

## Infektionsprävention im Rahmen des PNOG

Die Hinweise, Missbrauch konsequent zu verhindern, Beitragsmittel zielgerichtet einzusetzen und den administrativen Aufwand für Pflegebedürftige, Angehörige, Leistungserbringer und Pflegekassen möglichst gering zu halten, teilen wir ausdrücklich. Es ist richtig und notwendig, bestehende Fehlanreize zu beseitigen und sicherzustellen, dass die Mittel der Pflegeversicherung dort eingesetzt werden, wo sie tatsächlich benötigt werden. Gleichzeitig ist es aus unserer Sicht wichtig, dass die notwendige Bekämpfung von Missbrauch nicht zu Lasten der Infektionsprävention geht.

Die Prävention von Infektionen ist ein wesentlicher Bestandteil einer vorausschauenden und wirtschaftlichen Pflegeversorgung. Sie trägt dazu bei, gesundheitliche Komplikationen zu vermeiden, Krankenhausaufenthalte zu reduzieren und Folgekosten für das Gesundheits- und Pflegesystem zu verhindern. Gerade bei pflegebedürftigen Menschen in der Häuslichkeit darf dieser präventive Ansatz daher nicht geschwächt werden.

In diesem Zusammenhang möchten wir auch auf das kürzlich veröffentlichte Epidemiologische Bulletin des Robert Koch-Instituts vom 30. Juli 2026 ([https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/31\\_26.html](https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2026/31_26.html)) hinweisen. Das RKI unterstreicht darin erneut die zentrale Bedeutung der häuslichen Pflege sowie die Notwendigkeit, pflegende Angehörige und präventive Maßnahmen gezielt zu unterstützen. Dies verdeutlicht die hohe gesundheitspolitische Relevanz von Prävention im häuslichen Umfeld und bestätigt aus unserer Sicht die Notwendigkeit, Infektionsprävention als eigenständigen Bestandteil einer zukunftsfesten Pflegepolitik zu sichern und weiterzuentwickeln.

Inzwischen haben sich auch die Sepsis Stiftung („Infektionsprävention ist Sepsisprävention: Pflegereform darf Infektionsschutz nicht schwächen“ – <https://idw-online.de/de/news873229>) sowie die Deutsche Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaushygiene (Stellungnahme der DGKH zum PNOG – <https://www.krankenhaushygiene.de/informationen/1054>) öffentlich zu den geplanten Änderungen geäußert. Beide Organisationen warnen vor einer Schwächung der Infektionsprävention in der Häuslichkeit und sprechen sich ausdrücklich für den Erhalt eines separaten Anspruchs auf Infektionsschutzprodukte aus. Dies unterstreicht, dass die Diskussion weit über versorgungspolitische Einzelinteressen hinausgeht und von ausgewiesenen Experten der Infektionsprävention mitgetragen wird.

Vor diesem Hintergrund setzt unser Vorschlag bewusst nicht auf die Beibehaltung bestehender Strukturen, sondern auf eine zielgerichtete Weiterentwicklung der Leistung. Unser Ansatz knüpft nicht an formale Pflegegradgrenzen an, sondern orientiert sich konsequent am tatsächlichen Pflegebedarf der Betroffenen. Er gilt damit gleichermaßen für alle Pflegegrade und stellt sicher, dass notwendige Maßnahmen der Infektionsprävention dort ankommen, wo sie tatsächlich benötigt werden. Zugleich ermöglicht unser Modell einen besonders effizienten Einsatz der verfügbaren Mittel. Nach unseren Berechnungen ist der Lösungsansatz rund 10 % kostengünstiger als eine Streichung der Leistung für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Damit verbindet er die Ziele einer wirksamen Missbrauchsvermeidung, einer zielgenauen Mittelverwendung und einer nachhaltigen Entlastung der sozialen Pflegeversicherung.

Wie besprochen, übersenden wir Ihnen anbei die Studie der Universitätsmedizin Mannheim/Heidelberg (<http://www.bvmed.de/download/hygiene-in-der-haeuslichen-pflege-studie>) sowie ergänzende Unterlagen, die die Bedeutung der Infektionsprävention in der Häuslichkeit und die Vorteile unseres Vorschlags zusätzlich belegen. Die Studienergebnisse verdeutlichen eindrucksvoll, welche bislang ungenutzten Präventionspotenziale im häuslichen Umfeld bestehen.

