BVMed Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Faktenpapier

Strategie zur Sicherung des Infektionsschutzes

24. Februar 2026

Langversion

Herausforderung | Nosokomiale Infektionen

- Die Verbreitung nosokomialer Infektionen (NI) ist auf konstant hohem Niveau, Tendenz steigend.
- Jährlich sind mehr als 700.000 Patient:innen von nosokomialen Infektionen betroffen.
- Bis zu 20.000 Menschen sterben jährlich in Deutschland an nosokomialen Infektionen.
- Risikosteigerung von Antibiotikaresistenzen durch undurchdachte Gabe von Antibiotika bei nosokomialen Infektionen. Prävalenz der Antibiotika-Anwendung (ABA-Prävalenz) bleibt dadurch auf konstantem Niveau.
- Eine Infektion verlängert die Krankenhausverweildauer um durchschnittlich 5 Tage und verursacht zusätzliche Kosten für das Gesundheitssystem in Höhe von 5.000 – 20.000 Euro.
- Nach einer Sepsis können Spätfolgen auftreten, die zusätzlich kostenintensiv für das Gesundheitssystem sind. Zu den Spätfolgen gehören u. a. Beeinträchtigungen der physischen, kognitiven oder psychischen Funktionen (sog. Post-Intensive Care Syndrom (PICS)), diffuse organische Funktionsstörung des Gehirns (Delir) oder auch kognitive Dysfunktionen.
- Dabei sind nicht nur die unmittelbaren Kosten für das Gesundheitssystem, sondern auch Auswirkungen auf die Erwerbsbeteiligung zu beachten.

Lösung | Infektionsschutzstrategie

- Einführung einer gesicherten Infektionsprävention und -kontrolle (IPC) in Verbindung mit der Optimierung von Antibiotikaeinsätzen in Form von Antibiotic Stewardship in allen medizinischen Einrichtungen.
- Sicherung der strukturellen und personellen Voraussetzung zur präventiven Infektionsmedizin durch die Kombination von IPC und Antibiotic Stewardship als Mindestanforderung an die Qualität der Krankenhausbehandlung und Verordnungsermächtigung, auch im Zuge des politischen Willens der Ambulantisierung.
- Kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Ausbildung des Fachpersonals durch eine Compliance-Surveillance zur Versorgungsqualität.
- Feste Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität gehören in der stationären als auch ambulanten Versorgung klar und nachhaltig verankert.
- Überprüfungen bestehender digitaler Tools und ggf. die Zusammenführung von bereits etablierten digitalen Maßnahmen zur Surveillance von Infektionen.

Klar definierte Strukturen dienen neben der Infektionsprävention und -kontrolle einer wirksamen Pandemieprävention. Sie fördern kontinuierliches und konsequentes Umsetzen der geforderten Hygienemaßnahmen unter korrekter Anwendung und Umgang mit den notwendigen Medizinprodukten sowie der Durchführung von Evaluationen innerhalb der Versorgung.

Insbesondere in aktuellen und zukünftigen Krisenzeiten müssen medizinische Einrichtungen sicher aufgestellt sein.

Einführung

Nosokomiale Infektionen (NI) stellen eine große Herausforderung für die Patient:innensicherheit und damit ebenso für die Gesundheitsökonomie in Deutschland dar. Nosokomiale oder auch behandlungsassoziierte Infektionen sind Infektionen, die in medizinischen Einrichtungen im Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen stehen; das gilt für den stationären und ambulanten Bereich sowie für die Langzeitpflege. Dazu zählen insbesondere postoperative Wundinfektionen, Katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen, Zentralvenenkatheter-assoziierte Blutstrominfektionen, beatmungsassoziierte Pneumonien sowie Infektionen durch multiresistente Erreger (MRE).

