

Bericht
des GKV–Spitzenverbandes
zum Hygienesonderprogramm
in den Förderjahren 2013 bis 2022

an das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 30.06.2023

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
krankenhaeuser@
gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	5
2. Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene	11
2.1 Gesetzliche Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes	11
2.2 Landesrechtliche Regelungen	17
2.3 Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz	18
2.3.1 Änderungen mit dem Krankenhausstrukturgesetz	19
2.3.2 Änderungen mit dem MDK-Reformgesetz (ab dem Jahr 2020).....	20
2.3.3 Änderungen mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz	22
2.3.3 Fördertatbestände im Einzelnen	23
2.4 KRINKO-Empfehlungen	28
2.5 Weitere gesetzliche Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene	31
3. Ausgangssituation.....	33
3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes	33
3.2 Hygienefachpersonal in Krankenhäusern.....	35
4. Umsetzung des Förderprogramms zur Krankenhaushygiene 2013 bis 2022	40
4.1 Datenmeldungen	40
4.2 Inanspruchnahme der Förderung: Vereinbarungs- und Istdaten.....	42
4.2.1 Hochrechnung für die Jahre 2020 und 2021	42
4.2.2 Vereinbarungs- und Istdaten gesamt	43
4.2.3 Verteilung der Finanzmittel	46
4.2.4 Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen (Vereinbarungs- und Istdaten).....	52
4.2.5 Fort- und Weiterbildungen (Vereinbarungs- und Istdaten).....	63
4.2.6 Beratungsleistungen (Vereinbarungs- und Istdaten)	71
4.3 Sonderentwicklung in den Coronajahren 2020 und 2021	77
5. Fazit: Rege Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms bis zum Jahr 2019, weitere Entwicklung in den Jahren 2020 bis 2022 bleibt noch abzuwarten	82
Anlagen.....	86
Anlage 1 Regelungen auf Landesebene nach § 23 Absatz 8 IfSG	86
Anlage 2 Hygieneverordnungen der Länder: Vorgaben zur personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Hygienepersonal	87

Anlage 3	Finanzielle Förderung zur Erfüllung der Anforderungen des IfSG nach § 4 Absatz 9 KHEntgG	93
Anlage 4	Förderung gesamt 2013 bis 2018 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	96
Anlage 5	Förderung gesamt 2013 bis 2019 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	97
Anlage 6	Förderung gesamt 2013 bis 2020 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	98
Anlage 7	Förderung gesamt 2013 bis 2021 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	99
Anlage 8	Förderung gesamt 2013 bis 2022 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	100
Anlage 9	Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2018 (nach Ländern).....	101
Anlage 10	Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2019 (nach Ländern)	102
Anlage 11	Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2020 (nach Ländern)	103
Anlage 12	Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2021 (nach Ländern)	105
Anlage 13	Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2022 (nach Ländern)	107
Anlage 14	Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro).....	109
Anlage 15	Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2019 (in Tausend Euro).....	110
Anlage 16	Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2020 (in Tausend Euro).....	111
Anlage 17	Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2021 (in Tausend Euro).....	112
Anlage 18	Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2022 (in Tausend Euro).....	113
Anlage 19	Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro)	114
Anlage 20	Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2019 (in Tausend Euro)	115
Anlage 21	Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2020 (in Tausend Euro)	116
Anlage 22	Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2021 (in Tausend Euro)	117
Anlage 23	Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2022 (in Tausend Euro).....	118
Anlage 24	Undifferenzierte Beträge nach Ländern in den Jahren 2013 bis 2017* (in Tausend Euro).....	119
Anlage 25	Undifferenzierte Beträge nach Ländern in den Jahren 2018 bis 2022* (in Tausend Euro).....	120

Anlage 26 Istdaten nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro).....	121
Anlage 27 Istdaten nach Ländern, 2019 (in Tausend Euro).....	122
Anlage 28 Istdaten nach Ländern, 2020 (in Tausend Euro).....	123
Anlage 29 Istdaten nach Ländern, 2021 (in Tausend Euro).....	124
Abbildungsverzeichnis	125
Tabellenverzeichnis	125
Abkürzungsverzeichnis	126

1. Zusammenfassung

Der GKV-Spitzenverband legt hiermit den neunten Bericht zur Umsetzung des Hygienesonderprogramms nach § 4 Absatz 9 Satz 6 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit § 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung¹ vor. Dargestellt wird die Inanspruchnahme der Förderung durch die Krankenhäuser im Zeitraum 2013 bis 2022.

Bei der Bewertung der Umsetzung ist zu beachten, dass für das Jahr 2022 in Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein, Hamburg und Rheinland-Pfalz und für das Jahr 2021 in Schleswig-Holstein und Hamburg keine Datensätze vorliegen. Für das Jahr 2020 liegt für Hamburg kein Datensatz vor. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass fast ein Drittel der Budgetverhandlungen für 2020 und fast die Hälfte der Budgetverhandlungen für 2021 zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht vollständig abgeschlossen waren. Für das Jahr 2022 lag ein Großteil der Budgetvereinbarungen noch nicht vor. Aus diesem Grund sind die dargestellten Angaben zu den geförderten Krankenhäusern nicht abschließend. Die Ursachen hierfür sind unterschiedlich (unter anderem Konflikte bei der Vereinbarung der Pflegebudgets, Coronapandemie). So lagen zum Zeitpunkt der Datenmeldungen (18.04.2023) für 71 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser Budgetabschlüsse für das Jahr 2020, für 53 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser Budgetabschlüsse für das Jahr 2021 und lediglich für 27 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser Budgetabschlüsse für das Jahr 2022 vor. Zum Vergleich sind für das Jahr 2019 89 % der Budgets vereinbart.

Aus diesem Grund kann die Inanspruchnahme des Hygiene-Förderprogramms in den Jahren 2020 bis 2022 anhand der vorliegenden Datenmeldungen noch nicht abschließend beurteilt werden. Auf Basis des gegenüber dem Vorjahresbericht aktualisierten Datenbestandes für das Jahr 2020 kann die weitere Entwicklung der Inanspruchnahme im Jahr 2020 aber bereits genauer abgebildet und über eine Hochrechnung auf die Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser nach Abschnitt 4.2.1 näherungsweise betrachtet werden. Auch für das Jahr 2021 lässt sich die weitere Entwicklung über eine Hochrechnung näherungsweise betrachten, wenngleich mit geringerer Aussagekraft als für das Jahr 2020.

Zur Inanspruchnahme im Förderjahr 2022 kann hingegen allenfalls ausschnittsweise ein erster Eindruck auf Basis von Vereinbarungsdaten gegeben werden. Zusätzlich zu den oben beschriebenen Einschränkungen aufgrund der mehrheitlich noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen liegen für das Jahr 2022 in vier Bundesländern keine Datensätze vor. Eine Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser ist auf Basis des sehr geringfügigen Datenbestandes nicht sinnvoll möglich. Bezüglich der tatsächlichen Umsetzung auf Basis der Istdaten in den Jahren 2019 und 2021 können auch nur sehr eingeschränkte Bewertungen vorgenommen werden, da aufgrund der für das Jahr 2022 größtenteils und für

¹ In der vor dem 01.01.2021 geltenden Fassung.

das Jahr 2021 zu fast der Hälfte noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen bislang auch nur eingeschränkt Testate der Jahresabschlussprüfer für die Jahre 2020 und 2021 vorliegen.

Das Hygienesonderprogramm umfasst drei Förderbereiche:

- die Förderung anteiliger Personalkosten bei Neueinstellungen, Aufstockungen oder interner Besetzung von Hygienepersonalstellen (Nummer 1),
- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Nummer 2) sowie
- externe Beratungsleistungen (Nummer 3).

Die geförderten Bereiche gliedern sich auf in verschiedene Berufsbilder, deren Förderhöhe und -dauer variieren. Die Überführung der Finanzierungsbeträge in den Landesbasisfallwert soll in Folge der Verlängerung erst auf Grundlage der im Jahr 2025 abgerechneten Finanzierungszuschläge für das Jahr 2026 erfolgen. Ab dem Jahr 2026 geht die krankenhausbazogene Zuschlagsfinanzierung der Personalkosten von Hygienepersonal durch Einrechnung in die Landesbasisfallwerte in eine dauerhafte Zusatzfinanzierung bei allen Krankenhäusern über. Für Fördermaßnahmen der Fort- und Weiterbildung sowie Beratungsleistungen erfolgt die krankenhausbazogene Finanzierung über Zuschläge bis maximal 2026.

In dem vorliegenden Bericht wird die Umsetzung der Förderung in den Jahren 2013 bis 2022 auf Basis von Krankenkassendaten dargestellt. Insgesamt wurden den Krankenhäusern im bisherigen Förderzeitraum durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) etwa 767,2 Mio. Euro für die Verbesserung der Ausstattung mit Hygienepersonal zusätzlich zur Verfügung gestellt. 1.343 Krankenhäuser haben seit dem Programmstart von diesen Mitteln profitiert. Im Vergleich mit den Vorjahresberichten liegt auch weiterhin der Schwerpunkt der Förderung mit ca. 587,2 Mio. Euro auf der Neueinstellung von Hygienepersonal, der internen Besetzung neu geschaffener Stellen sowie der Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen. Für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden rund 74,6 Mio. Euro und für externe Beratungsleistungen etwa 43,7 Mio. Euro vereinbart. Darüber hinaus sind Beträge in einer Höhe von rund 61,7 Mio. Euro infolge undifferenzierter Vereinbarungen und pauschaler Zuschläge an die Krankenhäuser geflossen.

Der vorliegende Bericht zeigt über die einzelnen Förderjahre hinweg nach einem zügigen Programmeinstieg bis zum Jahr 2019 eine stetig steigende Inanspruchnahme von Fördermitteln aus dem Hygienesonderprogramm. Die weitere Entwicklung der Inanspruchnahme in den Jahren 2020 bis 2022 kann anhand der bisherigen Datenmeldungen noch nicht abschließend beurteilt werden. Bisher scheinen die Datenmeldungen für 2020 und 2021 deutliche Rückgänge der Inanspruchnahme nachzuweisen (- 35 % bzw. - 50 % gegenüber 2019). Für das Jahr 2022 fällt der Rückgang anhand der bisherigen Datenbasis noch deutlicher aus (- 76 %). Die Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser scheint deshalb

ebenfalls stark rückläufig zu sein. Auf Grundlage der gegenüber dem Vorjahr aktualisierten Datenbasis kann die Inanspruchnahme im Coronajahr 2020 durch eine Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser gemäß Abschnitt 4.2.1 näher betrachtet werden. Die Hochrechnung legt nahe, dass die tatsächliche Inanspruchnahme im Jahr 2020 bei etwa 113,3 Mio. Euro liegen dürfte. Damit ist für das Jahr 2020 mit dem Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen mit einer ähnlichen Inanspruchnahme des Hygiene-Förderprogramms zu rechnen wie im Jahr 2019 (- 9 %). Auch für das Jahr 2021 ist auf Basis der Hochrechnung damit zu rechnen, dass sich die Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms auf ähnlichem Niveau bewegen wird wie im Jahr 2019 (- 6 %).

Die Daten aus den noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen bleiben abzuwarten, bevor die Inanspruchnahme in den Jahren 2020 bis 2022 abschließend bewertet und eingeordnet werden kann. Eine Einschätzung hierzu erfolgt daher erst in den Folgeberichten.

Die insgesamt verausgabten Mittel liegen, wie in den Vorjahresberichten, oberhalb des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) prognostizierten Finanzvolumens für den Zeitraum 2013 bis 2020.

Bestätigungen aus den Jahresabschlussprüfungen für die Jahre 2013 bis 2021 stehen bislang in begrenztem Umfang zur Verfügung, sprechen aber zumindest bis zum Jahr 2017 für einen stetigen Zuwachs an Hygienefachpersonal aller umfassten Berufsgruppen (mit Ausnahme der hygienebeauftragten Ärzte², für die die Förderung im Jahr 2016 ausgelaufen ist). In den Jahren 2018 und 2019 ist das eingesetzte zusätzliche Hygienefachpersonal gegenüber dem Ausgangspersonalbestand in allen Berufsgruppen etwas rückläufig. Nur das zusätzlich eingesetzte Hygienefachpersonal im Bereich Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 c KHEntgG) erhöht sich im Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr.

Ab dem Jahr 2020 scheinen sich anhand der vorliegenden Datenmeldungen rückläufige Entwicklungen abzuzeichnen (der Zuwachs an durch Jahresabschlussprüfer bestätigtem Hygienefachpersonal ist um 48 % bis 63 % rückläufig gegenüber dem Zuwachs an Hygienefachpersonal im Jahr 2019). Für die im Zuge der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppe der Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zeigt sich hingegen ein leichter Anstieg der Umsetzung zusätzlicher Fachkräfte gegenüber 2019 (+ 22 %). Auch für das Jahr 2021 scheint sich anhand der bisherigen Datenbasis ein weiter rückläufiger Trend abzuzeichnen (in der Regel Rückgänge

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht nachfolgend durchgängig die grammatikalisch männliche Form (Ärzte, Patienten, ...) benutzt. Sie bezieht sich gleichermaßen auf die Geschlechter männlich, weiblich und divers.

über 80 % gegenüber 2019). Die Rückgänge bei den oben genannten Fachärzten sind hier weniger ausgeprägt (rund – 51 %).

Die bestätigte Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist in den teilnehmenden Krankenhäusern bis 2019 relativ konstant geblieben (zwischen ca. 3,5 Mio. Euro und ca. 5,8 Mio. Euro). In den Coronajahren 2020 und 2021 scheinen sich hier Rückgänge gegenüber der Inanspruchnahme im Jahr 2019 zu zeigen (– 64 % bzw. – 91 %). Legt man für 2020 die Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser gemäß Abschnitt 4.2.1 zugrunde, sind die Rückgänge gegenüber 2019 etwas weniger stark (– 49 % bzw. – 83 %).

Im Bereich der Beratungsleistungen bewegt sich die tatsächliche Inanspruchnahme bis 2019 ebenfalls auf ähnlichem Niveau (zwischen 2,3 Mio. Euro und 2,8 Mio. Euro). In den Coronajahren 2020 und 2021 scheinen sich auch hier Rückgänge der tatsächlichen Inanspruchnahme gegenüber 2019 abzuzeichnen (– 51 % bzw. – 79 %), die sich unter Rückgriff auf die Hochrechnung noch etwas reduzieren dürften (– 30 % bzw. – 61 %). Nur für die in der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppe der Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zeigt sich für das Jahr 2020 sowohl bei der Förderung der Fort- und Weiterbildung (+ 25 %) als auch bei Beratungsleistungen (+ 8 %) eine gegenüber 2019 verstärkte tatsächliche Inanspruchnahme. Hierbei könnte es sich um Pandemieeffekte handeln. Die Umsetzung kann aber aufgrund der bisher unvollständig vorliegenden Testate durch Jahresabschlussprüfer derzeit noch nicht bewertet werden.

Krankenhaushygiene und Infektionsschutz sind aber nicht ausschließlich eine Frage zusätzlicher Finanzmittel, sondern stehen in enger Wechselwirkung mit den Gegebenheiten in anderen Versorgungsbereichen. Ergänzend wurden daher in den Vorjahresberichten die Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung und in angrenzenden Gebieten der Gesundheitsversorgung aufgegriffen. So können die Qualitätsberichte und die Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung Ansatzpunkte zur Bewertung der Hygienequalität im Förderzeitraum bieten. Für weitere Details hierzu wird auf die Ausführungen in Kapitel 5 und 6 im Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Jahren 2013 bis 2018³ verwiesen.

In der Gesamtschau lässt sich festhalten, dass die Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms rege ausfällt und im Gesamtförderzeitraum bis zum Jahr 2020 die Erwartungen des BMG deutlich übertrifft. Die Inanspruchnahme in den Jahren 2020 und 2021 kann mit den vorliegenden Datenmeldungen noch nicht abschließend beurteilt werden. Bisher

³ Vergleiche Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2018 an das Bundesministerium für Gesundheit vom 28.06.2019, Seiten 55–66, [GKV-Spitzenverband \(www.gkv-spitzenverband.de\)](http://www.gkv-spitzenverband.de) (Letzter Abruf am 02.06.2023).

konnte anhand der Datenlieferungen für das Jahr 2020 eine Übererfüllung auf ähnlichem Niveau wie in den Vorjahren festgestellt werden (2020: 33 %; 37 % bis 59 % in den Vorjahren). Auf eine Ausweisung für die Jahre 2021 und 2022 wird verzichtet, da hierfür keine Prognose vorliegt. Es ist zu erwarten, dass mit Vorliegen der noch ausstehenden Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 in den Folgeberichten eine noch deutlich stärkere Übererfüllung der Erwartungen nachgewiesen werden kann (eine Hochrechnung der bisher vorliegenden Daten für das Jahr 2020 auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser deutet auf eine Übererfüllungsquote von 87 % hin). Eine abschließende Beurteilung ist frühestens im Folgebericht für das Jahr 2023 möglich.

In der Förderung werden Berufsgruppen adressiert, deren Expertise speziell in der Coronapandemie sehr gefragt ist. Dies sind insbesondere die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Auch durch die mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) erfolgte Ergänzung eines Schwerpunkts im Bereich der Infektiologie wurden Weichen für die Pandemiebewältigung gestellt. Im Vorbericht wurde die Annahme getroffen, dass gerade in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 verstärkt auf die fachliche Expertise aus diesen beiden Bereichen zurückgegriffen wurde.

Anhand der bisherigen Datenmeldungen lässt sich zumindest teilweise eine verstärkte Inanspruchnahme im Coronajahr 2020 erkennen. Im Jahre 2020 haben sich die vereinbarten Beratungsleistungen für die Berufsgruppe der Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie gegenüber 2019 um rund 163 % erhöht. Auch im Jahr 2021 sind sie gegenüber 2019 angewachsen (+ 19 %). Eine verstärkte Inanspruchnahme situativer Beratungsleistungen in Pandemiezeiten erscheint durchaus plausibel. Für 2020 zeichnet sich eine gegenüber 2019 verstärkte tatsächliche Inanspruchnahme ab (+ 8 %), die sich aber bisher auf deutlich niedrigerem Niveau bewegt als der Anstieg der vereinbarten Summe. Bisher wurden hier nur 18 % der vereinbarten Fördersummen durch Jahresabschlussprüfer bestätigt. Auch beim Stellenaufbau bei zusätzlichen Vollkräften (+ 22 %) und der Förderung für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (+ 25 %) zeigt sich ebenfalls eine stärkere Inanspruchnahme für diese Berufsgruppe als 2019. Zieht man die Hochrechnung für 2020 heran, dürfte die Umsetzung noch deutlicher anwachsen (z. B. beim zusätzlichen Stellenaufbau in Vollkräften + rund 72 % gegenüber 2019). Auch bei den Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie zeigt sich bei den Beratungsleistungen im Jahre 2020 eine gegenüber 2019 verstärkte Inanspruchnahme (+ rund 65 %).