Zudem zeigen unsere Hochrechnungen, dass eine Weiterentwicklung des separaten Sachleistungsanspruchs zu einer bedarfsgerechten Versorgung mit Produkten zum Infektionsschutz führen kann. Durch den Abbau von Überversorgung und die konsequente Unterbindung von Missbrauch lassen sich dabei bereits kurzfristig erhebliche Einsparungen erzielen. Ebenso finden Sie eine Ausarbeitung zu den

hierfür erforderlichen Anpassungen im Hilfsmittelverzeichnis sowie zu den Anforderungen an eine eigenständige Präqualifizierung.

Unser gemeinsames Ziel sollte es sein, Missbrauch konsequent zu verhindern, ohne dabei eine der wirksamsten und wirtschaftlichsten Präventionsmaßnahmen in der häuslichen Pflege zu schwächen. Eine nachhaltige Pflegepolitik muss beides leisten: vorhandene Mittel zielgerichtet einsetzen und gleichzeitig die gesundheitliche Sicherheit pflegebedürftiger Menschen stärken.

Daniela Piossek  
Head of Health Politics & Market Access  
PAUL HARTMANN AG

Paul-Hartmann-Str. 12, 89522 Heidenheim  
Friedrichstraße 133, 10117 Berlin (Hauptstadtbüro)

T +49 (0) 30 24342550-10

M +49 (0) 173 42 18 035

E [daniela.piossek@hartmann.info](mailto:daniela.piossek@hartmann.info) <<mailto:daniela.piossek@hartmann.info>>

LobbyRG: R000717

Anlage 1: Fact Sheet Hygiene in der häuslichen Pflege: Datenlage, Risiken und Kosten für das System

Anlage 2: Zusammenfassung: Studie „Hygiene in der Häuslichen Pflege mehr als nur Infektionsschutz“

Anlage 3: Weiterentwicklung des Sachleistungsanspruchs für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel  
(PG 54)

Hygiene in der häuslichen Pflege:  
Datenlage, Risiken und Kosten für das System

Obermann K & Glazinski B (2026)  
Univ. Heidelberg · Thurn und Taxis Consulting AG

Zentrale Zahlen, Daten und Befunde aus einer Mixed-Methods-Studie zur Infektionsprävention in der ambulanten Pflege in Deutschland.

Medizinische Fakultät Mannheim  
der Universität Heidelberg  
Universitätsklinikum Mannheim



Alle ökonomischen Schätzungen sind konservativ und geben die Untergrenze an.

AUSGANGSLAGE Häusliche Pflege in Deutschland: Umfang und Struktur

|                                                                                                         |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                |                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5,6<sup>Mio.</sup></b><br>Pflegebedürftige gibt es insgesamt in Deutschland (Stand 2023)<br>BMG 2025 | <b>4,9<sup>Mio.</sup></b><br>werden zu Hause versorgt – das entspricht ca. 87 % aller Pflegebedürftigen<br>Statistisches Bundesamt 2024 | <b>3,1<sup>Mio.</sup></b><br>werden ausschließlich durch Angehörige betreut, ohne professionellen Pflegedienst<br>Statistisches Bundesamt 2024 | <b>7,1<sup>Mio.</sup></b><br>informell Pflegende insgesamt; ökonomischer Wert: 206 Mrd. € / Jahr (Stand 2023)<br>Hoff et al. 2025 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

FORSCHUNGSSTAND Evidenzlage zu Hygiene und Infektionsrisiken in der häuslichen Pflege

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Belastbare Studien zur Hygiene spezifisch in der häuslichen Pflege fehlen.</b><br><b>Vorliegende Daten aus dem stationären Bereich sind nur eingeschränkt übertragbar.</b>                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>~20 % Prävalenz multiresistenter Erreger</b><br>bei Patienten ambulanter Pflegedienste.<br><br>Neumann et al. 2016                                                                                                                                                               | <b>Wissenslücken bei informellen Pflegepersonen</b><br>insbesondere bei gerätespezifischer Hygiene: Vernebler, Katheter, Wundversorgung.<br><br>Shang et al. 2026 (Review)                                                                                |
| <b>5 Risikobereiche identifiziert:</b><br>Spezifische Infektionsrisiken, Wechselwirkungen mit Umwelt, mangelndes Verständnis, Umweltrisiken im Haushalt und unsachgemäße Betreuung durch Familienmitglieder.<br><br>Liljas et al. 2025 (Review)                                     | <b>Kein systematisches Überwachungssystem</b><br>für Infektionen in der häuslichen Pflege in Deutschland. Übertragung klinischer Studiendaten auf häusliches Setting nur eingeschränkt möglich.<br><br>Shang et al. 2025; eigene Analyse                  |
| <b>Immunseneszenz im Alter</b><br>verhindert den Aufbau neuer Resistenzen. „Hygienehypothese“ (Exposition = Immunisierung) ist für geriatrische Patienten widerlegt – Hauskeime können zu lebensbedrohlichen Infektionen führen.<br><br>Weinberger & Dovjak 2025; Stiftung ZQP 2019 | <b>Hygienemaßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen</b><br>sind klinisch wirksam und kosteneffektiv (zwei aktuelle Studien 2024).<br><br>Vergleichbare Evidenz für häusliche Pflege fehlt weitgehend.<br><br>Haenen et al. 2024; Tchouaket et al. 2024 |

