



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

## Ergänzung zur Stellungnahme der DGKH zur KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“, Bundesgesundheitsbl 3-2023

Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/ Rehabilitation“

Berlin, 12.11.2024

Bereits im Mai 2023 hat sich die DGKH mit einer Stellungnahme<sup>1</sup> kritisch zu der KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“<sup>2</sup> geäußert und um eine Überprüfung der Empfehlung gebeten. Diese Aufforderung soll mit der folgenden Ergänzung wiederholt und um einen neuen bisher nicht im Fokus stehenden Aspekt erweitert werden.

In besagter Empfehlung hat die KRINKO erstmalig und ohne Evidenz eine Definition für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, vorgenommen.

Laut dieser Definition versteht die KRINKO Einrichtungen, in denen Patienten

- eine Art intensivmedizinische Betreuung erfordern (z.B. beatmet werden müssen) und/oder
- mit invasiven Techniken versorgt werden müssen (z.B. Legen von zentralen Venenkathetern) und/oder
- operativ behandelt werden und/oder
- eine systemische antineoplastische Therapie (Chemotherapie) erhalten,

als mit Krankenhäusern vergleichbar.

Die KRINKO äußert zu „allen anderen Rehabilitationseinrichtungen und akuten medizinischen Bereichen der Psychosomatik“ die Auffassung, dass „das Infektionsrisiko als in der Regel sehr niedrig einzustufen“ ist.

Dies hat in der Praxis dazu geführt, dass Einrichtungen ohne das o.g. Versorgungsspektrum von den in §23 IfSG Absatz 4 und 8<sup>3</sup> genannten gesetzlichen Verpflichtungen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen entbunden sind. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen keine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, werden im Infektionsschutzgesetz nicht gesondert adressiert. Sie fallen unter die in §36 IfSG<sup>3</sup> genannten bestimmten Einrichtungen wie z.B. Kindertageseinrichtungen, Schulen, Ferienlager und Obdachlosenunterkünfte. Diese Einrichtungen müssen lediglich innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Infektionshygiene festlegen und der Meldepflicht nach §6 IfSG nachgekommen. Eine Überwachung erfolgt durch das Gesundheitsamt.

Aus Sicht der DGKH ist die Gleichstellung der Rehabilitation mit o.g. Einrichtungen nicht korrekt. Es handelt sich

**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

1 Hygiene & Medizin 2023; 48(6): 142-143.

2 Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:332-351. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03647-3>  
© Springer-Verlag GmbH Deutschland

3 Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 8v des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist.

um nicht vergleichbare Leistungserbringer mit nicht vergleichbaren Adressaten und Risikoprofilen. Gemäß §42 Absatz 2 SGB IX<sup>4</sup> umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation neben Hilfen zur Unterstützung bei Krankheits- und Behinderungsverarbeitung – auch und in erster Position benannt – vor allem Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe inklusive der Verordnung und Applikation von Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger Heilmittel mit dem Ziel, beeinträchtigte oder verlorengegangene körperliche beziehungsweise organbezogene Funktionen und Fähigkeiten wiederherzustellen oder zu kompensieren. Damit soll vor allem erreicht werden, dass das vorzeitige Ausscheiden aus dem Berufsleben verhindert wird. Untersuchungen haben ergeben, dass etwa zwei Drittel der Versicherten nach einer medizinischen Rehabilitation wieder lückenlos erwerbstätig waren<sup>5,6</sup>.

Als Anschlussheilbehandlung (AHB) erfolgt eine Rehabilitation bei bestehender Rehabilitationsfähigkeit innerhalb von 14 Tagen nach akuten oder geplanten stationären Krankenhausaufenthalten mit oder ohne operativen Eingriff (s. Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung<sup>7</sup>). Oftmals ist zu diesem Zeitpunkt die postoperative Wundheilung noch nicht abgeschlossen oder gar verzögert. Entsprechend sind alle Maßnahmen zur Prävention einer postoperativen Wundinfektion oder der Fortsetzung ihrer Therapie, inklusive der systematischen Erfassung, unverändert wie im Krankenhaus fortzuführen.