Im stationären Bereich verlängert eine Infektion die Krankenhausverweildauer um durchschnittlich fünf Tage und verursacht im Schnitt zusätzliche Kosten in Höhe von 5.000 – 20.000 Euro.[1] Kommt es z. B. zu einer Blutstrominfektion (Sepsis), kann diese zum Tod führen oder zu massiven Spätfolgen.[2]

Besonders schwerwiegend sind nosokomiale Infektionen durch antibiotikaresistente Erreger. Weltweit treten schätzungsweise 136 Millionen Fälle von im Gesundheitswesen erworbenen, antibiotikaresistenten Infektionen pro Jahr auf.[3] Das geht aus einem Forschungsartikel hervor, der die Prävalenz der Resistenz aus 474 Punktprävalenzstudien (PPS) aus 99 Ländern extrahierte, die zwischen 2010 und 2020 veröffentlicht wurden. Schätzungen einer Studie von 2025 des Robert Koch-Instituts (RKI) mit dem Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) der University of Washington zufolge sind für Deutschland, mit Blick auf Daten von 2019, 45.7000 Todesfälle auf antibiotikaresistente Erreger zurückzuführen, die im Zusammenhang mit einer antibiotikaresistenten Infektion stehen. [4] Für rund 9.600 Menschen dieser betroffenen Personengruppe besteht der naheliegende Verdacht, dass sie bei einer Infektion mit demselben, jedoch nicht resistenten Erreger vermutlich überlebt hätten. Sie sind jedoch unmittelbar infolge der Resistenz des Erregers verstorben. Die WHO weist darauf hin, dass etwa 75% der Krankheitslast (DALYs), die in EU-/EWR-Ländern auf Antimikrobielle Resistenzen (AMR) zurückzuführen sind, durch NI hervorgerufen werden.[5]

Nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene e.V. (DGKH) wird von jährlich > 700.000 betroffenen Patient:innen mit nosokomialen Infektionen ausgegangen.[6] Das Nationale Referenzzentrum (NRZ) verwies in der letzten Punkt-Prävalenzerhebung 2022 darauf hin, dass sich die „NI-Prävalenz in Deutschland in einer gleichbleibenden Größenordnung bewegt“.[7]

Die Infektionsprävention und auch die Kontrolle der Umsetzung der Maßnahmen sind eine der tragenden Säulen in medizinischen Einrichtungen und im Alltag sogar lebensrettend. Dabei gelten bis zu einem Drittel der nosokomialen Infektionen als vermeidbar. Um Patientinnen und Patienten sowie ärztliches und nicht-ärztliches Fachpersonal in Deutschland vor nosokomialen Infektionen zu schützen, bedarf es an einem Bündel von Maßnahmen sowie Anstrengungen *aller* Betroffenen und Akteur:innen.

1. Herausforderungen und notwendige Maßnahmen

Gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind diverse Maßnahmen in medizinischen Einrichtungen zu integrieren und umzusetzen.[8] Die Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) erarbeitet und veröffentlicht Empfehlungen, u. a. zur Prävention nosokomialer Infektionen in medizinischen Einrichtungen.[9] Daran angelehnt haben die genannten Einrichtungen die geforderten Hygienevorgaben umzusetzen.

Um auch das Bewusstsein für Antibiotikaresistenzen zu stärken, hat das RKI Hinweise für das Grundwissen, fachliche Antworten auf häufig gestellte Fragen und verschiedene Surveillance-Systeme zur Überwachung von Antibiotikaresistenzen zusammengetragen und veröffentlicht.[10]

Fachgesellschaften wie die DGKH, die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM), die Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventionsmedizin (GHUP), das Aktionsbündnis Patientensicherheit u.v.m. erarbeiten Informationsmaterialien und praxisnahe Handlungshinweise und vermitteln diese in Veranstaltungen und Fortbildungen an das Fachpersonal, um aufzuzeigen, wie in medizinischen Einrichtungen regelmäßig präventiv vorgegangen werden sollte.

1.1 Versorgungsqualität

Grundlagen für die Versorgungsqualität sind die korrekte Durchführung von medizinischen Eingriffen an Patient:innen. Dabei spielt die Hygiene in Krankenhäusern, im ambulanten Bereich und in Langzeitpflegeeinrichtungen eine der zentralen Rollen. Sie beginnt noch vor dem Kontakt mit Patient:innen, wird währenddessen vorgenommen und auch im Anschluss daran.[11]

Dazu gehört die fachlich richtige Anwendung der umfassenden Hygienelösungen zur Desinfektion und Reinigung. Die Sterilisation sowie die korrekte und regelmäßige Nutzung geeigneter Medizinprodukte und der persönlichen Schutzausrüstung (Handschuhe, Schutzkittel und medizinische Masken) unterstützen dabei, höchste Standards für den Infektionsschutz zu gewährleisten.