PRIMÄRDATEN Eigene Befragung pflegender Angehöriger – pflege.de, Februar 2026 (n = 931)

|                                                                                                                      |                                                                                                               |                                                                                            |                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>~60 %</b><br>fühlen sich „gut“ oder „sehr gut“ über Pflegehilfsmittel zum Verbrauch als Kassenleistung informiert | <b>15–20 %</b><br>bewerten die Verfügbarkeit von Pflegehilfsmitteln nur als „teils-teils“ bis „sehr schlecht“ | <b>7 %</b><br>der aktuell Gepflegten mussten bereits wegen einer Infektion ins Krankenhaus | <b>21 %</b><br>berichten, dass sich die Pflegesituation nach einer Infektion dauerhaft verschlechtert hat (z. B. Pflegegraderhöhung) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Informationsquelle Nr. 1:

Mit Abstand am häufigsten genannter Kanal für Informationen zu Hygiene und Infektionsschutz ist das Internet (63 %). Nur 16 % der pflegenden Angehörigen informieren sich in regelmäßigen Pflegekursen. Anmerkung: Die Befragungspopulation auf pflege.de ist überdurchschnittlich gut informiert – tatsächliche Wissenslücken in der Gesamtpopulation dürften größer sein.

DIREKTE KOSTEN

Schätzung hygieneassoziierter Hospitalisierungskosten in der häuslichen Pflege

| Diagnose                                                                                         | Geschätzte Fälle p. a. | Kosten pro Fall (DRG) | Gesamtkosten p. a.  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>Pneumonie</b><br>Aspiration, Tröpfcheninfektion; Risikogruppe ≥ 65 J.                         | ~ 280.000              | 4.800 – 6.200 €       | ~ 1,5 Mrd. €        |
| <b>Sepsis</b><br>Wundinfektion, Dekubitus, Katheter; häufig intensivpflichtig                    | ~ 100.000              | 25.000 – 45.000 €     | ~ 3,2 Mrd. €        |
| <b>Infektiöse Diarrhö</b><br>Norovirus u. a.; saisonal erhöhtes Risiko                           | ~ 130.000              | 2.500 – 3.400 €       | ~ 0,4 Mrd. €        |
| <b>Harnwegsinfekt</b><br>Katheter-assoziiert; Prävalenz Harnkatheter häusl. Pflege ~2 %          | ~ 50.000               | 3.200 – 4.100 €       | ~ 0,2 Mrd. €        |
| <b>Dekubitus (Kategorien 3-4)</b><br>~3 % Jahresprävalenz, davon 50 % hospitalisierungspflichtig | ~ 70.000               | 4.000 – 7.000 €       | ~ 0,4 Mrd. €        |
| <b>Transportkosten</b><br>Rettungswagen (20 %) + Krankentransport (80 %), je Hin- und Rückfahrt  | ~ 630.000 Transporte   | 250 – 500 €           | ~ 0,4 Mrd. €        |
| <b>Direkte Gesamtkosten (konservative Untergrenze)</b>                                           |                        |                       | <b>~ 6,1 Mrd. €</b> |

Referenz: Klauber et al. 2025 (Krankenhaus-Report): Schätzungsweise 1,4 Mio. Krankenhauseinweisungen von Pflegebedürftigen pro Jahr sind vermeidbar (≈ 36 % aller stationären Fälle dieser Gruppe). Nicht einkalkuliert: Anschlussheilbehandlung, dauerhafte Höherstufung des Pflegegrads nach stationärem Aufenthalt (Befragung: 21 % berichten dauerhafte Verschlechterung nach Infektion).

