

Hygiene in der häuslichen Pflege: Mehr als nur Infektionsschutz

Konrad Obermann

Bernd Glazinski

Medizinische Fakultät Mannheim
der Universität Heidelberg
Universitätsklinikum Mannheim



Hygiene in der häuslichen Pflege: Mehr als nur Infektionsschutz

Eine mixed-methods Annäherung und indikative ökonomische Einschätzung von Hygienemaßnahmen in der häuslichen Pflege

Eine Studie im Auftrag der web care LBJ GmbH, Hamburg

März 2026

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann, Universität Heidelberg, Zentrum für Präventivmedizin und Digitale Gesundheit, Abteilung Allgemeinmedizin

Prof. Dr. phil. Bernd Glazinski, MA, Dipl.-Psych., Thurn und Taxis Consulting AG, Köln

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
Zusammenfassung / Executive Summary.....	5
1. Hintergrund / Ausgangslage	8
1.1. Forschungsstand zur Pflege zu Hause	8
1.1.1. Ausgangslage „Häusliche Pflege“	8
1.1.2. Hygiene in der häuslichen Pflege.....	9
1.1.3. Ursachen der Daten- und Forschungslücken.....	10
1.2. Die Vielfalt häuslicher Pflegesituationen	11
1.3. Forschungsfrage.....	12
2. Methodisches Vorgehen	13
3. Ergebnisfelder	14
3.1. Der Einfluss von Hygiene auf den Pflegeprozess zu Hause.....	14
3.1.1. Datenmangel	14
3.1.2. Heterogenität der Pflegesituation und der Zielgruppen	14
3.1.3. Versorgungsprozess und Fehlallokation.....	16
3.1.4. Medizinische Konsequenzen („primäre Hygiene“).....	16
3.1.5. Psychologische Auswirkungen („sekundäre Hygiene“)	17
3.1.6. Modellhafte Ergebnisverdichtung	17
3.2. Die Auswirkungen von Hygiene auf die Kosten der Versorgung	19
3.2.1. Direkte medizinische Kosten	19
3.2.2. Indirekte Kosten / Produktivitätsverluste durch Krankheit.....	21
4. Diskussion und Ausblick	23
4.1. Zentrale Ergebnisse und Hypothesen	23
4.2. Beeinflussung des Hygienestatus.....	24
4.3. Abschließende Bemerkungen	24
5. Datenteil.....	26
5.1. Einschätzung der quantitativen Daten.....	26
5.2. Zusammenfassung der qualitativen Daten aus Interviews und Feldkontakten	26
5.3. Ergebnisse der strukturierten Befragung von Besuchern der Seite der Seite pflege.de	27
Literatur.....	33
Kurzprofile der Autoren.....	35

Abstract

Hintergrund: In Deutschland werden aktuell rund 4,9 Millionen pflegebedürftige Menschen zu Hause versorgt, davon 3,1 Millionen ausschließlich durch Angehörige. Trotz dieser enormen Versorgungsleistung ist die Forschungslage zur Hygiene in der häuslichen Pflege lückenhaft. Insbesondere quantifizierbare Effekte hygienischer Maßnahmen auf klinische Outcomes sowie deren ökonomische Implikationen sind kaum untersucht. Ziel dieser Studie ist es, den Zusammenhang von Hygiene und Gesundheit im häuslichen Pflegesetting sowie daraus resultierende medizinische, psychosoziale und ökonomische Konsequenzen explorativ zu erfassen.

Methoden: Es wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, bestehend aus einer Online-Befragung von 931 pflegenden Angehörigen (pflege.de, Februar 2026), qualitativen Interviews mit Pflegebedürftigen, Angehörigen und Fachpersonal, ersten Feldbeobachtungen in vier Pflegehaushalten sowie einem selektiven Literaturreview. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse und indikativer ökonomischer Modellierung.

Ergebnisse: Hygiene erweist sich als multidimensionales Phänomen mit medizinischen, psychologischen und sozialen Wirkebenen. Fünf zentrale Einflussfelder wurden identifiziert: Datenmangel, Heterogenität der Pflegesituationen, Versorgungsdefizite und Fehlallokationen, direkte medizinische Komplikationen sowie psychologische Auswirkungen. Die indikativen direkten Kosten hygieneassoziiierter Komplikationen (Pneumonie, Harnwegsinfekt, Sepsis, infektiöse Diarrhö, Dekubitus) werden (sehr konservativ) auf rund 6,1 Milliarden Euro jährlich geschätzt. Hinzu kommen indirekte Produktivitätsverluste erwerbstätiger Pflegender von geschätzt 2,7 Milliarden Euro.

Schlussfolgerungen: Hygiene in der häuslichen Pflege ist ein bislang unterschätztes Handlungsfeld mit erheblichem präventivem Potenzial. Wirksame Interventionen erfordern einen multidimensionalen Ansatz: individuelle Schulungsangebote, niedrigschwellige Beratung, Entbürokratisierung des Hilfsmittelzugangs sowie Stärkung der Gesundheitskompetenz. Systematische Datenerhebungen und integrative Pilotprojekte sind für belastbare Evidenz dringend erforderlich.

Zusammenfassung / Executive Summary

Die vorliegende Arbeit untersucht den Zusammenhang zwischen Hygiene und Gesundheit im häuslichen Pflegesetting sowie die daraus resultierenden medizinischen, psychosozialen und ökonomischen Konsequenzen. Ausgangspunkt ist die Beobachtung, dass hygienisch gute Bedingungen eine Grundvoraussetzung für ein würdiges Leben pflegebedürftiger Menschen darstellen und zugleich die Arbeitsbedingungen sowie die Leistungsfähigkeit pflegender Angehöriger maßgeblich beeinflussen. Angesichts des deutlichen Anstiegs pflegebedürftiger Personen in Deutschland – aktuell rund 5,6 Millionen, von denen etwa 4,9 Millionen zu Hause versorgt werden – gewinnt die Qualität der häuslichen Pflege zunehmend an Bedeutung. Etwa 3,1 Millionen Pflegebedürftige werden ausschließlich durch Angehörige betreut. Trotz dieser enormen Versorgungsleistung ist die Forschungslage zur Hygiene in der häuslichen Pflege lückenhaft.

Zwar besteht ein allgemein anerkannter Zusammenhang zwischen Hygiene und Gesundheit, jedoch ist der konkrete, quantifizierbare Effekt hygienischer Maßnahmen auf klinische Outcomes im häuslichen Umfeld bislang nur unzureichend untersucht. Studien aus der ambulanten Pflege zeigen eine relevante Prävalenz multiresistenter Erreger sowie Defizite in der Umsetzung komplexerer Hygienemaßnahmen. Übersichtsarbeiten verdeutlichen Wissenslücken bei informellen Pflegekräften, insbesondere im Umgang mit krankheits- oder gerätespezifischen Anforderungen wie Katheterpflege, Wundversorgung oder Desinfektion medizinischer Geräte. Während grundlegende Handhygiene häufiger eingehalten wird, bestehen Defizite bei anspruchsvolleren Maßnahmen. Zudem übernehmen Angehörige häufig Infektionsschutzaufgaben ohne angemessene Schulung.

Ein zentrales Problem stellt der Mangel an systematischen Daten dar. Es existieren kaum spezifische Untersuchungen zur häuslichen Pflege im Vergleich zu stationären Einrichtungen. Auch ökonomische Analysen sind rar. Während für Pflegeheime zunehmend Evidenz zur Kostenwirksamkeit von Hygienemaßnahmen vorliegt, fehlen vergleichbare Analysen für den häuslichen Bereich weitgehend. Gleichzeitig weisen Krankenhausdaten auf eine hohe Zahl potenziell vermeidbarer Hospitalisierungen pflegebedürftiger Personen hin. Schätzungen gehen von rund 1,4 Millionen vermeidbaren Krankenhaufällen pro Jahr aus.

Die Ursachen der Forschungslücken sind vielfältig. Häusliche Pflege verfügt über geringe politische und institutionelle Lobbystrukturen. Pflegenden Angehörigen sind häufig stark belastet, sozial isoliert und organisatorisch kaum vernetzt. Zudem fehlt es an systematischer statistischer Erfassung ihrer Situation. Pflege wird gesellschaftlich oft unterschätzt, was sich auch in politischen und öffentlichen Diskursen widerspiegelt.

Die häusliche Pflegesituation ist äußerst heterogen. Sie wird beeinflusst durch Merkmale der Pflegenden (Beziehung zum Pflegebedürftigen, Bildung, psychische Disposition), Merkmale des Pflegebedürftigen (kognitive Einschränkungen, Multimorbidität), das soziale Umfeld sowie die Wohn- und Einkommenssituation. Der sozioökonomische Status korreliert stark mit der Hygienequalität. Beengte Wohnverhältnisse erschweren die räumliche Trennung von Pflege- und Alltagsbereichen. Finanzielle Engpässe führen teilweise zu Einsparungen bei Hygieneprodukten. Sprachbarrieren und geringe Inanspruchnahme von Schulungsangeboten verstärken bestehende Defizite. Zudem kann eine vernachlässigte Haushaltsführung Ausdruck psychischer Überlastung der Pflegeperson sein.

Die Studie nähert sich der Forschungsfrage mittels eines Mixed-Methods-Ansatzes, der Umfragen, Interviews, Beobachtungen im häuslichen Setting, Gespräche mit Fachpersonal sowie Literaturanalysen kombiniert. Ziel war eine explorative Annäherung und Hypothesenbildung.

Zentrale Erkenntnis ist, dass der Zusammenhang zwischen Hygiene und Gesundheit nicht linear, sondern komplex und multifaktoriell ist. Hygiene beeinflusst nicht nur Infektionsraten, sondern auch Mobilität, Motivation, psychosoziale Stabilität und letztlich die gesamte Pflegesituation. Dabei wurden fünf zentrale Einflussfelder identifiziert:

Erstens besteht ein erheblicher Datenmangel, insbesondere im häuslichen Bereich. Zweitens zeigt sich eine große Heterogenität der Pflegesituationen – von kurzzeitiger Pflege bis hin zu langjährigen, hochkomplexen Versorgungen. Drittens existieren strukturelle Probleme im Versorgungsprozess, etwa komplizierte Antragswege, Fehlallokationen von Hilfsmitteln oder eingeschränkte Wahlmöglichkeiten. Viertens ergeben sich direkte medizinische Konsequenzen unzureichender Hygiene, darunter Pneumonien, Harnwegsinfekte, Sepsis, infektiöse Durchfallerkrankungen und Dekubitus. Fünftens spielen psychologische Faktoren eine bedeutende Rolle: Eine saubere, strukturierte Umgebung fördert Mobilisierung, Motivation und subjektives Wohlbefinden. Die Verfügbarkeit von Hygienehilfsmitteln kann verhaltenssteuernd wirken und als Ausdruck gesellschaftlicher Wertschätzung empfunden werden.

Ökonomisch betrachtet entstehen durch hygieneassoziierte Komplikationen erhebliche Kosten. Für fünf zentrale Diagnosegruppen (Pneumonie, Harnwegsinfekt, Sepsis, infektiöse Diarrhö, Dekubitus) werden direkte jährliche Kosten von rund 7,8 Milliarden Euro geschätzt. Hinzu kommen Transportkosten sowie langfristige Folgekosten durch Höherstufung im Pflegegrad nach schweren Infektionen. Besonders kostenintensiv ist die Sepsisbehandlung. Darüber hinaus entstehen indirekte Kosten durch Produktivitätsverluste pflegender Angehöriger. Bei geschätzten 3 Millionen erwerbstätigen Pflegenden und durchschnittlich vier hygienebedingten Fehltagen pro Jahr ergeben sich volkswirtschaftliche Kosten in Milliardenhöhe.

Aus den Ergebnissen wird ein erweitertes Hygieneverständnis abgeleitet. Hygiene wird nicht ausschließlich als technische Maßnahme zur Infektionsvermeidung verstanden, sondern als Zusammenspiel medizinischer, pflegerischer, psychologischer und sozialer Faktoren. Der „Hygienestatus“ eines Haushalts ergibt sich demnach aus dem Gesundheitszustand der Pflegeperson, deren Zeitressourcen, der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) sowie den finanziellen Möglichkeiten.

Interventionen sollten daher multidimensional ansetzen: durch verbesserte Schulungsangebote, niedrigschwellige Beratung im häuslichen Umfeld, Entbürokratisierung des Zugangs zu Hilfsmitteln sowie Stärkung der Gesundheitskompetenz. Individuelle Anleitung im häuslichen Setting erweist sich als besonders wirksam. Gleichzeitig muss die Diskrepanz zwischen Selbstwahrnehmung der Angehörigen und Einschätzung professioneller Pflegekräfte berücksichtigt werden, da Letztere einen erheblichen Schulungsbedarf sehen.

Abschließend wird betont, dass Hygiene in der häuslichen Pflege ein bislang unterschätztes Handlungsfeld mit erheblichem medizinischem und ökonomischem Potenzial darstellt. Trotz begrenzter Datengrundlage lassen sich plausible Zusammenhänge zwischen Hygieneverhalten, Komplikationsraten und Kostenbelastung ableiten. Zukünftige Forschung sollte systematische Datenerhebungen, qualitative Untersuchungen am „point of care“ sowie integrative Pilotprojekte umfassen, um belastbare Evidenz für wirksame Präventionsstrategien zu schaffen. Hygiene ist damit nicht Randthema, sondern ein zentrales Steuerungsinstrument für die Stabilität des Pflegesystems und die Lebensqualität von Millionen Menschen.

Alle hier genannten ökonomischen Zahlen liegen an der konservativ geschätzten Untergrenze. Es ist keinesfalls Anliegen der Studie, hier monetäre Zahlen künstlich zu erhöhen bzw. dramatische Szenarien zu entwerfen. Die hier gezeigten ökonomischen Potenziale treten in der Gesamtwürdigung zurück hinter der gesundheitsrelevanten Wirksamkeit für die betroffenen Personen (Gepflegte und Pflegende).

1. Hintergrund / Ausgangslage

Hygienisch gute Bedingungen sind eine Grundvoraussetzung für ein Leben in Würde des pflegebedürftigen Menschen. Auch der pflegende Mensch fühlt sich in einem sauberen, geruchsarmen und aufgeräumten Zimmer wohler und kann dann letztlich bessere Pflege leisten.

Der Anstieg pflegebedürftiger Personen hat die demografischen Vorausberechnungen weit übertrafen.¹ Angesichts der Tatsache, dass etwa vier von fünf Pflegebedürftigen zu Hause versorgt werden und professionelle Pflegedienste unter Personalmangel (mit Folgen für Hygiene-Standards) leiden (Stiftung ZQP 2019), ist die Qualität dieser häuslichen Versorgung ein wichtiges Feld der versorgungswissenschaftlichen Analyse.