Hierbei könnte es sich um Pandemieeffekte handeln. Die Umsetzung kann aber aufgrund der wenigen bisher unvollständig vorliegenden Testate durch Jahresabschlussprüfer derzeit noch nicht bewertet werden.

Für 2021 scheint sich bisher keine stärkere Inanspruchnahme gegenüber 2019 für diese Berufsgruppe abzuzeichnen, weder bei den Vereinbarungsdaten noch bei den Istdaten. Hier

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 10 von 126

zeigt sich lediglich in den Vereinbarungsdaten eine gegenüber 2020 stärkere
Vereinbarungssumme bei der Förderung der Fort- und Weiterbildung bei den Fachärzten für
Innere Medizin und Infektiologie (§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG).

Die Entwicklung der Inanspruchnahme in den Coronajahren 2020 und 2021 ist in den
Folgeberichten abschließend zu bewerten.

.

2. Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene

2.1 Gesetzliche Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) trat am 01.01.2001 in Kraft und beinhaltet die gesetzlichen Vorgaben zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. Das Gesetz gibt einen Überblick zu meldepflichtigen Erkrankungen, den einzuhaltenden Meldewegen und regelt die Maßnahmen zur Vermeidung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten. Gleichzeitig mit Inkrafttreten des IfSG kam es zur Einführung von Falldefinitionen, nach denen die einheitliche Informationsübermittlung zu meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten im Rahmen der epidemiologischen Überwachung des Robert Koch-Instituts (RKI) erfolgt.^{4, 5}

Zielrichtung des Gesetzes zur Änderung des IfSG vom 04.08.2011 war es, notwendige Nachjustierungen der gesetzlichen Vorgaben, unter anderem zur Krankenhaushygiene, vorzunehmen und so die Verbesserung der Hygienequalität in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen stärker zu unterstützen. Infektionen durch Krankheitserreger, die gegen Antibiotika resistent sind, sollen deutlich reduziert werden. Das Vorhandensein von ärztlichem und pflegerischem Personal mit krankenhaushygienischen, infektiologischen und mikrobiologischen Kenntnissen wird in der Begründung zum Gesetzentwurf als eine Voraussetzung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen betont.⁶ Um dies zu erreichen, wurden auf Landesebene für die Krankenhäuser verbindliche Regelungen zum Umgang mit nosokomialen Infektionen geschaffen. Mit der Novellierung des IfSG wurden die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beim RKI für Krankenhäuser und weitere in § 23 Absatz 3 IfSG benannte Einrichtungen verbindlich. Krankenhäuser sind demnach verpflichtet, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen zur Infektionsvermeidung und gegen resistente Erreger durchzuführen. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft wird nach § 23 Absatz 3 Satz 2 IfSG dann vermutet, wenn die Empfehlungen der Kommissionen KRINKO und ART beachtet worden sind. Insbesondere die Empfehlungen der KRINKO zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sind im Zusammenhang mit den seit August 2013 bestehenden Fördermöglichkeiten für Hygienepersonal nach § 4 Absatz 9 KHEntgG relevant. Diese werden in Abschnitt 2.4 ausführlich dargestellt.

⁴ Vergleiche Internetauftritt des RKI: Falldefinitionen, RKI (www.rki.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

⁵ Vergleiche Internetauftritt des RKI: Infektionsschutzgesetz (IfSG), RKI (www.rki.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

⁶ Vergleiche Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze, Drucksache 17/5178 vom 22.03.2011, Seite 12, [Deutscher Bundestag \(www.dserver.bundestag.de\)](http://www.dserver.bundestag.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

Eine weitere Aktualisierung des IfSG betrifft die Meldepflichten. Mit der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung wurden die geltenden Meldepflichten an die epidemische Situation angeglichen.⁷ So wurden die Meldepflichten unter anderem für den Nachweis von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) aus Blut oder Liquor ergänzt und außerdem ausgedehnt auf Clostridioides-difficile-Infektionen (CDI), deren Meldung an das Gesundheitsamt bei schweren Verläufen erfolgen muss. Die Verordnung trat am 01.05.2016 in Kraft.⁸

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (Bundestag-Drucksache 18/12604) wurden weitere Schritte zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen eingeleitet.⁹ Das Gesetz sah vor, dass bis zum Jahr 2021 ein elektronisches Meldewesen durch das RKI aufzubauen ist. Das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz wurde fristgerecht im Juni 2020 erstmals in Betrieb genommen.¹⁰ Zudem sollen weitere Anpassungen der Bestimmungen zu den Meldepflichten dazu beitragen, nosokomiale Infektionen, Kolonisationen und das Ausbruchsgeschehen künftig noch besser zu erfassen und zu managen. Mit dem am 01.01.2019 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) wurde unter anderem die Liste der Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 IfSG, für welche die Empfehlungen der KRINKO und ART verbindlich sind, erweitert.¹¹ Die gesetzlichen Meldepflichten werden stetig erweitert, z. B. mit dem Masernschutzgesetz¹² um die Erkrankung und den Tod in Bezug auf eine behandlungsbedürftige Tuberkulose, die Clostridioides-difficile-Infektion mit definiertem klinisch schwerem Verlauf oder das Erkranken oder Versterben an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis infolge einer Maserninfektion oder mit dem Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19¹³ um den direkten oder indirekten Nachweis von Orthopockenviren (§ 7 Absatz 1 Nummer 36a IfSG) sowie Neisseria gonorrhoeae (§ 7 Absatz 3 Nummer 6 IfSG) und Chlamydia

⁷ Vergleiche Deutscher Bundesrat: Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage, Drucksache 75/16 vom 04.02.2016, [Bundesrat \(www.bundesrat.de\)](http://www.bundesrat.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

⁸ Vergleiche RKI: IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung: Zur Umsetzung der neuen Meldepflichten, in: Epidemiologisches Bulletin 16/2016, Seiten 135–36.

⁹ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nummer 49: Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten, vom 17.07.2017, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

¹⁰ Vergleiche RKI: DEMIS – Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz, [RKI \(www.rki.de\)](http://www.rki.de) (Letzter Abruf am 13.06.2023)

¹¹ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nummer 45: Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), vom 11.12.2018, Seite 2394, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

¹² Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nummer 6: Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), vom 10.02.2020, Seite 148, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

¹³ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2022 Teil I Nr. 32: Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 vom 16.09.2022, Seite 1454, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 14.06.2023)

trachomatis, sofern es sich um einen der Serotypen L1 bis L3 handelt (§ 7 Absatz 3 Nummer 7 IfSG).

Im Zuge der Verbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 wurde das IfSG durch mehrere Gesetze geändert und ergänzt. Im Zusammenhang mit dem Coronavirus aufgetretene Änderungen werden nachfolgend dargestellt. Da es sich hierbei um tiefgreifende und zum Teil strukturelle Änderungen handelt, werden diese über die für diesen Bericht besonders relevanten Aspekte hinaus in ihren Grundzügen erläutert.

Zu Beginn stellte der Deutsche Bundestag am 25.03.2020 mit Wirkung zum 28.03.2020 auf Grundlage der Neufassung der §§ 5 und 5a IfSG durch das Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite erstmals eine epidemische Lage von nationaler Tragweite fest.¹⁴ Durch die Feststellung wird unter anderem das BMG ermächtigt, durch Anordnung oder Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmte Krisenreaktionsmaßnahmen zu ergreifen. Hierzu zählen z. B. die Anordnung von Einreisebestimmungen und Rechtsverordnungen zur Grundversorgung mit Arzneimitteln, einschließlich Betäubungsmitteln, Medizinprodukten, Labordiagnostik, Hilfsmitteln, Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung und Produkten zur Desinfektion, sowie zur Stärkung der personellen Ressourcen im Gesundheitswesen, z. B. auch durch Gestattung der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten für definierte nichtärztliche Berufsgruppen. Darüber hinaus wird das RKI in den §§ 4 und 5 IfSG als nationale Behörde zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten aufgewertet und mit neuen Kooperations- und Koordinationsaufgaben betraut.

Ziel des Gesetzes ist, die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems in einem, die gesamte Bundesrepublik Deutschland betreffenden seuchenrechtlichen Notfall sicherzustellen und negative finanzielle Folgewirkungen abzumildern. Bisher konnten Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nur durch die nach Landesrecht zuständigen Behörden angeordnet werden und eine ergänzende Zuständigkeit des Bundes war auch im Krisenfall nicht vorgesehen. Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite enden mit Aufhebung der Feststellung oder spätestens nach Ablauf der Befristung zum 31.03.2021.¹⁵

Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird das IfSG weiterentwickelt und präzisiert.¹⁶ Neu hinzugekommen ist beispielsweise eine dauerhafte gesetzliche namentliche Meldepflicht der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) in Bezug auf alle Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle

¹⁴ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nummer 14: Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27.03.2020, Seite 587, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

¹⁵ Dito.

¹⁶ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nummer 23: Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19.05.2020, Seite 1018, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

einschließlich der Angaben zur Genesung und zum Serostatus nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1t in Verbindung mit § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1n IfSG sowie des Nachweises über den Krankheitserreger Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus (SARS-CoV) und Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 44a IfSG. Zusätzlich wird eine nichtnamentliche Meldepflicht der Untersuchungsergebnisse auch negativer Labortests im § 7 Absatz 4 IfSG eingeführt. Darüber hinaus kann das BMG im Rahmen einer Verordnungsermächtigung gemäß § 13 Absatz 4 IfSG für Zwecke der Überwachung der Verbreitung von Krankheitserregern bestimmte Meldepflichtige verpflichten, pseudonymisierte Daten über von ihnen untersuchte Proben in Bezug auf bestimmte Krankheitserreger an das RKI (laborbasierte Surveillance) zu übermitteln. Das Gesetz enthält zudem weitere Ergänzungen zu den Maßnahmen, die das BMG durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen kann, z. B. die Ergänzung um Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit Impfstoffen oder zu abweichenden Regelungen zur Ausbildung in definierten Gesundheitsfachberufen (Bundestag-Drucksache 19/18967).¹⁷

Mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird das BMG im § 13 IfSG schließlich ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit bzw. ohne Zustimmung des Bundesrates neue Formen der Surveillance, darunter neben der bereits bestehenden molekularen die virologische Surveillance oder die syndromische Surveillance, beim RKI zu etablieren.¹⁸ Für die syndromische Surveillance können Meldepflichtige, wie z. B. Krankenhäuser, verpflichtet werden, Daten über von ihnen untersuchte Patienten in Bezug auf die Diagnose akuter respiratorischer Erkrankungen in pseudonymisierter Form zu übermitteln. Die nichtnamentliche Meldepflicht des Untersuchungsergebnisses im Hinblick auf einen negativen Nachweis einer SARS-CoV-2-Infektion im § 7 Absatz 4 IfSG wird zur Entlastung der Meldepflichtigen wieder aufgehoben.

Mit dem Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen wird sichergestellt, dass die Regelungen zu Anordnungen oder Rechtsverordnungen im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 IfSG grundsätzlich weiterhin bestehen bleiben.¹⁹ Die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite bzw. die Feststellung des Fortbestehens muss von nun an allerdings spätestens innerhalb von drei Monaten durch den Deutschen Bundestag bestätigt werden. Bisher auf den 31.03.2021 befristete Maßnahmen und die auf den 31.03.2022 befristete Rechtsverordnung über abweichende Regelungen von den Berufsgesetzen der

¹⁷ Dito.

¹⁸ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nummer 52: Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18.11.2020, Seite 2397, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

¹⁹ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nummer 12: Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen vom 29.03.2021, Seite 370, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

Gesundheitsfachberufe werden damit entfristet und an die Feststellung bzw. Fortgeltung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite geknüpft. Das Fortbestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurde am 18.11.2020, am 04.03.2021, am 11.06.2021 sowie am 25.08.2021 durch den Deutschen Bundestag festgestellt.²⁰ Sie endete mit Ablauf des 25.11.2021.²¹ Darüber hinaus soll das Regelungsinstrument wissenschaftlich evaluiert werden und das Ergebnis der Evaluation inklusive einer Stellungnahme der Bundesregierung soll dem Deutschen Bundestag bis zum 31.03.2022 zur Verfügung gestellt werden.²²

Mit dem Vierten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurden schließlich im § 28b IfSG bundesweit einheitliche Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit bei besonderem Infektionsgeschehen getroffen.²³ Außerdem wurde im § 28c IfSG eine Verordnungsermächtigung der Bundesregierung ergänzt, wonach mittels Rechtsverordnung besondere Regelungen für Geimpfte, Getestete und vergleichbare Personen erlassen werden können. Das Gesetz wurde in Reaktion auf die gestiegene Infektionsdynamik durch das „Auftreten von eigenschaftsveränderten, ansteckenderen Virusvarianten, insbesondere der inzwischen in Deutschland mehrheitlich für das Infektionsgeschehen verantwortlichen Variante B.1.1.7“²⁴ beschlossen, um unter anderem die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems weiterhin aufrechterhalten zu können (Bundestag-Drucksache 19/28444).²⁵

Weitere Änderungen am Infektionsschutzgesetz sind mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite am 24.11.2021 in Kraft getreten.²⁶ Hiermit wurde eine Anschlussregelung nach dem Auslaufen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite getroffen. Es wird ein neuer bundesweit einheitlicher Maßnahmenkatalog eingeführt, dessen Anwendung bis zum 19.03.2022 befristet wurde. Zudem wurden die landesrechtlichen Vorschriften im § 28a Absatz 7 IfSG angepasst, sodass eine je nach regionaler Situation

²⁰ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nummer 61: Bekanntmachung des Beschlusses des Deutschen Bundestages über die Feststellung des Fortbestehens der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 31.08.2021, Seite 4072, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

²¹ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nummer 79: Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, vom 22.11.2021, Seite 4906, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

²² Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nr. 12: Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen vom 29.03.2021, Seite 370, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 14.06.2023).

²³ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nummer 18: Viertes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22.04.2021, Seite 802, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

²⁴ Dito.

²⁵ Vergleiche Deutscher Bundestag: Entwurf eines Vierten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, Drucksache 19/28444 vom 13.04.2021, [Deutscher Bundestag \(www.dserver.bundestag.de\)](http://www.dserver.bundestag.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

²⁶ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nummer 79: Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22.11.2021, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 14.06.2023).

differenzierte Anwendung möglich bleibt. Weitere Änderungen am Infektionsschutzgesetz betreffen z. B. die Datenverarbeitung zum Impf- und Serostatus der Beschäftigten in Bezug auf COVID-19 in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen.

Mit dem am 20.03.2022 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften wird der bundeseinheitliche Maßnahmenkatalog auf die Maskenpflicht im Luft- und Personenfernverkehr beschränkt.²⁷ Die Länder können nach einer Übergangszeit bis zum 02.04.2022 nur noch ausgewählte niedrigschwellige Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Gruppen anordnen. Zusätzliche Maßnahmen können in sogenannten Hotspots mit einer bedrohlichen Infektionslage verhängt werden, sofern eine Überlastung der Krankenhauskapazitäten droht. Voraussetzung hierfür ist die Feststellung durch die Länderparlamente. Die Maßnahmen treten mit Ablauf des 23.09.2022 außer Kraft. Ebenfalls wird die vorgesehene Vorlage der wissenschaftlichen Evaluation auf den 30.06.2022 verschoben.

Das am 17.09.2022 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Gruppen vor COVID-19²⁸ schafft schließlich eine Anschlussregelung für den Herbst und Winter 2022/2023. Damit gelten unabhängig von der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 01.10.2022 bis zum 07.04.2023 bundesweit einheitliche Basisschutzmaßnahmen bei saisonal hoher Dynamik. Dazu zählen die FFP2-Maskenpflicht im öffentlichen Fernverkehr, in Arztpraxen und Praxen aller Heilberufler sowie Masken- und Testnachweispflichten für den Zutritt zu Krankenhäusern sowie zu voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen und vergleichbaren Einrichtungen sowie für Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten und vergleichbaren Dienstleistern während ihrer Tätigkeit. Die Länder werden ermächtigt, weitere gesetzlich definierte Schutzmaßnahmen zu ergreifen – in einer ersten Stufe zur Verhinderung der Ausbreitung von COVID-19 und zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und in einer zweiten Stufe bei einer konkreten Gefahr für das Gesundheitssystem (§ 28b IfSG).

Weitere Änderungen am IfSG sehen insbesondere für Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe besondere Regelungen zur Stärkung des Infektionsschutzes vor (z. B. im Hinblick auf Impfen und Testen). Die KRINKO wird zudem ausdrücklich ermächtigt, nunmehr auch für diese Einrichtungen Empfehlungen zu erstellen. Ebenso erhalten die Länder eine Ermächtigungsgrundlage für Regelungen zur Hygiene und zum Infektionsschutz in diesen Einrichtungen, z. B. die Bestellung hygienebeauftragter Pflegefachkräfte in vollstationären Einrichtungen (§ 35 IfSG). Darüber hinaus wird mit der Änderung des IfSG erneut eine Meldepflicht der durchgeführten (auch negativen) SARS-Cov-2-PCR-Testungen an das RKI

²⁷ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2022 Teil I Nummer 10: Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften, vom 18.03.2022, Seite 466, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 05.06.2023).

²⁸ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2022 Teil I Nummer 32: Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Gruppen vor COVID-19 vom 16.09.2022, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 06.06.2023).

eingeführt (§ 7 Absatz 4 IfSG). Ferner werden die Möglichkeiten von repräsentativen Sentinel-Studien durch das RKI und die Länder ausgeweitet (z. B. Testungen und Befragungen bei bestimmten Personengruppen, Abwassersurveillance). Das BMG wird ermächtigt, hierfür mittels Verordnung bestimmte Einrichtungen zur Mitwirkung zu verpflichten (§ 13 Absatz 2 IfSG). Auch die Meldepflichten im Rahmen der Krankenhauskapazitätssurveillance werden ausgeweitet (§ 13 Absatz 7 IfSG).