INDIREKTE KOSTEN

Produktivitätsverluste durch Hygienekomplikationen bei erwerbstätigen Pflegenden

| Berechnungsgrundlage                                       | Kontextdaten (Büscher et al. 2023 / Schwinger & Zok 2024)           |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Informell Pflegende insgesamt<br>7,1 Mio.                  | Ø Wochenarbeitsaufwand Hauptpflegeperson<br>49 Std./Woche           |
| Davon erwerbstätig (Voll-/Teilzeit, ~50 %)<br>~3,0 Mio.    | Berichten über häufige eigene Infekte / Magen-Darm-Probleme<br>33 % |
| Annahme: hygienebedingter Krankenstand<br>3–5 Tage/Jahr    | Haben Arbeitszeit zugunsten Pflege reduziert<br>~50 %               |
| Angenommener Mittelwert<br>4 Fehltage/Jahr                 | Haben Beruf vollständig aufgegeben<br>~20 %                         |
| Fehltage gesamt<br>12 Mio. Tage                            | Zusätzliche private Pflegekosten (Ø monatlich)<br>290 €/Monat       |
| Entspricht Fehltagen (÷ 220 AT)<br>~54.500 Jahresstellen   | Gesamtwert informeller Pflegeleistung (2023)<br>206 Mrd. €          |
| Vollkosten pro Arbeitsplatz (konservativ)<br>50.000 €/Jahr |                                                                     |
| <b>Indirekte Kosten gesamt</b><br><b>~ 2,7 Mrd. €</b>      | <b>Direkte + indirekte Gesamtkosten</b><br><b>~ 8,8 Mrd. €</b>      |

SCHLUSSFOLGERUNGEN

KERNBEFUND

Hygiene in der häuslichen Pflege ist kein Randthema. Unzureichende Infektionsprävention verursacht jährliche Systemkosten von konservativ geschätzt 6–9 Mrd. Euro. Der primäre Hebel liegt in der Reduktion vermeidbarer Hospitalisierungen durch Pneumonie und Sepsis.

EVIDENZLÜCKE

Belastbare Studien zur Hygiene spezifisch in der häuslichen Pflege fehlen. Systematische Datenerhebung und qualitative Forschung am „point of care“ sind dringend erforderlich.

WIRKUNGSMODELL

Hygienestatus = f(Gesundheitsstatus der Pflegeperson, Zeitkapazität, Health Literacy, finanzielle Mittel). Jede Intervention, die einen dieser vier Faktoren verbessert, senkt direkt die Rate vermeidbarer Hospitalisierungen.

EINSPARPOTENZIAL

Eine moderate Verbesserung des Hygienestatus um 10–15 % ergibt ein Einsparpotenzial von ca. 1,5 Mrd. Euro / Jahr (≈ 300 € je gepflegter Person / Jahr; bei Ø 4 Jahren Pflegedauer: 1.200 € / Person).

- Bundesministerium für Gesundheit, BMG (2025). Zahlen, Daten und Fakten zur Pflegeversicherung.  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen-Fakten\\_Pflegeversicherung.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-Fakten_Pflegeversicherung.pdf)
- Haenen A, Adang S, de Greeff S, et al. (2024). Cost Analysis of a Hand Hygiene Improvement Strategy in Long-Term Care Facilities- Journal of the American Medical Directors Association 25 (9) 105106, ISSN 1525-8610. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105106>
- Hoff A, Höse S, Knoll M und Ott N (2025). Der monetäre Wert der Pflegeleistungen von An- und Zugehörigen in Deutschland. Institut für Gesundheit, Altern, Arbeit und Technik. GAT Working Paper Series GAT-WP 01/2025
- Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C & Scheller-Kreinsen D (2025). Krankenhaus-Report 2025. Versorgung Hochbetagter. Springer.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-70947-4>
- Liljas A, Barboza M, Basanis C et al. (2025). Risk factors for infection in older adults with home care: a mixed methods systematic review with meta-analysis. BMC Public Health (2025) 25:1643 <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22538-1>
- Neumann M, Mischler D, Cuny C et al. (2016). Multiresistente Erreger bei Patienten ambulanter Pflegedienste im Rhein-Main-Gebiet 2014. Prävalenz und Risikofaktoren. Bundesgesundheitsbl 2016 · 59:292–299. DOI 10.1007/s00103-015-2290-7
- Shang J, Ma C, Poghosyan L et al (2025). The prevalence of infections and patient risk factors in home health care: A systematic review. Am J Infect Control. 2014 May ; 42(5): 479–484. doi:10.1016/j.ajic.2013.12.018
- Shang J, Chastain AM, McDonald MV, et al. (2026). Infection Prevention and Control Knowledge, Attitudes, and Practices Among Patients and Informal Caregivers in Home- Based Care: A Systematic Review. Am J Infect Control . 2026 January ; 54(1): 71–87. doi:10.1016/j.ajic.2025.10.005
- Statistisches Bundesamt (2024). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade.  
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>
- Stiftung ZQP (2019). Gefährliche Erreger fordern Hygienemanagement in ambulanter Pflege heraus. Pressemitteilung vom 11. März 2019. Abrufbar unter: <https://www.zqp.de/presse/erreger-hygienemanagement-pflege/>
- Tchouaket EN, El-Mousawi F, Robins S et al. (2024). A systematic review of economic evaluation of healthcare associated infection prevention and control interventions in long term care facilities. Health Econ Rev 14, 101. <https://doi.org/10.1186/s13561-024-00582-8>
- Weinberger B & Dovjak P (2025). Veränderungen des Immunsystems im Alter: Immunseneszenz und Auswirkungen auf Impfungen. Z Gerontol Geriat 58, 517–527 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00391-025-02496-4>

