



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene e.V.

Sektorenübergreifende Angleichung der Infektionsprävention im Zuge der Ambulantisierung stationärer Leistungen

■ Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen durchläuft einen tiefgreifenden strukturellen Wandel. Medizinische Leistungen werden zunehmend vom stationären in den ambulanten Sektor verlagert. Dieser Prozess wird durch gesundheitspolitische Maßnahmen wie die Erweiterung des AOP-Katalogs weiter vorangetrieben. Ziel dieser Entwicklung ist es, die Patientenversorgung wirtschaftlicher, effizienter und wohnortnäher zu gestalten.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene (DGKH) unterstützt den Gedanken einer sektorenübergreifenden Versorgung grundsätzlich. Gleichzeitig weist die DGKH darauf hin, dass die Patientensicherheit unabhängig von organisatorischen Versorgungsstrukturen vollumfänglich gewährleistet sein muss. Maßnahmen der Infektionsprävention müssen sich konsequent am tatsächlichen Risiko der medizinischen Behandlung orientieren – nicht an der Form der Abrechnung oder am Ort der Leistungserbringung. Eine Ambulantisierung medizinischer Leistungen darf daher nicht dazu führen, dass normativ festgelegte und bewährte hygienische Sicherheitsstandards relativiert oder abgesenkt werden.

■ Das Risiko liegt in der Prozedur, nicht im Ort der Durchführung

Aus infektiologischer und hygienischer Sicht besteht kein grundsätzlicher Unterschied zwischen Infektionsrisiken bei ambulanter und stationärer Patientenbehandlung. Das Risiko einer postoperativen Wundinfektion wird durch Faktoren wie die Invasivität des Eingriffs, mögliche Eintrittspforten für Mikroorganismen, die mikrobiologische Besied-

lung beziehungsweise Belastung des Operationsgebietes, die Hautvorbereitung einschließlich Antisepsis, die Qualität des Arbeitsumfeldes sowie patientenspezifische Risikofaktoren bestimmt [1].

Diese Einflussgrößen bestehen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Ein operativer Eingriff oder eine interventionelle Prozedur birgt grundsätzlich vergleichbare hygienisch-mikrobiologische Risiken, unabhängig davon, ob sie im Krankenhaus, in einem ambulanten OP-Zentrum, in einer Praxisklinik oder in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) durchgeführt wird. Entscheidend ist die konkrete Prozedur mit ihrem invasiven Risiko und nicht der Abrechnungssektor [1, 2].

Entsprechend fordern die Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) eine risikoadaptierte Infektionsprävention, die sektorenübergreifend anzuwenden ist [1–3]. Auch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtet medizinische Einrichtungen, den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft einzuhalten und die erforderlichen innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen [4].

■ Unterschiede zwischen den Versorgungssektoren

Trotz klarer rechtlicher und fachlicher Vorgaben bestehen in der praktischen Umsetzung teilweise deutliche Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen.

Krankenhäuser unterliegen einer regelmäßigen infektionshygienischen Überwachung durch den Öffentlichen

Deutsche Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene e.V.

Joachimsthaler Straße 31–32
10719 Berlin, Germany
Tel: +49 30 88727 3730
Fax: +49 30 88727 3737
E-Mail:
info@krankenhaushygiene.de
Internet:
www.krankenhaushygiene.de

Gesundheitsdienst und verfügen in der Regel über etablierte hygienische Strukturen mit qualifiziertem Hygiene-Fachpersonal. Im ambulanten Sektor stellt sich die Situation differenzierter dar.

Ambulant operierende Einrichtungen unterliegen einer infektionshygienischen Überwachung durch die zuständigen Gesundheitsbehörden. Die praktische Durchführung dieser Überwachung ist jedoch regional heterogen, insbesondere hinsichtlich Prüffrequenz, Prüftiefe, Bewertungssystematik und standardisierter Begehungskriterien. Die DGKH sieht hierin einen relevanten Handlungsbedarf. Die AG Hygieneüberwachung befasst sich daher prioritär mit der Überwachung ambulant operierender Einrichtungen, mit dem Ziel, zur Standardisierung einer risikoadaptierten, fachlich nachvollziehbaren und evidenzbasierten infektionshygienischen Überwachung beizutragen.