2.2 Landesrechtliche Regelungen

Die Landeskrankenhausgesetze umfassten teilweise bereits in den Neunzigerjahren Regelungen zur Sicherstellung der Krankenhaushygiene. Die Krankenhäuser wurden zumeist verpflichtet, die Regeln der Hygiene entsprechend dem jeweiligen Stand von Wissenschaft und Technik zu beachten und die erforderlichen Maßnahmen zur Erfassung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen. In einigen Ländern beinhaltete das Landeskrankenhausgesetz darüber hinaus die Ermächtigung des zuständigen Staatsministeriums, eine spezielle Hygieneverordnung zu erlassen. Das im KHEntgG verankerte Förderprogramm unterscheidet nicht zwischen Ländern mit und ohne Hygieneverordnung vor Novellierung des IfSG. Demgemäß profitieren auch Krankenhäuser im Kontext mit den jeweiligen in den Landesverordnungen beschriebenen Übergangsfristen in Ländern von der Förderung nach KHEntgG, in denen bereits vorab landesrechtliche Vorgaben zur Krankenhaushygiene existierten.

Mit der Novellierung des IfSG wurden die verpflichtenden Regelungen zur Einhaltung der Infektionshygiene auf Landesebene in den § 23 Absatz 8 IfSG aufgenommen (vergleiche Anlage 1). Die Landesregierungen wurden verpflichtet, bis zum 31.03.2012 durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln.

Die bereits vor der Novellierung des IfSG bestehenden Hygieneverordnungen (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Sachsen) mussten daher auf ihren Anpassungsbedarf geprüft und überarbeitet werden. Mit diesen Verordnungen wurden bereits deutlich vor 2011 umfangreiche Verpflichtungen für die Krankenhäuser geschaffen, beispielsweise die Einrichtung von Krankenhaushygienekommissionen, die Mitarbeit eines Krankenhaushygienikers, die Bestellung hygienebeauftragter Ärzte, die Beschäftigung von Hygienefachkräften, die Fortbildung des Hygienepersonals, die Erstellung von Hygieneplänen und die Erfassung von Krankenhausinfektionen. In den übrigen Ländern waren Rechtsverordnungen vollständig neu zu erstellen. Alle Landesregierungen sind der

Verpflichtung zum Erlass bzw. der Novellierung der entsprechenden Rechtsverordnungen nachgekommen, wenn auch nicht durchgängig im gesetzlich vorgegebenen Zeitrahmen.

In der Gesamtschau der aktuellen Hygieneverordnungen aller Bundesländer wird sichtbar, dass die Ausgestaltung der Rechtsverordnungen durchaus Unterschiede aufweist. In Entsprechung zum Regelungsauftrag gelten die Hygieneverordnungen stets für Krankenhäuser, während beispielsweise Praxen aufgrund der Kann-Regelung in § 23 Absatz 5 Satz 2 IfSG in einigen Ländern nicht von der Hygieneverordnung umfasst sind. Personelle Anforderungen für Krankenhäuser beziehen sich stets auf die KRINKO-Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen. Abweichende Vorgaben, wie beispielsweise zu Hygienefachkräften und Hygieneingenieuren in Hessen, in Rheinland-Pfalz zum Fachrichtungsbezug bei hygienebeauftragten Ärzten, sind die Ausnahme (vergleiche Anlage 2).

Gemäß § 23 Absatz 8 IfSG sind in den Landeshygieneverordnungen Regelungen über die erforderliche Ausstattung mit Hygienepersonal einschließlich bis längstens zum 31.12.2016 bzw. 31.12.2019 (Bayern, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Saarland und Thüringen) befristete Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals zu treffen.

2.3 Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz

Mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung²⁹ wurde zum 01.08.2013 ein spezielles Hygienesonderprogramm etabliert, um die Krankenhäuser im Zeitraum von 2013 bis 2016 bei der Erfüllung der Anforderungen des IfSG zu unterstützen. Für den Bereich der Hygienepersonalkosten war die gesetzliche Regelung zunächst auf die Förderung von Neueinstellungen und Aufstockungen bestehender Stellen ausgerichtet. Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)³⁰ wurde die Förderung durch Inkrafttreten von Artikel 16d ab dem 25.07.2014 um die interne Besetzung neu geschaffener Stellen erweitert. Die Förderung hygienerelevanter personeller Maßnahmen in DRG-Krankenhäusern erstreckt sich auf

- die anteiligen Personalkosten bei Neueinstellung, interner Besetzung neu geschaffener Stellen und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen bei ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG),
- die Fort- und Weiterbildung zu qualifiziertem Hygienepersonal (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a KHEntgG) sowie

²⁹ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nummer 38: Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, vom 15.07.2013, Seite 2423, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 06.06.2023)

³⁰ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2014 Teil I Nummer 33: Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) vom 21.07.2014, Seite 1133, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 06.06.2023)

- externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygieniker und Fachärzte mit infektiologischer Weiterbildung (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 3 und Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b KHEntgG).

Mit dem Ziel einer kurzfristigen Umsetzung der Förderung wurde die Abrechnung eines vorläufigen Zuschlags zu Beginn der Förderphase ermöglicht. Gesetzlich geregelt war die vorläufige Zuschlagserhebung durch einen Querverweis in § 4 Absatz 11 Satz 5 KHEntgG alte Fassung auf die Regelung des Pflegesonderprogramms (§ 4 Absatz 10 Satz 10 KHEntgG alte Fassung). Den durch die Abrechnung vorläufiger Zuschläge gegebenenfalls entstehenden Korrekturerfordernissen ist bei der späteren Vereinbarung der Zuschläge oder im Wege des Erlösausgleichs Rechnung zu tragen. Mit den Änderungen des KHEntgG durch das KHSG ist dieser Passus ab dem Jahr 2016 im Gesetzestext entfallen. Durch die Änderungen des IfSG durch das PpSG wurde zum 01.01.2019 im § 4 Absatz 9 KHEntgG der Satz 7 ergänzt, welcher besagt, dass bei der Vereinbarung der Beträge nach Satz 4 keine Pflegepersonalkosten enthalten sein können, die über das Pflegebudget finanziert werden. Durch diese Neuregelung soll eine Doppelfinanzierung von Hygienefachkräften, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, ausgeschlossen werden.³¹

2.3.1 Änderungen mit dem Krankenhausstrukturgesetz

Das KHSG legt neben der Stärkung der Qualität der Krankenhausversorgung sowie der Pflegepersonalausstattung auch einen Schwerpunkt auf die Förderung von Hygienemaßnahmen. Mit Inkrafttreten zum 01.01.2016 wurde das Hygiene-Förderprogramm um weitere drei Jahre auf den Zeitraum 2017 bis 2019 verlängert. In der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit wird die Verlängerung dadurch begründet, dass die in den KRINKO-Empfehlungen benannten personellen Voraussetzungen in vielen Krankenhäusern bisher noch nicht im erforderlichen Umfang geschaffen wurden.³² Entgegen der gesetzgeberischen Erwartung stand qualifiziertes Hygienepersonal bis Ende 2016 noch nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung, sodass die Förderung von Hygienepersonalmaßnahmen in den Jahren 2017 bis 2019 fortgeführt wird.

Eine Ausnahme von dieser Verlängerung bildet die Förderung hygienebeauftragter Ärzte. Auf Basis der vorhandenen Datenlage war anzunehmen, dass die personelle Ausstattung voraussichtlich bis zum Ende des Jahres 2016 erreicht werden konnte.³³ Im § 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG wird darum die Förderung entsprechender Personalmaßnahmen nach § 4

³¹ Vergleiche Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG (Bundestag-Drucksache 19/4453), [GKV-Spitzenverband \(www.gkv-spitzenverband.de\)](http://www.gkv-spitzenverband.de) (Letzter Abruf am 06.06.2023).

³² Vergleiche Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 18/6586 vom 04.11.2015, Seite 92, [Deutscher Bundestag \(www.dserver.bundestag.de\)](http://www.dserver.bundestag.de) (Letzter Abruf am 06.06.2023).

³³ Dito, Seite 92.

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 20 von 126

Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe d KHEntgG sowie von Fort- und
Weiterbildungsmaßnahmen nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe e KHEntgG bis zum
Jahr 2016 begrenzt. Die im Jahr 2016 abgerechneten Zuschläge werden in den
Landesbasisfallwert 2020 einberechnet, um eine dauerhafte Förderung der
Personalmaßnahmen im Bereich hygienebeauftragter Ärzte sicherzustellen.³⁴

Durch die KHSG-Anpassung wird das Hygiene-Förderprogramm außerdem um den Bereich der
Infektiologie ergänzt. In den Jahren 2016 bis 2019 werden gefördert (§ 4 Absatz 9 Satz 2
Nummer 1 Buchstaben a und b KHEntgG)

- die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie und die
Zusatzweiterbildung Infektiologie für Fachärzte, sofern sie in diesen Jahren begonnen
wurden, mit pauschal 30.000 Euro und
- vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen durch Fachärzte für Innere Medizin
und Infektiologie oder mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung Infektiologie mit
pauschal 400 Euro je Beratungstag.

Dabei sind diese Weiterbildungen unabhängig von den Anforderungen des IfSG und der
KRINKO-Empfehlungen zu fördern (§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 KHEntgG). Der Ausschuss
für Gesundheit führt hierzu an, dass eine ausreichende Anzahl von Ärzten mit
infektiologischen Kenntnissen notwendig sei, um die Behandlungssituation von Patienten mit
Infektionen dauerhaft zu verbessern. Aus diesem Grund wird die Förderung ebenfalls um
vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen durch diese Berufsgruppen erweitert (§ 4
Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b KHEntgG).³⁵

2.3.2 Änderungen mit dem MDK-Reformgesetz (ab dem Jahr 2020)

Mit dem am 01.01.2020 in Kraft getretenen Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen
(MDK-Reformgesetz)³⁶ wurde das Hygiene-Förderprogramm größtenteils um weitere drei Jahre
verlängert und eine Reihe von Anpassungen der Förderung eingeführt. Diese gelten erstmalig
ab dem Budgetjahr 2020.

Die Neuerungen betreffen insbesondere die Integration eines weiteren Schwerpunkts im
Bereich des rationalen Antibiotikaeinsatzes (strukturierte curriculare Fortbildung „Antibiotic
Stewardship – ABS“). In diesem Zuge wird die bereits laufende Förderung des Personalaufbaus
der Krankenhaushygieniker bis zum Jahr 2022 ausgedehnt (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1
Buchstaben b und c KHEntgG). Dazu zählen die Förderung der Neueinstellung, internen
Besetzung und Aufstockung von Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung
zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sowie zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie

³⁴ Dito, Seite 96.

³⁵ Dito, Seite 92.

³⁶ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nummer 51: Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz), vom 14.12.2019, Seite 2789, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 06.06.2023)

und Infektionsepidemiologie sowie von Krankenhaushygienikern, die sowohl eine strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene als auch eine Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung vorweisen können. Sofern der Personalaufbau für letztere ab dem 01.01.2020 erfolgt, gelten durch Ergänzung des § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe d KHEntgG geringere Anforderungen an die Förderung. Er wird auch dann gefördert, wenn keine weitere Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapie vorliegt. Die Förderung des Personalaufbaus von Experten im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung wird hingegen ab dem Jahr 2020 im Rahmen des neuen § 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe c KHEntgG auf alle Fachärzte ausgeweitet und speziell auf die strukturierte curriculare Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ konzentriert.

Die Förderung des Personalaufbaus von Hygienefachkräften ist mit dem Jahr 2019 planmäßig ausgelaufen (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a KHEntgG). Sie ist aber gemäß § 4 Absatz 9 Satz 6 KHEntgG bei der Ermittlung des Förderbetrags unter Beachtung von Tarifierhöhungen erhöhend zu berücksichtigen und wird somit bis zur Überführung in den Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG weiterhin finanziert.

In den Jahren 2020 bis 2022 wird zudem die Neueinstellung, interne Besetzung und Aufstockung der folgenden Berufsgruppen gefördert (§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 Buchstaben a bis c KHEntgG), sofern die Klinikleitung schriftlich bestätigt, dass die jeweilige Person klinisch und zu mindestens 50 % ihrer Arbeitszeit im Bereich Antibiotic Stewardship oder Infektiologie tätig ist und der Nachweis erbracht wird, dass das Personal über das bestehende Beratungsangebot im Bereich Antibiotic Stewardship informiert wurde (§ 4 Absatz 9 Satz 4 KHEntgG):

- Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie in Höhe von 75 % der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022
- Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Infektiologie in Höhe von 75 % der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022
- Fachärzte als Experten für Antibiotic Stewardship mit strukturierter curricularer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ in Höhe von 50 % der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022

Der Zeitraum für die bereits förderfähigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird teilweise bis 2026 verlängert. Neu ist, dass die Anzahl der Weiterbildungen zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sowie zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie angesichts der wenigen Weiterbildungsstätten und des noch bestehenden Mangels an entsprechenden Fachärzten auch dann gefördert wird, wenn sie über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinausgeht. Der Zuschuss für die Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin erhöht sich ab dem Jahr 2020 auf bis zu 40.000 Euro jährlich.

Der Zeitraum für die bereits förderfähigen Beratungsleistungen wird bis zum Jahr 2026 verlängert. Darüber hinaus werden vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship durch Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung Infektiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag bis zum Jahr 2026 finanziert.

2.3.3 Änderungen mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz

Die Neuregelung zum Hygiene-Förderprogramm im Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG)³⁷ sieht eine Verlängerung des Förderzeitraums im Bereich der Infektiologie und „Antibiotic Stewardship (ABS)“ um drei Jahre bis 2025 vor. Durch die inhaltliche Beschränkung auf die Infektiologie soll das Programm zukünftig als Infektiologie-Förderprogramm fortgeführt werden. Die geplante Verlängerung der Förderung bezieht sich auf den Personalaufbau im Bereich der Infektiologie (nur Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie) und Antibiotic Stewardship. Im Bereich Antibiotic Stewardship reduziert sich die Förderhöhe von ursprünglich 50 % auf 30 % der zusätzlich entstehenden Personalkosten im verlängerten Förderzeitraum von 2023 bis 2025. Zusätzlich wird auch die Förderung der Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Innere Medizin und Infektiologie sowie der Zusatzweiterbildung Infektiologie bis 2025 verlängert. Für den Bereich Innere Medizin und Infektiologie wird die Förderung außerdem ausgeweitet. Der zuvor einmalige Zuschuss für die Förderung soll auf einen jährlichen pauschalen Zuschuss im gesamten verlängerten Förderzeitraum von 2016 bis 2025 ausgeweitet werden. Der Zuschuss steigt ab 2023 von 30.000 Euro auf 40.000 Euro an.

Damit liegt der Schwerpunkt des Programms darauf, die Neueinstellung von Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie aufgrund ihrer besonderen infektionsmedizinischen Qualifikation zu fördern und die neue Facharztausbildung in der Inneren Medizin und Infektiologie zu etablieren. In der Konsequenz laufen demnach nur die Förderung der Personalaufstockung im Bereich Krankenhaushygiene und der Zusatzweiterbildung Infektiologie wie geplant im Jahr 2022 aus. Im Bereich der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen laufen nur diejenigen aus, die die Aspekte Krankenhaushygiene und Antibiotic Stewardship betreffen.

Alle bisher ausgelaufenen oder im Jahr 2022 auslaufenden Fördermaßnahmen für die Personalaufstockung sollen bis zur Überführung in den Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG weiterhin zusätzlich finanziert werden. Die Überführung der Finanzierungsbeträge in den Landesbasisfallwert soll in Folge der Verlängerung erst auf

³⁷ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2022 Teil I Nummer 56: Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfIEG) vom 20.12.2022, [Bundesgesetzblatt \(www.bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Letzter Abruf am 06.06.2023).

Grundlage der im Jahr 2025 abgerechneten Finanzierungszuschläge für das Jahr 2026 erfolgen.

2.3.3 Fördertatbestände im Einzelnen

Die Förderarten unterscheiden sich nicht nur vom Ansatz her, sondern variieren auch hinsichtlich Dauer und Höhe der Förderung je nach Berufsgruppe. In den Jahren 2013 bis 2025 werden bestimmte Maßnahmen gefördert, wenn die Anforderungen des IfSG zur Qualifikation und zum Bedarf laut KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen eingehalten werden. Die gesetzliche Grundlage des § 4 Absatz 9 KHEntgG ist in Anlage 3 aufgeführt.

Einen Überblick zu den konkreten Förderanteilen bezogen auf die zusätzlich entstehenden Personalkosten bei Neueinstellungen, interner Besetzung neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen sowie Details zu den jeweiligen Förderhöhen der Weiterbildungsmaßnahmen und Beratungsleistungen gibt Abbildung 1. Außerdem werden die unterschiedlichen Förderzeiträume dargestellt.

Die Mehrausgaben für den Förderzeitraum 2013 bis 2016 (maximal bis 2020) des ersten Förderpakets wurden vom BMG auf ca. 365 Mio. Euro geschätzt.³⁸ Der Ausgabenanteil der GKV wird dabei mit ca. 82 % angegeben. Durch die Verlängerung des Hygiene-Förderprogramms werden in einer aktuellen Schätzung des BMG zusätzliche Mehrausgaben in Höhe von 102 Mio. Euro für das zweite Förderpaket (2016 bis 2019, maximal bis 2023) angenommen.³⁹

³⁸ Vergleiche Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, Seite 34, [Deutscher Bundestag \(www.dserver.bundestag.de\)](http://www.dserver.bundestag.de) (Letzter Abruf am 06.06.2023).

³⁹ Vergleiche Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), Seiten 1121–39.

Abbildung 1 Finanzierungsdauer und -höhe im Hygienesonderprogramm nach Förderarten
(§ 4 Absatz 9 KHEntgG)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
geschätztes Förder- volumen in Mio. Euro	17	40	56	57	195									
				6	22	26	31	17						
										keine Angaben zum Fördervolumen bekannt				
											keine Angaben zum Fördervolumen bekannt			
Förderart Nr. 1 Neueinstellung/interne Besetzung/Aufstockung														
Förderart Nr. 2 Fort- und Weiterbildung														
Förderart Nr. 3 Beratungsleistung														

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten aus: § 4 Absatz 9 KHEntgG; Beschlussempfehlung und Bericht des Gesundheitsausschusses, Bundestag-Drucksache 17/13947, Seite 34; Bundestag-Drucksache 19/14871, Seite 116; Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau (das Krankenhaus, 2015, 107 (12), Seite 1138).

Durch die unterschiedlichen Förderanteile wird „ein Schwerpunkt auf die Neueinstellung von Hygienefachkräften und in abgestufter Form auf die Neueinstellung von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie gelegt“⁴⁰.

