Indikationsgerechte Nutzung von Schutzkitteln im Gesundheitswesen

Stellungnahme der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI)

Die Ausführungen in dieser Stellungnahme dienen ausschließlich zur Unterrichtung der Öffentlichkeit, von Fachkreisen und der obersten Landesgesundheitsbehörden und stellen keine Empfehlung der KRINKO im Sinne des § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) dar.

Allgemeine Anmerkung: Grundsätzlich sind in diesem Dokument bei allen Berufs- bzw. Gruppenbezeichnungen immer alle Geschlechter gemeint.

1. Hintergrund

Einrichtungen des Gesundheitswesens tragen erheblich zu den weltweiten Treibhausgasemissionen bei[1] und sind für ein hohes Abfallaufkommen verantwortlich.[2] Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht im Gesundheitssektor großes Potenzial, durch nachhaltigere Strukturen und Prozesse aktiv zum Umwelt- und Klimaschutz beizutragen.[3] Ziel dieser Stellungnahme ist es, das Optimierungspotenzial mit Blick auf die indikationsgerechte Verwendung von Schutzkitteln in Gesundheitseinrichtungen zu betrachten. Die Herausforderung liegt darin, die bestmögliche Verhältnismäßigkeit zwischen hygienisch optimaler Versorgung von Patientinnen und Patienten inklusive Eigenschutz der Beschäftigten und einem nachhaltigen Handeln zu finden.

CAVE: Die Indikationen für das Tragen von Berufskleidung (z. B. Arztkittel), Funktions-/Bereichskleidung wie sterile Schutzkittel sowie sonstiger Schutzkleidung wie Schürzen, Schutzoveralls sind nicht Gegenstand dieser Stellungnahme. Auch Schutzkleidung, die bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf/Erkrankungen mit besonders hoher Konsequenz (engl.: *high consequence infectious diseases*; [HCID]) getragen wird sowie die Schutzkleidung, die beim Umgang mit Wirkstoffen mit kanzerogenen, mutagenen, reproduktionstoxischen (CMR) Eigenschaften (z. B. Zytostatika) getragen wird, sind nicht Teil dieser Stellungnahme.

Die Verwendung von Schutzkitteln wird in verschiedenen Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) thematisiert.[4–8] Schutzkittel dienen dem Schutz der Arbeits- oder Privatkleidung (bei Beschäftigten, Patientinnen und Patienten, Menschen mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, An- und Zugehörigen, Besuchenden) vor Kontamination mit potenziellen Infektionserregern und schützen dadurch die Beschäftigten direkt oder andere Personen, insbesondere Patientinnen und Patienten indirekt, indem einer Erregerverbreitung vorgebeugt wird.[9,10]

Im Gesundheitswesen sind Schutzkittel in vielen Situationen ein wichtiger Bestandteil der persönlichen Schutzausrüstung (PSA).

Konkrete Verbrauchszahlen für Schutzkittel hängen von der jeweiligen Einrichtungsgröße sowie -ausrichtung ab und sind öffentlich schwer zugänglich. Meist wird der Verbrauch von Schutzkitteln nicht separat aufgelistet, sondern es wird nur übergeordnet von „PSA“ gesprochen. Zudem werden Schutzkittel mit unterschiedlichen Anwendungsbereichen nicht regelhaft getrennt ausgewiesen. Übersichten über das Marktvolumen differenzieren i. d. R. nicht zwischen verschiedenen Arten von Schutzkleidung bzw. PSA verschiedener Branchen (z. B. Gesundheitssektor, lebensmittelverarbeitende Industrie, Fertigungsindustrie), so dass diese nicht eindeutig für das Gesundheitswesen interpretierbar sind.[11,12]

Für eine sichere Infektionsprävention und -kontrolle bei minimalem Ressourcenverbrauch müssen die Indikationen für Schutzkittel klar definiert sein. Wie schon in dem Kommentar der KRINKO zum indikationsgerechten Einsatz medizinischer Einmalhandschuhe[13] bzw. in der Stellungnahme zur indikationsgerechten Verwendung eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes (MNS) im Gesundheitswesen[14] dargestellt, können analog durch strikt indikationsgerechte Verwendung von Schutzkitteln wichtige Optionen zum Einsparen von Ressourcen aufgezeigt werden.

