

Teil 1: Hygienebeauftragter – Stellenbeschreibung

1 Hygienebeauftragter – Status, Ausbildung und Aufgaben

1.1 Status des Hygienebeauftragten

Mit der 2005 erschienenen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut in Berlin (RKI) wurden Hygienebeauftragte in der Pflege nicht nur in Altenpflegeeinrichtungen, sondern auch bereichsbezogen in Krankenhäusern etabliert. In dieser Empfehlung »Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen« werden auch Einbindung in das Hygienemanagement und Aufgaben definiert. Bereits 2005 befürwortete die KRINKO mit seiner Empfehlung »Infektionsprävention in Heimen« das Ernennen von Hygienebeauftragten mit Stellenbeschreibung. Mit der 2011 erfolgten Neufassung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wurde in § 23 Abs. 3 noch einmal eine Aufwertung der KRINKO-Empfehlungen vorgenommen, viele Bundesländer haben Hygienebeauftragte in der Pflege für das Krankenhaus zum Gesetz gemacht. Präzisierungen der Aufgaben erfolgten in den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am RKI, heute Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe beim RKI.

Garanten für Qualität

Die Aufgaben der Hygienebeauftragten werden ständig wichtiger, nicht nur, weil Hygiene ein obligater Bestandteil des gesetzlich geforderten internen Qualitätsmanagements ist, sondern auch, weil die »Krankenhausvermeidungspflege« immer weiter ausgedehnt wurde und damit der Anspruch an die Pflege in Alten- und Pflegeheimen, Tageskliniken, Ambulanten Diensten sowie Rehabilitationseinrichtungen weiter wächst. Dieser Trend wird auch in Zukunft anhalten.

Warum Hygienebeauftragte in Heimen?

Die gesetzlichen Forderungen im § 35 des *Infektionsschutzgesetzes* (IfSG) bzw. § 23 Abs. 3 IfSG für medizinische Einrichtungen lassen sich sowohl nach Ansicht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MD) wie auch des RKI nur durch Hygienebeauftragte mit der notwendigen Konsequenz erfüllen. Der für Gemeinschaftseinrichtungen verbindlich geforderte Hygieneplan muss einrichtungsbezogen und aktuell sein. Die Aufsichtsbehörden (Gesundheitsamt und Gewerbeaufsicht) werden im IfSG angewiesen, das zu kontrollieren, dabei sind auch die Belange des Ar-

Rechtsgrundlagen

beitsschutzes zu berücksichtigen. Hygienebeauftragte sollen nun zumindest Hygienefachpflegekräfte von extern zur Verstärkung bekommen können, dafür stehen Hygienebeauftragte in Rehabilitationseinrichtungen mit geringem Risiko nach der Vorstellung der KRINKO allein da, also ohne Hygienefachpflegekräfte oder Krankenhaushygieniker.



Merke

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass der gesetzliche Druck für Qualitätsmanagement und Hygiene gegeben ist und zunehmend konsequenter geprüft wird. Dies geschieht – neben den genannten Behörden – auch durch Organisationen wie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MD) und die Fachstellen für Heime und Behinderteneinrichtungen, die in den Bundesländern unterschiedliche Bezeichnungen tragen, aber als »Heimaufsicht« angesprochen werden können. Hygienebeauftragte sollten nach entsprechender Weiterbildung und Qualifizierung Mitglied des Qualitätszirkels werden und Kenntnisse bei der Entwicklung bzw. Vollendung des Hygieneplans und der Pflegestandards einbringen.

Da ein einmal erstellter Hygieneplan aktualisiert werden und den Mitarbeitern immer wieder nahe gebracht werden muss, ist die Ernennung eines Hygienebeauftragten in Heimen und anderen Einrichtungen nach § 35 IfSG sowie für jeden einzelnen Bereich einer medizinischen Einrichtung, der sich nach einer entsprechenden Ausbildung schwerpunktmäßig darum kümmert, sinnvoll.

Nach wie vor ist aber die Aufgabe des Hygienebeauftragten »ehrenamtlich« zu betreiben. Um jedoch die umfassenden Aufgaben erfüllen zu können, sollte eine – so auch von der KRINKO geforderte – Freistellung durch die Einrichtung ermöglicht werden (Empfehlungen ► Kap. 1.4).

Haftet der Hygienebeauftragte für Hygienemaßnahmen?