Im späteren Programmverlauf wurde ein weiterer Schwerpunkt auf die Infektiologie gelegt, der sich durch die Fortführung als Infektiologie-Förderprogramm in den Jahren 2023 bis 2025 verstetigt. In den Jahren 2023 und 2025 wird nur noch die Neueinstellung von Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie sowie von Fachärzten mit Fortbildung im Bereich Antibiotic Stewardship gefördert. Zudem wird die Förderung für die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal nach den Vorgaben des IfSG aufgrund der gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation gewährt. Die Förderbeträge für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unterscheiden sich jeweils hinsichtlich Finanzierungsdauer (maximal fünf Jahre) und -höhe (von einmalig 5.000 Euro bis hin zu 40.000 Euro jährlich ab dem Jahr 2020). Am höchsten fällt die von den Krankenkassen zu leistende Förderung bei den fachärztlichen Qualifizierungsmaßnahmen aus.

Bei Qualifizierungen zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene kann die Förderung über das Jahr 2022 hinaus andauern. Da Voraussetzung hierfür der Maßnahmenbeginn spätestens im Jahr 2022 ist, endet die Förderung der Facharztweiterbildungen spätestens im Jahr 2026, die Förderung der Fortbildung zum Krankenhaushygieniker spätestens im Jahr 2023. Im Unterschied dazu ist die Förderung bei den weiteren Qualifizierungen auf die Jahre 2013 bis 2022 begrenzt. Ausgenommen von der Begrenzung ist die fachärztliche Weiterbildung Innere Medizin und Infektiologie sowie die Zusatzweiterbildung Infektiologie für Fachärzte. Sie ist seit dem Jahr 2016 vom Förderumfang umfasst und wird bis einschließlich 2025 gefördert.

Die Förderung der fachärztlichen Weiterbildung Innere Medizin und Infektiologie wird durch einen jährlichen Zuschuss von 30.000 Euro gefördert, der sich ab dem Jahr 2023 auf 40.000 Euro jährlich erhöht. Die Förderung der Zusatzweiterbildung Infektiologie wird durch einen pauschalen Zuschuss von einmalig 30.000 Euro gefördert. Die Förderung der Fortbildungen zum hygienebeauftragten Arzt und zur Hygienefachkraft (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Buchstaben e und f KHEntgG) werden gestrichen. Die Förderung des Personalaufbaus von Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Ärzten ist im § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstaben a und e KHEntgG geregelt und endete im Jahr 2019 bzw. 2016.

⁴⁰ Vergleiche Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, Seite 32, [Deutscher Bundestag \(www.dserver.bundestag.de\)](http://www.dserver.bundestag.de) (Letzter Abruf am 06.06.2023).

Ergänzend werden Beratungsleistungen durch externe Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie bis zum Jahr 2026 pauschal mit 400 Euro je Beratungstag gefördert. Bei gleicher Förderhöhe werden Beratungsleistungen durch die beiden neu hinzugekommenen Berufsgruppen aus dem Bereich der Infektiologie im Zeitraum 2016 bis 2026 gefördert. Die externen Beratungsleistungen müssen vertraglich vereinbart worden sein.

Vereinbarungen mit Krankenhäusern

Für die Förderung durch die Krankenkassen ist die Einhaltung der Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf, die in der KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen benannt werden, entscheidend (§ 4 Absatz 9 Satz 1 KHEntgG). Die Förderbeträge werden zunächst über einen krankenhausbezogenen Zuschlag gewährt (§ 4 Absatz 9 Sätze 5 bis 7 KHEntgG). Der jeweilige Betrag darf gemäß § 4 Absatz 9 Satz 9 KHEntgG keine Pflegepersonalkosten enthalten, die über das Pflegebudget finanziert werden. Wurde für ein Kalenderjahr bereits ein Zuschlag vereinbart, erhöht sich dieser im Folgejahr kumulativ bei einer erneuten Vereinbarung (§ 4 Absatz 8 Satz 3 KHEntgG alte Fassung⁴¹). Maßnahmen im Sinne dieser Förderung gelten auch dann als förderwürdig, wenn diese bereits nach dem Inkrafttreten der Änderung des IfSG am 04.08.2011 von einem Krankenhaus ergriffen wurden. Gefördert werden dabei die ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Förderprogramms (01.08.2013) entstehenden Kosten (§ 4 Absatz 9 Satz 3 KHEntgG). Können sich Krankenhäuser und Krankenkassen im Rahmen der Budgetverhandlungen nicht einigen, kann die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) angerufen werden.

Nachweisführung durch die Krankenhäuser

Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, die Umsetzung des Hygienesonderprogramms und die Verwendung der Fördermittel entsprechend nachzuweisen. In der Gesetzesbegründung wird explizit ausgeführt, wie die Nachweisführung zu erfolgen hat:

„Zur Prüfung der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers

- über die Stellenbesetzung am 4. August 2011,
- über das aufgrund des Hygiene-Förderprogramms zusätzliche Hygienepersonal nach den unterschiedlichen Qualifikationsprofilen, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie
- über die Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres und
- die zweckentsprechende Verwendung der Mittel

⁴¹ In der vor dem 01.01.2021 geltenden Fassung.

vorzulegen. Zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung sind

- die in Anspruch genommenen externen Beratungsleistungen sowie
- die geförderten Fort- und Weiterbildungen differenziert nach den unterschiedlichen Qualifikationsprofilen und dem jeweiligen Bedarf insbesondere unter Bezugnahme auf die genannte KRINKO-Empfehlung

vom Krankenhaus nachzuweisen.“⁴²

Insoweit die vereinbarten Maßnahmen nicht im Sinne der gesetzlichen Vorgaben nachgewiesen werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen.

Vereinbarung auf Landesebene

Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes sind die Zuschläge nach § 4 Absatz 9 KHEntgG von der absenkenden Berücksichtigung der Summe sonstiger Zuschläge ausgenommen (vergleiche § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 KHEntgG). Diese Regelung stellt sicher, dass die Landespreise durch die vereinbarten Hygieneszuschläge nicht gemindert werden.

Die Finanzierungsbeträge, die insgesamt für das Jahr 2025 für die Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 Nummer 1 KHEntgG abgerechnet werden, sind gemäß § 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG in Höhe der von den Krankenhäusern im Land insgesamt abgerechneten Zuschläge in die ab 2026 geltenden Landesbasisfallwerte einzurechnen. Durch den mit dem KHPfIEG geänderten § 4 Absatz 9 Satz 6 KHEntgG wird klargestellt, dass alle Förderungen der Personalaufstockung nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 Nummer 1b KHEntgG bis zur Überführung in den Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG weiterhin finanziert werden und daher bei der Ermittlung des krankenhausesindividuellen Finanzierungsbetrags unter Beachtung von Tarifierhöhungen erhöhend zu berücksichtigen sind. Dies betrifft damit die zum Jahresende 2022 ausgelaufene Förderung von Neueinstellungen, interner Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen für Krankenhaushygieniker oder Krankenhaushygienikerinnen nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Buchstaben b bis d KHEntgG sowie die Förderung des Personalaufbaus bei Fachärzten mit Zusatzweiterbildung Infektiologie. Ebenfalls weiterhin finanziert wird die bereits zum Jahresende 2019 ausgelaufene Förderung der Personalaufstockung im Bereich der Hygienefachkräfte (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a KHEntgG) sowie die schon zum Jahresende 2016 ausgelaufene zehnjährige Förderung der entstehenden Personalkosten von hygienebeauftragten Ärzten (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe e KHEntgG). Analog zum ersten Pflegesonderprogramm (2009 bis 2011) wird damit die dauerhafte Zusatzfinanzierung gewährleistet.

⁴² Vergleiche Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, Seite 34, [Deutscher Bundestag \(www.dserver.bundestag.de\)](http://www.dserver.bundestag.de) (Letzter Abruf am 06.06.2023).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des Hygienesonderprogramms

Mit § 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG wird auf die Regelung des Pflegestellten-Förderprogramms (§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung⁴³) verwiesen und damit die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zur jährlichen Berichterstattung über die Umsetzung des Hygienesonderprogramms gegenüber dem BMG festgeschrieben. Die für die Berichterstattung erforderlichen Informationen stellen die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung.

Für den hier vorliegenden Bericht zum Hygienesonderprogramm stehen Vereinbarungsdaten aus den Budgetverhandlungen 2013 bis 2022 zur Verfügung. Zudem können Auswertungen der Istdaten für die Jahre 2013 bis 2021, die im Rahmen der Budgetverhandlungen übermittelt und durch Jahresabschlussstate bestätigt werden müssen, vorgenommen werden. Hierbei sind die Einschränkungen durch die für das Jahr 2021 größtenteils und für das Jahr 2020 zu einem großen Teil noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen zu berücksichtigen.

2.4 KRINKO-Empfehlungen

Die KRINKO erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und entwickelt diese unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen kontinuierlich weiter.⁴⁴ Neben der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention gibt es auch eine Reihe spezifischer Empfehlungen, die auf besonders infektionsgefährdete Bereiche zugeschnitten sind (z. B. „Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen“).

Im Juni 2014 wurden die „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ aktualisiert. Derzeit ist ungeklärt, ob ein generelles Screening und darauf aufbauende Maßnahmen effizienter vor MRSA-Infektionen schützen als ein risikoadaptiertes Screening mit entsprechenden Maßnahmen. Die KRINKO empfiehlt folgerichtig weiterhin die Durchführung des risikoadaptierten Screenings auf MRSA und benennt Kategorien von Patienten, für die ein erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer MRSA-Kolonisation bei Aufnahme in ein Krankenhaus besteht (unter anderem Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese, Patienten aus Regionen bzw. Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz, Dialysepatienten, Patienten, die regelmäßig (beruflich) direkten Kontakt zu MRSA haben, wie z. B. Personen mit Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren).⁴⁵

⁴³ In der vor dem 01.01.2021 geltenden Fassung.

⁴⁴ Die Empfehlungen sind abrufbar auf den Internetseiten des RKI unter www.rki.de (Letzter Abruf am 06.06.2023).

⁴⁵ Vergleiche KRINKO-Empfehlung: Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2015, 58 (10), Seiten 1151-70.

Eine weitere Empfehlung der KRINKO zur „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ wurde im September 2015 veröffentlicht.⁴⁶ Diese beinhaltet eine synoptische Darstellung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Übertragung nosokomialer Infektionen zwischen Patienten bzw. zwischen Personal und Patienten. Ausgeführt werden die wesentlichen Elemente der Basishygiene sowie erweiterte, über die Basishygiene hinausgehende Maßnahmen. Diese umfassen beispielsweise die Faktoren zur Einschätzung des Übertragungsrisikos (Transmissionswege, Impfung und besonderes Gefährdungs- oder Transmissionspotenzial für Risikogruppen, räumliche Unterbringung, persönliche Schutzausrüstung) sowie die Maßnahmen zur Anpassung laufender Desinfektionsverfahren.

Die nach IfSG erforderliche personelle Ausstattung wird gemäß § 4 Absatz 9 KHEntgG gefördert, wenn die in der KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen benannten Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf eingehalten werden. Die aktuell gültige Fassung dieser KRINKO-Empfehlung ist im Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 3/2023 online publiziert.⁴⁷ Die KRINKO-Empfehlung beschreibt unter anderem die Aufgaben der für die Krankenhaushygiene relevanten, spezifischen Berufsbilder. Konkrete Empfehlungen werden abgegeben

- zur Organisation (Verantwortlichkeiten, Surveillance, interdisziplinäre Kommunikation, Organisationsstruktur, ambulante Einrichtungen),
- zum Fachpersonal in der Hygiene und Infektionsprävention (Krankenhaushygieniker, hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte, Hygienebeauftragte in der Pflege) und
- zur Personalbedarfsermittlung (Risikobewertung, Bedarfsberechnung).

Für die einzelnen Berufsbilder werden konkrete Richtwerte empfohlen (vergleiche Tabelle 1).

⁴⁶ Vergleiche KRINKO-Empfehlung: Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2014, 57 (6), Seiten 696–732.

⁴⁷ Vergleiche KRINKO-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 3 2023, Seiten 332–351, [RKI \(www.rki.de\)](http://www.rki.de) (Letzter Abruf am 13.06.2023)

Tabelle 1 Hygienepersonal und Richtwerte

Hygienepersonal	Empfehlung
Krankenhausthygieniker	Gewährleistung einer dem Leistungsspektrum entsprechend ausreichenden Beratung durch einen Krankenhaushygieniker; der Bedarf wird wesentlich vom Risikoprofil einer Einrichtung bestimmt (vergleiche Tabelle 3)
Hygienebeauftragter Arzt	Berufung mindestens eines hygienebeauftragten Arztes je Krankenhaus; in Behandlungszentren mit organisatorisch getrennten Abteilungen mit speziellem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen sollte jede Fachabteilung einen hygienebeauftragten Arzt benennen
Hygienefachkraft	Bedarf wesentlich vom Risikoprofil des Krankenhauses bestimmt (vergleiche Tabelle 2)
Hygienebeauftragter in der Pflege*	Funktion der hygienebeauftragten Pflegekraft für jede Station und in jedem Funktionsbereich empfohlen (auch auf ambulante Einrichtungen übertragbar)

* Hygienebeauftragte in der Pflege sind von der Förderung nach § 4 Absatz 9 KHEntgG nicht umfasst.

Quelle: KRINKO–Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 3/2023, Seiten 332–351).

Die Personalbedarfsermittlung für ein Krankenhaus muss in Abhängigkeit vom Risikoprofil der jeweiligen Station und dem individuellen Risikoprofil der Patienten hinsichtlich nosokomialer Infektionen erfolgen. Zu berücksichtigen sind bei der Risikobewertung nicht nur bettenführende Abteilungen, sondern auch teilstationäre und ambulante Bereiche des Krankenhauses sowie nicht bettenführende Abteilungen (unter anderem Funktionsabteilungen). Maßnahmen und Patienten werden in Bezug auf das Infektionsrisiko in Risikogruppen eingestuft, für welche bei bettenführenden Abteilungen explizit für Hygienefachkräfte auch ein Personalschlüssel angegeben wird (vergleiche Tabelle 2).

Tabelle 2 Bedarf an Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung

Risikoeinstufung	Bedarf an Hygienefachkräften
Hoch (A)	1 : 100 Betten
Mittel (B)	1 : 200 Betten
Niedrig (C)	1 : 500 Betten

Quelle: KRINKO-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 3/2023, Seiten 332–351).

Für spezielle Funktionsabteilungen und bettenferne Abteilungen sowie bei teilstationären und ambulanten Bereichen kann sich gegebenenfalls ein zusätzlicher Bedarf ergeben.

Auch der Bedarf an Krankenhaushygienikern ist vom Risikoprofil einer Einrichtung abhängig. Hieran anknüpfend empfiehlt die KRINKO analog zur Berechnung des Bedarfs an Hygienefachkräften eine Bedarfsberechnung auch für die Krankenhaushygieniker. Dabei erfolgt die Risikoeinstufung der Klinik ebenfalls in Abhängigkeit vom Leistungs- und Patientenprofil. In Tabelle 3 sind die Empfehlungen der KRINKO zum risikoabhängigen Bedarf an Krankenhaushygienikern zusammengefasst.

Tabelle 3 Bedarf an Krankenhaushygienikern pro Betten gemäß Risikoeinstufung

Risikoeinstufung	Bedarf an Krankenhaushygienikern
Hoch (A)	1 : 1.000 Betten
Mittel (B)	1 : 2.000 Betten
Niedrig (C)	1 : 5.000 Betten

Quelle: KRINKO-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 3/2023, Seiten 332–351).

In Abhängigkeit von weiteren Faktoren, wie der Anzahl der zu beratenden bettenführenden Fachabteilungen und nicht bettenführenden Abteilungen und einer hohen Gesamtbettenzahl (> 400 Betten), kann sich gegebenenfalls zusätzlicher Bedarf ergeben.

2.5 Weitere gesetzliche Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene

Mit der Novellierung des IfSG im Jahr 2011 wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Reihe von Aufgaben zur Sicherung der Hygienequalität übertragen. Die Aufgaben des G-BA zur Sicherung der Krankenhaushygiene sind in § 136 SGB V festgehalten. Der G-BA wurde durch den § 136a Absatz 1 SGB V beauftragt, in seinen Richtlinien erstmals zum

31.12.2016 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung festzulegen und insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität zu bestimmen. Zu berücksichtigen sind dabei bereits etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotikaverbrauch sowie die Empfehlungen der Kommissionen KRINKO und ART. Die mit den entsprechenden Indikatoren gemessenen Ergebnisse sollen, die erforderliche Eignung zur Veröffentlichung vorausgesetzt, Eingang in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser finden. Darüber hinaus sollen dem G-BA bereits zugängliche Erkenntnisse unverzüglich in die Qualitätsberichte einfließen und zusätzliche Anforderungen bezüglich der Qualitätsberichte zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene gestellt werden. Für weitere Details zu G-BA-Richtlinien mit Bezug zur Krankenhaushygiene und andere Maßnahmen zu Hygiene und Infektionsprävention wird auf die Ausführungen in den Kapiteln 5 und 6 im Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Jahren 2013 bis 2018⁴⁸ verwiesen.

⁴⁸ Vergleiche Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2018 an das Bundesministerium für Gesundheit vom 28.06.2019, Seiten 55–66, [GKV-Spitzenverband \(www.gkv-spitzenverband.de\)](http://www.gkv-spitzenverband.de) (Letzter Abruf am 07.06.2023).

3. Ausgangssituation

3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Jahr 2021 belief sich laut Statistischem Bundesamt die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland auf 1.887. Diese untergliederten sich in 1.534 Allgemeinkrankenhäuser und 353 sonstige Krankenhäuser. Unter diesen befinden sich nicht nur Vertragskrankenhäuser nach § 108 SGB V. Die GKV finanziert die nach § 4 Absatz 9 KHEntgG relevanten Fördertatbestände jedoch ausschließlich in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern, die zugleich den Bestimmungen des KHEntgG unterliegen. Nach Angaben der Krankenkassen sind 1.428 Krankenhäuser im Sinne des Hygiene-Förderprogramms anspruchsberechtigt (vergleiche Tabelle 4).