Strukturell verankerte Hygienestrukturen, einschließlich Hygienefachpersonal, hygienebeauftragter Ärztinnen und Ärzte sowie hygienebeauftragter Pflegekräfte beziehungsweise entsprechend qualifizierter medizinischer Fachangestellter, sind in ambulant operierenden Einrichtungen zwar in landesrechtlichen Regelungen vorgesehen. Die Umsetzung ist jedoch weiterhin heterogen. Andere Arztpraxen verfügen häufig nicht über ausreichende hygienische Expertise.

Die Umsetzung von KRINKO-Empfehlungen erfolgt mangels hygienischer Expertise oftmals unvollständig oder uneinheitlich, insbesondere bei der Aufbereitung von Medizinprodukten, bei baulich-funktionellen Anforderungen, bei der Flächen- und Händehygiene sowie bei der systematischen Infektionssurveillance [1–3, 5].

Die verfügbare ärztliche Hygienekompetenz ist in Deutschland begrenzt. Nach der Ärztestatistik der Bundesärztekammer waren zum 31.12.2025 bun-

desweit lediglich 268 Fachärztinnen und Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin berufstätig; insgesamt waren 491 Ärztinnen und Ärzte mit dieser Gebietsbezeichnung registriert. Ergänzend waren 860 Fachärztinnen und Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie 308 Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene berufstätig (siehe Tabelle 1) [6].

Diese Zahlen verdeutlichen die begrenzte personelle Basis für infektiologische, mikrobiologische und krankenhaushygienische Beratung. Fachärztinnen und Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie leisten wichtige Beiträge zur Labordiagnostik, zur Aufklärung von Infektionsursachen, zur infektionsepidemiologischen Bewertung und zur Beratung bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten einschließlich Praxis- und Krankenhaushygiene [8]. Die abschließende fachhygienische Bewertung baulich-funktioneller Anforderungen, der Medizinproduktaufbereitung, der infektionshygienischen Risikobewertung komplexer Eingriffe sowie ambulanter OP- und Eingriffsbereiche bleibt jedoch primär Aufgabe entsprechend qualifizierter krankenhaushygienischer Expertise. Hierzu zählen insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin sowie ärztlich qualifizierte Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker [7, 8].

Die universitäre Verankerung des Fachgebiets Hygiene und Umweltmedizin ist in Deutschland begrenzt. Eine amtliche, bundesweit einheitliche Statistik zur Zahl eigenständiger Lehrstühle für Hygiene und Umweltmedizin liegt nicht vor. Gerade deshalb ist der Erhalt und Ausbau universitärer Hygieneinstitute, Professuren und Weiterbildungsbefugnisse eine wesentliche Voraussetzung, um Weiterbildung, For-

schung und fachhygienische Bewertung komplexer stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen langfristig sicherzustellen.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied betrifft die baulich-funktionellen Voraussetzungen für operative Eingriffe. Während in Krankenhäusern für Eingriffe der Kategorie A in der Regel ein vollwertiger Operationstrakt entsprechend den Anforderungen der KRINKO vorgehalten wird, ist dies im ambulant-operierenden Bereich und in Praxiskliniken häufig nicht der Fall. Für Eingriffe der Kategorie B können abgetrennte Eingriffsbereiche mit Eingriffsraum ausreichend sein, sofern die baulich-funktionellen und hygienischen Anforderungen risikoadaptiert erfüllt werden. Die DGKH-Leitlinie zu baulichen und funktionellen Anforderungen an Eingriffsräume konkretisiert die Anforderungen an Struktur, Funktion, Zonierung und hygienische Arbeitsabläufe für diese Versorgungsbereiche [5].

■ **Besondere Herausforderung: Klinik-MVZ-Strukturen**

Besonders relevant werden diese Unterschiede dort, wo Krankenhäuser und medizinische Versorgungszentren organisatorisch, wirtschaftlich oder räumlich miteinander verbunden sind. Sofern in solchen Strukturen vergleichbare invasive oder operative Leistungen erbracht werden, müssen die hygienischen Anforderungen am Risiko des Eingriffs ausgerichtet werden und dürfen nicht vom Abrechnungssektor abhängen.

Dies kann beispielsweise durch vertragliche Regelungen, einheitliche Hygienepläne, gemeinsame hygienische Verantwortungsstrukturen sowie eine abgestimmte infektionshygienische Überwachung durch den ÖGD anhand der geltenden Regeln gewährleistet werden.