In der häuslichen Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln (PHM) spielt die fachgerechte Einweisung von Patient:innen durch qualifiziertes Personal eine zentrale Rolle, um eine korrekte und sichere Verwendung zu gewährleisten.

1.2 Gesetzlicher Rahmen und Empfehlungen

Die Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen zur Hygiene in medizinischen Einrichtungen sind durch verschiedene Empfehlungen der KRINKO vorgegeben.[12] Diese Empfehlungen unterliegen den gesetzlichen Vorgaben gemäß § 23 des Infektionsschutzgesetzes.[13] Dazu gehören auch bauliche und technische Anforderungen, die ebenso beachtet werden müssen.

Leitungen medizinischer Einrichtungen sind demnach verantwortlich dafür, nosokomiale Infektionen zu verhüten, die Weiterverbreitung von Krankheitserregern und insbesondere solcher mit Resistenzen zu vermeiden. Nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft haben sie die erforderlichen Maßnahmen in ihren Einrichtungen zu treffen.

Gemäß der Empfehlung der KRINKO zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen gehört u. a., *„[…] dass in Abhängigkeit von der Größe und dem Risikoprofil der Einrichtung entsprechend ausgebildetes Personal in ausreichender Zahl angestellt wird […]. Ohne eine effektiv organisierte Krankenhaushygiene sind Qualitäts- und Risikomanagement unvollständig.“*[14]

1.3 Ausreichend Ressourcen zur Versorgungsqualität

Qualifiziertes Hygienefachpersonal ist u. a. Kommunikationspartner bzw. Schnittstelle innerhalb der Teams einer medizinischen Einrichtung zur Sicherung der Hygienequalität in der Patient:innenversorgung. Die Angestellten erarbeiten Hygienepläne und Standards, sind verantwortlich für die Umsetzung der korrekten Hygienepraktiken sowie für die Begehungen und Überprüfungen mit z. B. dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.[15]

Die Erfassung von Krankenhausinfektionen einschließlich ihrer Erreger und Resistenzen, die Bewertung dieser Daten im Zusammenhang mit den Antibiotikaverbräuchen, die Antibiotikatherapie sowie ein effizientes Ausbruchmanagement bilden einen weiteren zentralen, die medizinische Einrichtung tragenden Bestandteil gemäß der im § 23 IfSG vorgeschriebenen Surveillance.

Um dieses Gros an Aufgaben bewältigen zu können, ist die adäquate personelle Aufstellung von Hygienefachpersonal, Krankenhaushygieniker:innen und Antibiotikabeauftragen und -expert:innen unumgänglich.

Regelmäßige Schulungen und Fortbildungen sind zwar ein wesentlicher Baustein, aber die nachfolgenden Überprüfungen der Umsetzungen an Hygienemaßnahmen durch das Fachpersonal müssen gestärkt werden. Denn eine wesentliche Ursache nosokomialer Infektionen ist u. a. unzureichende Hygienecompliance.

1.4 Compliance

Die Herausforderung besteht darin, die Anforderungen auch unter den diversen aktuellen Bedingungen in Zeiten von Reformen und Krisen, insbesondere bei einem potenziellen Fachkräftemangel, umzusetzen.[16]

Es bedarf weiterer Anstrengungen zur Erhöhung der Compliance des Fachpersonals. In zurückliegender Zeit wurde im Rahmen von Querschnittsbeobachtungen während der ersten sechs Jahre der „AKTION Saubere Hände“ (ASH) auf die Compliance hingewiesen. Dabei wurden ärztliche und pflegerische Mitarbeiter:innen in der Anwendung bzw. Umsetzung der hygienischen Händedesinfektion auf Intensivstationen (ITS) beobachtet.[17]

Die Compliance-Rate der Ärzt:innen steigerte sich in den ersten drei Jahren auf 64 % und ließ in den nachfolgenden zwei Jahren wieder nach auf 48,4 %. Wiederum konnte die Compliance der Pflegekräfte mit 71,3 % verbessert werden, sie sank jedoch im gleichen Zeitraum wie bei den Ärzt:innen auf 55,8 % ab, zurück auf das Ausgangsniveau. Dies beschreibt den sog. Hawthorne-Effekt. Das bedeutet, dass die Aufmerksamkeit durch eine Surveillance, wie in diesem Fall, das Verhalten des medizinischen Personals temporär beeinflusst, jedoch aufgrund von Gewohnheiten auch wieder abnimmt.[18]