Tabelle 4 Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2020 bis 2022

Bundesland	Jahr	Krankenhäuser (KHEntgG)	Krankenhäuser mit Budgetabschluss	Anteil in %t
Baden-Württemberg	2020	152	93	61
	2021	152	46	30
	2022	152	6	4
Bayern	2020	243	222	91
	2021	243	211	87
	2022	243	174	72
Berlin	2020	47	24	51
	2021	47	16	34
	2022	47	0	0
Brandenburg	2020	52	27	52
	2021	52	11	21
	2022	52	0	0
Bremen	2020	12	12	100
	2021	12	12	100
	2022	12	10	83
Hamburg	2020	33	11	33
	2021	33	4	12
	2022	33	2	6
Hessen	2020	111	53	48
	2021	111	24	22
	2022	111	7	6

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 34 von 126

Bundesland	Jahr	Krankenhäuser (KHEntgG)	Krankenhäuser mit Budgetabschluss	Anteil in %
Mecklenburg-Vorpommern	2020	32	23	72
	2021	32	18	56
	2022	32	5	16
Niedersachsen	2020	145	113	78
	2021	145	87	60
	2022	145	34	23
Nordrhein-Westfalen	2020	299	207	69
	2021	299	144	48
	2022	299	42	14
Rheinland-Pfalz	2020	75	45	60
	2021	75	34	45
	2022	75	6	8
Saarland	2020	19	17	89
	2021	19	14	74
	2022	19	8	42
Sachsen	2020	74	64	86
	2021	74	59	80
	2022	74	50	68
Sachsen-Anhalt	2020	39	23	59
	2021	39	14	36
	2022	39	3	8
Schleswig-Holstein	2020	56	41	73
	2021	56	27	48
	2022	56	17	30
Thüringen	2020	39	36	92
	2021	39	33	85
	2022	39	20	51
gesamt	2020	1.428	1.011	71
	2021	1.428	754	53
	2022	1.428	384	27

Quelle: AOK, WIdO (Stand: 18.04.2023).

3.2 Hygienefachpersonal in Krankenhäusern

Ausgangspersonalbestand per 04.08.2011

Wie im Abschnitt 2.3 in den Ausführungen zur Nachweisführung der Krankenhäuser bereits dargelegt, haben die teilnehmenden Krankenhäuser den Vertragspartnern die Stellenbesetzung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der IfSG-Novellierung am 04.08.2011 zu übermitteln. In der Regel ist hinsichtlich der Verfügbarkeit der von Jahresabschlussprüfern bestätigten Istdaten ein zweijähriger Zeitversatz festzustellen. Gleiches gilt auch für Angaben zum Ausgangspersonalbestand. Für den aktuellen Bericht lieferten 676 Krankenhäuser mindestens eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Angabe zum Ausgangspersonalbestand für mindestens eine der acht Berufsgruppen. Im Datenjahr 2021 übermittelten 800 Häuser Angaben zu Hygienefachkräften (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1a KHEntgG; 525 bestätigte Stellen), 634 Häuser zu Krankenhaushygienikern mit fachärztlicher Weiterbildung (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1b KHEntgG; 43 bestätigte Stellen), 627 Häuser zu Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung/Fortbildung Antibiotikatherapieberatung (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1c KHEntgG; 9 bestätigte Stellen), 121 Krankenhäuser zu Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1d KHEntgG; 9 bestätigte Stellen; ab 2020) und 758 Häuser zu hygienebeauftragten Ärzten (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1e KHEntgG; 971 bestätigte Stellen), 107 Krankenhäuser zu Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie (§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1a KHEntgG; 5 bestätigte Stellen; ab 2020), 111 Krankenhäuser zu Fachärzten mit Zusatzweiterbildung für Infektiologie (§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1b KHEntgG; 7 bestätigte Stellen; ab 2020) und 119 Krankenhäuser zu Fachärzten mit ABS-Fortbildung (§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1c KHEntgG; 7 bestätigte Stellen; ab 2020). Diese Angaben ermöglichen keine differenzierte Beschreibung der Situation vor Beginn des Hygienesonderprogramms. Auch in den Folgejahren ist mit weiteren Mitteilungen zur Stellenbesetzung am 04.08.2011 zu rechnen.

Kennziffern zum Hygienefachpersonal in Krankenhäusern

Die Angaben des Statistischen Bundesamts zum Hygienepersonal beziehen sich nicht speziell auf die anspruchsberechtigten Krankenhäuser und nicht auf den laut gesetzlicher Regelung relevanten Zeitpunkt. Im Weiteren wird daher in diesem Kapitel hilfsweise auf Daten des Statistischen Bundesamts zurückgegriffen.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass das Statistische Bundesamt ab dem Jahr 2018 die Auswertungssystematik umgestellt hat. Das Statistische Bundesamt wies in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 bis zu den Angaben für das Jahr 2017 für alle Krankenhäuser insgesamt sowie jeweils getrennt für die Allgemeinkrankenhäuser und die Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten

- a) die Anzahl der Krankenhäuser, die ärztliches und pflegerisches Hygienepersonal beschäftigen,
- b) die Anzahl der beschäftigten Hygienefachkräfte sowie
- c) die Anzahl der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

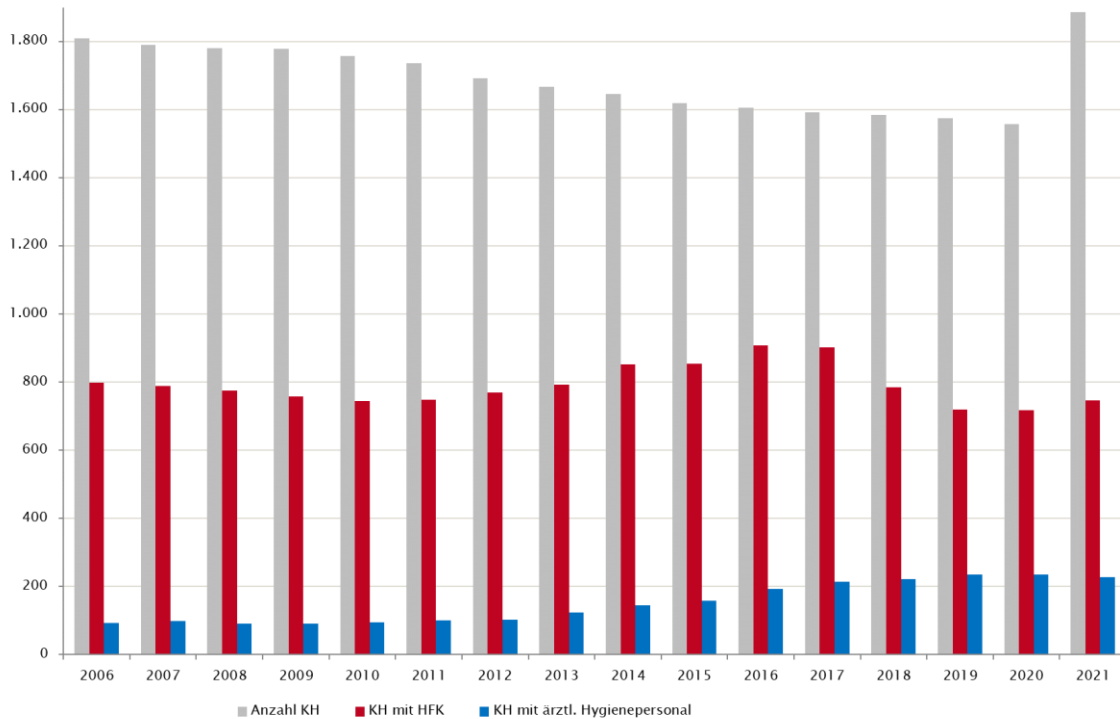
aus. Seit dem Jahr 2018 weist das Statistische Bundesamt die oben genannten Daten nur noch für alle Krankenhäuser insgesamt aus, sodass keine getrennte Auswertung mehr zur Verfügung steht. Das führt dazu, dass die ab dem Jahr 2018 ausgewiesenen Daten im Vergleich zu den bis 2017 herangezogenen Daten leicht überschätzt sind.

Zu a)

Im Betrachtungszeitraum sank die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser, die Hygienefachkräfte beschäftigen, zunächst von 799 (44 %) im Jahr 2006 auf 744 (42 %) im Jahr 2010 (vergleiche Abbildung 2). Seit dem Jahr 2011 stieg die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser mit Hygienefachkräften kontinuierlich auf 908 (57 %) im Jahr 2016 an. Im Vergleich zum Jahr 2016 ist die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser mit Hygienefachkräften im Jahr 2017 mit 902 (57 %) nahezu konstant geblieben. Die Daten des Statistischen Bundesamts zeigen, dass trotz des moderaten Anstiegs in den Vorjahren zu diesem Zeitpunkt nur etwa jedes zweite Krankenhaus Hygienefachkräfte beschäftigte. Ab dem Jahr 2018 beziehen sich die Angaben aufgrund der umgestellten Auswertungssystematik auf alle Krankenhäuser und nicht mehr speziell auf Allgemeinkrankenhäuser. Im Jahr 2018 ist die Zahl der Krankenhäuser mit Hygienefachkräften auf 786 (41 %) abgesunken. Der Abwärtstrend setzte sich im Jahr 2019 mit einer Zahl von nur noch 720 Krankenhäusern mit Hygienefachkräften (38 %) fort. Die Anzahl der Krankenhäuser mit Hygienefachkräften bewegte sich im Jahr 2020 mit 718 auf gleichem Niveau wie 2019 (38 %) und ist im Jahr 2021 nur geringfügig auf 746 (40 %) angestiegen. Bei der Bewertung des Abwärtstrends ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Krankenhäuser mit Hygienefachkräften in den Jahren 2018 und 2019 aufgrund der dann umgestellten Auswertungssystematik im Vergleich zu den Vorjahren sogar noch etwas überschätzt sein dürfte.

Im Jahr 2021 beschäftigten 228 (12 %) der Krankenhäuser ärztliches Personal mit einer abgeschlossenen Weiterbildung für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, was einem deutlichen Anstieg im Vergleich zum Ausgangswert entspricht (in 2006 betraf dies 94 (5 %) der Allgemeinkrankenhäuser). Aufgrund der Umstellung der Auswertungssystematik ab dem Jahr 2018 ist auch hier eine leichte Überschätzung der Zahl im Vergleich zu den Vorjahren nicht auszuschließen. Der steigende Trend zeigte sich aber auch schon im Jahr 2017 mit einer Anzahl von 214 (13 %) der Allgemeinkrankenhäuser, die ärztliches Hygienepersonal beschäftigten. Die Schnittmenge der Krankenhäuser, die sowohl Hygienefachkräfte als auch ärztliches Hygienepersonal beschäftigten, kann nicht festgestellt werden.

Abbildung 2 Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal

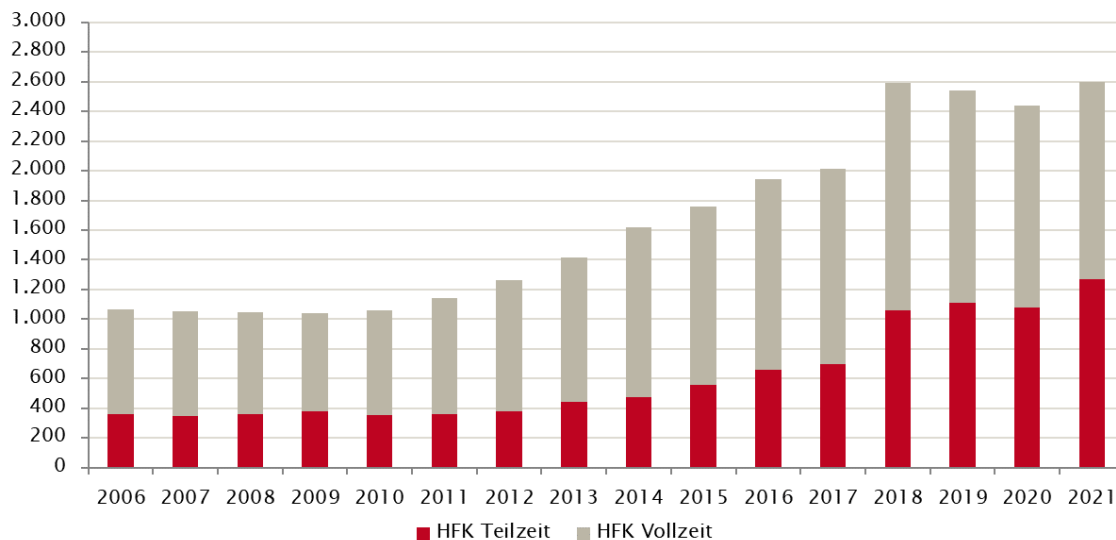


Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

Zu b)

Im Jahr 2021 waren in Krankenhäusern 2.597 Hygienefachkräfte beschäftigt, davon 1.272 in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte (vergleiche Abbildung 3). Damit hat sich die Zahl der Hygienefachkräfte in Krankenhäusern im Betrachtungszeitraum mehr als verdoppelt (Ausgangswert im Jahr 2006: 1.066 Hygienefachkräfte, davon 358 in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte). Der Anstieg begann im Jahr 2010 und setzte sich über den Zeitraum des Hygienesonderprogramms bis zum Jahr 2018 fort. Der Anteil der Hygienefachkräfte, die ihre Tätigkeit in Teilzeit ausübten, lag über den Betrachtungszeitraum hinweg konstant bei etwa einem Drittel und hat sich seit dem Jahr 2018 auf über 40 % erhöht (Anteil im Jahr 2021: 49 %).

Abbildung 3 Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern

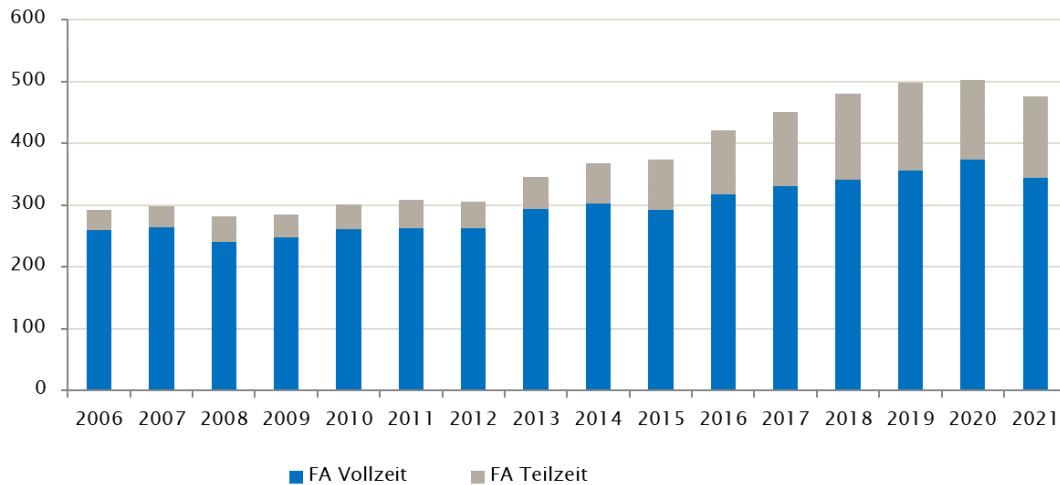


Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

Zu c)

Die Zahl der Ärzte mit einer für die Krankenhaushygiene relevanten Weiterbildung steigt erst ab dem Jahr 2013 bis zum Jahr 2020 sichtbar an (vergleiche Abbildung 4). Im Jahr 2020 waren 502 Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie an Krankenhäusern beschäftigt. Im Vergleich zu 2006 (292 Fachärzte) entspricht dies einem Anstieg um 72 %. Im Jahr 2021 zeichnet sich nur ein geringfügiger Rückgang auf 476 Fachärzte ab. Der Anteil der in Teilzeit bzw. geringfügig Beschäftigten fällt bei diesen Fachärzten durchgehend niedriger aus als beim pflegerischen Hygienepersonal. Allerdings ist ab dem Jahr 2013 ein deutlicher Anstieg der Teilzeitquote zu verzeichnen: von 15 % im Jahr 2013 auf 29 % in den Jahren 2018 und 2019. Im Jahr 2020 war die Teilzeitquote zwar leicht rückläufig (25 %), stieg aber schon im Jahr 2021 wieder auf 28 % an. Die Schnittmenge der Krankenhäuser, die sowohl Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin als auch Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie beschäftigten, kann nicht festgestellt werden. Informationen zur Anzahl der Ärzte mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene liegen nicht vor.

**Abbildung 4 Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder Mikrobiologie und
Infektionsepidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern**



Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

4. Umsetzung des Förderprogramms zur Krankenhaushygiene 2013 bis 2022

4.1 Datenmeldungen

In den nun vorliegenden Bericht des GKV-Spitzenverbandes sind Datenmeldungen der Krankenkassen aus dem Jahr 2022 für die Jahre 2013 bis 2022 eingeflossen. Der vorhandene Datenpool umfasst dabei auch Meldungen zu Krankenhäusern, die nicht am Hygienesonderprogramm teilgenommen haben. Wenn nicht anders angegeben, wurden in den Bericht Angaben zur Förderung der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Absatz 9 KHEntgG einbezogen, die bis zum 18.04.2023 beim GKV-Spitzenverband eingegangen sind. Später übermittelte Daten gehen in den Folgebericht ein, der bis zum 30.06.2024 erstellt wird. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass für das Jahr 2022 in Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein, Hamburg und Rheinland-Pfalz und für das Jahr 2021 in Schleswig-Holstein und Hamburg keine Datensätze vorliegen. Für das Jahr 2020 liegt für Hamburg kein Datensatz vor.

Die Auswertungen dieses Berichtes basieren auf einem gegenüber den vorangegangenen Berichten aktualisierten Datenbestand. Abweichungen zwischen den Auswertungen der Berichte sind auf Korrektur- und Nachmeldungen zu noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen zum Zeitpunkt der Berichterstellung sowie auf Krankenhausfusionen zurückzuführen. Auf die Aktualisierung des Datenbestandes bis einschließlich zum Datenjahr 2018 in den Anlagen wird verzichtet, da sich für die ersten Förderjahre nur noch geringfügige Änderungen durch Korrektur- und Nachmeldungen ergeben.

Vorläufige Zuschlagserhebung

Das Instrument der vorläufigen Zuschlagserhebung wurde zunächst erwartungsgemäß in den Förderjahren immer weniger in Anspruch genommen. Die Zahl der Krankenhäuser, die einen vorläufigen Zuschlag vereinbart haben, hat sich von 435 Krankenhäusern im ersten Förderjahr und 461 Krankenhäusern im zweiten Förderjahr kontinuierlich auf 253 Krankenhäuser im Jahr 2017 reduziert. In den Jahren 2018 und 2019 zeigt sich allerdings ein leichter Anstieg auf 303 Krankenhäuser. Die bislang vorliegenden Daten für 2020 und 2021 belegen bisher, dass das Instrument nur noch von 41 Krankenhäusern mit deutlichem Schwerpunkt in Nordrhein-Westfalen genutzt wird. Für das Jahr 2022 zeigt sich nach dem bisherigen Datenmeldestand eine weitere deutliche Reduzierung auf fünf Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen. Eine abschließende Bewertung kann aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen aber erst im Folgebericht vorgenommen werden.