Tabelle 1: Anzahl der berufstätigen und insgesamt registrierten (Fach-)Ärztinnen/Ärzte nach der Ärztestatistik der Bundesärztekammer, Stand 31.12.2025 [6].

Qualifikation	Berufstätig	Insgesamt registriert
Fachärztinnen/Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin	268	491
Fachärztinnen/Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	860	1.224
Ärztinnen/Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene	308	349

Eine unterschiedliche Bewertung identischer oder vergleichbarer Verfahren im ambulanten und stationären Bereich ist fachlich nicht zu begründen. Sie würde zudem Fehlanreize schaffen, Leistungen in Versorgungsbereiche mit geringerer struktureller oder behördlicher Kontrolle zu verlagern.

■ Empfehlungen der DGKH

1. Gleiche Überwachungsstandards

Ambulante OP-Zentren, Praxiskliniken und medizinische Versorgungszentren mit invasiven Eingriffen müssen hinsichtlich Prüffrequenz und Prüftiefe durch Gesundheitsbehörden risikoadaptiert und in vergleichbarer Weise überwacht werden wie Krankenhäuser. Ziel muss eine standardisierte, fachlich nachvollziehbare und evidenzbasierte Überwachung sein, die Bewertungskriterien, Mindestinhalte der Begehung, Dokumentation, Fristen zur Mängelbeseitigung und Nachverfolgung festlegt. Die DGKH befasst sich in der AG Hygieneüberwachung prioritär mit diesem Thema.

2. Etablierung fachlicher Hygienestrukturen

Einrichtungen, in denen invasive diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erfolgen, müssen entsprechend der landesrechtlichen Regelungen zur Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen über klare Verantwortungsstrukturen verfügen. Dazu gehören insbesondere der Einsatz hygienebeauftragter Ärztinnen und Ärzte, hygienebeauftragter Pflegekräfte beziehungsweise entsprechend qualifizierter medizinischer Fachangestellter sowie die fachliche Beratung durch Hygienefachpersonal und ärztliche Hygienefachkompetenz. Vorteilhaft ist, wenn Aufgaben und Tätigkeitsspektrum inklusive dem benötigten Zeitaufwand schriftlich festgelegt sind.

3. Systematische Infektionssurveillance

Auch im ambulanten Bereich muss eine strukturierte Erfassung postinterventionseller und postoperativer Infektionen erfolgen. Bestehende Systeme wie das Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) bieten hierfür eine geeignete Grundlage [9]. Die Erfassung darf sich nicht auf eine reine Einzelfalldokumentation beschränken, sondern muss

die Berechnung aussagekräftiger Infektionsraten ermöglichen. Bei auffälligen oder erhöhten Infektionsraten müssen geeignete Maßnahmen nachvollziehbar abgeleitet, umgesetzt und dokumentiert werden einschließlich Kommunikation an das Personal.

4. Einheitliche fachliche Standards

Baulich-funktionelle Anforderungen, organisatorische Abläufe, Flächendesinfektion, Händehygiene, Personalhygiene sowie die Aufbereitung von Medizinprodukten müssen sich ausnahmslos am Risiko der jeweiligen Prozedur orientieren und den geltenden Empfehlungen von KRINKO und BfArM entsprechen [1–3, 5]. Für Eingriffsräume im ambulanten Bereich sind die einschlägigen fachlichen Leitlinien heranzuziehen, da sie die Anforderungen an Struktur, Funktion, Zonierung und hygienische Arbeitsabläufe konkretisieren.

5. Sicherung ärztlicher Hygienekompetenz, Weiterbildung und universitärer Strukturen

Zur Sicherstellung einer qualifizierten infektionshygienischen Beratung und Bewertung müssen ausreichend Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte, hygienebeauftragte Pflegekräfte sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin ausgebildet werden. Die begrenzte Zahl berufstätiger Fachärztinnen und Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin zeigt, dass die vorhandene ärztliche Hygienekompetenz für die wachsenden Anforderungen einer sektorenübergreifenden Versorgung nicht ausreicht [6]. Ergänzend können Fachärztinnen und Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene wichtige Beiträge zur infektiologischen, mikrobiologischen und krankenhaushygienischen Beratung leisten. Die abschließende fachhygienische Bewertung baulicher, organisatorischer und aufbereitungsbezogener Anforderungen erfordert jedoch entsprechend qualifizierte krankenhaushygienische Expertise.