**Zusammenfassung: Studie „Hygiene in der Häuslichen Pflege mehr als nur Infektionsschutz“**

Die Studie aus März 2026 ([www.bvmed.de/download/hygiene-in-der-haeuslichen-pflege-studie](http://www.bvmed.de/download/hygiene-in-der-haeuslichen-pflege-studie)) von Prof. Dr. Dr. Konrad Obermann, Universität Heidelberg, und Prof. Dr. Bernd Glazinski, Thurn und Taxis Consulting, zeigt die aktuell bestehenden finanziellen Auswirkungen eines mangelnden Infektionsschutzes für das Gesundheitssystem und auf die Pflege auf:

**Hygiene in der häuslichen Pflege ist kein Randthema. Unzureichende Infektionsprävention verursacht jährliche Systemkosten von konservativ geschätzt 6 bis 9 Mrd. Euro. Der primäre Hebel liegt in der Reduktion vermeidbarer Hospitalisierungen durch Pneumonie und Sepsis.**

Im Detail kommt die Studie zu folgenden Ergebnissen:

- 7% der Pflegebedürftigen waren schon wegen einer Infektion im Krankenhaus.
- 21% der Befragten berichten, dass sich die Pflegesituation durch eine Infektion dauerhaft verschlechtert hat (beispielsweise Erhöhung des Pflegegrades).
- Schätzungsweise 1,4 Mio. Krankenhauseinweisungen von Pflegebedürftigen pro Jahr sind vermeidbar (rund 36 % aller stationären Fälle dieser Gruppe).

**DIREKTE KOSTEN**      Schätzung hygieneassoziierter Hospitalisierungskosten in der häuslichen Pflege

| Diagnose                                                                                         | Geschätzte Fälle p. a. | Kosten pro Fall (DRG) | Gesamtkosten p. a.  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|
| <b>Pneumonie</b><br>Aspiration, Tröpfcheninfektion; Risikogruppe ≥ 65 J.                         | ~ 280.000              | 4.800 – 6.200 €       | ~ 1,5 Mrd. €        |
| <b>Sepsis</b><br>Wundinfektion, Dekubitus, Katheter; häufig intensivpflichtig                    | ~ 100.000              | 25.000 – 45.000 €     | ~ 3,2 Mrd. €        |
| <b>Infektiöse Diarrhö</b><br>Norovirus u. a.; saisonal erhöhtes Risiko                           | ~ 130.000              | 2.500 – 3.400 €       | ~ 0,4 Mrd. €        |
| <b>Harnwegsinfekt</b><br>Katheter-assoziiert; Prävalenz Harnkatheter häusl. Pflege ~2 %          | ~ 50.000               | 3.200 – 4.100 €       | ~ 0,2 Mrd. €        |
| <b>Dekubitus (Kategorien 3-4)</b><br>~3 % Jahresprävalenz, davon 50 % hospitalisierungspflichtig | ~ 70.000               | 4.000 – 7.000 €       | ~ 0,4 Mrd. €        |
| <b>Transportkosten</b><br>Rettungswagen (20 %) + Krankentransport (80 %), je Hin- und Rückfahrt  | ~ 630.000 Transporte   | 250 – 500 €           | ~ 0,4 Mrd. €        |
| <b>Direkte Gesamtkosten (konservative Untergrenze)</b>                                           |                        |                       | <b>~ 6,1 Mrd. €</b> |

Referenz: Klauber et al. 2025 (Krankenhaus-Report): Schätzungsweise 1,4 Mio. Krankenhauseinweisungen von Pflegebedürftigen pro Jahr sind vermeidbar (= 36 % aller stationären Fälle dieser Gruppe). Nicht einkalkuliert: Anschlussheilbehandlung, dauerhafte Höherstufung des Pflegegrads nach stationärem Aufenthalt (Befragung: 21 % berichten dauerhafte Verschlechterung nach Infektion).