2. Definition von Schutzkitteln

Die Vielfalt der auf dem Markt erhältlichen Produkte erschwert eine eindeutige Definition des Begriffs „Schutzkittel". **In dieser Stellungnahme werden Schutzkittel nur im infektionspräventiven humanmedizinischen Kontext betrachtet.**

Schutzkittel sind nach der EU-Verordnung 2017/745 als Medizinprodukte der Klasse I (nicht-invasive Produkte) einzustufen.[15] Schutzkittel, die als PSA im Gesundheitswesen verwendet werden, unterliegen zusätzlich der EU-Verordnung 2016/425 über PSA, die Anforderungen an die Herstellung von PSA vorgibt, um den Schutz der Gesundheit und der Sicherheit der Nutzenden zu gewährleisten.[16] Unter anderem ist hier neben einer herstellerseitigen CE-Kennzeichnungspflicht und einer EU-Konformitätserklärung auch eine Risikokategorisierung (Kategorie I: gegen geringfügige Risiken, Kategorien II und III: gegen Risiken mit möglicherweise schwerwiegenderen Folgen) vorgesehen. Dabei beziehen sich viele Aspekte des Schutzes nicht auf den in dieser Stellungnahme relevanten Anwendungsbereich.

Die aktuelle Norm DIN EN 14126:2004-01 enthält neben mechanischen und chemischen Anforderungen an das verwendete Material auch Leistungsanforderungen und damit verbunden verschiedene Prüfverfahren für Schutzkleidung gegen Infektionserreger[17] (berichtigt durch DIN EN 14126 1:2005-02[18]). Zudem werden verschiedene Leistungsanforderungen beispielsweise an Nähte und Verbindungselemente gestellt.

Demnach muss Schutzkleidung gegen Infektionserreger auch die Anforderungen der Norm DIN EN ISO 13688:2022-04[19] (ersetzt DIN EN 340) erfüllen, welche beispielsweise Leistungsanforderungen an die Ergonomie, Unschädlichkeit, Größenbezeichnungen und Kennzeichnung von Schutzkleidung beinhaltet.[19] Darüber hinaus müssen Anforderungen der jeweils einschlägigen Norm für chemische Schutzkleidung (siehe Tabelle 5[17]) erfüllt werden, nach der Schutzkleidung in verschiedene Typen Typ 1 („gasdicht") über Typ 3 („flüssigkeitsdicht") bis hin zu Typ 6 („eingeschränkt flüssigkeitsdicht") eingeteilt wird. Schutzkittel, die die Anforderung der DIN EN 14126[17] erfüllen, müssen unter Angabe von gültiger EU-Norm und Schutzkleidungstyp (z. B. Typ 3-B) mit einem Piktogramm für biologische Gefährdung gekennzeichnet werden.

Einheitliche Vorgaben für eine eindeutige Einteilung/Definition von Schutzkitteln sind in Deutschland nicht verfügbar. Ebenso wenig existieren konsentierte Vorgaben aus den Bereichen Infektionsprävention und Arbeitsschutz, welche konkreten Schutzkittel in der jeweiligen medizinischen und pflegerischen Versorgung getragen werden sollten. Aus den gesetzlichen Vorgaben bzw. dem Stand der Technik ist ersichtlich, dass Schutzkittel, die die höchsten Leistungsanforderungen erfüllen, auch mit höherem Materialaufwand hergestellt und verarbeitet werden. Hier können medizinische Einrichtungen über konkrete Gefährdungsbeurteilungen sorgfältig abwägen, welche Schutzkittel das erforderliche Schutzziel angemessen erfüllen.

3. Ökobilanz

Detailliert aufgeschlüsselte Verbrauchszahlen zu Schutzkitteln sind schwer zugänglich und oftmals auch in Nachhaltigkeitsberichten medizinischer Einrichtungen nicht enthalten.