6. Verankerung von Hygiene in Studium und Ausbildung

Hygiene und Infektionsprävention müssen verbindlich und praxisnah im Medizinstudium sowie in den Ausbildungen der Pflegeberufe und medizinischen

Assistenzberufe verankert werden. Die zunehmende Verlagerung invasiver Leistungen in den ambulanten Bereich erfordert, dass hygienische Grundkompetenzen nicht nur im stationären Umfeld, sondern sektorenübergreifend vermittelt werden. Die Forderung nach einer verbindlichen und ausreichenden Stundenzahl für Hygiene im Medizinstudium sowie nach vergleichbaren verpflichtenden Ausbildungsinhalten in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen ist ausdrücklich zu unterstützen.

■ Fazit

Die Ambulantisierung medizinischer Leistungen darf nicht als Einsparmodell zulasten der Patientensicherheit verstanden werden. Infektionsprävention muss aus Gründen der Patientensicherheit sektorenübergreifend auf einem einheitlich hohen Niveau erfolgen.

Entscheidend für das Infektionsrisiko ist nicht der Ort der Behandlung, sondern die Art der medizinischen Prozedur. Eine konsequente Angleichung hygienischer Standards ist daher eine zentrale Voraussetzung für eine sichere Transformation des Gesundheitssystems.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst leistet als zuständige Überwachungsbehörde einen unverzichtbaren Beitrag zur Sicherstellung der Patientensicherheit. Gerade im Zuge der Ambulantisierung kommt ihm eine zentrale Rolle zu, um einheitliche, risikoadaptierte und nachvollziehbare Anforderungen an die Infektionsprävention in allen Versorgungssektoren zu gewährleisten.

Gleichzeitig muss die personelle und universitäre Basis des Fachgebiets Hygiene und Umweltmedizin gestärkt werden. Ohne ausreichend qualifizierte krankenhaushygienische Expertise, tragfähige Weiterbildungsstrukturen und universitäre Hygieneinstitute wird eine sektorenübergreifend sichere Infektionsprävention langfristig nicht zuverlässig umzusetzen sein.

■ Literatur

1. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut. Prävention postoperativer Wundinfektionen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz. 2018;61(4):448–473. doi:10.1007/s00103-018-2706-2.

2. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut. Anforderungen der Hygiene beim ambulanten Operieren in Krankenhaus und Praxis. Bundesgesundheitsblatt. 1997;40:361–365. doi:10.25646/163.
3. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2012;55(10):1244–1310. doi:10.1007/s00103-012-1548-6.
4. Bundesrepublik Deutschland. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom 20. Juli 2000. BGBl I. 2000:1045. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-inter-net.de/ifsg/> (Zugriff: 05.05.2026).
5. Deutsche Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene. Bauliche und funktionelle Anforderungen an Eingriffsräume. Hyg Med. 2021;46(4): D1–D8. Verfügbar unter: https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/leitlinien/DGKH_LL_Eingriffsr%C3%A4ume_HM_4_21.pdf (Zugriff: 05.05.2026).
6. Bundesärztekammer. Ärztestatistik zum 31. Dezember 2025. Berlin: Bundesärztekammer; 2026. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2025> (Zugriff: 05.05.2026).
7. Bundesärztekammer. Fachlich empfohlener Weiterbildungsplan für den/die Facharzt/Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin. Berlin: Bundesärztekammer; 2022. Stand: 02.05.2022. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/FEWP/FA_SP-WB/20220502_FEWP_FA_HygieneUmweltmed.pdf (Zugriff: 05.05.2026).
8. Bundesärztekammer. Fachlich empfohlener Weiterbildungsplan für den/die Facharzt/Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Berlin: Bundesärztekammer; 2022. Stand: 24./25.03.2022. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/FEWP/FA_SP-WB/20220324_25_FEWP_Mikrobi_Virologie_InfektEpid.pdf (Zugriff: 05.05.2026).
9. Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen. KISS – Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System [Internet]. Berlin: NRZ. Verfügbar unter: <https://www.nrz-hygiene.de/kiss> (Zugriff: 05.05.2026).