**INDIREKTE KOSTEN**      Produktivitätsverluste durch Hygienekomplikationen bei erwerbstätigen Pflegenden

| Berechnungsgrundlage                       |                       | Kontextdaten (Büscher et al. 2023 / Schwinger & Zok 2024)   |                     |
|--------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------|
| Informell Pflegendе insgesamt              | 7,1 Mio.              | Ø Wochenarbeitsaufwand Hauptpflegeperson                    | 49 Std./Woche       |
| Davon erwerbstätig (Voll-/Teilzeit, ~50 %) | ~3,0 Mio.             | Berichten über häufige eigene Infekte / Magen-Darm-Probleme | 33 %                |
| Annahme: hygienebedingter Krankenstand     | 3–5 Tage/Jahr         | Haben Arbeitszeit zugunsten Pflege reduziert                | ~50 %               |
| Angenommener Mittelwert                    | 4 Fehltage/Jahr       | Haben Beruf vollständig aufgegeben                          | ~20 %               |
| Fehltage gesamt                            | 12 Mio. Tage          | Zusätzliche private Pflegekosten (Ø monatlich)              | 290 €/Monat         |
| Entspricht Fehlzeiten (÷ 220 AT)           | ~54.500 Jahresstellen | Gesamtwert informeller Pflegeleistung (2023)                | 206 Mrd. €          |
| Vollkosten pro Arbeitsplatz (konservativ)  | 50.000 €/Jahr         |                                                             |                     |
| <b>Indirekte Kosten gesamt</b>             | <b>~ 2,7 Mrd. €</b>   | <b>Direkte + indirekte Gesamtkosten</b>                     | <b>~ 8,8 Mrd. €</b> |

## **PNOG konterkariert Präventionsansatz im Bereich Infektionsschutz in der Häuslichkeit**

### **Stärkung von Prävention: Infektionsschutz ist keine Kür, sondern Pflicht!**

**Infektionsschutz in der Häuslichkeit ist also eine Notwendigkeit und kann daher nicht allein in die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen und deren Angehöriger gelegt werden.**

Infektionsprävention spielt im aktuellen Referentenentwurf zum Pflegeneuordnungsgesetz keine Rolle. Es fehlt sowohl an einer entsprechenden Zielsetzung als auch an Maßnahmen zur Zielerreichung.

### **Was ist im PNOG konkret geplant?**

Der separate Leistungsanspruch für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (z. B. Desinfektionsmittel und Persönliche Schutzausrüstung) soll gestrichen und in das neu geschaffene Entlastungsbudget nur noch für die Pflegegrade 2-5 überführt werden. Die Pflegebegleiter sollen in der Praxis prüfen, ob die Pflege sichergestellt ist. Wenn nicht, kann das Entlastungsbudget beispielsweise gekürzt werden. Maßnahmen zur Hygiene- und Infektionsprävention spielen hier keine Rolle.

Diese Pflegehilfsmittel in ein Entlastungsbudget einzubeziehen, vermischt also zwei grundlegend verschiedene Logiken: Das Entlastungsbudget ist eine pauschale Geldleistung zur flexiblen Gestaltung der Pflegesituation, während Pflegehilfsmittel zum Verbrauch einen konkreten, nachweisbaren Sachbedarf abdecken.

### **Für die Sicherstellung des Infektionsschutzes in der Häuslichkeit besteht daher die Gefahr:**

- **Konterkarieren des Präventionsansatzes:** Budgetlogik führt zu Priorisierung der begrenzten Budgetmittel zu Lasten von präventiven Leistungen hin zu Leistungen, die zur direkten Sicherstellung der Pflege dienen.
- **Gefährdung der Basishygiene** durch Nicht- oder Unterversorgung mit Produkten zum Infektionsschutz und/oder Versorgung mit nicht qualitätsgesicherten Produkten (z. B. bei Desinfektionsmitteln)
- Fehlender Infektionsschutz führt zu einer **dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustands** bei 21 % der infizierten Pflegebedürftigen sowie zu hohen **Folgekosten** für die GKV und für die Pflegeversicherung.
- Ausfall infizierter pflegender Angehöriger führt zur **Destabilisierung der Pflege** und ebenfalls zu Folgekosten für die GKV und die Pflegeversicherung sowie für die Volkswirtschaft.