Eine nicht-repräsentative Zusammenstellung (persönliche Kommunikation) von 39 Kliniken (Grund-/Regel- bis Maximalversorger, Fach- und Spezialkliniken) ergab ein Verbrauchsvolumen von nicht steril verpackten Einwegschutzkitteln von 1.368.370 Stück für das Jahr 2025 bei 1.324.078 versorgten Akut-, Teilstationär-, Ambulant- und Hybridfällen.

Hochgerechnet bedeutet dies ein Abfallaufkommen von ca. 246 t (Annahme: ca. 180 g/Schutzkittel).

Das Fehlen umfassender Verbrauchszahlen erschwert eine vollständige Ökobilanzierung (engl.: *life cycle assessment* [LCA]). **Grundsätzlich liegt das größte Einsparpotenzial in der strikt indikationsgerechten Nutzung von Schutzkitteln.** Weitere Einsparpotenziale sind nicht pauschal festlegbar. In die jeweilige Ökobilanz einzelner Schutzkittelvarianten gehen auch verschiedene prozessuale Faktoren ein. So schlägt sich beispielsweise das Bereitstellen steriler Schutzkittel mit einem erheblichen Mehrbedarf an Ressourcen bei der Herstellung und konsekutiv auch einem höheren Abfallaufkommen nieder.

4. Indikationsgerechter Einsatz von Schutzkitteln

Schutzkittel werden als Teil einer umfassenden Strategie zur Vermeidung der Übertragung von Infektionserregern und zur Reduktion von Infektionen aus der Perspektive von Patientenschutz, Beschäftigtenschutz und ggf. Schutz von An- und Zugehörigen verwendet. Die Schutzwirkung vor Erregertransmission setzt nicht nur den Einsatz, sondern insbesondere den adäquaten Umgang mit potenziell kontaminierten Schutzkitteln voraus. Kontaminationsraten von Schutzkitteln im Gesundheitswesen bestehen in Abhängigkeit von Material (z. B. Baumwolle, Polyester, Plastik), Design (z. B. kurz- vs. langärmelig) und Einsatzbereich, was das Erfordernis eines indikationsgerechten Einsatzes unterstreicht.[20]

Jeder Einsatz von Schutzkitteln erfordert eine begründete Indikation. Dafür müssen klare Standards definiert sein. Beispiele für entsprechende Indikationen mit Gegenüberstellung von Situationen, die keine Indikationen darstellen, sollen exemplarisch dabei unterstützen, die eigenen Standards zu überprüfen. Für eine optimierte Umsetzung sind fokussierte, iterative Schulungen und Trainings sowie enge Kommunikation und Kooperation mit dem einrichtungsinternen Beschaffungswesen essenziell.

Abschätzungen zur Notwendigkeit besonderer Qualitäts-/Materialanforderungen, wie z. B. Sterilität oder Flüssigkeitsdichtigkeit, sind einzuschließen.

Für Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen besteht aus infektionspräventiver Sicht keine grundsätzliche Indikation zum Tragen eines Schutzkittels.

Beispiele für Situationen, in denen eine grundsätzliche Indikation zum Tragen eines Schutzkittels besteht:

I) Für Beschäftigte

1) Zum Fremdschutz bei Schutzisolierung (früher: Umkehrisolierung):
Patientenbezogen bei bestimmten besonders gefährdeten Patientengruppen bei unmittelbarer Tätigkeit im Patientenzimmer, z. B. bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer Immunsuppression/-defizienz (Risikogruppe 3 nach[21]) unter entsprechender Schutzisolierung oder bei der Versorgung von Schwerstbrandverletzten.