Dass zudem ein positiver Zusammenhang von Hygiene und Gesundheit besteht, ist eine triviale Erkenntnis. Unklar ist allerdings der quantifizierbare Effekt hygienischer Maßnahmen auf Gesundheit von pflegebedürftiger und pflegender Person. Der Zusammenhang zwischen präventiven Hygienemaßnahmen und klinischen Gesundheitsoutcomes ist nicht nur eine Frage der medizinischen Evidenz, sondern eine hochgradig ökonomische und psychosoziale Variable, die über die Stabilität des gesamten deutschen Pflegesystems entscheidet.

1.1. Forschungsstand zur Pflege zu Hause

1.1.1. Ausgangslage „Häusliche Pflege“

Aktuell (letzte verfügbare Zahlen sind von 2023²) gibt es in Deutschland etwa 5,6 Mio. pflegebedürftige Menschen, davon knapp über 60 % weiblich. 4,9 Mio. Pflegebedürftige werden zu Hause versorgt, davon 3,1 Mio. allein durch Angehörige. Geht man davon aus, dass ab Pflegegrad 2 relevante Unterstützung des Pflegebedürftigen notwendig wird, so werden ca. 4,2 Mio. Menschen mit „erheblichen / schweren oder schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“ zu Hause versorgt.

Neben dem Pflegegeld und den Pflegesachleistungen gibt es für alle Personen mit einem anerkannten Pflegegrad (1-5), die zu Hause gepflegt werden, monatlich einen einheitlichen Entlastungsbetrag (aktuell EUR 131,- nutzbar für Angebote zur Unterstützung im Alltag, Leistungen ambulanter Pflegedienste, und Erstattung von Eigenanteilen) sowie die Kostenübernahme von Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch (im Wert bis zu EUR 42,-). Derartige Pflegehilfsmittel sind für die private Pflege bestimmt und umfassen Hygieneprodukte wie Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel oder Bettunterlagen. Diese können in der Apotheke, im Sanitätshaus, in einer Drogerie oder auch bei einem Discounter gekauft werden. Es erfolgt eine direkte Abrechnung mit der Pflegekasse bzw. kann dies durch Apotheke, Versandhandel oder Sanitätshaus übernommen werden.

Bei einer pflege.de-Umfrage mit 368 pflegenden Angehörigen im August 2024 zeigte sich, dass 65 % die Pflegehilfsmittel zum Verbrauch als Leistung der Pflegekasse kennen und 49 % die Pflegeleistung auch nutzen. Hier muss allerdings bedacht werden, dass die Umfrage auf der Seite von pflege.de lief, und somit eine meist (deutlich) besser informierte Zielgruppe angenommen werden kann. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass deutlich unter 50 % der Menschen mit einem Pflegegrad nicht die Pflegehilfsmittel zum Verbrauch als Leistung der Pflegekasse nutzen. Die im Rahmen der hier

¹ <https://www.zdfheute.de/politik/deutschland/pflege-beduerftige-anstieg-lauterbach-100.html>

² https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-Fakten_Pflegeversicherung.pdf; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html>

vorgelegten Studie durchgeführte Befragung ergab, dass Körperpflege, Medikamentengabe, Ernährung und Haushalt die wesentlichen Pflegefunktionen sind. Wundversorgung und Toilettengang / Inkontinenzversorgung werden deutlich seltener durchgeführt.

Die mit Abstand umfangreichste und detaillierteste Untersuchung ist die VdK-Pflegestudie (Büscher et al. 2023). Die Studie wurde 2021 begonnen. Knapp 54.000 Menschen haben sich daran beteiligt und nach verschiedenen Zwischenberichten wurde 2023 der Abschlussbericht vorgelegt, der einen umfassenden und zentralen Wissens- und Datenspeicher darstellt. Hier sei festgestellt, dass das Thema „Hygiene“ als eigenes Thema in der häuslichen Pflege nicht vorkommt und lediglich im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie diskutiert wird.

1.1.2. Hygiene in der häuslichen Pflege

Insgesamt ist die Forschungslage zum spezifischen Thema der Hygiene in der häuslichen Pflege dürftig.

Eine Studie von Neumann und Kollegen (2016) zeigt eine hohe Prävalenz (knapp 20 %) multiresistenter Erreger bei Patienten ambulanter Pflegedienste. Die Autoren schlussfolgern, dass *„gute Hygienemaßnahmen einschließlich Händehygiene und sachgerechtem Umgang bei der Wundversorgung und bei Punktionen und Injektionen, beim Umgang mit Kathetern, Stomata und ggf. invasiver Beatmung [notwendig sind]. Die entsprechenden KRINKO [Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe] -Empfehlungen sind auch in der ambulanten Pflege umzusetzen.“* Wenngleich die Ergebnisse nicht direkt auf die häusliche Pflege übertragbar sind, so kann jedoch eine signifikante Prävalenz auch hier vermutet werden.

Die Bedeutung von grundlegender Hygiene wird regelhaft betont und es gibt hinreichend Vorschläge und Handlungsempfehlungen für Infektionsprävention und -kontrolle.³ Ein Übersichtsartikel (Shang et al., 2026) betrachtet Wissen, Einstellungen und Praktiken (KAP: Knowledge, Attitudes, Practices) zur Infektionsprävention und -kontrolle bei Patienten und informellen Pflegekräften in der häuslichen Pflege. KAP sind bei Patienten und informellen Pflegekräften in der häuslichen Pflege uneinheitlich, insbesondere in komplexen oder ressourcenbeschränkten Umgebungen. Wissenslücken sind häufig in krankheits- und gerätespezifischen Bereichen wie der Hygiene von Verneblern, der Katheterpflege und der Wundversorgung anzutreffen. Die Einstellungen werden durch das wahrgenommene Infektionsrisiko, Stigmatisierung und soziale Verantwortung beeinflusst. Während eine Handhygiene häufig praktiziert wird, war die Einhaltung komplexerer Infektionsschutz-Verhaltensweisen wie Gerätedesinfektion und Quarantäne begrenzt. Informelle Pflegekräfte übernahmen oft Infektionsschutz-Aufgaben ohne angemessene Schulung oder Unterstützung.

Eine weitere Übersichtsstudie (Shang et al., 2025) betrachtet Prävalenzen und Risikofaktoren für Infektion in der häuslichen Pflege. Bei insgesamt gemischter Qualität der betrachteten Studien (insbesondere auch hinsichtlich der Studiengröße) zeigte sich ein uneinheitliches Bild. Relevante und kohärente Risikofaktoren konnten nicht identifiziert werden. Die Autoren empfehlen die Einrichtung eines Überwachungssystems für Infektionen in der häuslichen Pflege, Identifizierung von Patienten mit hohem Infektionsrisiko, Anpassung der Aufklärung an die Lebensbedingungen der Patienten und der Pflegenden, sowie verbesserte Kommunikation zwischen verschiedenen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen.

³ Beispielhaft sei hier der Infection prevention and control IPC Good Practice Guide des englischen NHS Care genannt. Verfügbar unter: <https://qicn.org.uk/wp-content/uploads/2021/11/Good-Practice-Guide-Nov-2021-web.pdf>.

Eine umfangreiche Review-Studie von Liljas und Kollegen (2025) strukturierte die Ergebnisse in fünf Felder: (1) Risikofaktoren im Zusammenhang mit bestimmten Infektionen, Gesundheitszuständen und Patientenmerkmalen; (2) Infektion als Folge mehrerer Gesundheitsprobleme und Wechselwirkungen mit der Umwelt; (3) das mangelnde Verständnis der Patienten und ihrer Betreuer für das Infektionsrisiko und die unzureichende Einhaltung von Maßnahmen zur Infektionsprävention und -kontrolle bergen ein Infektionsrisiko; (4) Exposition gegenüber Umweltrisiken im Haushalt und (5) häufige persönliche Interaktionen und unsachgemäße Betreuung durch Familienmitglieder.

Der „Krankenhaus-Report 2025“ (Klauber et al. 2025) befasst sich mit der Versorgung Hochbetagter und widmet ein eigenes Kapitel der Schnittstelle Krankenhausbehandlung und Langzeitpflege sowie der potenziell vermeidbaren Krankenhausfälle. Schätzungsweise 1,4 Mio. Krankenhauseinweisungen von Pflegebedürftigen pro Jahr wären demnach vermeidbar gewesen, was etwa 36 % aller Krankenhausfälle von pflegebedürftigen Personen entspricht. Das Thema ist für Pflegeheimbewohner vielfach erkannt und zahlreiche aus Mitteln des Innovationsfonds geförderte Projekte (<https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/>) widmen sich Krankenhausaufenthalten von Gepflegten und ihrem Vermeidungspotenzial. Hinsichtlich der Pflege zu Hause fehlen jedoch entsprechende Untersuchungen und innovative Ansätze weitgehend (näherungsweise befassen sich Fischer und Schuster 2024 sowie Lauven et al. 2024 mit der Thematik).

Eine im Rahmen dieser Studie durchgeführte Online-Befragung auf pflege.de mit 931 pflegenden Angehörigen im Februar 2026 ergab, dass nur etwa 60 % sich „gut“ oder „sehr gut“ über Pflegehilfsmittel zum Verbrauch informiert fühlen. Zwar waschen sich die meisten Responder regelmäßig die Hände und desinfizieren sich diese auch, jedoch wird ein Mund-Nase-Schutz bei Erkältungen nur in knapp 2/3 der Fälle genutzt. Die Verfügbarkeit von Pflegehilfsmitteln wird als meistens „eher gut“ oder „sehr gut“ eingestuft, jedoch in 15-20 % der Antworten als lediglich „teils-teils“ bis „sehr schlecht“ (siehe Kap. 6.3).

Geht man davon aus, dass unzureichende Hygiene medizinische und pflegerische Konsequenzen hat, die mit entsprechenden Kosten verbunden sind, so bieten sich ökonomische Analysen als ein Werkzeug an, um diese Konsequenzen zu erfassen und zu messen. Hierzu finden sich ebenfalls nur wenige Untersuchungen.

Die 2009 von der WHO herausgegebenen „WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care“ befassen sich lediglich auf 6 von 270 Seiten mit den ökonomischen Aspekten und dann vor allem mit dem theoretischen Rahmen und verfügbaren Instrumenten einer ökonomischen Analyse.

2024 erschienen 2 Studien zum Thema der ökonomischen Analyse von Hygiene-Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen (Haenen et al, 2024 und Tchouaket et al. 2024). Beide zeigen, dass Hygiene-Maßnahmen in diesem Setting klinisch wirksam und überwiegend auch kosteneffektiv sind.

1.1.3. Ursachen der Daten- und Forschungslücken

Diese unbefriedigende Wissenssituation kann verschiedene Ursachen haben:

- 1) Pflege zu Hause hat kaum eine Lobby. In vielen Fällen ist diese Pflege zeitlich begrenzt (entweder bis zum Übergang ins Pflegeheim oder bis zum Versterben); die pflegenden Angehörigen sind nicht vernetzt (wenn überhaupt, dann nur auf der Ebene regionaler oder manchmal auch digitaler Pflegegremien).

- 2) Ein typischerweise hohes Maß an Belastung erlaubt vielfach nicht, sich jenseits der täglichen Arbeit mit der Situation grundsätzlich auseinanderzusetzen. Wanka und Kollegen (2024) sprechen am Beispiel von pflegenden Studenten hier von einem "versteckten Leben".
- 3) Es fehlt ein Erkenntnisinteresse bei den professionell Beteiligten. Die Pflegekassen berichten regelmäßig nicht über diese Pflegesituation im Detail. So bietet der „Barmer Pflegereport 2025“ umfangreiche statistische Daten zum aktuellen Stand der Pflegebedürftigkeit und Pflegeübergängen, der Versorgung und der Finanzierung, sowie Zahlen zu Pflegeverläufen bei Akutereignissen und Erkrankungen mit progredientem Verlauf an. Es gibt jedoch keine eindeutige und regelmäßig erfasste Statistik zur Gruppe der pflegenden Angehörigen. Die Anbieter von beispielsweise Pflegehilfsmitteln setzen den Fokus auf die Vergütung und Abrechnung durch die Kasse. Auf regionaler Ebene werden zwar detaillierte Statistiken zur Anzahl, Alter, Pflegeintensität sowie Leistungsnutzung der Betreuten bereitgestellt, eine weiterführende Analyse der Versorgungssituation und der Komplikationen (z. B. durch Krankenhauseinweisungen) fehlen jedoch.
- 4) Das Diktum des damaligen Sozialministers Norbert Blüm "Pflege kann jeder" (im Sinne von: Pflegebedarf vor allem einer sozialen Kompetenz und Einfühlungsvermögen) wird vielfach missverstanden im Sinne von „Pflege ist nicht schwierig“. Im November 2025 wurde bei einer Diskussion der Ergebnisse einer INSA-Umfrage im Auftrag des Arbeitgeberverbandes Pflege e. V. die Angehörigen-Pflege als „Irrweg“ benannt und der Vorsitzende sprach in diesem Zusammenhang despektierlich von „Hausfrauen-Pflege“.

1.2. Die Vielfalt häuslicher Pflegesituationen

Bei der Betrachtung der informell pflegenden Angehörigen hat Wuttke 2025 drei Felder identifiziert:

- 1) Pflegendе: Beziehung zum Gepflegten, Geschlecht, Bildung, psychische Disposition / Vorerkrankung
- 2) Gepflegter / Pflegesituation: Kognitive Einschränkungen, herausfordernde Verhaltensweisen, räumliche Nähe mit den Pflegenden
- 3) Soziales Umfeld: Isolation / Einbindung, soziale Unterstützung, finanzielle Situation

Hinzu kommt die Qualität der interpersonellen Beziehung zwischen Pflegeperson (bzw. Partner) und zu Pflegendem (bzw. dessen Partner). Auch Widerstände gegen die Pflegesituation seitens des Pflegebedürftigen können die Pflegesituation extrem belasten.

Die Qualität der häuslichen Hygiene ist kein Zufallsprodukt, sondern korreliert stark mit dem sozioökonomischen Status (SES). Menschen mit niedrigem SES haben ihr Leben lang schlechtere Gesundheitschancen und höhere Risiken für Infektionskrankheiten. (Hoebel und Müters 2024)

Wohnraumgröße: In beengten Wohnverhältnissen (insbesondere in Ballungsräumen) ist eine räumliche Trennung zwischen Pflegebereich und Alltagsbereich oft nicht möglich. Dies begünstigt die Keimverschleppung innerhalb der Familie.