Haftung und
Verantwortung

Der oder die Hygienebeauftragte hat normalerweise, auch wenn als Stabsstelle z. B. für mehrere Einrichtungen etabliert, die Funktion eines internen Beraters. Die Verantwortung für die Hygiene bleibt jedoch undelegierbar bei der Einrichtungsleitung. Diese sollte den Hygienebeauftragten den Mitarbeitern in einem Rundschreiben vorstellen und ihm so viel Autorität zubilligen, dass die Mitarbeiter seinen Anweisungen bezüglich der Erstellung und Durchführung des Hygieneplans Folge leisten. Bei Schwerstpflegeeinrichtungen ist die Möglichkeit der Beratung durch einen Krankenhaushygieniker zu erwägen, z.B. bei Wohngemeinschaften für Dauerbeatmete und ambulanten Diensten der außerklinischen Intensivmedizin. Im Krankenhaus ist sie ohnehin Pflicht.

1.2 Aufgaben des Hygienebeauftragten

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) und die KRINKO unterbreiten diesbezüglich Vorschläge. Für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen mit krankenhausähnlicher Versorgung gibt es auch Vorgaben in den Hygieneverordnungen der Bundesländer für medizinische Einrichtungen. Aus praktischer Erfahrung und den Berichten aktiver Hygienebeauftragter ist der nachfolgende Aufgabenkatalog entstanden:

Was ist zu tun?

A Begehung der Einrichtung oder des Zuständigkeitsbereiches unter hygienischen Gesichtspunkten

Hierbei sollen Hygienemängel erkannt und beschrieben werden (Soll-Ist-Erfassung). Mängel müssen nach einer Prioritätenliste, die sich nach Dringlichkeit und Kosten richtet, abgestellt werden (► Kap. 6.3 und ► Kap. 7).

B Mitwirkung bei der Einhaltung der Hygieneregeln und Infektionsprävention

Durch *regelmäßige Begehung* und Besprechungen mit Mitarbeitern verschaffen sich Hygienebeauftragte einen Überblick über die *praktische Umsetzung der Hygieneregeln*. Bei der Formulierung der Pflegestandards beraten Hygienebeauftragte die Pflegedienstleitung; das Pflege team wird bei hygienerelevanten Fragen, z. B. Schleimhautdesinfektion und Geräteaufbereitung, unterstützt. Die korrekte Durchführung wird überwacht (► Kap. 7). Bei Bedarf unterstützen sie auch die Hauswirtschaft und den Reinigungsdienst beim Erstellen von Standards und Schulungen und tragen durch Meldung von mangelnder Reinigungsleistung zum Qualitätsmanagement für den Reinigungsdienst bei.

C Mitwirkung bei der Erkennung nosokomialer Infektionen

Erkenntnisse über Nosokomialinfektionen liefern Aufzeichnungen über Infektionskrankheiten der Bewohner/Patienten, deren Häufigkeit, die Art der Erkrankungen, Erreger, Antibiotikawirksamkeit (falls bekannt) und die Häufung in bestimmten Bereichen. Dabei sollen Hygienebeauftragte Einsicht in medizinische Unterlagen nehmen dürfen bzw. Informationen von Ärzten und Pflegepersonal einholen, soweit sie für die Erkennung von Infektionen von Bedeutung sind (► Kap. 6.5). Hilfreich ist hier der enge Kontakt zu Hausärzten und regionalen Vertretern von Home-Care-Unternehmen, die ja häufiger z. B. als »Wundexperten ICW e.V.« oder »Wundmanager« die Versorgung von chronischen Wunden unterstützen.

D Unterrichtung bei Verdachtsfällen

Die für die entsprechenden Bereiche Verantwortlichen und Hygienebeauftragte müssen bei Verdacht auf einen Infektionsfall unverzüglich unterrichtet werden (► Kap. 6.5).

E Beratende Funktion

Die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen gelingt durch allgemeine und bereichsspezifische Beratung.

Alle Mitarbeiter sollen in Hygienebeauftragten kompetente Ansprechpartner für Infektionskrankheiten und notwendige Hygienemaßnahmen finden. Hierzu gehört auch die Klarstellung fehlerhafter und angestauchlösender Informationen, z.B. aus der Laienpresse. Für die Mitarbeiter ist es wichtig zu wissen, wo nachgeschlagen oder fachliche Hilfe gesucht werden kann (► Kap. 1).