Undifferenzierte Zuschlagserhebung

Das Instrument der undifferenzierten Zuschlagserhebung wurde entgegen den Erwartungen in den Förderjahren durch eine wachsende Zahl von Krankenhäusern mit stetig steigenden undifferenzierten Beträgen in Anspruch genommen. Krankenkassen und Krankenhäuser haben sich in diesen Fällen auf Gesamtbeträge ohne explizite Aufteilung nach Förderarten verständigt. Die undifferenzierten Beträge haben sich von 1,2 Mio. Euro im ersten Förderjahr auf 13,8 Mio. Euro im Jahr 2019 erhöht. Da undifferenzierte Vereinbarungen einen pragmatischen Ansatz für den schnellen Einstieg in die Förderung darstellen, wäre zu erwarten gewesen, dass die Krankenhäuser mit zunehmender Nachweisführung den einzelnen Förderarten zugeordnet werden können.

Für die Jahre 2020 und 2021 scheint sich anhand der vorliegenden Datenmeldungen bislang ein sehr starker Rückgang der undifferenzierten Beträge auf 0,6 bzw. 0,7 Mio. Euro abzuzeichnen. Nur noch für 17 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (2020) bzw. für ein Krankenhaus in Bayern und 15 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (2021) wird ein pauschaler Zuschlag erhoben. Im Jahre 2022 zeigt sich nach bisherigem Datenmeldestand eine wieder leicht steigende Tendenz auf 6,2 Mio. Euro, wobei die Zahl der Krankenhäuser weiter deutlich auf drei in Nordrhein-Westfalen zurückgegangen ist. Die entsprechenden pauschalen Förderbeträge sind sowohl in den undifferenzierten Fördermitteln (vergleiche Anlagen 24 und 25) sowie in der Förderung gesamt berücksichtigt. Eine abschließende Bewertung kann aber auch hier aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen erst im Folgebericht vorgenommen werden. Eine Abschätzung der durch vorläufige Zuschläge erlösten Beträge auf Krankenseite war außerdem nicht durchgängig in allen Bundesländern möglich, sodass eine gewisse Fehlschätzung des Finanzflusses anzunehmen ist.

Istdaten

Istdaten zur tatsächlichen Umsetzung der Hygienepersonalmaßnahmen stehen für die Jahre 2013 bis 2021 zur Verfügung. Es ist zu beachten, dass die Aussagekraft dieser Angaben zunächst begrenzt ist, da in den Folgejahren mit weiteren Datenmeldungen zu rechnen ist, die sowohl zusätzliche Meldungen als auch Korrekturen bestehender Datenmeldungen für die Vorjahre umfassen können. Die Angaben zur Umsetzung in diesem Bericht haben demgemäß zunächst vorläufigen Charakter.

Da in der Regel hinsichtlich der Meldungen von Istdaten mit einem zweijährigen Versatz zu rechnen ist, können für das Jahr 2022 nur sehr wenige Meldungen zu durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben verzeichnet werden. Auf eine Ausweisung wird daher verzichtet. Durch die größtenteils noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen für das Jahr 2022 liegen bislang auch nur begrenzte Testate der Jahresabschlussprüfer für das Jahr 2021 vor, sodass die Ausweisungen für das Jahr 2021 allenfalls einen ersten Eindruck über die Umsetzung im Jahr 2021 vermitteln und keine allgemeinen Schlussfolgerungen

hieraus gezogen werden können. Über die Umsetzung im Jahr 2020 können zwar aktualisierte Daten berichtet werden. Es liegen aber weiterhin nur etwas mehr als die Hälfte der Budgetvereinbarungen für 2021 und damit bislang auch nur eingeschränkte Testate für 2020 vor.

4.2 Inanspruchnahme der Förderung: Vereinbarungs- und Istdaten

In den folgenden Abschnitten wird das Verfahren zur Hochrechnung der Daten auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser dargestellt sowie die Datenmeldungen insgesamt und für die einzelnen Förderarten separat ausgewertet.

4.2.1 Hochrechnung für die Jahre 2020 und 2021

Die Budgetverhandlungen für die Jahre 2020, 2021 und 2022 sind zum Zeitpunkt der Datenmeldung in einem relevanten Anteil der Fälle nicht abgeschlossen. Gleichwohl ist die Datenbasis im Vergleich zum Vorjahresbericht für die Jahre 2020 und 2021 deutlich verbessert. So liegen inzwischen 71 % der Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 (im Vorjahresbericht 45 %) und 53 % der Budgetvereinbarungen für das Jahr 2021 (im Vorjahresbericht 26 %) vor. Vergleicht man aber die Quote der vorliegenden Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 im diesjährigen Bericht mit der Quote der vorliegenden Budgetvereinbarungen für das Jahr 2019 im Vorjahresbericht (90 %), zeigt sich, dass die Aussagekraft der Daten weiterhin eingeschränkt ist. Für das Jahr 2022 sind die Budgetvereinbarungen vielerorts noch nicht abgeschlossen. Hier liegen nur 27 % der Budgetvereinbarungen vor. Zudem ist die Datenbasis hier zusätzlich eingeschränkt, da aus vier Bundesländern keine Daten vorliegen.

Aus diesem Grund kann die tatsächliche Inanspruchnahme des Hygiene-Förderprogramms in den Jahren 2020 bis 2022 im vorliegenden Bericht noch nicht abschließend beurteilt werden. Eine Bewertung ist erst mit Vorliegen fortschreitender Budgetabschlüsse in den Folgeberichten möglich. Für die Jahre 2020 und 2021 lässt sich allerdings aufgrund des aktualisierten Datenbestandes gegenüber dem Vorjahresbericht die tatsächliche Inanspruchnahme zumindest näherungsweise über eine Hochrechnung der Gesamtförderbeträge aus den Vereinbarungsdaten auf die Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser ableiten. Die Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser weist einen geringfügig überschätzten Wert aus, da in der Realität nicht alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser auch eine Förderung in Anspruch nehmen. Zudem liegen für 2020 für Hamburg und für 2021 für Hamburg und Schleswig-Holstein keine Datensätze vor. Der Anteil der an der Förderung teilnehmenden Krankenhäuser liegt aber kumuliert über alle Förderjahre in allen Bundesländern, die Datensätze übermittelt haben, in der Regel deutlich über 80 %. Die Hochrechnung ermöglicht damit einen weitergehenden Ausblick auf die Inanspruchnahme in den Coronajahren 2020 und 2021. Eine Hochrechnung auf Ebene der einzelnen Förderarten und Einzelmaßnahmen ist hingegen aufgrund der unterschiedlichen Verteilung auf

Krankenhausebene nicht sinnvoll. Sie wird lediglich punktuell zur Veranschaulichung insbesondere im Abschnitt 4.3 zur Sonderentwicklung in den Coronajahren 2020 und 2021 vorgenommen. Somit kann hier ein erster Eindruck über eine mögliche verstärkte Inanspruchnahme bestimmter Berufsgruppen in den Coronajahren 2020 und 2021 beschrieben werden. Die Aussagekraft ist hier allerdings nur eingeschränkt.

Für das Jahr 2022 kann eine Hochrechnung hingegen nicht sinnvoll vorgenommen werden. Die vorliegenden Daten zeigen, dass die kumulierte Fördersumme im Jahr 2022 in der Mehrzahl der Bundesländer gegenüber dem Vorjahr nicht oder nur geringfügig um weniger als 10 % angewachsen ist. Insgesamt kann nach bisherigem Datenmeldestand nur ein geringfügiger Zuwachs der kumulierten Förderbeträge 2022 um 4 % gegenüber 2021 nachgewiesen werden. Nur für Bayern und Bremen zeigt sich hier ein leicht überdurchschnittlicher Anstieg von über 12 % bis 16 % (zugleich liegen für diese Bundesländer mit über 70 % die meisten Budgetabschlüsse 2022 vor). Eine Hochrechnung der Gesamtförderbeträge für das Jahr 2022 auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser wäre aus diesem Grund nicht sinnvoll und würde lediglich die regionale Situation in Bayern und Bremen widerspiegeln. Auf eine Hochrechnung für 2022 wird daher verzichtet. Eine Beurteilung der Inanspruchnahme für 2022 kann erst in den Folgeberichten vorgenommen werden.

Durch die Aktualisierung des Datenbestandes für 2020 und 2021 ergibt sich hier ein günstigeres Bild. Die kumulierte Fördersumme ist nach bisherigem Datenmeldestand gegenüber dem Vorjahr um durchschnittlich 14 % bzw. 9 % angewachsen. Zwei Drittel der Bundesländer zeigen hier einen Anstieg von über 10 %, Bayern, Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz, das Saarland, Sachsen und Thüringen zeigen überdurchschnittliche Anstiege von über 14 %. Im Jahr 2021 zeigen Bayern, Berlin, Bremen, Sachsen und Thüringen überdurchschnittliche Anstiege von mehr als 9 %. Budgetabschlüsse liegen mit Ausnahme Berlins für 2020 in 86 % bis 100 % und für 2021 in 68 % bis 83 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser in den Bundesländern mit überdurchschnittlichem Zuwachs vor. Eine Hochrechnung der Gesamtförderbeträge liefert damit ein breiteres Abbild der Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser und lässt damit weitergehende Schlussfolgerungen zur tatsächlichen Inanspruchnahme in den Jahren 2020 und 2021 zu.

4.2.2 Vereinbarungs- und Istdaten gesamt

Nachfolgend werden die Fördermaßnahmen nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummern 1 bis 3 KHEntgG dargestellt. Insgesamt sind in den Jahren 2013 bis 2022 etwa 767,2 Mio. Euro zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der personellen Situation an die Krankenhäuser geflossen (vergleiche Tabelle 5). Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Gesamtförderbeträge bis zum Jahr 2019 (von 24,0 Mio. Euro auf ca. 124,3 Mio. Euro) kann die weitere Entwicklung der Gesamtförderbeträge in den Jahren 2020 bis 2022 auf Basis der vorliegenden Datenmeldungen noch nicht beurteilt werden. Diese weist bislang für die Jahre

2020 und 2021 anhand der bisherigen Datenmeldungen deutliche Rückgänge der Gesamtförderbeträge gegenüber 2019 um 35 % bzw. 50 % aus. Die im Abschnitt 4.2.1 beschriebene Hochrechnung für das Jahr 2020 zeigt, dass mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 mit Gesamtförderbetrag auf ähnlichem Niveau wie 2019 zu rechnen ist (etwa 113 Mio. Euro). Die tatsächliche Entwicklung der Inanspruchnahme kann erst nach Vorliegen der fehlenden Budgetvereinbarungen in den Folgeberichten eingeordnet werden.

Tabelle 5 Überblick zur Förderung der Krankenhaushygiene 2013 bis 2022 (in Mio. Euro)

Jahr	Beteiligte Krankenhäuser	Förderart Nummer 1 Neueinstellungen	Förderart Nummer 2 Fort- und Weiterbildung	Förderart Nummer 3 Beratungsleistungen	Undifferenziert	Betrag gesamt
2013	875	11,6	9,5	1,6	1,2	24,0
2014	1.054	40,2	10,3	4,2	3,6	58,4
2015	1.114	57,2	8,2	5,2	7,0	77,6
2016	1.138	69,1	9,4	5,4	10,6	94,5
2017	1.106	81,4	7,2	5,7	11,3	105,6
2018	1.167	85,0	7,7	5,7	12,8	111,2
2019	1.173	94,5	10,0	6,1	13,8	124,3
2020	648	68,9	6,2	4,7	0,6	80,4
2021	437	52,9	4,6	3,5	0,7	61,7
2022	182	26,4	1,4	1,7	6,2	29,5
2013 – 2022	1.343⁴⁹	587,2	74,6	43,7	67,8	767,2⁵⁰

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Bereits in den Vorjahresberichten wurde darauf hingewiesen, dass die Budgetverhandlungen des jeweiligen Vorjahres zum Zeitpunkt der Datenmeldungen noch nicht vollständig abgeschlossen waren und die Zahl der geförderten Häuser durch entsprechende Nachmeldungen, aber auch durch Korrekturmeldungen noch Veränderungen unterliegen kann.

⁴⁹ Anmerkung: Dargestellt ist die Schnittmenge der Krankenhäuser, die die Förderung in mindestens einem der Förderjahre in Anspruch genommen haben.

⁵⁰ Anmerkung: Abweichungen in der ersten Dezimalstelle sind in dieser und weiteren Tabellen in diesem Bericht auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen.

Dies gilt insbesondere für die Jahre 2021 und 2022. Für 2021 sind nach aktuellem Meldestand 53 % der Budgets und für das Jahr 2022 erst 27 % der Budgets vereinbart worden.

Hinsichtlich der Istdaten gibt Tabelle 6 Aufschluss über die vereinbarten Beträge von 2013 bis 2021, zu Istbeträgen mit und ohne Bestätigung sowie zu den durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Beträgen. Da in der Regel hinsichtlich der Meldungen von Istdaten mit einem zweijährigen Versatz zu rechnen ist, können für das Jahr 2022 nur sehr wenige Meldungen zu durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben verzeichnet werden. Auf eine Ausweisung wird daher verzichtet. Aufgrund der bislang nur wenigen vorliegenden Testate der Jahresabschlussprüfer für das Jahr 2021 können die Angaben insbesondere für das Jahr 2021 nur einen vorläufigen Eindruck vermitteln. Für jeweils zwischen 43 % und 48 % der nach Förderarten differenzierten vereinbarten Beträge liegen aktuell Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer vor. Zählt man die unbestätigten Beträge hinzu, erhöhen sich diese Angaben leicht auf knapp über die Hälfte (55 % bis 57 %).

Tabelle 6 Überblick zu den Istdaten nach Förderarten 2013 bis 2021 (in Mio. Euro)

	Vereinbarungssumme gesamt 2013 bis 2021	bestätigt und unbestätigt	davon bestätigt
Förderart Nummer 1 Einstellungen/ interne Besetzung neu geschaffener Stellen/ Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen	560,8	317,2	267,5
Förderart Nummer 2 Fort- und Weiterbildung	73,2	41,7	33,6
Förderart Nummer 3 Beratungsleistungen	42,0	22,9	17,9
undifferenziert	61,6	0	0
Betrag gesamt	737,7	381,8	319,0

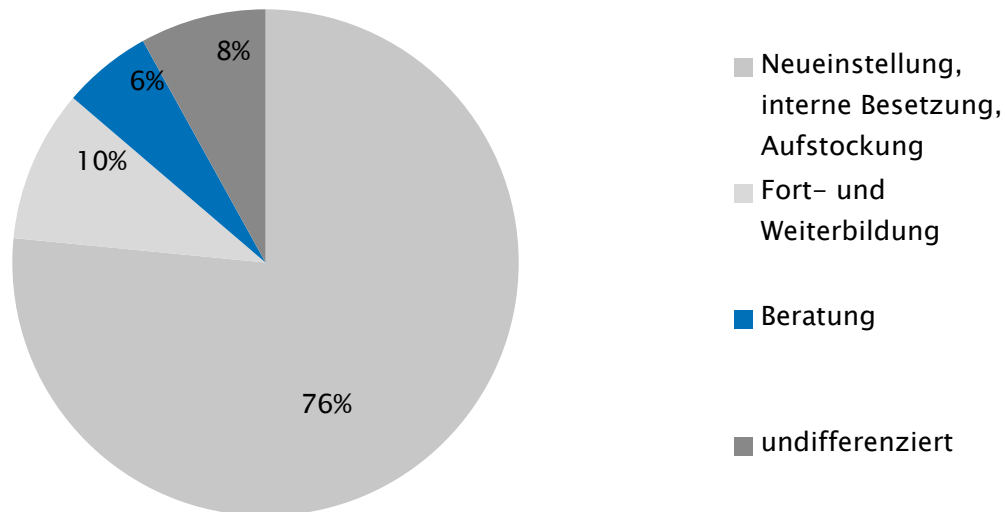
Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Ein Überblick zu den vorliegenden Istbeträgen und den durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Beträgen nach Ländern für die Jahre 2018 bis 2021 wird in den Anlagen 26 bis 29 gegeben. Es wird ersichtlich, dass der Umfang der Datenmeldungen zwischen den Ländern variiert. Für eine abschließende Beurteilung der Umsetzung der Hygiene-Fördermaßnahmen in den Ländern bleiben die künftigen Datenmeldungen abzuwarten.

4.2.3 Verteilung der Finanzmittel

In der Begründung zum Beitragsschuldengesetz werden 270 Mio. Euro für die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen und Aufstockung von Hygienepersonalstellen als größter Anteil ausgewiesen. Intendiert war, die Förderung vorrangig auf die Beschäftigung zusätzlichen Hygienepersonals sowie auf die interne Besetzung von Hygienepersonalstellen zu konzentrieren. Die Mittelverwendung ist in diesem Bereich mit 76 % der 2013 bis 2022 verausgabten Mittel tatsächlich am höchsten (vergleiche Abbildung 5).

Abbildung 5 Prozentuale Verteilung der Fördermittel (2013 bis 2022)



Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 18.04.2023), eigene Darstellung.

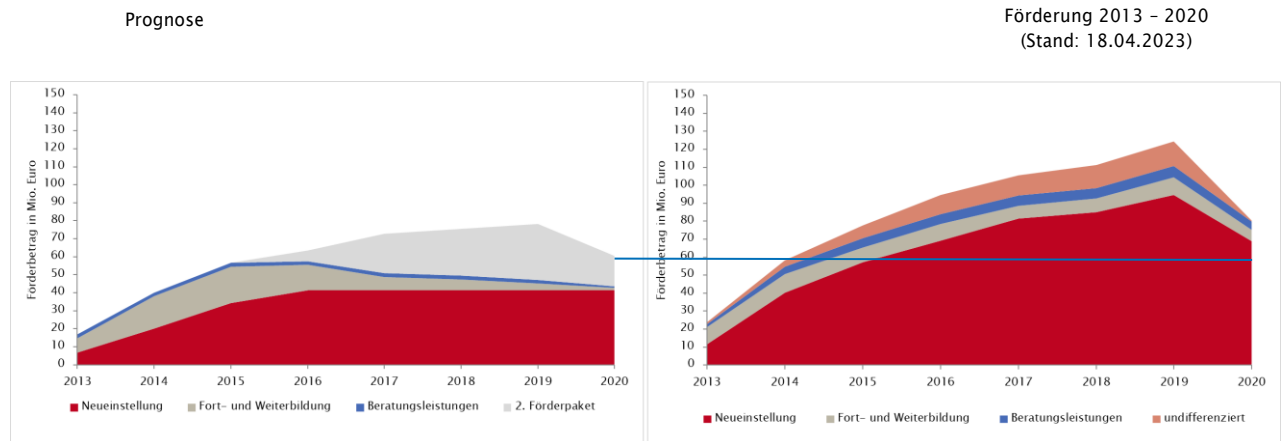
An zweiter Stelle stehen die Beträge für Fort- und Weiterbildung mit ca. 74,6 Mio. Euro (Vereinbarungen sowie vorläufige Zuschläge), was einem Anteil von 10 % der verausgabten Mittel entspricht, dicht gefolgt von den undifferenzierten Beträgen mit insgesamt ca. 61,7 Mio. Euro (8 %). Die Mittelverwendung für Beratungsleistungen umfasst rund 43,7 Mio. Euro (6 %). Die Größenordnungen der Förderung sind damit im Vergleich zum Vorjahresbericht nahezu unverändert geblieben.