Finanzieller Status: Da die Pflegeversicherung oft nur einen Teil der Kosten deckt (Eigenanteile von 290 Euro bis über 600 Euro im Extremfall), sparen Familien mit geringem Einkommen häufig an „unauffälligen“ Posten wie Desinfektionsmitteln oder hochwertigen Einmalhandschuhen. (Schwinger und Zok 2024)

Kommunikationsprobleme und Migrationshintergrund: Sprachbarrieren erschweren den Zugang zu Beratungsangeboten nach § 7a SGB XI. Nur 6 % der Angehörigen nutzen regelmäßig Pflegekurse,⁴ wobei die Hürden für Menschen mit Kommunikationsproblemen (sozial, psychisch, körperlich) oder mit Migrationshintergrund (Kohls 2012) sicherlich noch höher liegen.

Die Pflegequalität ist untrennbar mit der "Gesamtlebenssituation" der pflegenden Person verbunden. Eine verwaehrte Haushaltsführung ist oft kein Zeichen von Faulheit, sondern ein Symptom für eine klinische Überlastung oder beginnende Depression der Pflegeperson.⁵

In der Pflegewissenschaft wird vereinzelt die Hypothese diskutiert, ob Patienten in weniger hygienischen Haushalten durch die ständige Konfrontation mit „Hauskeimen“ eine gewisse Immunität entwickeln. Die Evidenz aus den vorliegenden Berichten und klinischen Studien widerspricht diesem Mythos jedoch für die geriatrische Pflege. Während bei Kindern die Hygienehypothese zur Allergieprävention beitragen kann, ist das Immunsystem im Alter (Immunseneszenz) kaum mehr in der Lage, neue Resistenzen gegen pathogene Keime im häuslichen Umfeld aufzubauen. (Weinberger und Dovjak 2025) Vielmehr führen „Hauskeime“ bei vulnerablen Gruppen schneller zu lebensbedrohlichen Infektionen. (Stiftung ZQP 2019)

1.3. Forschungsfrage

Vor diesem Hintergrund der (1) potenziell hohen pflegerischen, medizinischen und ökonomischen Bedeutung von Hygiene, (2) des unzureichenden Wissensstands zum Thema und (3) der Vielfalt von Pflegesettings ergibt sich die Forschungsfrage:

Wie ist der Zusammenhang von Hygiene und Gesundheit im häuslichen Pflegesetting und welche möglichen Folgen und Kostenimplikationen ergeben sich daraus?

⁴ <https://www.pflege.de/studien/studie-2025-wie-geht-es-pflegenden-angehoerigen/>.

⁵ <https://gesund.bund.de/belastungen-pflegende-angehoerige>.

2. Methodisches Vorgehen

Die Studie wurde im Februar 2026 durchgeführt. Die inhaltliche Breite der oben genannten Forschungsfrage ist an dieser Stelle intendiert, um der Gesamtausgangslage Rechnung zu tragen und sich möglichst umfangreich dem Thema und den sich daraus ergebenden Handlungsmöglichkeiten zu nähern.

Angesichts von Zeit- und Ressourcenlimitation wurde sich für eine initial ergebnisoffene und hypothesenfreie Annäherung an das Feld mit Hilfe des "Mixed-Methods"-Ansatzes entschieden. Dieses multimodale Vorgehen umfasste im Einzelnen:

- 1) Online-Befragung (schriftlich) auf pflege.de mit 931 pflegenden Angehörigen
- 2) Interviews (mündlich) mit 7 Pflegebedürftigen und ihren Betreuern
- 3) Begleitung von 3 professionellen Pflegekräften in Haushalten
- 4) Beobachtung im Pflegesetting von 4 Haushalten (einschl. Validierung der initialen Ergebnisse)
- 5) Befragung (mündlich) eines Pflegestammtisch-Initiators, eines Mitarbeiters aus dem Bereich der Qualitätssicherung einer kassenärztlichen Vereinigung und dem Inhaber eines Pflegedienstes und langjährigem Versicherungsexperten
- 6) Interview (mündlich) mit einer Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes
- 7) Interview (mündlich) mit 2 Leitern von Pflegediensten
- 8) Interview (mündlich) mit einer Apothekerin
- 9) Selektiver Literaturreview, insbesondere möglicher ähnlicher Settings, deren Resultate hier (mit der gebotenen Vorsicht) hier genutzt werden können
- 10) Datensammlung und -auswertung für Deutschland

Es wurde dabei ein iteratives Vorgehen gewählt, d.h. die jeweils gefundenen Befunde und Daten mit Erfahrungen aus dem Feld und mittels Interviews abgeglichen.

Angesicht der inkonsistenten Studien- und Datenlage konnten die Befragungen nicht systematisch auf vorangegangenen Studienergebnissen aufgebaut werden. Es wurden offene Interviews geführt, die mittels qualitative Inhaltsanalyse und Clusterbildung der Schwerpunkt-Themen ausgewertet wurden.

Ziel war dabei naturgemäß eine initiale Exploration des Feldes und eine im Rahmen der zur Verfügung stehenden Daten mögliche Hypothesenbildung und Quantifizierung.

In diesem Setting ergeben sich zum einen methodische Limitation wie oben beschrieben. Zum zweiten ergeben sich Restriktion aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Studie bei Gewinnung der Gesprächspartner aus den unterschiedlichen Bereichen. Der Literaturreview (in Teilen KI-gestützt) erfolgte in diesem Kontext selektiv.

3. Ergebnisfelder

Zentrale Erkenntnis ist, dass der Themenkomplex "Hygiene und Gesundheit" deutlich über einen einfachen linearen Ursache-Wirkung-Zusammenhang hinausgeht, sondern vielmehr vielschichtig und letztlich komplex zu sehen ist.

3.1. Der Einfluss von Hygiene auf den Pflegeprozess zu Hause

Hier konnten zusammenfassend 5 Felder identifiziert werden:

- 1) Datenmangel
- 2) Heterogenität der Pflegesituation und der Zielgruppen
- 3) Versorgungsprozess und Fehlallokation
- 4) Medizinische Konsequenzen ("primäre Hygiene")
- 5) Psychologische Auswirkungen ("sekundäre Hygiene")

3.1.1. Datenmangel

Der Informations- und Wissensstand ist geprägt von einer schwachen Datenlage, die sich wesentlich auf den stationären Bereich fokussiert, im Bereich und häuslicher Pflege somit nur marginal entwickelt ist. Eine Übertragung der Ergebnisse aus dem klinischen Setting auf die häusliche Pflege ist dabei nur sehr eingeschränkt / begrenzt möglich.

3.1.2. Heterogenität der Pflegesituation und der Zielgruppen

Die Studie von Büscher und Kollegen (2023) verdeutlicht eindringlich die Heterogenität der Pflegesituation. Das Pflegesetting spiegelt in einem hohen Maße die Wohnsituation in Deutschland (Wohnungsgröße, Anzahl der Parteien im Haus) und es kann eine Normalverteilung hinsichtlich der mentalen Einstellung zu Hygiene angenommen werden mit einer Bandbreite von Personen mit ausgeprägter Hygieneorientierung („Hygienezwang“) bis hin zu ahedonischen („verwahrlosten“) Menschen.

Eine erste Annäherung ergibt folgende Differenzierungsparameter:

- Novize (wenige Monate) bis Profi (Jahrzehnte)
- verwahrlost bis aufgeräumt
- "einfache" Alterspflege bis Versorgung von Ko-Morbiditäten (Dekubitus, Stoma, Wunden, ...) und präfinale palliative Versorgung
- vermehrt komplexe Fälle (hohes Alter bei Pflegeeintritt, mangelnde familiäre Anbindung, kognitiver Abbau)
- eine recht breite Streuung der Kompetenz und Zuwendungsbereitschaft von professioneller Pflege kann vermutet werden (im Sinne einer „anecdotal evidence“)
- Pflegedienste mit unterschiedlicher Qualität
- wechselseitige Pflege bei zwei oder mehr Pflegebedürftigen in einem Haushalt
- teilfunktionale Habits in der Pflege, hier deutet sich an, dass eine Änderung dieser einmal erworbenen Verhaltensmuster nur schwer zu bewerkstelligen ist
- Wahrnehmung / Akzeptanz von Krankheit bei Pflegebedürftigem und Pflegendem kann inadäquat zur medizinischen und pflegerischen Indikation („Die Demenz kann besser werden.“) ausfallen

Die Anforderungen an das Hygieneverhalten variieren dementsprechend zwischen den verschiedenen Nutzergruppen, was in der Versorgungsplanung oft unberücksichtigt bleibt.

Bei chronisch Erkrankten, wie MS-Patienten, ist die Hygienequalität ein entscheidender Faktor für die Dauer der Stabilisierungsphase. Durch die oft notwendige Immunsuppression sind diese Patienten hochgradig gefährdet durch multiresistente Erreger (MRE). Hier zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen der „Health Literacy“ der Patienten und ihrer Angehörigen sowie der Infektionsfreiheit. Ein vertieftes Verständnis der Keimübertragung ist hier elementar.

Ein entscheidender Faktor für die Reduktion von Komplikationsraten ist die Gesundheitskompetenz der Angehörigen. Es geht beispielsweise nicht nur um das „Wissen“, dass Händewaschen wichtig ist, sondern um das kognitive Verständnis der Übertragungswege. Die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten unterliegt starken Bildungseffekten. (Englert et al. 2023) Angehörige mit höherem Bildungsabschluss erkennen Symptome einer Dehydrierung oder eines beginnenden Infekts beispielsweise früher und können so eine Hospitalisierung vermeiden.

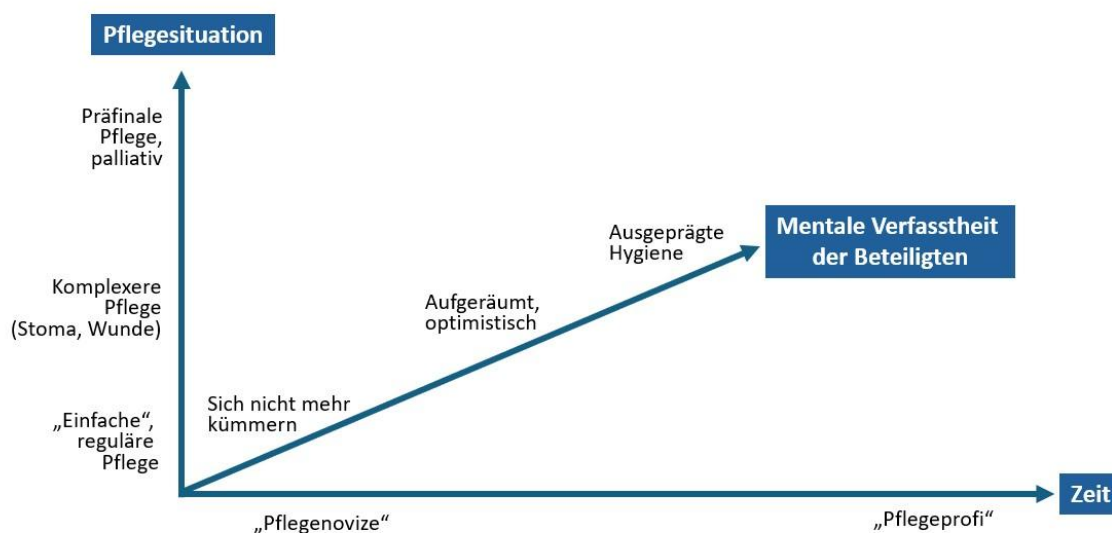
Die Nutzung von Unterstützungsleistungen scheint nicht in nennenswertem Maß mit dem Einkommen von pflegebedürftigen Personen zu korrespondieren, auch mit dem Bildungsstatus zeigt sich kein Zusammenhang. Dies entspricht bisherigen Befunden, denen zufolge sich die Entscheidung zum Zukauf von Unterstützungsleistungen in erster Linie am Verlauf des Pflegebedarfs orientiert.

Im Gegensatz dazu steht die Palliativpflege, bei der das Ziel nicht mehr die Heilung, sondern die Symptomkontrolle und Lebensqualität ist. Hier kann übertriebene Hygiene (z. B. strikte Isolation bei MRSA) kontraproduktiv wirken, da sie die soziale Isolation verstärkt. Dennoch bleibt die Basishygiene essenziell, um schmerzhafte Entzündungen oder Geruchsbildung zu vermeiden.

In der folgenden Abbildung sind die drei Kerndimensionen – Pflegesituation, mentale Verfasstheit der Beteiligten und Zeit – der oben genannten Differenzierungsparameter in einem Modell zum Pflegeraum zusammenfassend dargestellt.

Abbildung 1: Dimensionen des Pflegeraums

Dimensionen des Pflegeraums



3.1.3. Versorgungsprozess und Fehlallokation

Die Fehlallokation von Ressourcen in der häuslichen Pflege ist in den Interviews und den Feldkontakten ein immer wieder auftretendes Phänomen.

Zwar bieten beispielsweise der Pflegestützpunkt Niedersachsen und vergleichbare Einrichtungen in anderen Bundesländern eine sehr hilfreiche und kompetente Beratung, doch der Zugang zu Pflegeunterstützung ist häufig durch einen komplizierten und zeitaufwendigen Antragsprozess erschwert.

Gleichzeitig stehen Pflegebedürftigen und Angehörigen zahlreiche Bezugsquellen für Pflegehilfsmittel zur Verfügung, etwa Apotheken, Sanitätshäuser, Drogerien, Supermärkte, Versanddienste wie Pflegeboxen oder Onlineplattformen. Diese Vielfalt führt jedoch nicht immer zu einer bedarfsgerechten Versorgung. Oft stapeln sich Pflegeprodukte im Haushalt, während gleichzeitig wichtige Materialien wie Wundspray, Einmalpinzetten, Pflaster oder Inkontinenzprodukte nicht oder nur unzureichend finanziert werden. (Siehe hierzu auch Büscher et al. 2023, S. 106)

Hinzu kommt, dass Pflegende häufig nur eingeschränkte Wahlmöglichkeiten haben, was zu einem Gefühl des Kontrollverlusts führt. Die komplexe Zuständigkeitsverteilung – Pflegehilfsmittel über die Pflegekasse, Assistenzleistungen über das Sozialamt und medizinische Verordnungen über den Hausarzt – erschwert eine koordinierte Versorgung zusätzlich. Zudem fehlen vielfach altersgerechte digitale Produkte, die den Pflegealltag erleichtern könnten. Zwar existiert mit der aufsuchenden Beratung ein wirksames Instrument zur Optimierung der Pflege, das pro Fall bis zu einem halben Tag in Anspruch nehmen kann, doch wird dieses Angebot noch nicht flächendeckend genutzt und wäre auch aufgrund von Personalknappheit in den Pflegestützpunkten nicht umsetzbar.