1.5 Strukturveränderungen

Der bestehende Fachkräftemangel, insbesondere in der Pflege, die sich aktuell verändernden Krankenhausstrukturen infolge der Krankenhausreform sowie der politische Willen zur Ambulantisierung führen zu einer maximalen Auslastung des medizinischen Personals und zu Unsicherheiten innerhalb der Versorgungssituationen. Lt. Statistischem Bundesamt steigt der Bedarf an Pflegekräften im Vergleich von 2019 zu 2049 voraussichtlich um ein Drittel auf 2,15 Millionen. Infolge der immer älter werdenden Bevölkerung werden nach diesen Berechnungen vrsl. bis zum Jahr 2049 mindestens 280.000 Pflegekräfte fehlen.[19]

Um die Infektionsprävention auch unter den sich verändernden strukturellen Bedingungen weiterhin sicherzustellen und sogar weiter voranzubringen, bilden evidenzbasierte Maßnahmen die Grundlage des Infektionsschutzes. Die Themen Hygiene sowie Infektionsprävention und -kontrolle könnten hierfür als fester Bestandteil mit angemessenem Umfang zusätzlich in die medizinischen Ausbildungswege bzw. in das Medizinstudium integriert werden.

Die Inhalte und Curricula wären dafür zu standardisieren, um anschließend in der Praxis auf gleichem Wissensniveau gelebt zu werden. Insbesondere da Ärztinnen und Ärzte, die im vertragsärztlichen Bereich tätig werden, die Leitungsfunktion bspw. einer Praxis übernehmen und gemäß § 23 IfSG für die Einhaltung der geforderten Hygienemaßnahmen verantwortlich sind.

*Die **Aufgabe der Krankenhaushygiene bzw. der Hygiene in ambulanten Einrichtungen ist essenziell** und bedarf*

*(1) der **Sicherung einer strukturellen und personellen Voraussetzung** sowohl für die Krankenhaushygiene als auch die präventive Infektionsmedizin bspw. durch Antibiotic Stewardship als **Mindestanforderung an die Qualität der Krankenhausbehandlung und in der Verordnungsermächtigung**;*

*(2) eine **konsequente Überwachung und Anpassung der Umsetzung erforderlicher Hygienemaßnahmen** gemäß Infektionsschutzverordnung und damit die **kontinuierliche, korrekte Anwendung von Medizinprodukten**.*

Diese Maßnahmen können durch eine klar definierte Strategie nachhaltig sichergestellt werden. Eine solche Strategie verankert die Infektionsprävention und -kontrolle (*Infection Prevention and Control* – IPC), bestehend aus verbindlichen Hygienemaßnahmen und deren konsequenter Umsetzung, in Verbindung mit dem Antibiotic Stewardship (ABS) einheitlich in allen medizinischen Einrichtungen und sorgt für deren regelmäßige Anwendung.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist darauf hin, dass IPC-Interventionen nachweislich Krankenhausinfektionen und Antibiotikaresistenzen um 35-70 % reduzieren und gleichzeitig Kosten einsparen.[20] Damit unterstreicht sie die Rolle von IPC als tragende Säule einer hochwertigen, sicheren und effizienten medizinischen Versorgung.

2. Strategie zum Infektionsschutz

Für die Gewährleistung des Infektionsschutzes sind alle betroffenen Akteur:innen einzubinden. Dazu gehören Hygienefachkräfte sowie das die Maßnahmen ausführende Fachpersonal aus dem stationären wie auch ambulanten Bereich, Fachexpert:innen der Fachgesellschaften, ggf. aus Forschung und Entwicklung, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und der KRINKO des RKI.

Der Aufbau und die Umsetzung einer Strategie, die insbesondere sektorübergreifend angewendet werden sollte, ist zwingend zu begleiten und auch im Sinne einer IPC zu überprüfen. (Abb. 1)

Abb. 1 | Aufbau und Umsetzung einer Strategie zum Infektionsschutz



Quelle: Eigene Darstellung 2026

Durch Evaluation und Transparenz können die folgenden Ergebnisse geschaffen werden:

(1) Stärken des pflegerischen und medizinischen Personals durch strukturelles und personelles Sichern.