2) Zum Eigenschutz:
Tätigkeitsbezogen bei zu erwartender hoher Wahrscheinlichkeit der Exposition gegenüber Blut, Sekreten, Ausscheidungen, z. B. bei endoskopischen Eingriffen, beim Absaugen, bei Geburten, bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Polytrauma/massiver Blutung.[5]

3) Zum Schutz vor Transmission:

a) Bei direkten Kontakten zu Personen mit Kolonisation/Infektion mit (multi-)resistenten Erregern, z. B. mit Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen (MRSA)[7], mit multiresistenten gramnegativen Bakterien mit Resistenz gegen vier von vier Antibiotikagruppen (4MRGN)[6], Noroviren[5] oder *Clostridioides difficile*.[5,22]
b) Bei der Nahfeldversorgung von Personen mit Infektionen, die über respiratorische Partikel (Tröpfchen) übertragen werden, wie z. B. Influenza.[5]
c) In Abhängigkeit vom Übertragungsweg bei epi- oder pandemischem Auftreten bestimmter Erreger, bei denen – temporär – ein Tragen von Schutzkitteln auch universell in bestimmten Situationen, Bereichen oder bei bestimmten Patientengruppen empfohlen wird.

4) Nach Gefährdungsbeurteilung des Erregers[23] unter Berücksichtigung der jeweiligen Situation der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner, der Tätigkeit bzw. Arbeitssituation.[9]

II) Für Externe (z. B. An- und Zugehörige, Besuchende, Handwerker)

1) Zum Fremdschutz:
Bei Besuch von/Kontakt zu bestimmten besonders gefährdeten Patientengruppen, z. B. Schwerstbrandverletzte, bei Pflege und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit sehr schwerer Immunsuppression/-defizienz (Risikogruppe 3 nach[21]) unter Schutzisolierung.

2) Zum Schutz vor Transmission bzw. Infektion:
Externe, die sich an der Pflege und Versorgung von Patientinnen und Patienten beteiligen, erhalten die gleiche PSA wie das Personal. Eine Kolonisation/Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE) stellt nicht in jedem Fall eine Indikation für das Tragen von Schutzkitteln für Externe dar. Das Erfordernis für das Tragen durch Externe erfolgt nach Gefährdungsbeurteilung der Situation (z. B. erregerabhängig, unter Berücksichtigung des häuslichen Umfelds wie der Pflege vulnerabler Personen).

5. Maßnahmen und Strategien

5.1 Reduktion des Gebrauchs von Schutzkitteln durch strikt indikationsgerechten Einsatz

Grundsätzlich gilt: Die Verwendung eines Schutzkittels bedarf immer einer Indikation.[4,5] Der Verzicht auf den nicht indikationsgerechten Einsatz führt zur Einsparung materieller und zeitlicher Ressourcen (besserer Arbeitsfluss) und ist somit die vorrangigste Nachhaltigkeitsintervention („*Reduce!*“).

Beispiele für Situationen, in denen üblicherweise keine grundsätzliche Indikation zum Tragen eines Schutzkittels besteht:

I) Für Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen

Es besteht für diese Personengruppen aus infektionspräventiver Sicht keine grundsätzliche Indikation zum Tragen eines Schutzkittels; auch nicht

- bei Kolonisation/Infektion, z. B. mit MRGN, Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) innerhalb/außerhalb des eigenen Zimmers.
- bei blut- und sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten.

II) Für Beschäftigte

Patienten- bzw. bewohnerbezogen:

- Bei Personen mit Pneumonie, Exazerbation bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung etc.
- Bei Personen mit schwerer Infektion wie Protheseninfektion oder infizierten Wunden.
- Bei Personen mit durch Blut übertragbaren Virusinfektionen.
- Bei Personen mit Infektionskrankheiten, die im klinischen Alltag nicht von Mensch zu Mensch übertragbar sind[5], wie z. B. Aspergillose, Legionellose, Borreliose, Denguefieber, Malaria, Brucellose, Hantavirus- (außer Andesvirus-) Infektion.
- Bei adäquat antibiotisch behandelten Personen mit Gruppe-A-Streptokokken-Infektion (*Streptococcus pyogenes*, z. B. Scharlach), Pertussis nach Entisolierung vor Beendigung der Therapie.
- Bei entisolierten Personen, bei denen während der Symptomatik eine Indikation zum Tragen von Schutzkitteln vorlag, z. B. nach 48 Stunden Symptomfreiheit nach *C.-difficile*-Infektion oder Norovirus-bedingter Diarrhö.