Schließlich zeigt sich Fehlallokation auch in der Zweckentfremdung von Produkten, etwa wenn Desinfektionsmittel für andere Zwecke verwendet werden (Desinfektionsmittel für das Nagelstudio der Kinder, Handschuhe zum Reinigen der Fenster, Schürzen zum Schuheputzen, etc.). Insgesamt verdeutlichen diese Aspekte, dass Ressourcen in der häuslichen Pflege zwar vorhanden sind, jedoch häufig ineffizient verteilt und genutzt werden.

3.1.4. Medizinische Konsequenzen („primäre Hygiene“)

Die medizinischen Konsequenzen unzureichender Hygiene in der häuslichen Pflege sind vielfältig und betreffen sowohl die körperliche Gesundheit als auch die Lebensqualität der Pflegebedürftigen. Grundvoraussetzungen für ein stabiles Immunsystem wie ein geregelter Schlafrhythmus, ausgewogene Ernährung und regelmäßiges Lüften sind in vielen Pflegesettings nur eingeschränkt gegeben. Häufig prägen sogenannte „Sitzlandschaften vor dem Fernseher“ den Alltag, wodurch Bewegung, Tagesstruktur und hygienische Routinen vernachlässigt werden. Diese Lebensweise begünstigt nicht nur körperliche Inaktivität, sondern auch die Entstehung hygienischer Defizite.

Unzureichende Hygiene erhöht das Risiko für zahlreiche Infektionskrankheiten. Dazu zählen unter anderem Pneumonien, Durchfallerkrankungen, Harnwegsinfektionen, Hauterkrankungen wie Dekubitus, Infektionen der Mundhöhle sowie Wundinfektionen. Viele dieser Erkrankungen gelten als grundsätzlich vermeidbar, treten jedoch in der häuslichen Pflege weiterhin häufig auf. Die erhöhte Inzidenz führt nicht nur zu vermeidbarem Leid für die Betroffenen, sondern verursacht auch erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem durch Krankenhausaufenthalte, medikamentöse Therapien und zusätzliche Pflegeleistungen.

Hygiene spielt daher eine zentrale Rolle bei der Prävention von Komplikationen. Sie schützt vor Infektionen der Atemwege durch Tröpfchenübertragung, vor Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und

der Haut durch Schmier- und fäkal-orale Infektionen sowie vor Blutinfektionen im Zusammenhang mit invasiven Maßnahmen. Studien und Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zeigen, dass die Infektionshäufigkeit im häuslichen Pflegesetting häufig über derjenigen im regulären häuslichen Umfeld liegt. Dies verdeutlicht, wie wichtig strukturierte Hygienemaßnahmen, Schulungen und Unterstützung für Pflegende sind. Nur durch konsequente Hygiene lassen sich medizinische Komplikationen nachhaltig reduzieren und die Gesundheit pflegebedürftiger Menschen langfristig schützen.

Die Ergebnisse der hier durchgeführten Online-Befragung zeigen zum einen, dass die häufigste Antwort, warum Hygieneprodukte nicht genutzt werden mit 20 % „ich halte es nicht für notwendig“ ist und die mit Abstand wichtigste Informationsquelle zum Thema Hygiene / Infektionsschutz das Internet ist.

3.1.5. Psychologische Auswirkungen („sekundäre Hygiene“)

Die psychologischen Auswirkungen von Pflege betreffen sowohl die Gesundheit des Pflegebedürftigen als auch die der Pflegeperson und entfalten sich vor allem im sogenannten Mikrosetting, also im konkreten Alltag einzelner Pflegesituationen. Jeder Pflegeprozess bildet dabei einen eigenen psychologischen Erfahrungsraum, in dem sich Motivation, Belastung und Selbstwirksamkeit entwickeln. Hygiene ist in diesen Prozess unmittelbar eingebunden: Sie findet im Vollzug der Pflege statt und setzt häufig voraus, dass Flächen aufgeräumt und Materialien geordnet werden. Bereits diese Vorbereitung beeinflusst die Wahrnehmung von Ordnung, Sicherheit und Kontrolle positiv.

Von zentraler Bedeutung ist der sogenannte Aufforderungscharakter bereitstehender Pflegehilfsmittel. Aus verhaltenspsychologischer Sicht gilt: Sind Handschuhe sichtbar vorhanden, werden sie eher genutzt; steht Desinfektionsmittel griffbereit, wird es wahrscheinlicher angewendet. Auf diese Weise unterstützen materielle Strukturen gesundheitsförderndes Verhalten, ohne dass ständig aktiv daran erinnert werden muss. Hygiene wird so zur selbstverständlichen Handlung und zur Grundlage weiterer positiver Routinen.

Ein aufgeräumtes und sauberes Zimmer wirkt zudem motivierend auf den Pflegebedürftigen. Es fördert die Bereitschaft, sich zu bewegen, aufzustehen und nicht ausschließlich im Bett zu verbleiben. Damit steht Hygiene in engem Zusammenhang mit Mobilisierung und Selbstständigkeit. Sauberkeit, gepflegte Kleidung oder ein regelmäßiger Friseurbesuch stärken das Selbstwertgefühl und tragen zur emotionalen Stabilität bei.

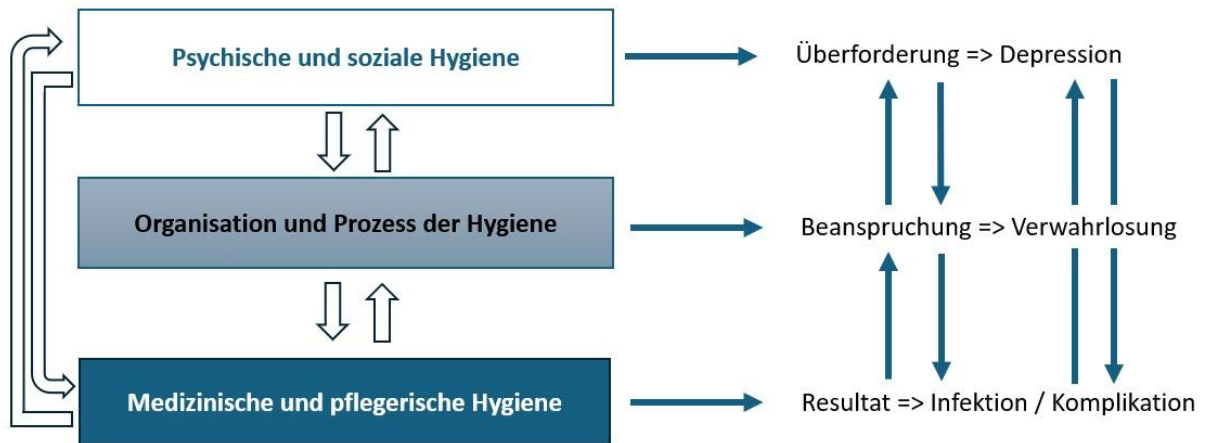
Auch für Pflegende hat die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln eine wichtige psychologische Bedeutung. Die regelmäßige, kostenfreie Bereitstellung wird häufig als Ausdruck gesellschaftlicher Wertschätzung erlebt und kann das Gefühl von Anerkennung stärken. Darüber hinaus bietet etwa der regelmäßige Besuch in der Apotheke Möglichkeiten für sozialen Austausch und informelle Unterstützung. Selbst eine gelegentliche, nicht vorgesehene Nutzung von Produkten kann als kleiner „Bonus“ wahrgenommen werden, der den belastenden Pflegealltag emotional entlastet. Insgesamt zeigt sich, dass Hygiene, Motivation und Mobilität eng miteinander verbunden sind und eine zentrale Rolle für das psychische Wohlbefinden aller Beteiligten spielen.

3.1.6. Modellhafte Ergebnisverdichtung

Hygiene wird hier umfassend verstanden als Kompositum von medizinischer, pflegerischer, mental/psychischer und sozialer Verfasstheit in der häuslichen Pflege, die sich auf Infektionen und eventuelle Komplikationen bei Gepflegten und Pflegenden auswirkt.

Diese Ergebnisse lassen sich vorläufig zusammenfassend in folgendem Modell visualisieren:

Hygiene als komplexes und kontextrelevantes Phänomen im physischen und sozialen Raum der häuslichen Pflege

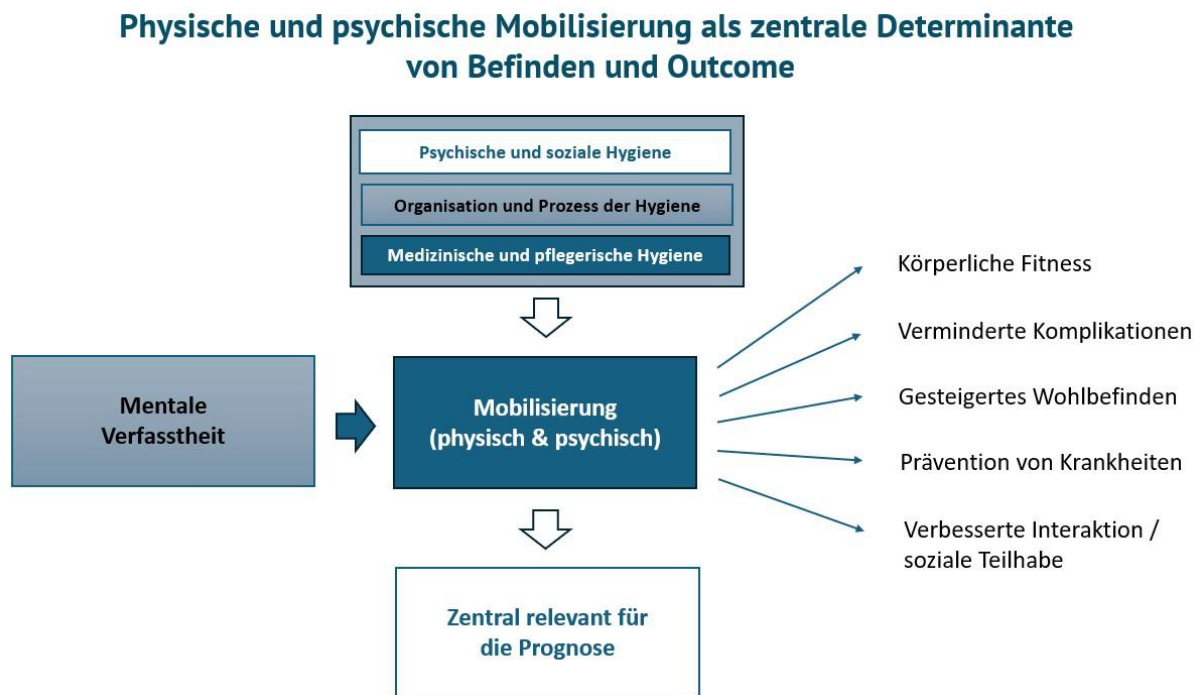


Der komplexe Zusammenhang dieser Faktoren eröffnet über das „klassische“ Hygieneverständnis hinausgehende wirksame (sowohl medizinisch wie auch ökonomisch) Interventions- und Präventionsmaßnahmen. Hierbei sind diese Interventionen getragen von einer multifaktoriellen Wechselwirkung und eben nicht von monokausal linearen Wirkungszusammenhängen.

Damit ergeben sich insbesondere für die ganzheitliche Aufwands- und Kostenabschätzung methodische Ableitungen und Herausforderungen, da nämlich nicht nur unmittelbare Effekte, sondern insbesondere auch mittelbare Effekte nachhaltig auf das hier umfassend verstandene Themenfeld Hygiene einzahlen.

Beispielhaft sei der bedeutsame Einfluss des o.g. entwickelten Modells auf die physische und mentale Mobilisierung genannt. Eine verbesserte Mobilisierung führt neben den bekannten medizinischen und pflegerischen positiven Auswirkungen auch zu gesteigertem subjektiven Wohlbefinden und vermehrter sozialer Teilhabe. Dies wiederum zahlt rückwirkend auf die positive Achtsamkeit und entsprechende Verhaltensweisen der Pflegepersonen und der Pflegebedürftigen auch im Bereich der Hygiene ein.

Abbildung 3: Physische und psychische Mobilisierung als zentrale Determinante von Befinden und Outcome



3.2. Die Auswirkungen von Hygiene auf die Kosten der Versorgung

3.2.1. Direkte medizinische Kosten

Die ökonomische Belastung des Gesundheitssystems durch vermeidbare Krankenhausaufenthalte (Ambulatory Care Sensitive Conditions, ACSC) ist ein zentraler Indikator für die Qualität der ambulanten Pflege. Im Kontext der Hygiene sind es vor allem Infektionskrankheiten wie Pneumonien, Sepsis, Harnwegsinfekte und infektiöse Diarrhöen, die als direkte Folge mangelhafter Prophylaxe gewertet werden können. (Stiftung ZQP 2019)

Daten des Krankenhaus-Reports 2025 zeigen, dass Pflegebedürftige zu häufig ins Krankenhaus eingewiesen werden (s.o.). Es erfolgen schätzungsweise 1,4 Mio. vermeidbare Krankenhauseinweisungen von Pflegebedürftigen pro Jahr. (Klauber et al. 2025)

Die Ergebnisse der hier durchgeführten pflege.de-Umfrage zeigen, dass 5 % der aktuell Gepflegten schon einmal wegen einer Infektion ins Krankenhaus mussten.

Besonders kritisch ist die Situation bei der Sepsis. Jährlich erkranken in Deutschland mehr als 500.000 Menschen an einer Sepsis, wovon schätzungsweise 140.000 versterben.⁶ Es kann davon ausgegangen werden, dass ein signifikanter Anteil dieser Fälle auf die Gruppe der häuslich Gepflegten entfällt, bei denen eine initiale Infektion, etwa eine Lungenentzündung, ein Harnwegsinfekt oder ein infizierter Dekubitus, aufgrund unzureichender Wundhygiene bei Wissens- und Erfahrungsmängeln in ein systemisches Organversagen übergeht.

Die folgende Tabelle illustriert die Verteilung und die geschätzten Kostenbelastungen (2025) in der häuslichen Pflege.

⁶ sepsis-stiftung.de; Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Oxford. MICROBE. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2024. Available from <https://vizhub.healthdata.org/microbe/>. (Accessed Feb 26, 2026).