F Herausgeber des Hygieneplans, Berater bei Hygienefragen in der Pflege und für die Hauswirtschaft

Der Hygienebeauftragte muss die Konzepte für Standards und Arbeitsanweisungen der einzelnen Abteilungen bzw. Funktionsbereiche sammeln, durchsehen und in Form eines Hygieneplans zusammenfügen bzw. der Hygienefachkraft oder dem Hygieniker zuarbeiten. Natürlich können auch Hygienepläne unterschiedlicher Firmen oder Rahmenhygienepläne genommen werden. Diese müssen allerdings noch individuell zugeschnitten werden (► Kap. 4; ► Kap. 5 und ► Kap. 6.7). Zu diesem Aufgabenkomplex gehört auch die jährliche Hygieneplanrevision. Dies bedeutet aber nicht, dass der Hygieneplan neu geschrieben werden muss, es wird geprüft, ob er in allen Punkten (z.B. Desinfektionsmittel, Medizinprodukte) noch aktuell ist. Dazu gehört auch die Entscheidung, ob aktuelle KRINKO/RKI-Empfehlungen eingearbeitet werden müssen. Werden keine Änderungen notwendig, wird dies dokumentiert und die Prüfung ist abgeschlossen.



Merke

Ausgewogenheit ist angebracht. Nicht alles, was möglich ist, ist auch nötig!

G Dokumentation

Zur Erfolgskontrolle und zur Erlangung von Rechtssicherheit ist das Einführen (Etablieren) und Überwachen eines Dokumentationssystems erforderlich. Dies umfasst neben dem internen Meldewesen die Dokumentation z.B. von Sterilisationsmaßnahmen (► Kap. 4 und ► Kap. 6).

H Gründung einer Hygienekommission oder eines Hygieneteams bzw. Mitarbeit darin

Die Hygienekommission ist ein Forum, in dem notwendige Maßnahmen aller Bereiche der Einrichtung diskutiert, geplant und beschlossen werden können (► Kap. 6.6). Sie ist daher auch sinnvoll in Einrichtungen, für die sie nicht vorgeschrieben ist, kann aber hier einen anderen Namen tragen, z.B. »Qualitätszirkel Hygiene«.

I Gestaltung von Personalschulungen

Das Unterbrechen von Infektionswegen erfordert besondere Maßnahmen im Bereich der Pflege, aber auch der Hauswirtschaft. Diese Maßnahmen müssen theoretisch vermittelt und praktisch geübt werden (► Kap. 8). Eine mindestens jährliche Schulung ist gesetzlich vorgeschrieben, i. d. R. sind aber kürzere Abstände und häufigere Wiederholungen sinnvoll.

Gefordert sind auch so genannte Anwendungsbeobachtungen. Dabei beobachten die Hygienebeauftragten Kollegen bei hygienerelevanten Tätigkeiten, z. B. bei der Händedesinfektion (Durchführung und Einhaltung der Indikationen) oder pflegerischen Tätigkeiten wie Manipulationen am harnableitenden System oder Verbandwechsel. Personengruppen, die in den Bewohnerzimmern arbeiten, z. B. Reinigungskräfte, müssen mit dem Umgang mit Schutzkleidung vertraut gemacht werden und diesen sicher beherrschen.

Merke

Die Mitarbeiterschulung dient auch der Motivation der Mitarbeiter! Dies gilt auch für die freundlich kommentierte Anwendungsbeobachtung.



J Mitarbeit in Qualitätszirkeln

Da Hygiene obligater Bestandteil der Pflegequalität ist, ist für Hygienebeauftragte eine Mitwirkung in Qualitätszirkeln der Pflege auf stationärer (Station, Wohnbereich) oder Einrichtungsebene notwendig. Die Hygienekommission (Punkt H) kann durch einen »Qualitätszirkel Hygiene« ersetzt werden (► Kap. 6.7 und ► Kap. 6.9), der bei großen Trägern oder Verbänden auch hausübergreifend agieren kann.

K Praktische Anleitung während der Fortbildung

In der Weiterbildung befindliche Hygienebeauftragte für Pflegeeinrichtungen bedürfen der praktischen Anleitung. Diese Forderung der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) und der KRINKO geht davon aus, dass Hygienebeauftragte im Rahmen der Zusatzausbildung auch ein Praktikum in einer anderen Einrichtung machen sollen (► Kap. 1.6).