(2) Wissensvermittlung zur Umsetzung der Hygienemaßnahmen und damit der präventiven Infektionsmedizin.

(3) Das Verringern oder sogar Vermeiden von nosokomialen Infektionen um 35 – 70 %.

(4) Verkürzung oder sogar Vermeidung von (verlängerten) stationären Aufenthalten.

(5) Minimierung von Folgeschäden und damit Anschlussbehandlungen.

(6) Senkung von Gesundheitsausgaben.

Beispiel

Die Umsetzung der Krankenhausreform verfolgt das Ziel, die Ambulantisierung weiter voranzubringen. Für den Infektionsschutz bedeutet dies, dass auch während der strukturellen Veränderungen eine kontinuierliche Evaluation sowie ggf. eine Anpassung der bereits implementierten Hygienestrukturen und -maßnahmen erforderlich ist – und zwar sektorenübergreifend.

Durch den Wegfall des Hygienesonderprogramms Ende 2025[21] entsteht eine zusätzliche Unsicherheit in der Versorgung. Die Hygiene bzw. der Infektionsschutz soll ab Januar 2026 in den Landesbasisfallwert übernommen werden. Der endgültige Bundesbasisfallwert 2026 wird gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG bis zum 31. März 2026 berechnet und veröffentlicht.[22]

Das Streichen der ursprünglich vorgesehenen „Leistungsgruppe Infektiologie“ aus dem Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) spielt dabei eine große Rolle.[23] Am Beispiel dieser entfallenen Leistungsgruppe wird deutlich, wie notwendig es ist, Indikatoren zur Hygiene und zum Infektionsschutz in medizinischen Einrichtungen in allen derzeit 60 Leistungsgruppen zu verankern, mit dem folgenden Fokus:

- *eine adäquate strukturelle und personelle Ausstattung,*
- *die Sicherstellung von Strukturvorgaben zur Hygiene in Anlehnung an die Empfehlungen der KRINKO und*
- *Evaluationskonzepte zur Sicherung der Versorgungsqualität.*

Evaluationen sind essenziell, aber ohne Bürokratie zu fördern.

Dazu gehören die Überprüfung (eigener) vorliegender digitaler Tools, die zu Evaluationszwecken verwendet werden könn(t)en und ggf. die Zusammenführung von bereits etablierten digitalen Maßnahmen. Digitale Systeme sollten überprüft und ggf. zur Surveillance der Strukturvorgaben angepasst und modernisiert werden.

Implementierung einer Strategie

Diverse vorliegende Strategiepläne, etwa aus früheren Legislaturperioden, wurden veröffentlicht, „ruhen“ jedoch häufig aufgrund politischer Veränderungen wie Koalitionswechsel. So hat der ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ in seiner 11. Stellungnahme darauf hingewiesen, dass nosokomiale Infektionen im direkten Zusammenhang mit medizinischen und pflegerischen Maßnahmen stehen.[24] Hierin wird u. a. auf konservative Berechnungen für Deutschland verwiesen, nach denen die Kosten einer einzelnen Wundinfektion bei nahezu 15.000 € liegen.

Besonders betont wird der Bedarf an neuen Strategien zur Sicherstellung einer präzisen Infektionssurveillance, -prävention und –kontrolle.

Für die Entwicklung eines wirksamen Strategieplans ist daher zwingend darzustellen, wie diese Strategie nach ihrer Finalisierung praktisch umgesetzt werden soll. Dies kann durch folgende Elemente erfolgen:

Phase 1 | Konsolidierung der Rechtsgrundlagen, Festlegung von Mindeststandards und Indikatoren zur Durchführung der Hygienemaßnahmen und Überprüfung, Aufnahme der Infektionsprävention im Curriculum der Medizin usw.

Phase 2 | Konkretisierungen zur Personalüberprüfung und -aufbau, anpassen der Infrastrukturmaßnahmen und durch Schulungs-/Weiterbildungsmaßnahmen in medizinischen Einrichtungen sowie Surveillance-Tools.

Phase 3 | Rollout in stationären und ambulanten Einrichtungen, vorab vereinzelt als Pilotphase.