Tabelle 1: Verteilung und geschätzte Kostenbelastungen in der häuslichen Pflege nach Diagnose

Diagnose	Geschätzte Fälle p.a.	Kosten pro Fall (DRG-Schnitt)	Gesamtkosten p.a. (Mrd. €)	Primärer Hygiene-Hebel
Pneumonie	~ 280.000	4.800 € - 6.200 €	~ 1,5	Mundhygiene, Aspirationsvermeidung
Harnwegsinfekt	~ 50.000	3.200 € - 4.100 €	~ 0,2	Katheter- & Intimpflege
Sepsis	~ 100.000	25.000 € - 45.000 €	~ 3,2	Antiseptik, Wundhygiene
Diarrhö (infektiös)	~ 130.000	2.500 € - 3.400 €	~ 0,4	Hände- & Lebensmittelhygiene
Dekubitus (Kategorien 3 und 4)	~ 70.000	4.000 € - 7.000 €	~ 0,4	Hautpflege, Mobilisierung
Transportkosten	~ 630.000	250 € - 500 €	~ 0,4	---
GESAMT			~ 6,1	

Zugrundeliegende Annahmen:

Pneumonie: Schätzungsweise erkranken 400.000 - 600.000 Menschen pro Jahr in Deutschland an einer ambulant erworbenen Pneumonie, besonders häufig betroffen sind Menschen über 85 Jahre. Von den ca. 3 Mio. Menschen ab 85 Jahren (2024) erkranken jährlich etwa 5 %, mithin ergeben sich 150.000 Fälle. Von den etwa 14,8 Mio. Menschen zwischen 65 und 84 Jahren (2024) erkranken jährlich etwa 2 % an Lungenentzündung, somit ergeben sich 96.000 Fälle pro Jahr. Insgesamt ergibt die Addition knapp 450.000 Fälle. Überproportional viele Fällen werden im Rahmen der häuslichen Pflege auftreten, da hier aufgrund der eingeschränkten Mobilität verbunden mit Außenkontakten (laut der hier durchgeführten Befragung leben über 70 % mit anderen Personen zusammen und 75 % haben regelmäßige Außen-Kontakte) das Pneumonie-Risiko erheblich zunimmt.

Harnwegsinfekte: Diese sind nach Atemwegserkrankungen die zweithäufigste Form der Infektion. Die Anzahl stationärer Fälle betrug 2021 145.000 Fälle mit einem deutlichen Anstieg ab dem 60sten Lebensjahr. (<https://www.bindoc.de/glossar/harnwegsinfektion-icd-n39.0>). In einer regionalen Auswertung lag die jährliche Prävalenz von HWI bei Frauen in Deutschland bei etwa 9,2 % und bei Männern bei 2,5 % der Bevölkerung. (Schmiemann et al. 2022) Systematische Übersichten zeigen für Pflegeheime in Deutschland eine mediane Harnkatheterprävalenz von etwa 10 % für alle Bewohner in diesen Einrichtungen. (Czwickla et al. 2023) Genaue Zahlen für liegende Harnkatheter Deutschland fehlen für die häusliche Pflege, aber basierend auf internationalen Vergleichsdaten und Studien aus dem Pflegeheim-Bereich ist die Prävalenz von Harnkathetern bei Personen, die in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden, deutlich geringer als in stationären Einrichtungen und in der Regel im niedrigen einstelligen Bereich. Nimmt man 2 % an, so wären dies 98.000 Menschen mit Harnkatheter im häuslichen Pflege-setting. Bei einer Infektionsrate / Jahr von 10 % ergäbe diese 9.800 Infektionen. In der der Bevölkerung fehlen oft die grundlegenden Kenntnisse über die Infektionsketten. (<https://urologische-stiftung-gesundheit.de/unwissen-harnwegsinfektionen/>) Hier ist die Rate an Harnwegsinfekten bei Patienten mit Dauerkathetern somit höher anzusetzen.

Sepsis: 20 % aller Fälle durch Pflegebedürftige werden zu Hause verursacht. Die Behandlungskosten liegen insgesamt pro Jahr bei 32,7 Mrd. EUR (<https://www.mtdialog.de/news/artikel/weltweiter-sepsis-bericht-immenser-handlungsbedarf-in-deutschland>), bei 500.000 Fällen wären das EUR 64.000 / Fall, was Langzeitbehandlungen miteinschließt. Konservativ wird von 50 % der Kosten (EUR 32.000/Fall) ausgegangen.

Diarrhö: Schwere infektiöser Durchfall, der eine stationäre Behandlung notwendig macht, dürfte in Deutschland konservativ im niedrigen bis mittleren sechsstelligen Bereich pro Jahr liegen, je nach Erregerlage (z. B. saisonale Norovirus-Wellen) – mit Norovirus-Fällen allein häufig im Bereich von 50 000–90 000 Krankenhausfällen pro Jahr. (Kowalzik et al. 2018) Im häuslichen Pflege-setting kann von erhöhtem Risiko aufgrund von Alter, Immunschwäche und Allgemeinzustand ausgegangen werden, so dass hier 1/3 der insgesamt mit 400.000 Fällen angesetztem Gesamtbelastung angenommen wird.

Dekubitus: Hier wird angenommen, dass jährlich 3 % einen relevanten Dekubitus entwickeln, wovon die Hälfte hospitalisierungspflichtig ist. Die ergibt bei 1,5 % von 4,9 Mio. Pflegebedürftigen etwa 74.000 Fälle pro Jahr. Die Kosten können stark schwanken (zwischen EUR 4.000 und 7.000) und werden hier durchschnittlich mit EUR 5.000 angesetzt.

Transportkosten: Die Gesamtzahl der oben dargestellten Komplikationen liegt also bei ca. 630.000 Fällen. Im Fall der Hospitalisierung entstehen Transportkosten zum und vom Krankenhaus, die hier mit EUR 600,- pro Fall (jeweils EUR 300,- hin und zurück) ebenfalls konservativ kalkuliert werden als Mischung von Krankentransporten (Kosten von jeweils EUR 250,-) und in 20 % der Fälle Rettungswagen (mit Kosten von jeweils EUR 500,-).

Die Gesamtkostenbelastung durch diese fünf Diagnosegruppen in der häuslichen Pflege beträgt damit indikative und sehr konservativ geschätzt 6,1 Milliarden EUR an direkten Kosten. Die Sepsis-Behandlung allein verbraucht aufgrund der hohen Intensivpflichtigkeit überproportional hohe Ressourcen. Hierbei sind weitere Kosten, wie die Anschlussheilbehandlung oder die dauerhafte Höherstufung des Pflegegrades nach einem stationären Aufenthalt noch nicht eingepreist.

Höherer Pflegebedarf nach einer Infektion: Es kann angenommen werden, dass mangelnde Prophylaxe die Übergangswahrscheinlichkeit in höhere Pflegegrade deutlich beschleunigt. Eine Pneumonie führt bei einem Patienten mit Pflegegrad 2 oft zu einem irreversiblen Abbau der kognitiven und physischen Ressourcen, was eine zeitnahe Einstufung in Pflegegrad 3 oder 4 nach sich zieht. Genaue Zahlen hierzu liegen allerdings nicht vor. In der ansonsten sehr detaillierten Analyse des Barmer Pflegereports 2025 zu Übergangswahrscheinlichkeiten von einem Pflegegrad in einen anderen wird das Thema „Infektion“ nicht behandelt. In der Umfrage auf [pflege.de](https://www.pflege.de) berichteten 21 % der Responder, dass sich die Pflegesituation aufgrund einer Infektion dauerhaft verschlechtert habe.

3.2.2. Indirekte Kosten / Produktivitätsverluste durch Krankheit

Ein wichtiger Faktor in der Kausalkette der Hygiene sind die Auswirkungen auf die Gesundheit und Produktivität der pflegenden Angehörigen. Wie viele pflegende Angehörige es in Deutschland genau gibt, ist unklar.⁷ Rund 7,1 Mio. Menschen leisten in Deutschland informelle Pflege. Die ökonomische Bewertung der informellen Pflegeleistung wurde für 2023 auf insgesamt 206 Milliarden Euro taxiert. Jede Stunde, an dem ein Angehöriger pflegt, kann volkswirtschaftlich mit dem Äquivalent eines Pflegefachkraftlohns (ca. 19,50 Euro/Std.) bewertet werden. (s. detailliert Hoff et al. 2025)

Neben der volkswirtschaftlichen Gesamtbetrachtung sind insbesondere auch die ökonomischen Konsequenzen für die einzelne Pflegeperson zu betrachten. In der VdK-Pflegestudie 2023 gab fast jeder Zweite an, die Arbeitszeit zugunsten der Angehörigenpflege reduziert zu haben, die Mehrzahl davon (knapp 50 %) um 1/4 der Arbeitszeit, ein Drittel um die Hälfte der Arbeitszeit und 20 % haben um mehr als 50 % reduziert bzw. den Beruf komplett aufgegeben mit jeweils entsprechenden Einkommensverlusten. (Büscher et al. 2023, S. 161-2)

In der hier vorliegenden Studie wird allein auf die Folgen von Hygienekomplikationen referenziert.⁸ Tritt eine *hygieneassoziierte* Komplikation beim Pflegebedürftigen auf, entstehen bei den Angehörigen Fehlzeiten durch zusätzlichen Koordinationsaufwand und Begleitung des Patienten zur Behandlung. Zudem besteht eine signifikante Belastung durch eigene physische und psychische Erkrankung. (Büscher et al. 2023, Kapitel 3.9)

Komplikationen wie schwere Infekte führen nicht nur zu akuter emotionaler Belastung, sondern auch zu physischen Erkrankungen der Pflegenden selbst. 33 % der Angehörigen berichten über häufige eigene Infekte und Magen-Darm-Probleme.⁹ Hochgerechnet auf die Fehlzeiten durch Begleitung bei

⁷ <https://www.zqp.de/schwerpunkt/pflegende-angehoerige/>

⁸ Somit ergeben sich hier auch deutlich niedrigere Werte als in den allgemeinen Studien zu Arbeitsausfall bei Pflegenden (s. beispielhaft Büscher et al. 2023, Schwinger und Zok 2024).

⁹ [pflege.de-Studie 2025: Wie geht es pflegenden Angehörigen in Deutschland? Verfügbar unter: https://www.pflege.de/studien/studie-2025-wie-geht-es-pflegenden-angehoerigen/.](https://www.pflege.de/studien/studie-2025-wie-geht-es-pflegenden-angehoerigen/)

Hospitalisierungen und eigene stressbedingte Erkrankungen ergeben sich signifikante Produktivitätsverluste.

Eine Befragung von 1.008 Hauptpflegepersonen zu ihren zeitlichen, psychischen und finanziellen Belastungen zeigte mit durchschnittlich 49 Stunden pro Woche eine intensive Einbindung der Hauptpflegeperson in die Pflege und Betreuung und entsprechende psychische Belastung. Knapp 45 % geben zusätzliche private Kosten für die Pflege in Höhe von im Schnitt EUR 290,- monatlich an. Gleichzeitig ist die Angehörigenpflege offenbar einer der Hauptgründe für eine Teilzeittätigkeit oder Nichterwerbstätigkeit. Über 60 % sind erwerbstätig (Voll- oder Teilzeit). (Schwinger und Zok 2024)

Unter der Annahme, dass knapp 50 % der pflegenden Angehörigen berufstätig (Voll- oder Teilzeit) sind (Brandt et al. 2025, Tabelle 4) und der Vermutung, dass der Krankenstand bei Pflegenden hygienebedingt 3-5 Fehltage pro Jahr beträgt,¹⁰ ergeben sich 3 Millionen berufstätige pflegende Angehörige * 4 Kranktage = 12 Millionen Fehltage (entsprechend 54.500 Fehljahre bei 220 Arbeitstagen pro Jahr).

Dies ergibt bei durchschnittlichen Vollkosten pro Arbeitsplatz von EUR 50.000 sehr konservativ geschätzt etwa 2,7 Milliarden EUR indirekte Kosten durch Arbeitsausfall.¹¹

Würde man den Hygienestatus systematisch beeinflussen, so ergäbe sich bei einer moderaten Verbesserung um 10-15 % ein ökonomisches Potenzial von ca. 1,5 Mrd. EUR, was etwa EUR 300 pro gepflegter Person pro Jahr entspricht. Bei angenommener durchschnittlicher Pflegedauer von 4 Jahren ergibt sich ein rein ökonomisches Potenzial von EUR 1.200 pro gepflegter Person.

¹⁰ Die Anzahl der hygienebedingten Fehltage lässt sich nur vermuten. Nicht zuletzt ist bei einer solchen Betrachtung zu berücksichtigen, dass pflegende Angehörige bis zu 10 Tage sich von der Arbeit freistellen lassen können.

¹¹ Diese ersten Annäherungen basieren ausschließlich auf kalkulatorischen Näherungswerten von Kurzeiterkrankungen. Die belegte Prävalenz für Langzeiterkrankungen durch psychische Überlastung wie Burnout (oft als „caregiver syndrome“ bezeichnet) oder schwere Rückenerkrankungen sind hier noch nicht erfasst. Zur Darstellung der Dimension: bei einer Inzidenz von 1 % Burnout bei Pflegenden, die dann 3 Monate nicht arbeitsfähig sind, ergeben sich zusätzlich 7.500 Jahre Fehlzeit mit Kosten von EUR 375m. Die deutlich höhere Anzahl von Arbeitsunfähigkeit durch Burnout bei pflegenden Berufen deuten hier auf die erhebliche Problematik hin.

4. Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Analyse unterstreicht, dass Hygiene in der häuslichen Pflege weit mehr ist als die Abwesenheit von Schmutz. Sie ist ein hochkomplexes Steuerungsinstrument, das über die Kostenstabilität der GKV und die Lebensqualität von Millionen Menschen entscheidet.