L Mitwirkung bei der Auswahl hygienerelevanter Verfahren und Produkte

Die Mitsprache bezieht sich z. B. auf Desinfektionsmittel, Einmalartikel, Medizinprodukte, Ver- und Entsorgungsverfahren. Hygienebeauftragte sollen in den Entscheidungsprozess für die Produkte verschiedener Anbieter mit einbezogen werden (► Kap. 6). Dabei geht es in erster Linie um die problemlose Aufbereitung von Medizinprodukten in der Einrichtung.

M Mitwirkung bei der Planung funktioneller und baulicher Maßnahmen

Funktionelle Maßnahmen wie z.B. Logistikplanung, Ablaufpläne in der Pflege und in der Hauswirtschaft erfordern gelegentlich die Mitwirkung des Hygienebeauftragten.

Bei Umbau- und Sanierungsmaßnahmen sowie Neubauplanungen sollte natürlich auch auf optimale Hygiene in den Abläufen geachtet werden. Aufgrund der zum Teil hohen Kosten solcher Maßnahmen ist es ratsam, einen hauptamtlichen Hygieniker (Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie mit entsprechenden Kenntnissen) hinzuzuziehen.

Die Liste der Aufgaben des Hygienebeauftragten erscheint lang. Sie denken, das schaffen Sie nicht? Alles ist halb so schlimm, wie es scheint.

1.3 Selbstverständnis von Hygienebeauftragten

Beraten oder
belehren?

Hygienebeauftragte sind, vom rein juristischen Standpunkt aus betrachtet, *interne Berater*. Der Erfolg ihrer Tätigkeit hängt maßgeblich davon ab, wie sie selbst ihre Rolle definieren und wie sie innerhalb der Einrichtung, vor allem durch die Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung und ggf. Hauswirtschaftsleitung, soweit nicht in Personalunion mit dem Amt des Hygienebeauftragten, betrachtet und unterstützt werden. Wird die Funktion des Hygienebeauftragten zusätzlich zu einer leitenden Funktion übernommen, gibt es i.d.R. keine Probleme. Oft aber werden Hygienebeauftragte aus der Reihe der Mitarbeiter ohne leitende Funktion gewählt. Eben noch gleichberechtigtes Mitglied eines Teams sollen sie nun – mit erweiterten Aufgaben und Kompetenzen – anleiten, informieren und eventuell belehren. Dieser plötzliche Rollenwechsel gelingt bei aller Anerkennung und dem Zutrauen, eine erweiterte Tätigkeit ausführen zu können, nicht jedem Menschen auf Anhieb.

Wissen ist
Überzeugungskraft

Hygienebeauftragte benötigen daher eine *fundierte Fortbildung*, um die ihnen zugedachten Aufgaben nicht nur mit dem nötigen *fachlichen Hintergrund*, sondern auch der entsprechenden – und notwendigen – *Selbstsicherheit* angehen zu können. Überzeugend wirkt nur, wer selbst überzeugt ist! Dies kann nicht innerhalb weniger Tage geschehen, sondern ist ein Prozess theoretischer Erkenntnis in Verbindung mit praktischer Tätigkeit, der durch Fortbildungen während der Tätigkeit (z.B. jährlich) immer wieder aktualisiert und unterstützt werden muss. Manche Einrichtungen stärken ihren Hygienebeauftragten den Rücken, indem gelegentlich eine Hygienefachkraft oder sogar ein Krankenhaushygieniker zu einer gemeinsamen Begehung mit abschließender Besprechung eingeladen wird, sofern

nicht – wie im Krankenhaus- und Teilen des Rehabilitationsbereiches – ohnehin vorgeschrieben.