Phase 4 | Evaluation nach einem Jahr und für die ersten drei Jahre bzw. bis zur Bestätigung des gewünschten Outcomes

Fazit

Ohne effektive Strategien wird Deutschland nach Schätzungen der *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) für Infektionen durch zum Beispiel antibiotikaresistente Erreger jedes Jahr bis 2050 bis zu 144 Mio. € aufwenden müssen.[25] Die Mehrkosten entstehen u.a. durch direkte Krankheitskosten wie die hohe Mortalität, aber auch indirekt wie hohe Bettentage in stationären Einrichtungen.

Es braucht demnach eine klar definierte Strategie, die sich der Aufgabe der Stärkung des Infektionsschutzes annimmt und in Zeiten von Reformen, Krisen und für den Zivilschutz sämtliche Perspektiven auch dafür heranzieht.

Eine Strategie zum Infektionsschutz hilft das **Verringern** oder gar **Vermeiden** von

- (möglicher weiter steigender) Prävalenzen nosokomialer Infektionen,
- Antibiotikaresistenzen,
- Folgeschäden inkl. Folgebehandlungen,
- stationäre verlängerte Krankenhausaufenthalte und
- unnötige wachsende Behandlungskosten.

Der Infektionsschutz hat in Krisen- bzw. Kriegszeiten eine zusätzliche Gewichtung erhalten. Eine resiliente Betrachtung von sich verändernden globalen Umständen ist daher unerlässlich.

Nosokomiale Infektionen vermeiden durch klare Strukturen und Maßnahmen für eine sichere stationäre und ambulante Versorgung in Form von gesicherten Hygienemaßnahmen und der Optimierung von Antibiotikaeinsätzen.
Jeder Mensch hat das Recht, vor nosokomialen Infektionen geschützt zu werden.

Kontakt
Lena Richter
Referentin Referat Recht
richter@bvmed.de

Miriam Rohloff
Referentin der Geschäftsführung
rohloff@bvmed.de

BVMed
Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Georgenstraße 25, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - DW
www.bvmed.de

Literaturverzeichnis

[1] RKI (2020). *Erfahrungsbericht aus einem Klinikum der Maximalversorgung.* In: Epidemiologisches Bulletin, Technisches Feedback System verbessert die Händehygiene und reduziert die Anzahl durch MRE verursachte nosokomiale Infektionen. (abgerufen am 16.02.2026: https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Epidemiologisches-Bulletin/2020/05_20.pdf?__blob=publicationFile&v=3). (S. 3)

[2] DSG (Deutsche Sepsis-Gesellschaft), DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin), DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin et al. (2025). [AWMF-Register-Nr.: 079-001] *S3-Leitlinie: Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge – Update 2025*. *Langfassung*. Version: 4.0, Stand: 30.04.2025. (abgerufen am 16.02.2026: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/079-001). (S. 129)

[3] Balasubramanian, R. et al. (2023). *Global incidence in hospital-associated infections resistant to antibiotics: An analysis of point prevalence surveys from 99 countries*. (abgerufen am 16.02.2026: DOI: 10.1371/journal.pmed.1004178). (S. 7)

[4] Meštrović, T. et al. (2025). *Antimicrobial resistance burden landscape in Germany in 2019: a comparative country-level estimation*. (abgerufen am 16.02.2026: DOI: 10.1093/jacamr/dlaf142)

[5] WHO (2022). *Global report on infection prevention and control*. (abgerufen am 16.02.2026: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/af40baee-3ab1-423d-a3d4-3bca91c888a6/content). (S. 15)

[6] DGKH, DGHM, GHUP, PEG (2025), *Behandlungsqualität braucht präventive Infektionsmedizin als Dreiklang von Hygiene, Medizinischer Mikrobiologie und Antibiotic Stewardship!,* (abgerufen am 16.02.2026: https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2025_01_28_Stellungnahme_praeventive_Infektionsmedizin_DGKH_DGHM_GHUP_PEG.pdf)

[7] NRZ (2022). *Deutsche Nationale Punkt-Prävalenzstudie zu nosokomialen Infektionen und Antibiotika-Anwendung 2022 Abschlussbericht*, (abgerufen am 16.02.2026: https://www.nrz-hygiene.de/files/Projekte/PPS%202022/PPS_2022_Abschlussbericht_Final_Upload.pdf). (S.3)