4.1. Zentrale Ergebnisse und Hypothesen

Bezugnehmend auf die Forschungsfrage

Wie ist der Zusammenhang von Hygiene und Gesundheit im häuslichen Pflegesetting und welche möglichen Folgen und Kostenimplikationen ergeben sich daraus?

lassen sich folgende zentrale Erkenntnisse und Hypothesen formulieren:

- 1) Um der Komplexität des Themas „Hygiene in der häuslichen Pflege“ gerecht zu werden, erweist es sich als sinnvoll, Hygiene umfassend zu begreifen als ein ganzheitliches Phänomen bestehend aus medizinischen, pflegerischen, mentalen/psychischen und sozialen Aspekten, das sich auf Infektionen und eventuelle Komplikationen relevant auswirkt.
- 2) Ein Verständnis dieser sich wechselseitig beeinflussenden und nicht monokausal zusammenhängenden Aspekte ermöglicht entsprechende wirksame Interventionsoptionen, sowohl medizinisch wie auch ökonomisch.
- 3) Damit ergeben sich konkrete Ansatzpunkte für den „point of acting“, an dem das Hygiene geschehen tatsächlich stattfindet und der sich zu weiten Teilen kognitiv (im Sinne der „Health Literacy“) und psychologisch (im Sinne der Verhaltenssteuerung) erschließen lässt.
- 4) Die physische und mentale Mobilisierung der pflegebedürftigen Person trägt wesentlich zur Gestaltung der Pflegesituation und damit auch des Mikroverhaltens sowohl bei Pflegebedürftigen wie auch bei Pflegenden bei. Dies hat wesentlichen Einfluss auf den Outcome. Die häufig verwendeten Begriffe der „Resilienz“ (s. beispielhaft Büscher et al. 2023) und der „Salutogenese“ (Blättner 2007) sind hier als benachbarte und nicht trennscharf abzugrenzende Handlungsfelder zu sehen.
- 5) Pflegesituation (einschließlich Wohnsituation), Bildung und Einkommen sind als vermutlich nachrangig wirksame Parameter zu sehen. Eine Ausnahme ist hier Nachfrage nach Beratung und Unterstützung, die deutlicher von höherem Bildungsgrad positiv beeinflusst wird.
- 6) Die Kosten durch hygieneassoziierte Komplikationen (Sepsis, Pneumonie, etc.) belasten das Gesundheitssystem insgesamt mit schätzungsweise 7 Mrd. Euro jährlich, wobei die Sepsis das größte ökonomische Risiko darstellt.
- 7) Hinzu kommen die Produktivitätsverluste der 7,1 Mio. informell Pflegenden, von denen konservativ geschätzt 30 % im Arbeitsmarkt stehen. Neben dem Arbeitsausfall ergeben sich erhebliche Effekte durch indirekte Konsequenzen im Sinne von komplikationsbedingtem Notfall-Management und psychischer Belastung.
- 8) Auf die Auswirkungen der Personalsituation bei professionellen Pflegediensten und die damit möglicherweise verbundenen Hygieneauswirkungen soll im Rahmen der vorliegenden Studie nicht eingegangen werden.

4.2. Beeinflussung des Hygienestatus

Der „Hygienestatus“ (hier jetzt umfassend definiert als Kompositum von medizinischer, pflegerischer, mentaler/psychischer und sozialer Hygiene in der häuslichen Pflege, die sich auf Infektionen bei Pflegebedürftigen und Pflegenden auswirkt) ist eine Funktion folgender Kernvariablen:

$$\text{Hygienestatus} = f(\text{Gesundheitsstatus_Pflegeperson}, \text{Zeitkapazität}, \text{Health_Literacy}, \text{Finanzielle_Mittel})$$

Jede Intervention, die einen dieser 4 Faktoren verbessert, senkt danach direkt die Rate der vermeidbaren Hospitalisierungen.

Um die häusliche Pflege zukunftssicher zu gestalten, muss die Hygieneprophylaxe aus der Nische der „Hauswirtschaft“ in das Zentrum der medizinischen Vorsorge gerückt werden. Dies erfordert eine massive Ausweitung der Schulungsangebote, eine Entbürokratisierung des Zugangs zu Hilfsmitteln und eine stärkere finanzielle Absicherung der Pflegehaushalte, um den sozioökonomischen Bias in der Versorgung zu durchbrechen. Gleichzeitig ist auch auf die bestehenden Informationsstrategien der Pflegenden einzugehen: knapp zwei Drittel der an der pflege.de-Umfrage Teilnehmenden gaben an, das Internet als Informationsquelle zum Thema Hygiene / Infektionsschutz zu nutzen – mit Abstand die am häufigsten genutzte Quelle.

Die in der Umfrage ermittelte Selbstwahrnehmung der Pflegenden, bezogen auf ihren Wissensstand und ihre Kompetenz in der häuslichen Pflege (Wissen zu Hygiene und Infektionsschutz: eher gut, Sicherheit im Umgang mit Pflegehilfsmitteln: eher sicher), scheint zumindest in Teilen der Wahrnehmung, durch die im Rahmen der Studie interviewten, professionell Pflegenden zu widersprechen. Die professionell Pflegenden sehen einen signifikanten Bedarf an Schulung, Information und auch konkreter Korrektur einmal angeeigneter Vorgehensweisen.

Eine Vermutung kann hier sein, dass die Pflegesituation und die damit implizierten medizinischen und pflegerischen Handlungsanforderungen von den Beteiligten der häuslichen Pflegesituation (Pflegebedürftige und Pflegenden) möglicherweise nicht als pflegerische Aufgabe sui generis mit fachlich notwendigen Handlungsimplicationen, sondern lediglich als Fortführung der partnerschaftlichen Versorgung im Rahmen des Beziehungsauftrages gesehen werden. In anderen Worten: „Mein Partner ist nicht krank oder pflegebedürftig, sondern braucht nur ein wenig mehr Hilfe.“

Die Wirksamkeit von Schulungsmaßnahmen für Angehörige ist wissenschaftlich belegt. In Diensten, in denen das Personal regelmäßig geschult wurde, stieg die Kenntnis über Sanierungsprotokolle signifikant an. (Stiftung ZQP 2019) Für Angehörige gilt: Eine individuelle Anleitung im häuslichen Umfeld (Häusliche Schulung gemäß § 45 SGB XI) ist weitaus effektiver als generelle theoretische Kurse. Die Umsetzung mittels Online-Angeboten zeigt vielversprechende erste Resultate. (LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen 2023) Interessanterweise zeigt die COVID-19-Pandemie, dass die Sensibilität für diese Mittel gestiegen ist, die korrekte Anwendung jedoch weiterhin geschult werden muss (Eggert et al. 2020).

Die konkrete Ausgestaltung im Sinne eines Methoden- und Medienmixes von Beratungs- und Schulungsangeboten stellt ein eigenes Handlungsfeld dar, das im Rahmen dieser Studie nicht adressiert werden kann.

4.3. Abschließende Bemerkungen

Die vorliegenden Ergebnisse dieser Studie sollen als Beitrag für die politische und fachliche Diskussion zum Thema der häuslichen Pflege dienen. Sie zeigen nachvollziehbare Zusammenhänge und

Wirksamkeiten von Hygienemaßnahmen und -prävention neben den offensichtlichen, medizinischen und pflegerischen Aspekten auch in psychosozialer sowie ökonomischer Hinsicht.

Selbst vor dem Hintergrund einer aktuell als inkonsistenten und stark fragmentierten zu bewertenden Datenlage¹² kann sehr wohl nachvollziehbar und der Sache nach belastbar festgestellt werden, dass das Handlungsfeld „Hygiene“ in seiner tatsächlichen Bedeutung und Vielschichtigkeit bislang weitgehend dysproportional bezogen auf das in ihm liegenden Potenzial gewürdigt wird.

Hieraus ergeben sowohl inhaltliche wie auch methodische Ansätze für weitergehende Untersuchungen und Forschung. Zum einen sei hier eine umfangreichere und systematische Datenerhebung (insbesondere auch für Versorgungskausalitäten und ökonomische Konsequenzen) genannt, zum andere fehlen weiterhin belastbare Untersuchungen zur Perzeption und Verhaltenssteuerung in der Pflegesituation.

Ein Schwerpunkt weiterer Forschung kann hier unbedingt in der initial qualitativen Arbeit und Hypothesengenerierung am „point of care“ liegen, der dann selektiv durch entsprechende Studien und Pilotvorhaben mit integrativem Ansatz aller Stakeholder des Prozesses erweitert wird.

¹² Hier sei angemerkt, dass die Auffächerung der Zuständigkeit in einer nahezu unüberschaubaren Anzahl von Stakeholdern stattfindet. Neben einer Vielzahl von Pflegekassen gibt es Sozialverbände, Anbieter aus dem Bereich von Profit und Non-Profit-Unternehmen, Industrie, Ärzteschaft, Krankenhaus- und Altenheimbetreiber, Krankentransporte, Rettungsdienste, Pflegestützpunkte etc.. Dies wird multipliziert durch eine föderale Struktur, die in fast allen Bereichen zu einer Spiegelung auf Länder- und vielfach Landkreis- bis hin zur Kommunalebene führt. Im Ergebnis sorgt diese Auffächerung dazu, dass eine abschließende und konsistente Zusammenschau der Daten nahezu unmöglich scheint.

5. Datenteil

5.1. Einschätzung der quantitativen Daten

Aufgrund der wenig ergiebigen Datenlage mussten vielfach informierte Abschätzungen vorgenommen werden. Die quantitativen Ergebnisse sind somit als indikativ anzusehen; hier bedarf es tiefergehender Studien und Kosten- und Nutzenerhebungen, um die Auswirkungen unterschiedlicher Unterstützungs- und Präventionsangebote rational einschätzen zu können.

Wie in Fußnote 11 bereits angemerkt, führt die Auffächerung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten dazu, dass zum einen teilweise inkonsistente Daten vorliegen und zum anderen, was noch bedeutsamer ist, es möglicherweise gute Daten gibt, die jedoch letztlich fast nicht auffindbar sind. Pflege ist eben weitgehend kein Markt: die allermeisten Stakeholder müssen nicht auf Marktsignale (im Sinne: was benötigen Pflegebedürftige und Pflegepersonen) reagieren, wobei die sozialpolitisch gewünschte Struktur der Pflege dann zu anders gelagerten Interessens- und Inzentivierungssituationen führen kann.

5.2. Zusammenfassung der qualitativen Daten aus Interviews und Feldkontakten

Der Versuch, die qualitativen Daten aus Interviews und Feldkontakten konsistent und strukturiert zusammenzufassen und in ein möglichst nachvollziehbares und lineares Ergebnizraster zu überführen, zeigt deutlich, dass dies so in der Komplexität der Gesamtsituation nicht möglich ist.

Vielmehr zeigen die Daten, so fragmentiert sie im Rahmen der begrenzten Möglichkeiten der vorliegenden Studie auch sein mögen, doch eine erhebliche Streuung und Heterogenität der Situation häuslicher Pflege. Offensichtlich kann nicht von *der* häuslichen Pflege ausgegangen und gesprochen werden.

Wie bereits oben ausgeführt, gibt es eine Vielzahl von Pflegesituationen, die sich individuell signifikant voneinander unterscheiden können und somit nicht einheitlich zu behandeln sind. Dennoch kann festgestellt werden, dass die Individualität der Pflegesituation einen grundsätzlich erheblichen Einfluss auf das Verhalten, der in der Pflege tätigen und an der Pflege beteiligten Personen, also Pflegenden und Pflegebedürftige bedeutet.

Hygieneprophylaxe ist damit als ein zentrales Element häuslicher Pflege zu verstehen, das zugleich maßgeblich von den jeweiligen Rahmenbedingungen der Gesamtsituation abhängt. Die Motivation, entsprechende Hygienemaßnahmen qualitativ hochwertig und stimmig durchzuführen, entspringt naturgemäß einer komplexen Gesamtlage aus situativen Aspekten, Anreizen und der persönlichen Bedürfnis- bzw. Motivationslage der Betroffenen.

Damit verweisen die Ergebnisse aus den Fallberichten auf die Notwendigkeit, das Thema der Hygieneversorgung stärker noch als bisher zu individualisieren und den persönlichen Bedarfslagen und Motivationsstrukturen der handelnden und betroffenen Personen anzupassen. Kollektive Maßnahmen scheinen hier weniger zielführend zu sein sowohl im Bereich der Ausgestaltung und Steuerung von Hilfsmittelangeboten als auch im Bereich der Schulung und Qualifikation hinsichtlich bestimmter hygienerelevanter Verhaltensweisen.

Die unterschiedlichen Lebenssituationen bedeuten eine große Herausforderung für das Gesamtsystem der häuslichen Pflege. Offensichtlich sind die darin grundgelegten Prozesse und Strukturen auf der Mikroverhaltensebene quasi in der Ebene der „Kapillaren des Systems“ noch nicht ausreichend hinterfragt und analysiert, sodass es offensichtlich eine nicht unerhebliche Zahl an Fällen gibt, bei denen das

System Angebote macht, die letztendlich von den Betroffenen und handelnden Personen nicht wahrgenommen werden, weil sie eben nicht dem Bedarfsprofil der persönlichen Situation entsprechen.

Einige selektive Aussagen sollen dies exemplarisch zeigen:

„Wenn ich die Handschuhe und die Auflagen nicht hätte ...“ (Pflegerde)

„Viele Gelder [für Pflegehilfsmittel], die da rumstehen“ (Pflegerdienst)

„Wir versuchen mit den Betroffenen herauszuarbeiten, was passt aus dem Dschungel der Leistungen“ (Pflegerstützpunkt)

„Die aktuelle depressive Episode ist als schleichender Prozess als Ergebnis einer langanhaltenden Überforderung zu verstehen. Herr K. sei sehr gewissenhaft [...] und helfe gerne, insbesondere seiner Frau, weshalb es durch die mehrfachen Erkrankungen seiner Frau insgesamt zu einer anhaltenden Mehrbelastung für den Patienten gekommen sei. [...] Insgesamt reagiert Herr K. auf die belastende Situation mit Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsproblemen, Migräne, Einschlafproblemen und Gewichtszunahme. [...] Auf Verhaltensebene reagiert der Patient mit sozialem Rückzug bei gleichzeitiger Vernachlässigung angenehmer Aktivitäten, was als aufrechterhaltender Faktor zu verstehen ist.“ (Ärztliches Gutachten)

5.3. Ergebnisse der strukturierten Befragung von Besuchern der Seite der Seite pflege.de

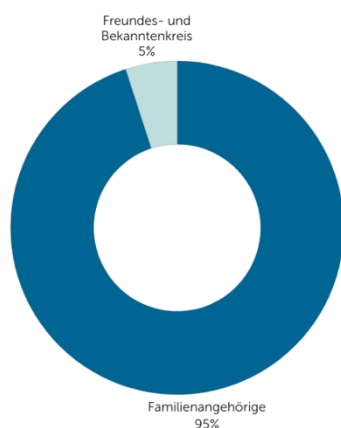
Im Zeitraum vom 19.02. bis 20.02.2026 wurde die schriftliche Umfrage auf der Website „pflege.de“ prominent eingestellt und jeder Besucher der Seite konnte den Fragebogen online ausfüllen.

Insgesamt 937 Fragebögen wurden vollständig ausgefüllt, nach Datenbereinigung blieben 931 komplette Fragebögen übrig. Bei der Auswertung ist ein Bias zu vermuten, da Besucher dieser Seite eher themenaffin sind bzw. konkrete Informationen über Pflege bzw. Pflegeprodukte suchen.