Tätigkeits- oder bereichsbezogen:

- In bestimmten Bereichen oder Stationen (z. B. Intensivstation, Küche, Neonatologie[24], Apotheke).
- Beim Verteilen von Essen o. ä.
- Im Isolierzimmer ohne direkten Kontakt zur Patientin/zum Patienten und seiner Umgebung.
- Bei Tätigkeiten mit zu erwartender hoher Wahrscheinlichkeit der Exposition gegenüber Blut, Sekreten, Ausscheidungen kann auf Basis der Gefährdungsbeurteilung geprüft werden, ob bei reiner Assistenz ohne direkten Patientenkontakt auf das Tragen eines Schutzkittels verzichtet werden kann.

III) Für Externe (z. B. An- und Zugehörige, Besuchende, Handwerker)

- Bei Besuch.
- Bei Betreten eines spezifischen Bereichs, wie z. B. Intensivstation, Neonatologie.

5.2 Einweg- vs. Mehrwegschutzkittel

Werden Einweg- vs. Mehrwegtextilien gegenübergestellt, so handelt es sich oftmals unspezifisch um im Operationsbereich eingesetzte Textilien.[25–27] Selten werden explizit nur nichtsterile Einweg- vs. Mehrwegschutzkittel miteinander verglichen (z. B. [28]). Hierbei hängen die Bewertungen stark von der Komponente des Transportes, also beispielsweise von lokalen Aufbereitungsmöglichkeiten, ab. Vergleiche mit vollständigem LCA, die auch soziale Komponenten in Bezug auf die Produktion einbeziehen, existieren derzeit noch nicht für Schutzkittel. Daher lassen sich bisher keine validen Aussagen ableiten, ob Einweg- oder Mehrwegschutzkittel zu bevorzugen sind.

6. Ausblick

Grundsätzlich liegt in der kritischen und iterativen Reevaluation des Schutzkitteleinsatzes das größte Potenzial, die Umweltbelastung zu verringern. Dies setzt eine Änderung z. T. intuitiver und etablierter Traditionen voraus. Neben einem interdisziplinären Ansatz und Schulungsinhalten kann hier auf das aktive Engagement vieler interessierter Beschäftigter, psychologische Interventionsansätze und Vorbildverhalten gesetzt werden. Die kritische Bewertung aktueller Verhaltensweisen wird nicht nur durch die Arbeitsgruppe zur Prävention nosokomialer Infektionen der European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) als erforderlich betrachtet.[29] Ebenso erklärt der Expertenrat „Resilienz und Gesundheit", dass das Potenzial des Gesundheitssystems nicht nur Teil des Problems, sondern auch Teil der Lösung sei.[30] Nur additiv kann aktuell auf innovative Materialien, neue Vorgaben für die Entsorgung und neue Techniken gesetzt werden.

Literatur

1 Karliner J, Slotterback S, Boyd R *et al.*: Health care's climate footprint. How the health care sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. Health Care Without Harm (HCWH), ARUP; 2019. https://noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf [Abrufdatum: 07.09.2026]

2 Patrício Silva AL, Prata JC, Duarte AC *et al.*: An urgent call to think globally and act locally on landfill disposable plastics under and after covid-19 pandemic: Pollution prevention and technological (Bio) remediation solutions. Chem Eng J 2021;426:131201. DOI: 10.1016/j.cej.2021.131201

3 World Health Organization (WHO): Factsheets Climate Change and Health. 2023. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health [Abrufdatum: 07.09.2026]

4 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten. Bundesgesundheitsbl 2015;58(10):1151–1170. DOI: 10.1007/s00103-015-2234-2

5 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Integration von SARS-CoV-2 als Erreger von Infektionen in der endemischen Situation in die Empfehlungen der KRINKO „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten". Bundesgesundheitsbl 2023;66(11):1279–1301. DOI: 10.1007/s00103-023-03776-3

6 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Bundesgesundheitsbl 2012;55(10):1311–1354. DOI: 10.1007/s00103-012-1549-5

7 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsbl 2014;57(6):696–732. DOI: 10.1007/s00103-014-1980-x

8 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Hygienemaßnahmen zur Prävention der Infektion durch Enterokokken mit speziellen Antibiotikaresistenzen. Bundesgesundheitsbl 2018;61(10):1310–1361. DOI: 10.1007/s00103-018-2811-2

9 TRBA 250: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. GMBl Nr. 34-37 vom 10.11.2025, 1. Änderung vom 14.11.2025, GMBl Nr. 38

10 DGKH-Sektion Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation: Schutzkittel bei medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten sowie bei Barrieremaßnahmen und Isolierungen. Hyg Med 2015;(40):59–60.