Die Tätigkeit des Hygienebeauftragten ist ein *Ehrenamt*. Normalerweise ist sie begleitend zur regulären Tätigkeit zu erledigen. Motivierte Hygienebeauftragte opfern erfahrungsgemäß einen Teil ihrer Freizeit, was aber nicht zur Regel werden sollte. Daher ist es sehr wichtig, Hygienebeauftragten für ihr Amt eine angemessene Freistellung zukommen zu lassen (► Kap. 1.4). Neben dem Effekt, dass Hygienebeauftragte ihre Tätigkeit besser vorbereitet ausführen können, ist der Sekundäreffekt der Statusaufwertung innerhalb der Einrichtung gleichfalls unverzichtbar. Eine *Freistellung* für eine bestimmte *Tätigkeit* ist für alle Mitarbeiter ein Zeichen, dass diese Tätigkeit innerhalb der Einrichtung *notwendig* ist und der Einrichtungsleitung ein »Arbeitszeitopfer« wert ist. Aber auch Hygienebeauftragte selbst empfinden eine Freistellung als höchst *motivierende Anerkennung* ihrer Tätigkeit. Andererseits darf keinesfalls der Eindruck entstehen, dass nur der Hygienebeauftragte selbst für die Hygiene in der Einrichtung zuständig ist. Immer wieder muss klar gemacht werden, dass jeder Einzelne für seinen Tätigkeitsbereich verantwortlich ist und damit auch Verantwortung für die Hygiene trägt. Hygienebeauftragte sollten sich daher v. a. als Koordinatoren und Berater verstehen. Dazu gehört neben der Formulierung klarer Arbeitsanweisungen auch die Aufgabe, diejenigen zu überzeugen, die ihrer Tätigkeit motivierter nachgehen, wenn sie verstanden haben, warum sie etwas tun sollen. Für die Mitarbeiter, die solchen Hinweisen nicht folgen können oder wollen, mag der Hinweis auf die geltende Rechtslage sowie mögliche arbeitsrechtliche Konsequenzen bei Nichtbeachtung der Vorgaben genügen. Durch wachsende Qualitätsansprüche steigen die Anforderungen ständig, dazu ist jeden Tag eine Flut von Informationen zu verarbeiten. Kein Wunder also, wenn manche Menschen auf Neuerungen wie z. B. eine zusätzliche Hygieneregeln nicht begeistert reagieren. Die Kunst erfolgreicher Hygienebeauftragter besteht darin, negative Reaktionen nicht auf die eigene Person oder die Sache zu beziehen, sondern als Ausdruck des momentanen Zustandes des Betreffenden zu akzeptieren. Sie warten einen günstigeren Moment ab, um die Überzeugungsarbeit fortzusetzen.

Freistellung ist notwendig

Der Erfolg von Hygienebeauftragten hängt auch maßgeblich davon ab, welche Rolle sie innerhalb der Einrichtung zugewiesen bekommen. Hygienebeauftragte, Pflegedienstleitung, Hauswirtschaftsleitung und Einrichtungsleitung müssen gemeinsam die *Position und Kompetenzen* festlegen (► Kap. 6.1 und unten). Hygienebeauftragte betreuen zahlreiche Schnittstellen in der Einrichtung (► Abb. 1.1), die bei der Pflege des Qualitätsmanagements (► Kap. 6.8) von erheblicher Bedeutung sind. Wer das Amt der Hygienebeauftragten innehat, haftet dem Arbeitgeber arbeitsrechtlich dann, wenn er die Funktion nicht wahrnimmt. Dem Autor ist jedoch kein solcher Fall bekannt.

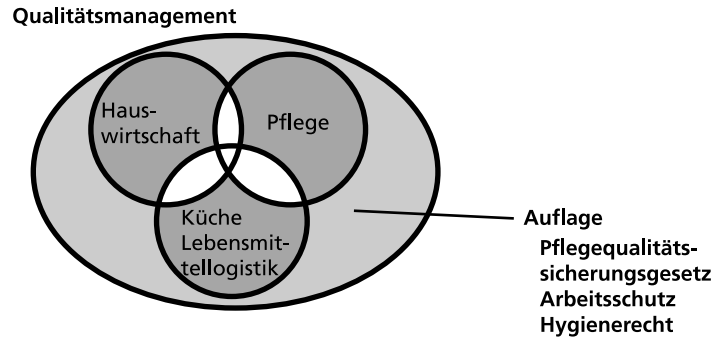
Aufgaben klar definieren

Wichtig für die Arbeit der Hygienebeauftragten ist das Management von Schnittstellen in der Einrichtung. Zeitabläufe und Verfahren in Hauswirtschaft und Pflege, aber auch im Bereich Lebensmittellogistik und Küche

sind zu koordinieren. Fragen aus allen drei Bereichen sind zu klären. Dabei sind die Anforderungen der Aufsichtsbehörden sowie die Integration des allgemeinen Qualitätsmanagements der Einrichtung zu beachten.