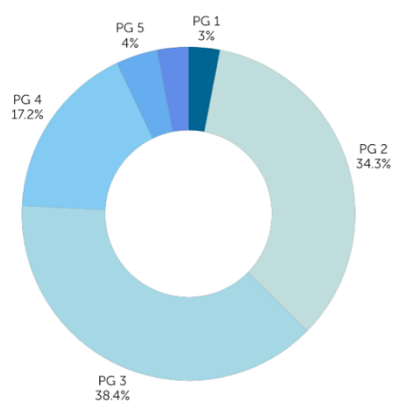
Die Kernergebnisse im Überblick (Gesamtzahl durchgängig n=931)

1. Pflegesituation: Pflege erfolgt durch Familienangehörige, in knapp 2/3 der Fälle bestehen schwere Beeinträchtigungen bei der pflegebedürftigen Person

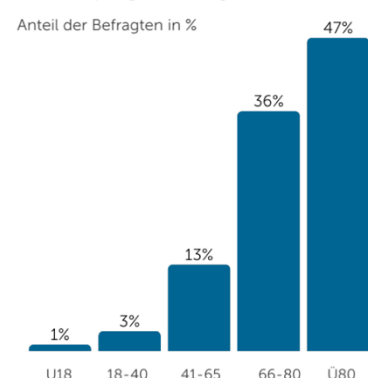
Beziehung zur pflegebedürftigen Person



Pflegegrad (PG)



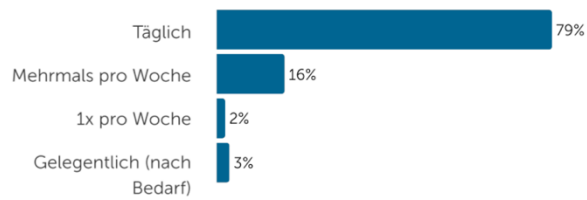
Alter der pflegebedürftigen Person



2. Pflegehäufigkeit und Erwerbsstatus der pflegenden Person: knapp 80 % pflegen täglich

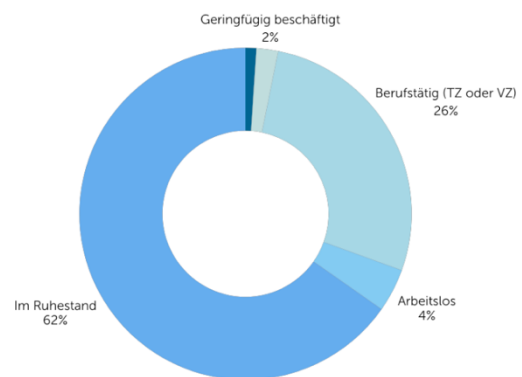
Pflegehäufigkeit

Anteil der Befragten in %



Erwerbsstatus der pflegenden Person

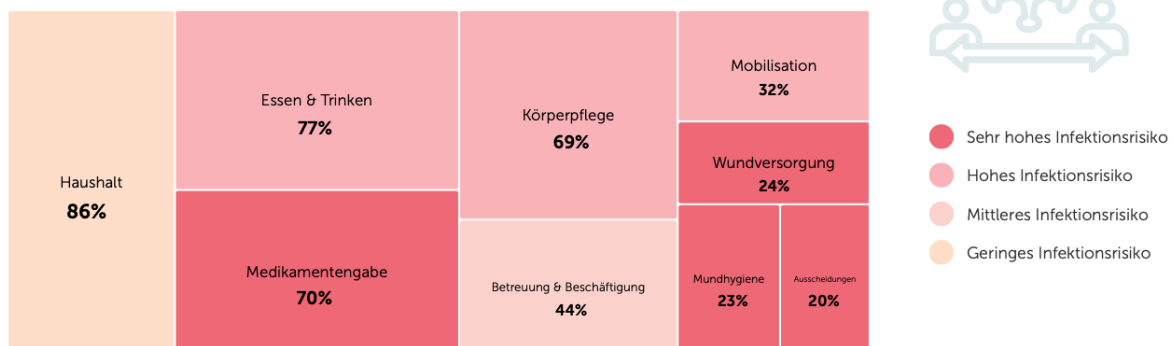
Mehrfachauswahl möglich



3. Pflegeaufgaben und Infektionsrisiko: vielfach Pflegeaufgaben mit hohem Infektionsrisiko

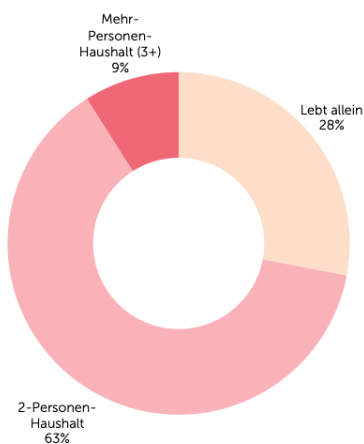
Pflegeaufgaben

Anteil der Befragten in % | Mehrfachauswahl möglich



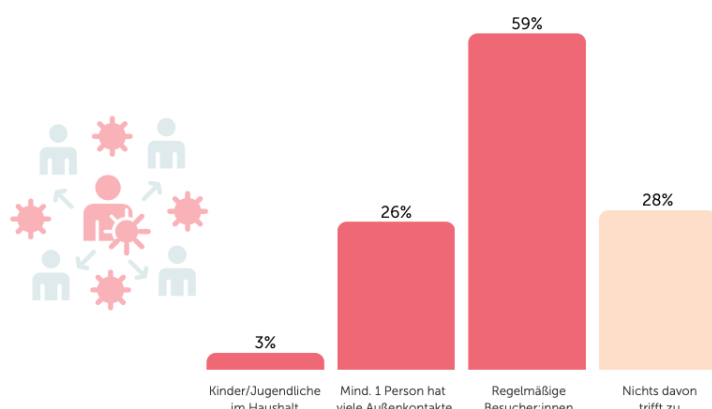
4. Wohnsituation und Infektionsrisiko: über 70 % leben mit anderen Personen in einem Haushalt

Wohnsituation der pflegebedürftigen Person



Wohnsituation der pflegebedürftigen Person

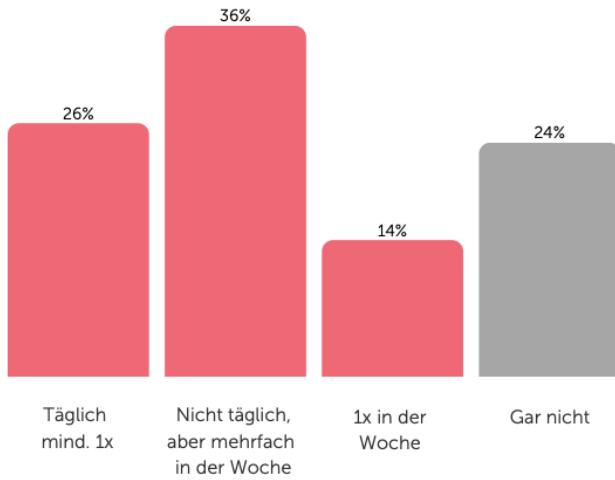
Anteil der Befragten in % | Mehrfachauswahl möglich



5. Wundverbandswechsel als Pflegeaufgabe: etwa 1/4 der Pflegenden wechseln Wundverbände

Pflegeaufgabe: Wundverbandswechsel

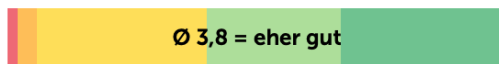
Anteil der Befragten in % | n = 224



6. Infektionsschutz: Wissen und Informationsquellen: das Wissen kommt aus dem Internet

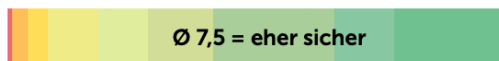
Wissen zu Hygiene & Infektionsschutz

Anteil der Befragten in % | Skala 1 = sehr schlecht bis 5 = sehr gut



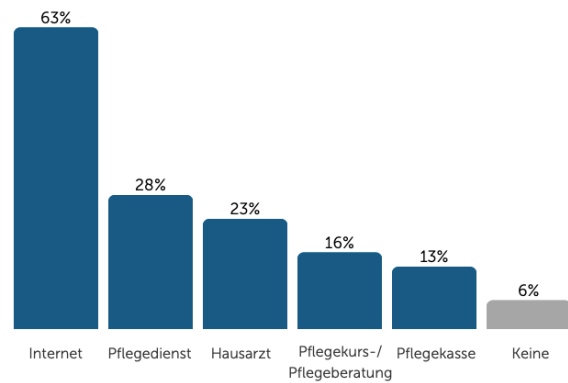
Sicherheit im Umgang mit Pflegehilfsmitteln

Anteil der Befragten in % | Skala 0 = gar nicht sicher bis 10 = sehr sicher



Informationsquelle rund ums Thema Infektionsschutz

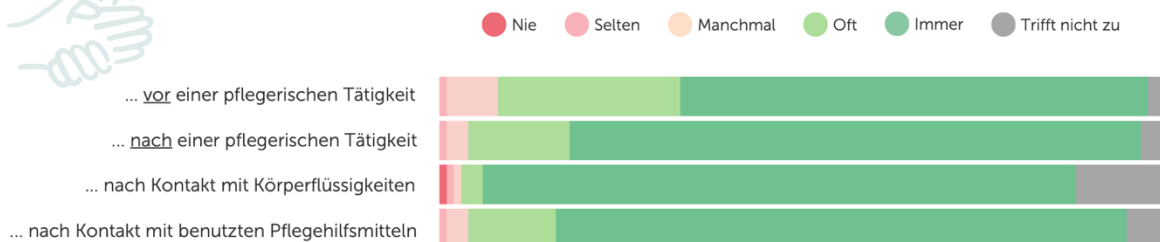
Anteil der Befragten in % | Mehrfachauswahl möglich



7. Händewaschen: 95 % waschen sich die Hände

Wie häufig waschen Sie Ihre Hände im Rahmen der Pflege ...

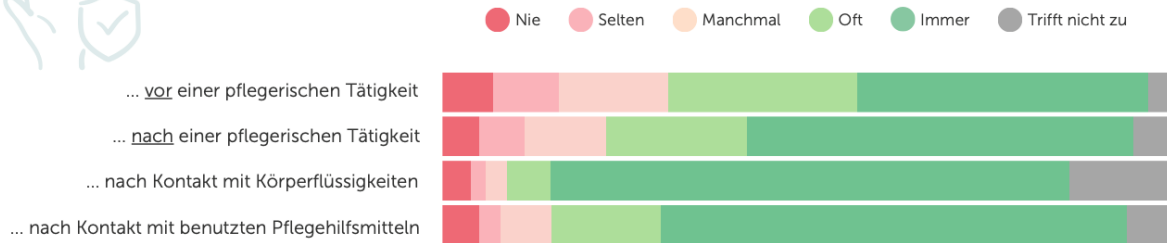
Anteil der Befragten in %



8. Handdesinfektion: 65-80 % desinfizieren sich die Hände

Wie häufig **desinfizieren** Sie Ihre Hände im Rahmen der Pflege ...

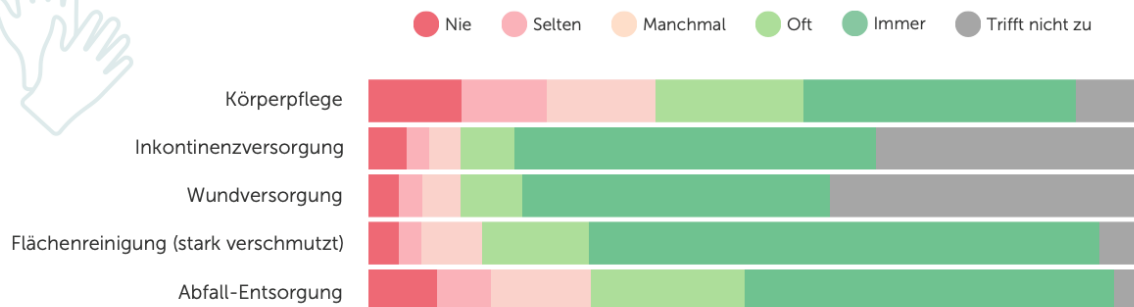
Anteil der Befragten in %



9. Nutzung Einmalhandschuhe: erfolgt selektiv

Wie häufig nutzen Sie Einmalhandschuhe bei folgenden Tätigkeiten?

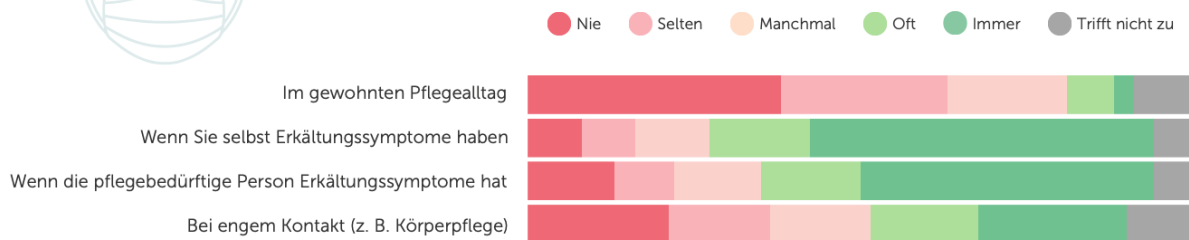
Anteil der Befragten in %



10. Nutzung Mund-Nase-Schutz: auch bei Erkältungssymptomen tragen nur knapp 2/3 diesen Schutz

Wie häufig nutzen Sie einen Mund-Nasen-Schutz (Maske) in der häuslichen Pflege?

Anteil der Befragten in %

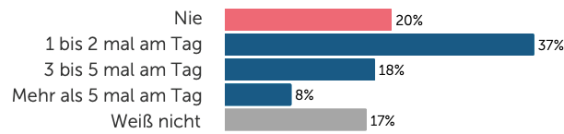


11. Flächendesinfektion: 10-20 % desinfizieren selten oder nie



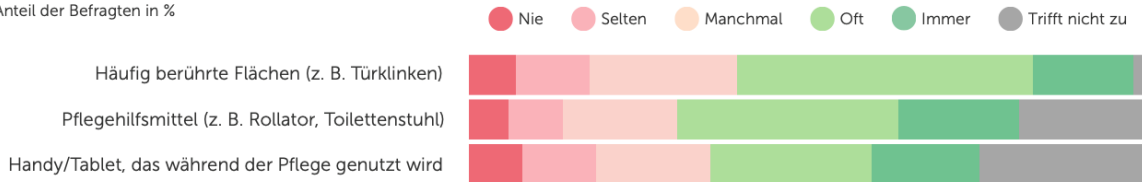
Wie oft benutzen Sie Flächendesinfektionsmittel am Tag?

Anteil der Befragten in %



Wie häufig desinfizieren Sie regelmäßig folgende Bereiche?