Im Gesetzgebungsverfahren zum Beitragsschuldengesetz hatte das BMG Annahmen für die Verteilung der Fördermittel im Programmverlauf getroffen.⁵¹ Wird dieser um eine Annahme für Beratungsleistungen und die geschätzten Finanzmittel des zweiten Förderpakets⁵² ergänzte Erwartungshorizont den derzeit verfügbaren Informationen für die Jahre 2013 bis 2020 gegenübergestellt (vergleiche Abbildungen 6a und 6b), so wird die Verteilung der Finanzmittel im Verlauf des Hygiene-Förderprogramms sichtbar.

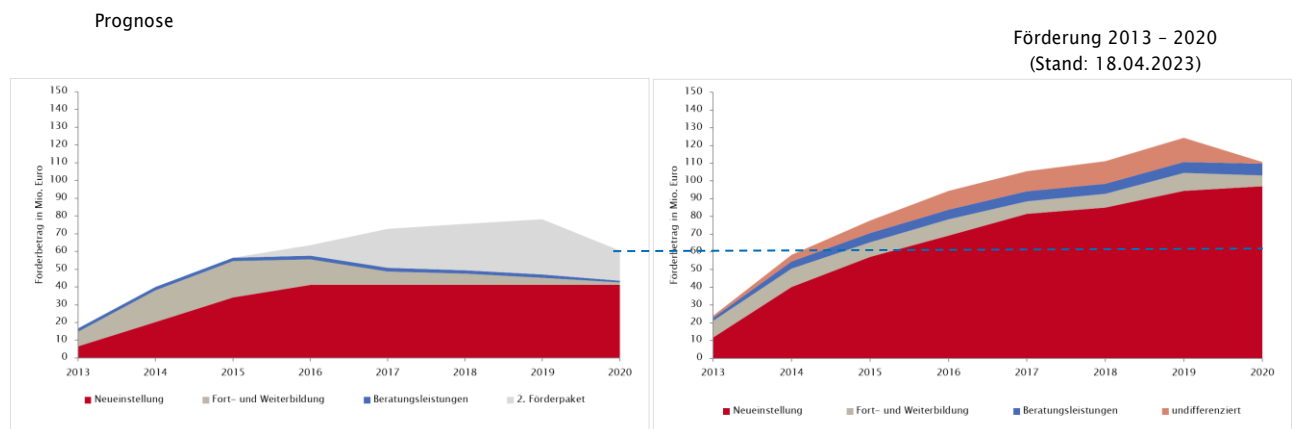
⁵¹ Vergleiche Erläuterungen des BMG zu dem in der Formulierungshilfe zur Krankenhausfinanzierung vorgesehenen Hygiene-Förderprogramm und zum Versorgungszuschlag (Stand: 22.04.2013), Seite 2.

⁵² Vergleiche Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), Seiten 1121-39.

**Abbildung 6a Verteilung der Finanzmittel im Programmverlauf nach Datenmeldestand
(2013 bis 2020)**



**Abbildung 7b Verteilung der Finanzmittel im Programmverlauf nach Hochrechnung
(2013 bis 2020)**



Quelle: GKV-Spitzenverband (auf Basis der BMG-Annahmen^{53, 54}), eigene Darstellung (Anmerkung:
„Neueinstellung“ umfasst auch interne Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen).

Auf Grundlage der Datenmeldungen wird für das insgesamt prognostizierte Finanzvolumen ein Betrag von rund 676,0 Mio. Euro und damit oberhalb des insgesamt prognostizierten Finanzvolumens ausgewiesen (464,0 Mio. Euro inkl. 102 Mio. Euro des zweiten Förderpakets). Um das insgesamt verausgabte Finanzvolumen für die Jahre 2013 bis 2020 aufgrund des weiterhin noch unvollständigen Datenbestandes besser einschätzen zu können, wird hier zusätzlich die Hochrechnung nach Abschnitt 4.2.1 auf die Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser angewendet. Diese zeigt, dass das verausgabte Finanzvolumen mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen das insgesamt

⁵³ Vergleiche Erläuterungen des BMG zu dem in der Formulierungshilfe zur Krankenhausfinanzierung vorgesehenen Hygiene-Förderprogramm und zum Versorgungszuschlag (Stand: 22.04.2013), Seite 2.

⁵⁴ Vergleiche Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), Seiten 1121–39.

prognostizierte Finanzvolumen noch weiter überschreiten wird (708,8 Mio. Euro). Nach einem zügigen Programmeinstieg lagen die in Anspruch genommenen Finanzmittel in den einzelnen Förderjahren bis zum Jahr 2019 mit 37 % bis 59 % deutlich über den Erwartungen. Der Höhepunkt der Übererfüllung wird im Jahr 2019 erreicht. Für das Jahr 2020 können anhand der mit diesem Bericht aktualisierten Datenmeldungen konkretere Aussagen getroffen werden. So wurden inzwischen 71 % der Budgets vereinbart. Der bisherige Datenmeldestand zeigt, dass auch im Jahr 2020 die in Anspruch genommenen Finanzmittel mit 80,4 Mio. Euro zu 33 % über den Erwartungen lag. Eine Hochrechnung der bisherigen Datenmeldungen auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser nach Abschnitt 4.2.1 zeigt, dass mit Vorliegen der noch ausstehenden Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 in den Folgeberichten mit einer deutlich höheren Übererfüllung der Erwartungen gerechnet werden kann (die Hochrechnung ergibt eine Übererfüllungsquote von 87 %). Eine abschließende Beurteilung ist frühestens im Folgebericht für das Jahr 2023 möglich. Für das Jahr 2021 zeichnet sich ein weiterer leichter Rückgang auf 62 Mio. Euro bzw. für das Jahr 2022 auf 30 Mio. Euro ab. Eine detailliertere Aufschlüsselung und Bewertung erfolgt aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen für das Jahr 2022 im Folgejahr.

Die Zahl der geförderten Krankenhäuser hat sich bis zum Jahr 2019 kontinuierlich von 875 auf 1.173 erhöht. Nach einem leichten Rückgang im Jahr 2017 auf 1.106 hat sich die Zahl der beteiligten Krankenhäuser in den Jahren 2018 und 2019 auf einem leicht erhöhten Niveau stabilisiert (1.167 bzw. 1.173). Aufgrund der bislang unvollständigen Datenbasis kann die Beteiligung am Hygiene-Förderprogramm in den Jahren 2020 bis 2022 noch nicht abschließend beurteilt werden. Da für das Jahr 2020 inzwischen etwas mehr als zwei Drittel der Budgets abgeschlossen sind, ist die Aussagekraft hier aber wesentlich höher als für 2021 und 2022. Nach dem bisherigen Datenmeldestand scheint sich für das Jahr 2020 ein deutlicher Rückgang auf 648 beteiligte Krankenhäuser zu zeigen (- 45 % gegenüber 2019), der sich in den Jahren 2021 und 2022 fortzusetzen scheint (437 beteiligte Krankenhäuser; - 63 % gegenüber 2019 bzw. 182 beteiligte Krankenhäuser; - 84 % gegenüber 2019).

Eine Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser gemäß Abschnitt 4.2.1 zeigt, dass der Rückgang der beteiligten Krankenhäuser in den Jahren 2020 und 2021 mit Vorliegen von fortschreitenden Budgetvereinbarungen deutlich weniger stark ausfallen sollte (913 bzw. 825). Eine abschließende Beurteilung kann erst mit dem Vorliegen der ausstehenden Budgetvereinbarungen in den Folgeberichten vorgenommen werden. Mindestens in einem der zehn Jahre haben insgesamt 1.176 Krankenhäuser die Förderung genutzt. In allen zehn Jahren haben dabei 99 der geförderten Krankenhäuser Vereinbarungen zu mindestens einer Förderart bzw. 61 der Krankenhäuser Vereinbarungen zu zwei Förderarten getroffen. Ein Krankenhaus traf mit den Krankenkassen in allen zehn Jahren zu allen drei Förderarten Vereinbarungen. Im Jahr 2020 kamen nach bisherigem Datenmeldestand fünf neue Krankenhäuser und im Jahr 2021 ein neues Krankenhaus dazu, dass erstmals eine Förderung in mindestens einer

Förderart in Anspruch genommen hat. Im Jahr 2022 gab es nach bisherigem Datenmeldestand kein in die Förderung neu einsteigendes Krankenhaus. Tabelle 7 gibt einen Überblick zur Inanspruchnahme des Hygiene-Förderprogramms in den Bundesländern.

Tabelle 7 Geförderte Krankenhäuser nach Ländern (2013 bis 2022)

Bundesland	Jahr	Anspruchsberechtigte Krankenhäuser*	Geförderte Krankenhäuser	Anteil in %	Summe Förderung in Mio. Euro (2013 bis jeweiliges Jahr)
Baden- Württemberg	2020	152	147	97	73,2
	2021	152	147	97	77,4
	2022	152	147	97	77,4
Bayern	2020	243	242	100	129,5
	2021	243	242	100	149,0
	2022	243	242	100	166,8
Berlin	2020	47	39	83	25,1
	2021	47	39	83	27,7
	2022	47	39	83	27,7
Brandenburg	2020	52	50	96	17,4
	2021	52	50	96	18,2
	2022	52	50	96	18,2
Bremen	2020	12	12	100	14,2
	2021	12	12	100	16,9
	2022	12	12	100	19,7
Hamburg	2020	33	28	85	12,0
	2021	33	28	85	12,0
	2022	33	28	85	12,0
Hessen	2020	111	101	91	61,6
	2021	111	101	91	63,6
	2022	111	101	91	63,7
Mecklenburg- Vorpommern	2020	32	29	91	12,8
	2021	32	29	91	13,1
	2022	32	29	91	13,2
Niedersachsen	2020	145	141	97	62,4
	2021	145	141	97	67,8
	2022	145	141	97	69,4

Bundesland	Jahr	Anspruchsberechtigte Krankenhäuser*	Geförderte Krankenhäuser	Anteil in %	Summe Förderung in Mio. Euro (2013 bis jeweiliges Jahr)
Nordrhein- Westfalen	2020	299	266	89	137,0
	2021	299	266	89	147,7
	2022	299	266	89	156,0
Rheinland-Pfalz	2020	75	69	92	31,6
	2021	75	69	92	34,2
	2022	75	21	28	8,3
Saarland	2020	19	21	111	7,4
	2021	19	21	111	7,9
	2022	19	23	121	6,9
Sachsen	2020	74	63	85	29,1
	2021	74	64	86	34,8
	2022	74	64	86	37,4
Sachsen-Anhalt	2020	39	42	108	21,2
	2021	39	42	108	22,3
	2022	39	42	108	22,6
Schleswig- Holstein	2020	56	53	95	18,2
	2021	56	53	95	18,2
	2022	56	53	95	18,2
Thüringen	2020	39	39	100	23,2
	2021	39	39	100	26,8
	2022	39	39	100	28,4
gesamt	2020	1.428	1.342	94	676,0
	2021	1.428	1.343	94	737,7
	2022	1.428	1.343	94	773,3

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 18.04.2023); inkl. undifferenzierte Vereinbarungen, * Quelle: AOK, WIdO (Stand: 18.04.2023). Eine Förderquote über 100 % ist auf spätere Fusionen oder Schließungen einzelner Krankenhäuser zurückzuführen, die in der Gesamtschau der Förderung 2013 bis 2022 noch enthalten, aber in der Anzahl der anspruchsberechtigten Krankenhäuser weggefallen sind.

Insgesamt nahmen von 2013 bis 2022 rund 94 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser eine Förderung im Rahmen des Hygiene-Förderprogramms in Anspruch. Auf Länderebene wird

im Vergleich zu den Angaben der Vorjahresberichte deutlich, dass der Anteil der in Anspruch nehmenden Häuser in den meisten Ländern relativ konstant geblieben ist. Fast ein Drittel der Budgetverhandlungen für 2020 und fast die Hälfte der Budgetverhandlungen für 2021 waren zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht vollständig abgeschlossen, sodass die dargestellten Angaben zu den geförderten Krankenhäusern nicht abschließend sind. Für das Jahr 2022 waren lediglich 27 % der Budgetverhandlungen abgeschlossen, sodass die Aussagekraft hier noch geringer ist.

Die Aufteilung der Beträge nach Bundesländern und Förderart kann in den Anlagen 4 bis 8 nachvollzogen werden. Der Anteil geförderter Krankenhäuser fällt in Ländern mit langjährig bestehenden Hygieneverordnungen, die aufgrund der Novellierung des IfSG überarbeitet wurden (vergleiche Abschnitt 2.2), keineswegs unterdurchschnittlich aus. Hier wird sichtbar, dass die ursprünglich in der Gesetzesbegründung zum IfSG getroffene Annahme, es entstünden in diesen Ländern keine zusätzlichen Anforderungen, nicht trägt.

4.2.4 Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen (Vereinbarungs- und Istdaten)

Die Zahl der Neueinstellungen, internen Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen gliedert sich auf in vier verschiedene Berufsbilder bzw. Qualifikationswege. In allen Jahren wurden die meisten Vollkräfte zu den beiden Berufsgruppen Hygienefachkräfte und hygienebeauftragte Ärzte vereinbart (vergleiche Tabelle 8).

Tabelle 8 Vereinbarte Vollkräfte und Finanzbeträge im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Summe in Mio. Euro 2013 - 2022*
Anzahl Krankenhäuser mit Vereinbarung zu § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und ab 2020 zu Satz 2 Nummer 1 KHEntgG**	598	738	831	839	873	853	870	553	388	204	
Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung von Hygienepersonal in Vollkräften (VK)**											
- Hygienefachkräfte (Satz 1 Nummer 1a)**	265	463	670	670	725	757	781	344	192	66	
- Krankenhaushygieniker mit ärztlicher Weiterbildung (Satz 1 Nummer 1b)**	26	48	51	58	66	67	79	67	52	20	
- Krankenhaushygieniker mit strukturiertes curriculares Fortbildung Krankenhaushygiene/ Fortbildung rationale Antibiotika- therapieberatung (Satz 1 Nummer 1c)**	13	25	34	62	100	95	111	77	47	20	

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Summe in Mio. Euro 2013 – 2022*
– Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene (Satz 1 Nummer 1d)**								10	13	10	
– Hygienebeauftragte Ärzte (Satz 1 Nummer 1e)**	814	1.147	1.403	1.570	1.173	1.196	1.212	676	398	148	
– Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie (Satz 2 Nummer 1a)**								13	12	3	
– Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Infektiologie (Satz 2 Nummer 1b)**								12	14	4	
– Fachärzte mit strukturierter curricularer Fortbildung Antibiotic Stewardship – ABS (Satz 2 Nummer 1c)**								21	17	12	
Zusätzlicher Finanzbetrag*** in Mio. Euro	11,6	40,2	57,2	69,1	81,4	85,0	94,5	68,9	52,9	26,4	587,2

* Summe in Mio. Euro 2013 bis 2022 kann nur für den zusätzlichen Finanzbetrag in Mio. Euro ausgewiesen werden. ** Fachärzte nach § 4 Absatz 9 Satz 2 Nummern 1a bis c KHEntgG werden erst ab dem Jahr 2020 gefördert. *** maximal bis zur Förderhöhe gemäß § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1a bis d und Satz 2 Nummer 1a bis c KHEntgG

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 18.04.2023).

Aufgrund noch nicht abgeschlossener Budgetverhandlungen und nachträglicher Zuordnungen undifferenzierter Beträge auf die Förderarten sind in den Folgeberichten an dieser Stelle noch Veränderungen zu erwarten. Detaillierte Angaben zum Vereinbarungsgeschehen in den Bundesländern finden sich in den Anlagen 9 bis 13.

In den Tabellen 9 und 10 wird ein Überblick zu den derzeit vorliegenden Istdaten-Meldungen und Bestätigungen durch Jahresabschlussprüfer für diese Förderart in Bezug auf zusätzliche Vollkräfte und Finanzbeträge in den Jahren 2013 bis 2021 gegeben. Die Nachweispflicht im Bereich der Förderart Nummer 1 gliedert sich in die Bereiche „Nachweise zu Personalstellen“ und „Nachweise zu Finanzbeträgen“. In den aktuellen Datenmeldungen sind die von den Krankenhäusern vorgelegten Nachweise über Vollkräfte und Mittelverwendung nicht in jedem Fall deckungsgleich. Es ist darum zu beachten, dass in den bestätigten Angaben sowohl Häuser umfasst sind, für die alle notwendigen Nachweise zu zusätzlichen Stellen und Beträgen geliefert wurden, als auch Häuser, von denen nur eine der beiden Angaben vorliegt. Die Angaben zu Stellen und Beträgen sollten somit keinesfalls in ein Verhältnis gesetzt werden.

Auf Basis der aktuellen Datenmeldungen zeigt sich, dass in den frühen Förderjahren in der Regel für mehr als die Hälfte bis zu zwei Drittel des vereinbarten Hygienepersonals eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Angabe vorliegt. Vereinzelt reichen die Quoten an 100 % heran. Im Förderjahr 2017 wurden zwischen 78 % und 100 % der vereinbarten Stellen auch tatsächlich mit Hygienepersonal besetzt. Zum Teil werden auch etwas mehr Stellen tatsächlich umgesetzt als ursprünglich vereinbart. Im Förderjahr 2018 liegt der Wert bei 70 % bis 87 %, während im Förderjahr 2019 knapp über die Hälfte bis hin zu zwei Dritteln der vereinbarten Stellen auch tatsächlich besetzt wurden.

