmen können. Erfahrungsberichte zeigen außerdem, dass hygienebeauftragte Pflegekräfte dann ihre größte Wirkung entfalten, wenn ihr Interesse an der Hygiene durch ausreichende Freistel-

lungszeiten unterstützt wird.^{6,7} Es ist davon auszugehen, dass dies für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen gilt.

Fazit

Die Benennung von Hygienebeauftragten und die Schaffung von Rahmenbedingungen, die Hygienebeauftragten ihre Aufgabenwahrnehmung gemäß KRINKO-Empfehlung ermöglichen, sind Bestandteil der strukturellen Voraussetzungen für ein funktionierendes Hygienemanagement. Die infektionshygienische Überwachung durch die Gesundheitsämter muss die Rahmenbedingungen hinterfragen und auf eine Freistellung hinwirken. Ziel ist es, dass die Funktion der Hygienebeauftragten erkannt und in aktives Handeln überführt wird. Wenn die Rahmenbedingungen stimmen, stoßen Aufgaben auf Interesse und werden effektiv wahrgenommen.

Literatur

- 1 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. <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/> (Zitierdatum 25.04.2025)
- 2 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsbl 2023; 66:332–351, <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03647-3>
- 3 Abgrenzung von Hygienefachpersonal und Hygienebeauftragten, abrufbar unter https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/I/infektionsschutz/Downloads/Infektionsschutz_Hygiene_AbgrenzungPersonal.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (Zitierdatum 25.04.2025)
- 4 Marcic A. Konzeptionierung der infektionshygienischen Überwachung in medizinischen Einrichtungen. HygMed 2025; 50(1/2): D14 – D18
- 5 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsbl 2009; 52:951–962, DOI10.1007/s00103-009-0929-y
- 6 Heudorf U, Mauritz I, Sold M. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen: Positive Erfahrungen mit dem Konzept der Hygienebeauftragten in der Pflege. HygMed 2011; 36-4. 6
- 7 Holzmann H. Hygienebeauftragte Pflegekräfte im Krankenhaus: interessiert, qualifiziert, motiviert? HygMed 2014; 39-5.

Autorinnen

Dr. Anne Marcic | Nathalie-Sophie Weinert

Amt für Gesundheit der Landeshauptstadt Kiel,
Abteilung Infektionsschutz

Korrespondenz: dr.anne.marcic@kiel.de

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Vorgeschlagene Zitierweise

Marcic A, Weinert N-S: Strukturelle Voraussetzung für die Aufgabenwahrnehmung von Hygienebeauftragten – Analyse der Freistellungsregeln in Kieler Kliniken

Epid Bull 2025;36:3-8 | 10.25646/13327

Open access



[Creative Commons Namensnennung 4.0 International](#)