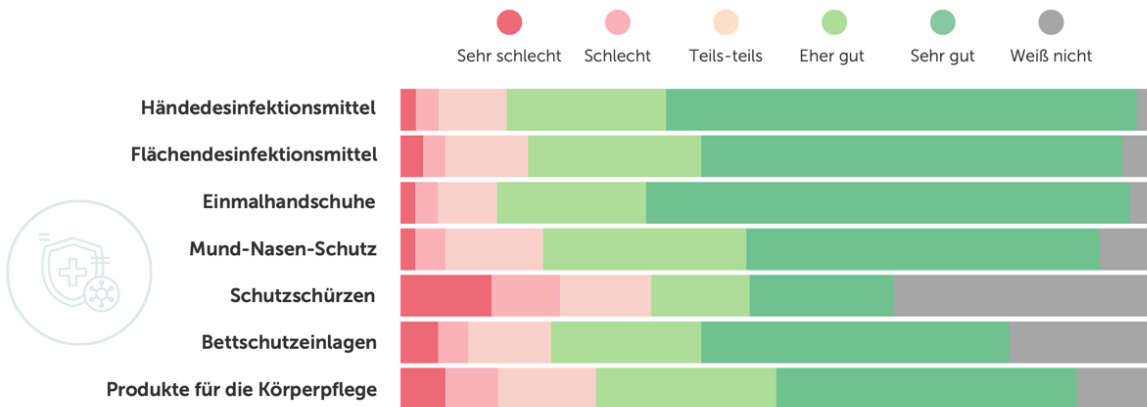
Anteil der Befragten in %



12. Verfügbarkeit von Pflegehilfsmitteln: gut, bis auf die Schürzen und Körperpflege-Produkte

Wie gut sind folgende Dinge für Sie als Pflegeperson verfügbar?

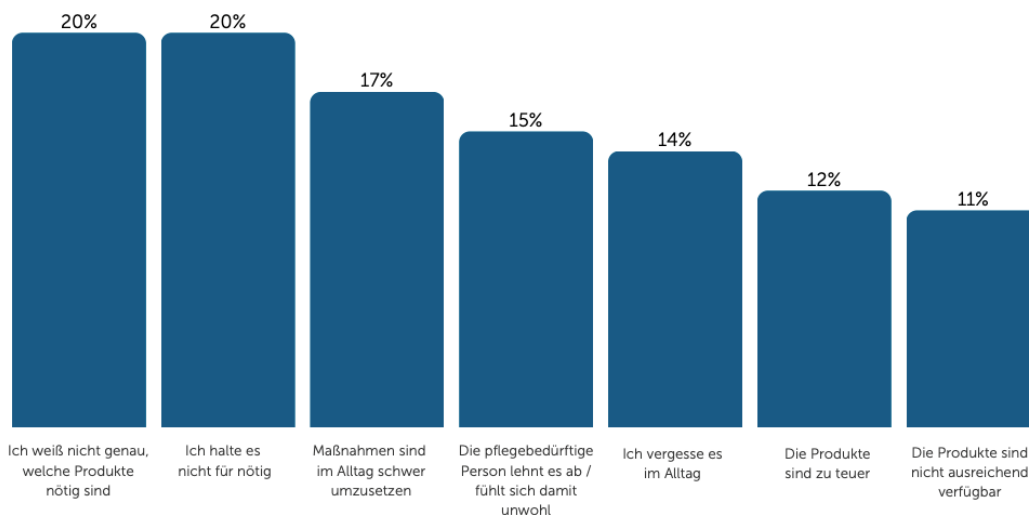
Anteil der Befragten in %



13. Gründe für die Nichtnutzung von Pflegehilfsmitteln: die Gründe sind vielfältig

Was sind die Hauptgründe dafür, dass Sie die genannten Hygieneprodukte nicht immer nutzen?

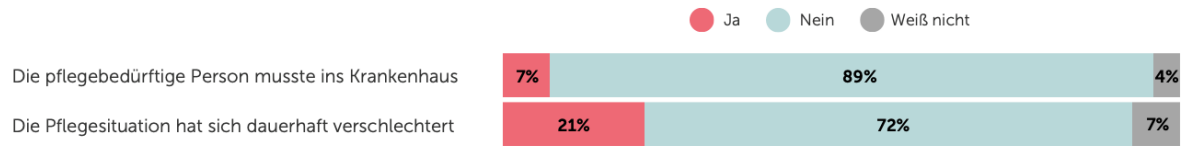
Anteil der Befragten in % | Mehrfachauswahl möglich



14. Folgen von Infektionen und Ansteckung der Pflegeperson: dauerhafte Verschlechterung der Pflegesituation bei jeder fünften pflegebedürftigen Person

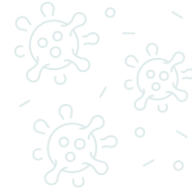
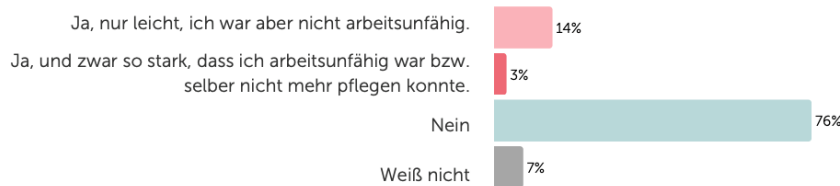
Hatte eine Infektion (z. B. Grippe oder Magen-Darm-Virus) schon mal eine oder mehrere dieser Folgen?

Anteil der Befragten in %



Haben Sie sich schon mal bei der pflegebedürftigen Person angesteckt?

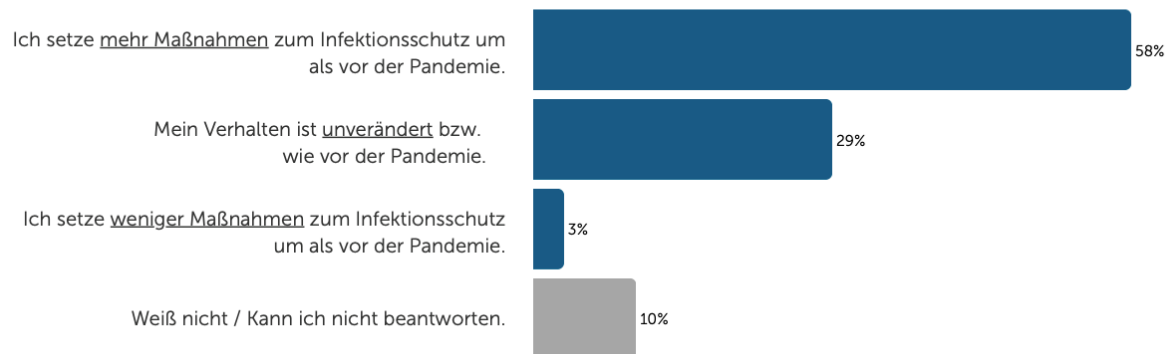
Anteil der Befragten in %



15. Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Infektionsschutz: verstärkter Infektionsschutz

Hat die Corona-Pandemie Ihr Verhalten zum Infektionsschutz verändert?
Welche dieser Aussagen trifft auf Sie zu?

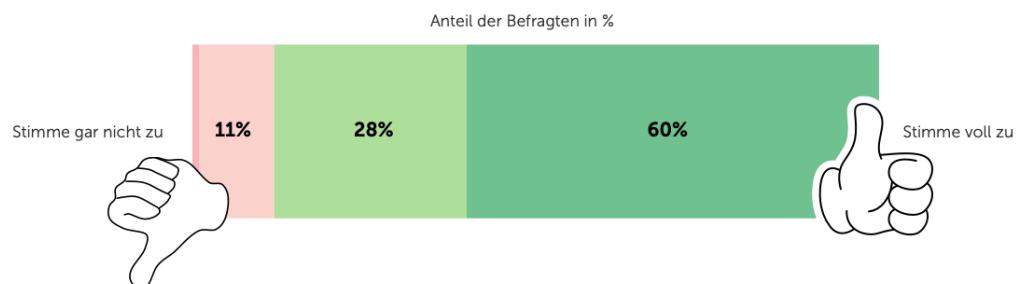
Anteil der Befragten in %



16. Subjektive Bewertung des Infektionsschutzes: weitestgehende Anerkennung

Wie stehen Sie zu folgender Aussage?

Infektionsschutz ist ein wichtiger Aspekt der Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige und pflegebedürftige Personen.



Literatur

Blättner B (2007). Das Modell der Salutogenese. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis. *Präv Gesundheitsf* 2007 2:67–73. DOI 10.1007/s11553-007-0063-3.

Brandt M, Ehrlich U, Geyer J et al. (2025). Größter Pflegedienst in Deutschland: Millionen Menschen pflegen Angehörige inner- und außerhalb ihres Haushalts. *DIW Wochenbericht* 37/2025. Abrufbar unter: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.973323.de/25-37-1.pdf.

Büscher A, Peters L, Stelzig S et al. (2023). Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht Februar 2023. Hochschule Osnabrück.

Czwikla J, Wandscher K, Helbach J et al. (2023). Prävalenz von Harnblasendauerkathetern bei Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen: Eine systematische Übersichtsarbeit. 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. 5. Oktober 2023, Berlin

Eggert S et al. (2020). Pflegenden Angehörige in der COVID-19 Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege ZQP, Berlin.

Englert N, Peters L, Przyucha M et al. (2023). Häusliche Pflegearrangements: Untersuchung der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. *Bundesgesundheitsbl* 2023-66:540–549. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03684-6>.

Fischer K & Schuster J (2024). Virtuelles Betreutes Wohnen (VBW) – ein Versorgungsnetz zur Reduzierung von Gesundheitsrisiken im Alter. Ergebnisbericht für den Innovationsausschuss des G-BA. Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/abschluss-dokumente/662/2024-09-20_VBW_Ergebnisbericht.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>.

Hoebel J & Müters S (2024). Sozioökonomischer Status und Gesundheit. *WSI Mitteilungen* 77 (3). DOI: 10.5771/0342-300X-2024-3-172.

Hoff A, Höse S, Knoll M & 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.

Kohls M (2012). Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Kowalzik F, Binder H, Zöller D, Riera-Montes M, Clemens R, Verstraeten T & Zepp F (2018). Norovirus Gastroenteritis among Hospitalized Patients, Germany, 2007-2012. *Emerg Infect Dis.* 2018 Nov;24(11):2021-2028. doi: 10.3201/eid2411.170820. PMID: 30334712; PMCID: PMC6199990.

Lauven G, Faber E, Doppelfeld S & Klein S (2024). Hausarzt und Pflegeexperte Hand in Hand - ANP Center zur Zukunftssicherung der medizinischen Basisversorgung in der Region. Ergebnisbericht für den Innovationsausschuss des G-BA. Verfügbar unter: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/abschluss-dokumente/687/2024-10-18_HandinHand_Ergebnisbericht.pdf

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>.

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen (2023). Virtuell auf Hausbesuch – der Beratungsbedarf steigt. Digitale Angebote der Institutsambulanz Gerontopsychiatrie am LVR-Klinikum Düsseldorf. In: Psychen. Psychiatrie-Report LVR Klinikverbund 2023, S. 50-1. Köln.

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.

Schmiemann G, Hoffmann F, Hamprecht A & Jobski K (2022). Patterns and trends of antibacterial treatment in patients with urinary tract infections, 2015-2019: an analysis of health insurance data. BMC Prim Care. 2022 Aug 11;23(1):204. doi: 10.1186/s12875-022-01816-6. PMID: 35948891; PMCID: PMC9367112.

Schwinger A & Zok K (2024). Häusliche Pflege im Fokus: Eigenleistungen, Belastungen und finanzielle Aufwände. WIdO Monitor 21 (1): 1–12. ISSN: 1614-8444.

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.

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>

Wanka A, Lasser N & Hess M (2024). The in/visibilisation of education and care: University staff's perceptions of, experiences with, and reaction to the needs of care-giving students. In: Access: Critical Explorations of Equity in Higher Education, 12(1), 48–60.

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>.

WIdO (2025). WIdO Themen 3/2025. Krankenhaus-Report 2025: Viele Klinikaufenthalte wären vermeidbar. Verfügbar unter: <https://krankenhausmonitor.de/publikationen-produkte/zeitschriften/ggw-gesundheit-gesellschaft-wissenschaft/ausgabe-3-2025/>.

Wuttke A (2025). Belastete pflegende Angehörige frühzeitig erkennen: Vorstellung des Farbe Tools zur präventiven Beratung. Vortrag vom 26.11.2025 beim Digitalen Mittagsimpuls „Zukunft Prävention“, <https://www.zukunft-praevention.de/>.

Kurzprofile der Autoren



Prof. Dr. med, Dr. rer. pol. Konrad Obermann, Jg 1965, ist Arzt und Wirtschaftswissenschaftler mit mehr als 30 Jahren Erfahrung in Klinik, Forschung, strategischer Planung und Beratung. Professor Obermann arbeitete als Berater bei der Boston Consulting Group, war Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie am IGES Institut in Berlin und arbeitete für die GIZ auf den Philippinen. Seit 2008 ist Konrad Obermann Senior Lecturer am Mannheim Center for Preventive Medicine and Digital Health (CPD) der Universität Heidelberg. 2009 bis 2013 Leitung des pfm Medical Institutes als An-Institut der Universität Heidelberg. Außerdem ist er Gastwissenschaftler am Pakistan Institute of Development Economics (PIDE) in Islamabad und Overseas Member der Royal Society of Medicine in London. Zu seinen jüngsten Veröffentlichungen zählen „Das deutsche Gesundheitssystem“ (3. A., medhochzwei Verlag, Heidelberg) und „Medical Economics“ (Columbia University Press, New York).



Prof. Dr. phil. Dipl.Psych. Bernd Glazinski, M.A., Jg. 1967, ist Psychologe, Pädagoge und Altphilologe mit mehr als 30 Jahren Erfahrung in Führung und Projektmanagement. Beratungsschwerpunkte sind branchenübergreifend Personal-/Organisationsentwicklung, Change Management und Prozessoptimierung national und international. Langjährige Erfahrung als Unternehmer und Hotelier in Deutschland und Westafrika. Seit 2000 tätig als Professor für Wirtschaftspsychologie, Gastprofessor an der Comenius Universität in Bratislava von 2006 bis 2015. 2009 bis 2013 Leitung des pfm Medical Institutes als An-Institut der Universität Heidelberg. seit 2019 Gastprofessor an der Universidade Amilcar Cabral in Bissau, seit 2021 Rektor der Universidade Europea in Bissau und Direktor des German University Institutes /UAC ebenda. Autor von Fachbüchern und Publikationen zum Themenfeld Mensch und Organisation. Aktuell tätig als Vorstand der Thurn und Taxis-Unternehmensberatung.