Auch in Einrichtungen, die AHB-Verfahren nicht durchführen, gibt es hygienische Herausforderungen, denn auch dort findet eine gemeinsame Unterbringung von Patientinnen und Patienten und deren medizinische Behandlung statt. Dabei liegt der Schwerpunkt naturgemäß weniger im Bereich der Vermeidung Device-assoziiertes oder postoperativer nosokomialer Infektionen, da Devices hier eher selten zur Anwendung kommen und auch postope-

orative Patienten eher selten sind. Die Herausforderung für die Hygiene liegt in der Vermeidung von Fällen, Übertragungen und Ausbrüchen übertragbarer Erkrankungen wie Akuten Atemwegserkrankungen (z.B. Covid-19, Influenza, RSV), Gastroenteritiden (z.B. Norovirus-Infektion), aber auch seltener Infektionen wie Windpocken, Masern oder invasiven Gruppe-A-Streptokokken-Infektionen sowie Parasiten (z.B. Skabies). Dies ist in Einrichtungen mit kranken und immunsupprimierten Personen von hoher Bedeutung. Aber auch für Nicht-immunsupprimierte Patienten können Infektionserkrankungen den Rehabilitationserfolg gefährden. Daher ist die Vermeidung, Erkennung und das Management von Infektionserkrankungen auch unter volkswirtschaftlichen Aspekten essenziell.

Um die Epidemiologie dieser Erkrankungen günstig zu beeinflussen und nosokomiale Übertragungen und Ausbrüche zu vermeiden, bedarf es einer sorgfältigen Basishygiene unter Einbeziehung der Patienten und Begleitpersonen, einer Vigilanz für Symptome übertragbarer Erkrankungen und einer unverzüglichen und angemessenen wirksamen Reaktion. Dies wiederum setzt Struktur- und Prozessparameter und Ergebniskontrollen, wie in §23 IfSG gefordert, voraus.

Ein wichtiger Aspekt ist dabei auch und gerade der oft intensive Einsatz von Medizinprodukten und damit vergleichbarer Geräte. Dies stellt hohe Anforderungen an die Aufbereitung und Medizinproduktesicherheit.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass bei der Definition, was krankenhausvergleichbare Leistungen sind, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen als ein wichtiger Sektor des Gesundheitssystems vergessen wurden. Als ärztlich und pflegerisch geführte Einrichtungen mit einem klaren Behandlungsauftrag sind sie keinesfalls mit Kindertageseinrichtungen, Ferienlagern oder Obdachlosenunterkünften vergleichbar. Zudem wird die Empfeh-

lung dem hohen Spezialisierungsgrad der Rehabilitation nicht gerecht. Daher wundert es nicht, dass die KRINKO keine Belege für ihre Einstufung vorlegen konnte.

Die Folgen der Empfehlung können aber gravierend sein: Mühsam aufgebaute adäquate infektionspräventive Strukturen und Maßnahmen wurden und werden abgebaut. Dies führt in der Summe dazu, dass Rehabilitationsziele verzögert, unvollständig oder nicht erreicht werden und unabsehbare volkswirtschaftliche Folgekosten entstehen. Auch dass es in Rehakliniken immer wieder Legionellenausbrüche gab und gibt, zeigt, wie wichtig vulnerable Patienten hier behandelt werden und wie wichtig eine adäquate hygienische Betreuung ist.

Die DGKH sieht daher Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich unter den §23 IfSG fallend. Der sich daraus ergebende Bedarf für Hygienefachpersonal sollte sich am konkreten Profil der Einrichtungen orientieren. Die Tabelle 8 der Empfehlung und insbesondere die Spalte „Niedriges Risiko“ sind hierbei hilfreich.

Zudem bitten wir die Kommissionsmitglieder erneut um die Überprüfung der Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ unter Einbezug der bisherigen Kommentierungen und Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeine und Krankenhaus-Hygiene (DGKH).

4 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 22. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 412) geändert worden ist.

5 Fauser D, Wienert J, Beinert T, Biester I, Krüger H-U, Presl A, Schmielau J, Bethge M. Work-related medical rehabilitation in cancer patients - post rehabilitation results from a cluster-randomized multicenter-trial. *Cancer* 2019; 125:2666-2674.

6 Haaf HG. Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation* 2005; 44: e1-e20.

7 [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_fuer\\_aerzte/ahb\\_indikationskatalog.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/ahb_indikationskatalog.html); Zugriff am 20.06.2024