Eine nachhaltige Pflegepolitik erfordert daher, Infektionsprävention verbindlich als Versorgungsziel auszugestalten und ihre Umsetzung systematisch sicherzustellen – unabhängig von Budgetlogiken.

### **Was Bedarf es, um die Hygiene- und Infektionsprävention auch in der Häuslichkeit zu stärken und trotzdem die gesetzten Ziele des PNOG erfüllen?**

- Berücksichtigung der Sicherstellung von Hygiene und Infektionsprävention als **eigenständiges Versorgungsziel im PNOG**
- **Anspruch** auf Infektionsprävention **am Pflegebedarf festmachen** und nicht am Pflegegrad
- Erhalt oder Etablierung eines **eigenen Sachleistungsanspruches** für Produkte zum Infektionsschutz (aktuell zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel) und damit des bereits niederschweligen Zugangs zu diesen Produkten
- **Feststellung und Überprüfung** des individuellen Bedarfs **durch die Pflegebegleiter**
- ggf. gesetzlicher **Ausschluss von vorkonfektionierten Pflegeboxen**
- Sicherstellung der Versorgungsqualität, durch Einführung einer **eigenen Präqualifizierung** für diese Produkte (für Apotheken, Sanitätshäuser und Homecare-Unternehmen gemäß § 126 SGB V gilt diese bereits als erfüllt)
- Spitzenverband der Pflegeversicherung regelt nachgesetzlich im **Pflegehilfsmittelverzeichnis** das **Nähere zu Infektionsschutzprodukten** (wie Desinfektionsmittel/Persönliche Schutzausrüstung) **und deren Anspruchsvoraussetzungen** in Anlehnung an die Bedarfe und nicht am Pflegegrad

## **Weiterentwicklung des Sachleistungsanspruchs für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)**

Der Weiterentwicklungsansatz baut auf bewährten Regelungen der Hilfsmittelversorgung (SGB V) sowie auf der Beratung durch Pflegeberater bzw. künftige Pflegebegleiter (SGB XI) auf.

Ziel ist ein wirksamer Infektionsschutz für pflegende Angehörige und die Betroffenen/die Pflegebedürftigen selbst bei gleichzeitig wirtschaftlichem Einsatz der begrenzten Mittel der Pflegeversicherung. Folgende Anpassungen sind erforderlich, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in der Häuslichkeit mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln sicherzustellen:

- Berücksichtigung der Sicherstellung von Hygiene und Infektionsprävention als eigenständiges Versorgungsziel im PNOG
- Anspruch auf Infektionsprävention am Pflegebedarf festmachen und nicht am Pflegegrad
- Erhalt oder Etablierung eines eigenen, separaten Sachleistungsanspruches für Produkte zum Infektionsschutz (aktuell zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel) und damit des bereits niederschweligen Zugangs zu diesen Produkten
- Feststellung und Überprüfung des individuellen Bedarfs durch die Pflegebegleiter
- ggf. gesetzlicher Ausschluss von vorkonfektionierten Pflegeboxen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und individuellen Versorgung
- Sicherstellung der Versorgungsqualität durch Einführung einer eigenen Präqualifizierung (PQ) für die Versorger von Produkten aus der PG 54 (PQ für Apotheken, Sanitätshäuser und Homecare-Unternehmen gemäß § 126 SGB V gilt als bereits erfüllt)
- Spitzenverband der Pflegeversicherung regelt nachgesetzlich im Pflegehilfsmittelverzeichnis das Nähere zu Infektionsschutzprodukten (wie Desinfektionsmittel/Persönliche Schutzausrüstung) und deren Anspruchsvoraussetzungen in Anlehnung an die Bedarfe und nicht am Pflegegrad

### **Welche Anpassungen im Pflegehilfsmittelverzeichnis in der PG 54 sind konkret notwendig, um die Qualität der Produkte sowie eine bedarfsgerechte Versorgung zu sichern?**

- **Bedarfsgerechte Versorgung durch konkrete Vorgaben je Produktart zu Indikationen und Pflegebedarfen in der PG 54**

Anders als im Hilfsmittelverzeichnis enthält die PG 54 bislang keine konkreten Vorgaben dazu, bei welchen Pflegebedarfen und/oder Indikationen einzelne Produkte eingesetzt werden sollen. Vielmehr wird unter dem Begriff „Indikation“ allein auf das „*Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI*“ – abgestellt. Für eine bedarfsgerechte Versorgung sollten deshalb für jedes Produkt die konkreten Einsatzbereiche und Pflegebedarfe beschrieben werden (Umsetzungsvorschlag siehe **Anlage**).