[8] IfSG (2026). *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen* (Infektionsschutzgesetz - IfSG) (abgerufen am 16.02.2026: https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/inhalts_bersicht.html)

[9] RKI (2026). *Krankenhaushygiene*. (abgerufen am 16.02.2026: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Krankenhaushygiene/krankenhaushygiene-node.html)

[10] RKI (2026). *Antibiotikaresistenz*. (abgerufen am 16.02.2026: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Antibiotikaresistenz/antibiotikaresistenz-node.html)

[11] WHO (2026). Five moments for hand hygiene (abgerufen am 16.02.2026: https://www.who.int/publications/m/item/five-moments-for-hand-hygiene)

[12] KRINKO (2026). *Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe*. (abgerufen am 16.02.2026: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Krankenhaushygiene/KRINKO/Empfehlungen-der-KRINKO/empfehlungen-der-krinko-node.html)

[13] § 23 IfSG (2026). *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) § 23 Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder*. (abgerufen am 16.02.2026: https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/__23.html)

[14] KRINKO (2023). *Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut*. Bundesgesundheitsbl 2023 66:332–351. Springer-Verlag GmbH Deutschland. (abgerufen am 16.02.2026: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Krankenhaushygiene/KRINKO/Empfehlungen-der-KRINKO/Hygienefachpersonal-Hygienebeauftragte/Downloads/Rili_Hygmanagement.pdf?__blob=publicationFile&v=1) (S. 334)

[15] IfSG (2026). *Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) § 36 Infektionsschutz bei bestimmten Einrichtungen, Unternehmen und Personen; Verordnungsermächtigung* (abgerufen am 16.02.2026: https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/__36.html)

[16] Ostwald D. et al. (2010). *Gesundheitswesen. Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030* (abgerufen am 16.02.2026: https://www.wifor.com/uploads/2020/05/Ostwald-2010-Fachkräftemangel-Stationärer-und-ambulanter-Berei.pdf). S. 5

[17] Schwadtke, L. et al. (2014). *Compliance with hand hygiene guidelines on intensive care units at a university medical centre with surgical focus*. Dtsch Med Wochenschr 2014; 139(25/26): 1341-1345. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart. (abgerufen am 16.02.2026: DOI: 10.1055/s-0034-1370143)

[18] Sedgwick, P. (2015). *Understanding the Hawthorne effect*. BMJ 2015; 351 (abgerufen am 16.02.2026: doi: https://doi.org/10.1136/bmj.h4672)

[19] DESTATIS (2024). *Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt*. Pressemitteilung Nr. 033 vom 24. Januar 2024. Statistisches Bundesamt. (abgerufen am 16.02.2026: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html)

[20] WHO (2026). *The role of IPC and hand hygiene In: Key facts and figures; High-level messaging on the HAI and AMR burden* (abgerufen am 16.02.2026: https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/key-facts-and-figures)

[21] GKV-SV (2026). *Hygienesonderprogramm*. (abgerufen am 16.02.2026: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/hygienesonderprogramm/kh_hygienesonderprogramm.jsp)

[22] KHEntgG (2026). *§ 10 Absatz 9.* Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) § 10 Vereinbarung auf Landesebene (abgerufen am 16.02.2026: https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/__10.html)

[23] Deutscher Bundestag (2025). *Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformanpassungsgesetz – KHAG).* Drucksache 21/2512. (abgerufen am 16.02.2026: https://dserver.bundestag.de/btd/21/025/2102512.pdf). (S. 97)

[24] ExpertInnenrat „Gesundheit und Resilienz“ der Bundesregierung (2025). *11. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“. Stärkung der Resilienz durch Impfen und Hygiene*. (abgerufen am 16.02.2026: https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2334074/a73b9832bdec933487a3e5a7ce49feae/2025-02-10-11-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf?download=1). (S. 3 + 4)

[25] OECD-WHO (2022). *OECD-WHO Briefing Paper on Infection Prevention and Control. Addressing the Burden of Infections and antimicrobial Resistance associated with health care. Focus on G7 Countries*. (abgerufen am 16.02.2026: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/antimicrobial-resistance-and-pandemics/addressing-burden-of-infections-and-amr-associated-with-health-care.pdf)