11 Fortune Business Insights: Marktgröße, Anteil und Branchenanalyse für Schutzkleidung, nach Produkt (Einweg und langlebig), nach Anwendung (flammhemmende Bekleidung, Chemikalienschutzkleidung {Strahlenschutz, Feinstaub und andere}, Reinraumkleidung, mechanische Schutzkleidung und andere), nach Endverwendung (Pharma, Öl und Gas, Chemie, Feuerwehr und andere) und regionale Prognose, 2024–2032. 2025. https://www.fortunebusinessinsights.com/de/markt-f-r-schutzkleidung-102707 [Abrufdatum: 07.09.2026]

12 Fortune Business Insights: Persönliche Schutzausrüstung (PSA) Marktgröße, Marktanteil und Branchenanalyse, nach Produkt (Handschutz, Augen- und Gesichtsschutz (Schutzbrillen, Schutzbrillen, Schweißerschutz, Gesichtsschutz und Kopfbedeckungen), Gehörschutz (Ohrstöpsel, Ohrenschützer und Hörbänder), Schutzkleidung, Atemschutz (Luftreinigungs-Atemschutzgeräte (APR) und Atemschutzgeräte mit Luftzufuhr), Schutzschuhe, Absturzsicherung und Kopfschutz), nach Endverbrauchsindustrie (Fertigung, Baugewerbe, Automobil, Öl und Gas, Gesundheitswesen, Lebensmittel, Chemie und Transport) und regionale Prognose, 2026–2034. 2025. https://www.fortunebusinessinsights.com/de/markt-f-r-pers-nliche-schutzausr-stung-psa--102015 [Abrufdatum: 07.09.2026]

13 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Kommentar der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zum indikationsgerechten Einsatz medizinischer Einmalhandschuhe im Gesundheitswesen. Epid Bull 2024;10:3-15. DOI: 10.25646/11984

14 Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO): Indikationsgerechte Verwendung eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes (MNS) im Gesundheitswesen – Stellungnahme der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Epid Bull 2026;1:3-7.

15 Verordnung (EU) 2017/745 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. April 2017 über Medizinprodukte, zur Änderung der Richtlinie 2001/83/EG, der Verordnung (EG) Nr. 178/2002 und der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009 und zur Aufhebung der Richtlinien 90/385/EWG und 93/42/EWG des Rates (Text von Bedeutung für den EWR)

16 Verordnung (EU) 2016/425 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2016 über persönliche Schutzausrüstungen und zur Aufhebung der Richtlinie 89/686/EWG des Rates (Text von Bedeutung für den EWR)

17 DIN EN 14126:2004-01 Schutzkleidung – Leistungsanforderungen und Prüfverfahren für Schutzkleidung gegen Infektionserreger; Deutsche Fassung EN 14126:2003. DIN Media: Berlin

18 DIN EN 14126 Berichtigung 1:2005-02 Berichtigungen zu DIN EN 14126:2004-01; Deutsche Fassung EN 14126:2003/AC:2004. DIN Media: Berlin

19 DIN EN ISO 13688:2022-04 Schutzkleidung – Allgemeine Anforderungen; Deutsche Fassung EN ISO 13688:2013 + A1:2021. DIN Media: Berlin

20 Orsel LM, Severin JA, Knoester M *et al.*: The role of gowns in preventing nosocomial transmission of respiratory viruses: a systematic review. J Hosp Infect 2025;163:57–71. DOI: 10.1016/j.jhin.2025.05.023