- **Einzelproduktlistung**

Im Hilfsmittelbereich ist es üblich, dass jeder Hersteller seine Produkte für die Aufnahme im Hilfsmittelverzeichnis anmeldet und dabei nachweisen muss, dass die Qualitätsanforderungen zur Sicherstellung der Produktqualität in der Versorgung erfüllt werden. Durch diese Einzellistung soll gewährleistet werden, dass in einer Produktgruppe nur Produkte gelistet werden, die in ihrer Funktion gleichartig und gleichwertig sind, eben den Anforderungen an das Produkt entsprechen und damit absolut qualitativ vergleichbar sind. In der PG 54 hat der Spitzenverband der Pflegekassen auf diese übliche Einzelbeantragung und damit Produktlistung verzichtet. Dadurch werden die Qualität und Vergleichbarkeit der Produkte erschwert. Deshalb sollten künftig auch in der PG 54 alle Produkte verpflichtend einzeln gelistet werden.

- **Ergänzung der Qualitätsstandards der Produkte**

Bei Medizinprodukten wie Handschuhen oder Masken ist die bereits geforderte CE-Kennzeichnung ein wichtiges Qualitätsmerkmal. Für Desinfektionsmittel gelten andere Qualitäts- und Zulassungsanforderungen. Die Wirksamkeit der Produkte kann dabei unterschiedlich sein. Für die Vergleichbarkeit und künftige Leistungsanforderung sollten hier neben der Zulassung als Desinfektionsmittel auch, soweit vorhanden, zusätzliche Anforderungen vorgeschrieben werden. Im Bereich der Händedesinfektion wäre dies beispielsweise der Nachweis, dass die Produkte die Vorgaben für die VAH-Listung erfüllen.

**Welche Strukturanforderungen bedarf es für eine spezielle Präqualifizierung für die Versorgung mit Produkten aus der PG 54?**

Im Gegensatz zu anderen Versorgungsbereichen müssen die Versorger mit Produkten aus der PG 54 keine gesonderte Präqualifizierung durchlaufen. Dadurch können auch Anbieter ohne nachgewiesene Qualitäts- und Beratungsstrukturen schnell in den Markt eintreten. Deshalb sollten – wie in anderen Hilfsmittelbereichen – klare Anforderungen an Qualität und Organisation im Rahmen einer eigenen Präqualifizierung für die PG 54 festgelegt werden. Um unnötigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden, sollte diese sich an einem vergleichbaren Versorgungsbereich aus dem Hilfsmittelverzeichnis (z. B. den Vorgaben zur Abgabe von aufsaugenden Inkontinenzprodukten) orientieren. Damit wird zum einen zusätzlicher bürokratischer Aufwand für bereits zugelassene Leistungserbringer wie Apotheken, Sanitätshäuser oder Homecareunternehmen vermieden. Zum anderen sind die noch nicht präqualifizierten Versorger gezwungen, seriöse Firmenstrukturen mit fachlichem Personal aufzubauen und vorzuhalten.

Welche Anforderungen müssen konkret im Rahmen der Präqualifizierung der PG 54 nachgewiesen werden?

**1. Personelle Voraussetzungen**

- Qualifiziertes Fachpersonal für Beratung und Versorgung
- Nachweis der fachlichen Kompetenz im Bereich des Hygiene- und Infektionsschutzes
- Einweisung der Versicherten in die Anwendung der Produkte

**2. Sachliche Voraussetzungen**

- Geeignete Betriebsstätte mit Beratungsmöglichkeit
- Lager- und Logistikstrukturen zur Versorgung der Versicherten
- Sicherstellung einer zeitnahen Belieferung

**3. Organisatorische Voraussetzungen**

- Vorhandenes Qualitätsmanagementsystem
- Dokumentation der Versorgung und Bedarfserhebung
- Datenschutz- und Haftpflichtnachweise
- Nachweis, dass berufsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sind
- Nachzertifizierung bei maßgeblichen Änderungen (z. B. Umfirmierung, Umzug etc.)