Gemeinsam wird nun festgelegt, welche *Aufgaben* konkret auf den oder die Hygienebeauftragte zukommen. Aus dieser Festlegung entsteht die *Stellenbeschreibung*, die regelt, welche Rechte und welche Pflichten der zukünftige Hygienebeauftragte in der Einrichtung hat.

Abb. 1.1:
Schnittstellen in der
Einrichtung



1.4 Freistellung von Hygienebeauftragten

Dies ist naturgemäß ein schwieriger Diskussionspunkt. Dennoch, gut Ding will Weile haben! Eine Freistellung, und sei es nur eine Stunde in der Woche, verschafft Zeit zur Wahrnehmung der zusätzlichen Aufgaben und dokumentiert den Status gegenüber den Mitarbeitern.



Merke

Generell kann gesagt werden, dass die Notwendigkeit von Hygienemaßnahmen und die Intensität ihrer Durchführung vom Zustand der betreuten Bewohner abhängig sind.

Hierbei können nach der KRINKO-Empfehlung »Infektionsprävention in Heimen« zwei Risikogruppen unterteilt werden (für Reha und Krankenhaus siehe Abschnitt »Berechnung der empfohlenen Freistellung«):

Übersicht 1:
Infektionsbezogene
Risikogruppen

Überwiegend soziale Betreuung: Geringes Risiko für Infektionen

Rüstige Senioren

Diese Personen sind (leicht eingeschränkt) mobil und leiden nicht an abwehreinschränkenden Grunderkrankungen. Betreutes Wohnen un-

terliegt dem bevölkerungsüblichen Risiko, solange keine Pflēgetätigkeit stattfindet.

Eingeschränkt mobile Bewohner

Bewohner, die bereits einen Großteil des Tages in ruhender Position verbringen und/oder an abwehrein-schränkenden Grundkrankheiten (Diabetes, Krebs, Rheuma oder Asthma, Leberzirrhose u. a.) leiden. Die Grundkrankheit kann therapeutisch im Wesentlichen beherrscht werden.

In diese Fraktion gehören auch weite Teile der außerklinischen Intensivmedizin (Wohngemeinschaften von Dauerbeatmeten, Risiken siehe unten), ein Teil der Betreuten gehört (z. B. im Wachkoma) zur folgenden Kategorie.

Pflegerische Betreuung: Erhöhtes Risiko für Infektionen

Immobilie Bewohner

Diese Bewohner sind überwiegend bettlägerig. In diese Kategorie fallen auch Bewohner mit abwehrschwächenden Grunderkrankungen, die therapeutisch momentan nur schwer beherrschbar sind, sowie Bewohner mit akuten schweren Infektionen der oberen Luftwege und des Darmes.

Beatmete und stark abwehrgeschwächte Pflegebedürftige

Es handelt sich um Pflegebedürftige, die umfassend pflegerisch versorgt werden müssen, Wachkomapatienten, Bewohner mit sehr hohem Infektionsrisiko, Krebspatienten in späten Stadien, Bewohner mit ausgeprägter COPD bspw., aber auch Tracheotomierte, die häufig abgesaugt werden müssen. Betroffen sind auch Bewohner mit lokaler Abwehrschwäche, z. B. durch Lungenemphysem, Mukoviszidose, schwere Hauterkrankungen, ausgedehnte Hautulzera bzw. chronischen Wunden. Gerade diese Gruppe weist überdurchschnittlich häufig Besiedlungen mit multiresistenten Erregern auf.

Akut Erkrankte

Hierzu gehören Bewohner, die an einer Infektionskrankheit leiden, z. B. einer akuten Infektion der oberen Luftwege. Weiterhin handelt es sich um Bewohner mit abwehrschwächenden Grunderkrankungen in der Akutphase. Hinzu kommen Patienten mit abwehrschwächender Medikation, z. B. mit Kortikoidpräparaten in Kombination mit anderen Immunsuppressiva.

Berechnung der empfohlenen Freistellung

Einleuchtend ist, dass die pflegerische Betreuung von Bewohnern einen erhöhten Aufwand gegenüber der sozialen Betreuung bei der Durchführung von Hygienemaßnahmen beinhaltet. Eine offizielle Berechnung

Zeitaufwand