21 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Anforderungen an die Infektionsprävention bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten. Bundesgesundheitsbl 2021;(64):232–264. DOI: 10.1007/s00103-020-03265-x

22 Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO): Hygienemaßnahmen bei *Clostridioides difficile*-Infektion (CDI). Bundesgesundheitsbl 2019;62(7):906–923. DOI: 10.1007/s00103-019-02959-1

23 Kramer A, Lexow F, Bludau A *et al.*: How long do bacteria, fungi, protozoa, and viruses retain their replication capacity on inanimate surfaces? A systematic review examining environmental resilience versus healthcare-associated infection risk by "fomite-borne risk assessment". Clin Microbiol Rev 2024;37(4):e0018623. DOI: 10.1128/cmr.00186-23

24 Faust K, Strecker F, Haug C *et al.*: Extended Barrier Precautions vs Hand Hygiene Alone and Neonatal Sepsis in Intensive Care Patients: The BALTIC Cluster-Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open 2026;9(5):e2612759. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2026.12759

25 Overcash M: A comparison of reusable and disposable perioperative textiles: sustainability state-of-the-art 2012. Anesth Analg 2012;114(5):1055–1066. DOI: 10.1213/ANE.0b013e31824d9cc3

26 Vozzola E, Overcash M, Griffing E: An Environmental Analysis of Reusable and Disposable Surgical Gowns. AORN J 2020;111(3):315–325. DOI: 10.1002/aorn.12885

27 Goeldner M: Ressourcenschonender Einsatz von Einweg-OP-Textilien. Urologie 2025;64(11):1156–1163. DOI: 10.1007/s00120-025-02692-5

28 Vozzola E, Overcash M, Griffing E: Environmental considerations in the selection of isolation gowns: A life cycle assessment of reusable and disposable alternatives. Am J Infect Control 2018;46(8):881–886. DOI: 10.1016/j.ajic.2018.02.002

29 Tartari E, Meşe EA, Bulabula ANH *et al.*: Position statement: integrating planetary health into infection prevention and control in healthcare settings-towards a balanced and evidence-based approach. Clin Microbiol Infect 2026; 32(9): 1448-1462. DOI: 10.1016/j.cmi.2026.04.017

30 ExpertInnenrat "Gesundheit und Resilienz": 12. Stellungnahme des ExpertInnenrats. Das Gesundheitswesen: Mitverursacher des Klimawandels – und Teil der Lösung. 2025. https://www.bundesregierung.de/resource/blob/976074/2335770/edb0e80a6e073200e9184a3528e68c98/2025-02-19-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf [Abrufdatum: 07.09.2026]

Autoren

Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO)

Korrespondenz: SekretariatFG14@rki.de

Interessenkonflikt

Die vorliegende Stellungnahme wurde unter Einhaltung der Geschäftsordnung der KRINKO erarbeitet, beraten und beschlossen. Die Stellungnahme wurde durch eine Arbeitsgruppe der KRINKO vorbereitet, die aus Prof. Dr. Simone Scheithauer (Sprecherin der Arbeitsgruppe), Prof. Dr. Christine Geffers, Prof. em. Dr. Axel Kramer, Prof. Dr. Christoph Lübbert, Prof. Dr. Nico Mutters und Andreas Rieß bestand. Für spezifische Fragestellungen waren als externe Sachverständige Dr. Dieter Müller (Betriebsärztlicher Dienst, Universitätsmedizin Göttingen) und Dr. Clemens Jüttner (Chief Sustainability Officer der Sana Kliniken AG) involviert. Die Arbeitsgruppe wurde bei ihrer Tätigkeit durch Mitarbeiterinnen der am RKI angesiedelten Geschäftsstelle der KRINKO – Dr. Franziska Lexow und Dr. Jana Maidhof – unterstützt.

Vorgeschlagene Zitierweise

Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI): Indikationsgerechte Nutzung von Schutzkitteln im Gesundheitswesen – Stellungnahme der KRINKO beim RKI

Epid Bull 2026;48:25-31 | DOI 10.25646/14613

Open access

Creative Commons Namensnennung 4.0 International