Auf Basis der verfügbaren Daten zeichnet sich für das Förderjahr 2020 eine ähnliche Entwicklung ab. Einzig die Berufsgruppen der Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Infektiologie oder ABS-Fortbildung und die hygienebeauftragten Ärzte erreichen nur noch Umsetzungsquoten von weniger als der Hälfte. Auffällig ist, dass im Förderjahr 2020 und damit mit Beginn der Coronapandemie mehr als doppelt so viele Stellen mit Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung für Krankenhaushygiene (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 d KHEntgG) umgesetzt worden sind als ursprünglich vereinbart. Dies könnte ein deutlicher Effekt der Coronapandemie sein.

Für das Jahr 2021 zeigen sich bereits Umsetzungsquoten von 21 % bis 59 %. Die oben genannten Krankenhaushygieniker liegen auch für das Pandemiejahr 2021 hinsichtlich der Umsetzungsquoten vorne. Es bleibt abzuwarten, ob sich auch hier in den Folgeberichten eine deutliche Übererfüllung der vereinbarten Stellen zeigen wird. Eine abschließende Bewertung kann erst in den Folgeberichten vorgenommen werden, da die Budgetverhandlungen für 2021 in fast der Hälfte der Krankenhäuser und für 2022 mehrheitlich noch nicht abgeschlossen sind.

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 56 von 126

Damit liegen auch für die Jahre 2020 und 2021 nur in begrenztem Maße Testate der
Jahresabschlussprüfer vor.

**Tabelle 9 Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung
2013 bis 2021 (zusätzliche Vollkräfte (VK))**

	Zusätzlich vereinbarte VK		Zusätzliche VK – Ist		
	Häuser mit Vereinbarung	Vereinbarte Anzahl VK	Häuser mit Istangabe	Anzahl VK unbestätigt und bestätigt	davon bestätigte Anzahl VK
2013					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	365	265	248	175	155
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	65	26	53	21	17
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	19	13	16	23	9
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	363	821	256	572	524
2014					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	536	463	355	301	274
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	80	49	55	30	28
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	39	25	22	15	15
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	464	1.148	312	898	829
2015					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	623	680	401	406	360
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	83	52	53	34	32
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	66	35	59	40	35
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	538	1.433	331	1.073	939
2016					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	639	682	497	572	544
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	93	59	70	45	44
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	92	64	81	59	56
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	530	1.592	413	1.473	1.398

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 58 von 126

	Zusätzlich vereinbarte VK		Zusätzliche VK - Ist		
	Häuser mit Vereinbarung	Vereinbarte Anzahl VK	Häuser mit Istangabe	Anzahl VK unbestätigt und bestätigt	davon bestätigte Anzahl VK
2017					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	661	754	493	609	587
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	101	68	75	76	72
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	146	106	93	79	77
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	392	1.245	386	1.393	1.294
2018					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	656	802	454	602	564
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	107	73	78	58	52
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	149	104	102	84	75
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	398	1.304	344	1.338	1.129
2019					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	647	825	384	521	477
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	123	84	69	52	44
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	169	120	104	85	79
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	393	1.337	253	950	860
2020					
Hygienefachkräfte (Satz 1 Nummer 1a)	281	358	156	213	190
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1b)	85	69	76	79	54
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1c)	106	78	64	45	41
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1d)	16	10	14	26	26

	Zusätzlich vereinbarte VK		Zusätzliche VK - Ist		
	Häuser mit Vereinbarung	Vereinbarte Anzahl VK	Häuser mit Istangabe	Anzahl VK unbestätigt und bestätigt	davon bestätigte Anzahl VK
Hygienebeauftragte Ärzte (Satz 1 Nummer 1e)	195	699	102	360	322
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1a)	7	13	3	8	8
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1b)	14	12	10	5	5
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1c)	28	21	13	9	9
2021					
Hygienefachkräfte (Satz 1 Nummer 1a)	162	208	57	68	59
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1b)	62	53	37	33	22
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1c)	57	49	17	13	10
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1d)	28	13	18	8	8
Hygienebeauftragte Ärzte (Satz 1 Nummer 1e)	107	418	39	143	116
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1a)	8	12	4	3	3
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1b)	16	14	9	5	5
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1c)	23	17	7	5	5

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 18.04.2023).

**Tabelle 10 Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung
2013 bis 2021 (Finanzbeträge in Mio. Euro)**

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2013			
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	5,5	3,8	3,4
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	1,3	0,9	0,8
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	0,3	0,3	0,2
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	4,4	3,0	2,7
undifferenziert	0,1	0	0
gesamt	11,6	8,0	7,1
2014			
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	21,2	13,1	11,6
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	3,9	2,5	2,4
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	1,2	0,9	0,9
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	13,5	9,9	8,9
undifferenziert	0,4	0	0
gesamt	40,2	26,4	23,8
2015			
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	30,8	17,6	14,7
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	5,4	2,5	2,2
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	2,1	1,9	1,5
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	18,6	11,7	9,2
undifferenziert	0,3	0	0
gesamt	57,2	33,8	27,6
2016			
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	36,3	23,5	20,2
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	6,4	4,0	3,7
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	4,2	3,7	3,2
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	22,0	16,6	14,6
undifferenziert	0,1	0	0
gesamt	69,1	47,8	41,8

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2017			
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	43,9	27,2	23,0
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	7,8	4,4	4,0
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	6,8	4,2	4,0
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	22,6	15,5	13,3
undifferenziert	0,3	0	0
gesamt	81,4	51,3	44,2
2018			
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	46,7	27,4	23,5
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	8,8	5,1	4,2
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	7,7	5,9	5,7
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	21,8	14,5	11,9
undifferenziert	0	0	0
gesamt	85,0	52,9	45,2
2019			
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	52,6	25,7	21,7
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	10,9	5,1	4,0
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	8,9	5,3	4,6
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	22,1	11,5	9,4
undifferenziert	0	0	0
gesamt	94,5	47,6	39,7
2020			
Hygienefachkräfte (Satz 1 Nummer 1a)	33,8	15,7	11,9
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1b)	8,7	5,2	4,3
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1c)	6,2	3,4	2,7
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1d)	1,0	0,4	0,2
Hygienebeauftragte Ärzte (Satz 1 Nummer 1e)	15,5	7,9	6,7

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1a)	0,9	0,1	0,1
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1b)	0,9	0,1	0,1
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1c)	2,0	0,9	0,8
undifferenziert	0	0	0
gesamt	68,9	33,8	26,8
2021			
Hygienefachkräfte (Satz 1 Nummer 1a)	24,5	7,6	5,4
Krankenhaustygieniker (Satz 1 Nummer 1b)	7,5	2,5	1,8
Krankenhaustygieniker (Satz 1 Nummer 1c)	4,1	1,1	0,6
Krankenhaustygieniker (Satz 1 Nummer 1d)	1,2	0,5	0,3
Hygienebeauftragte Ärzte (Satz 1 Nummer 1e)	11,9	3,3	2,3
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1a)	0,7	0,4	0,3
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1b)	1,4	0,1	0,1
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1c)	1,5	0,3	0,3
undifferenziert	0	0	0
gesamt	52,9	15,7	11,2

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 18.04.2023).

4.2.5 Fort- und Weiterbildungen (Vereinbarungs- und Istdaten)⁵⁵

Vorausschätzungen des Gesundheitsausschusses gehen für Fort- und Weiterbildungen gemäß § 4 Absatz 9 KHEntgG von insgesamt bis zu 80 Mio. Euro bis zum Jahr 2020 im Rahmen des ersten Förderpakets aus.⁵⁶ Tabelle 11 gibt einen Überblick zu den vereinbarten Beträgen in diesem Förderbereich nach Ländern für die Jahre 2013 bis 2022. Die Fördersumme für Fort- und Weiterbildung schwankte im bisherigen Programmverlauf bis zum Jahr 2019 zwischen 7,2 Mio. Euro im Jahr 2017 und 10,3 Mio. Euro im Jahr 2014.

Nach dem zügigen Programmeinstieg ging die Zahl der geförderten Krankenhäuser von 570 im Jahr 2014 auf 299 Krankenhäuser im Jahr 2017 zurück und stabilisierte sich bis zum Jahr 2019 auf 350 Krankenhäuser. Nach dem bisherigen Datenstand scheinen sowohl die Anzahl der geförderten Krankenhäuser (153 bzw. 104 Krankenhäuser) als auch die Fördersumme (6,2 Mio. Euro bzw. 4,6 Mio. Euro) in den Jahren 2020 und 2021 rückläufig zu sein. So hat sich die Fördersumme von 2019 auf 2020 um rund 38 % verringert. Es ist zu erwarten, dass sich auch mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 ein zumindest leicht rückläufiger Trend zeigen wird. So zeigt die Hochrechnung in Abschnitt 4.2.1 auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser, dass mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen für 2020 die Fördersumme auf ähnlichem Niveau wie 2019 liegen dürfte (- 13 %). Die rückläufige Förderung im Jahr 2021 kann aufgrund der in knapp der Hälfte der Krankenhäuser noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen bislang nicht beurteilt werden, da sich die Angaben in den Folgeberichten noch ändern könnten. Auch hier ist aber auf Basis der Hochrechnung aus Abschnitt 4.2.1 mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen mit einem vergleichbaren Niveau wie im Jahr 2019 zu rechnen.

Für das Jahr 2022 zeichnet sich anhand der bisherigen Datenbasis eine weiter rückläufige Förderung ab (50 Krankenhäuser; 1,4 Mio. Euro). Aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen kann dies hier aber noch nicht beurteilt werden. Detailliertere landesbezogene Angaben mit einer Differenzierung nach Berufsbildern können den Anlagen 14 bis 18 entnommen werden.

Mit in der Summe bislang vereinbarten rund 68,6 Mio. Euro sind damit etwa 86 % der für die Laufzeit der ersten Förderphase (maximal bis 2020) im Bereich Fort- und Weiterbildung veranschlagten Mittel geflossen (79,5 Mio. Euro). Unter Einbezug der Hochrechnung aus Abschnitt 4.2.1 erhöht sich der Anteil auf 89 %. Auf eine Abschätzung der Personenzahl mit begonnener Weiterbildung wird an dieser Stelle verzichtet. Zum einen sind teilweise nicht nach Berufsbildern differenzierte Beträge vereinbart worden, zum anderen ist davon auszugehen,

⁵⁵ Für weitere Details zu den Fort- und Weiterbildungsmodalitäten im Rahmen des Hygiene-Förderprogramms wird auf die Ausführungen im Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Jahren 2013 bis 2019 vom 31.07.2020, Seiten 44-6 und Anlage 18, verwiesen, [GKV-Spitzenverband \(www.gkv-spitzenverband.de\)](http://www.gkv-spitzenverband.de) (Letzter Abruf am 07.06.2023).

⁵⁶ Vergleiche Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, Seite 34, [Deutscher Bundestag \(www.dsserver.bundestag.de\)](http://www.dsserver.bundestag.de) (Letzter Abruf am 07.06.2023).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 64 von 126

dass je nach Startzeitpunkt der Fort-/Weiterbildung auch Teilbeträge eingestellt wurden,
sodass mit erheblichen Unschärfen zu rechnen wäre.

In der Tabelle 11 sind die in den Jahren 2013 bis 2022 vereinbarten Beträge zu den Fort- und
Weiterbildungsmaßnahmen sowie in der Tabelle 12 die vorliegenden Istdaten für die Jahre
2013 bis 2021 in diesem Förderbereich dargestellt.

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 65 von 126

Tabelle 11 Vereinbarte Beträge im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (2013 bis 2022)

	Baden- Württemberg	Bayern	Berlin	Branden- burg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklen- burg- Vor- pommern	Nieder- sachsen	Nord- rhein- West- falen	Rhein- land- Pfalz	Saar- land	Sach- sen	Sachsen- Anhalt	Schles- wig- Holstein	Thüringen	gesamt
Betrag in 1.000 Euro																	
2013	918	1.425	880	510	100	0	937	277	1.169	1.731	274	42	224	359	330	332	9.510
2014	1.319	1.942	760	365	60	0	1.160	198	1.303	1.001	413	179	642	405	300	296	10.344
2015	1.013	2.205	480	250	35	0	740	187	877	1.115	235	65	278	317	181	247	8.224
2016	1.652	2.126	919	280	50	0	795	181	1.018	1.235	307	0	431	143	198	98	9.432
2017	1.176	1.585	857	170	60	0	765	202	513	720	345	115	203	136	209	133	7.188
2018	1.505	1.395	1.208	160	70	0	725	167	406	939	325	212	206	135	224	55	7.732
2019	1.550	1.655	1.579	147	85	0	780	169	805	1.090	381	460	397	200	635	75	10.007
2020	1.325	855	1645	171	220	0	30	170	438	245	120	40	624	90	5	185	6.164
2021	1.030	1.002	855	5	195	0	5	25	377	260	100	15	490	40	0	235	4.634
2022	0	874	0	0	200	0	0	0	5	5	0	25	84	35	0	125	1353
gesamt	10.211	13.954	7.473	1.872	695	0	5.827	1.486	6.389	7.876	2.265	1.103	3.100	1.785	2.082	1.581	74.587

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 66 von 126

	Baden- Württemberg	Bayern	Berlin	Branden- burg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklen- burg- Vor- pommern	Nieder- sachsen	Nord- rhein- West- falen	Rhein- land- Pfalz	Saar- land	Sach- sen	Sachsen- Anhalt	Schles- wig- Holstein	Thüringen	gesamt
Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme																	
2013	51	84	20	28	8	0	58	17	75	85	20	9	16	25	15	20	531
2014	72	101	19	24	4	0	63	14	79	66	20	15	29	26	16	22	570
2015	54	118	15	22	4	0	45	13	61	58	19	8	23	34	15	16	505
2016	64	102	11	16	5	0	40	7	64	58	18	0	27	13	13	9	447
2017	43	72	9	7	2	0	27	9	23	44	16	2	13	14	7	11	299
2018	45	82	12	8	4	0	33	10	21	36	16	6	16	9	9	6	313
2019	44	81	20	9	4	0	32	8	46	33	19	7	15	11	12	8	350
2020	17	36	5	4	6	0	4	10	17	20	7	5	16	2	1	3	153
2021	8	33	1	1	6	0	1	5	11	18	3	3	8	3	0	3	104
2022		36	0	0	5		0	0	1	1		1	4	1		1	50

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 18.04.2023).

**Tabelle 12 Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung 2013 bis 2021
(in Tausend Euro)**

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2013			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	703	618	588
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	306	316	301
Krankenhausthygieniker	404	281	256
Arzt und Krankenhausapotheker	504	295	240
Hygienebeauftragter Arzt	2.822	1.944	1.774
Hygienefachkraft	4.629	2.891	2.567
undifferenziert	143	39	39
2014			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	871	871	840
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	485	300	285
Krankenhausthygieniker	613	439	389
Arzt und Krankenhausapotheker	836	406	375
Hygienebeauftragter Arzt	3.998	2.393	2.027
Hygienefachkraft	3.420	1.836	1.599
undifferenziert	120	101	100
2015			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	966	750	510
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	535	230	225
Krankenhausthygieniker	451	235	190
Arzt und Krankenhausapotheker	767	520	410
Hygienebeauftragter Arzt	3.030	1.538	1.362
Hygienefachkraft	2.473	998	832
undifferenziert	2	15	7

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 68 von 126

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2016			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.254	905	815
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	720	605	575
Krankenhausthygieniker	442	455	345
Arzt und Krankenhausapotheker	1.008	745	675
Hygienebeauftragter Arzt	2.857	1.800	1.395
Hygienefachkraft	1.878	1.215	837
FA für Innere Medizin und Infektiologie	664	427	422
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	400	306	216
undifferenziert	210	31	30
2017			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.170	1.050	720
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	720	470	440
Krankenhausthygieniker	436	193	125
Arzt und Krankenhausapotheker	1.508	1.104	851
Hygienebeauftragter Arzt	100	140	100
Hygienefachkraft	1.665	869	579
FA für Innere Medizin und Infektiologie	1.005	720	570
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	585	120	120
2018			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.749	932	752
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	902	415	340
Krankenhausthygieniker	382	196	166
Arzt und Krankenhausapotheker	2.241	1.505	1.166
Hygienebeauftragter Arzt	135	25	15

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 69 von 126

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
Hygienefachkraft	1.441	821	531
FA für Innere Medizin und Infektiologie	510	764	540
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	372	132	130
2019			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.914	1.082	932
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	1.119	454	319
Krankenhausthygieniker	411	181	141
Arzt und Krankenhausapotheker	2.613	1.380	1.145
Hygienebeauftragter Arzt	350	192	192
Hygienefachkraft	1.937	799	542
FA für Innere Medizin und Infektiologie	852	870	840
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	810	310	155
2020			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.808	1.080	600
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	831	440	398
Krankenhausthygieniker	229	134	70
Arzt und Krankenhausapotheker	670	390	205
Hygienebeauftragter Arzt	0	0	0
Hygienefachkraft	15	0	0
Arzt und Krankenhausapotheker (ABS)	1.025	140	85
FA für Innere Medizin und Infektiologie	420	510	60
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	1.155	120	120
undifferenziert	10	0	0

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2021			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.351	270	150
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	798	75	30
Krankenhausthygieniker	150	30	20
Arzt und Krankenhausapotheker	457	80	70
Hygienebeauftragter Arzt	12	0	0
Hygienefachkraft	0	0	0
Arzt und Krankenhausapotheker (ABS)	795	60	60
FA für Innere Medizin und Infektiologie	630	100	60
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	440	0	0
undifferenziert	0	0	0

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 18.04.2023).

Erwartungsgemäß liegt der Anteil der insgesamt bestätigten Beträge in den ersten Förderjahren auf einem etwas höheren Niveau als in den Folgejahren. Zudem variiert der Anteil an bestätigten Beträgen, deren zweckentsprechende Verwendung damit nachgewiesen wird, zwischen den Weiterbildungsmaßnahmen deutlich. Bis zum Jahr 2017 lagen in der Regel zwei Drittel bis über 90 % der vereinbarten fachärztlichen Weiterbildungsmaßnahmen durch Jahresabschlussprüfer bestätigte Beträge vor. Die Quoten reichen vereinzelt an 100 % heran. In den Jahren 2018 und 2019 sinken die Umsetzungsquoten etwas ab (Umsetzungsquoten von 60 % bis 85 %). Im Jahr 2019 kann nur für hygienebeauftragte Ärzte eine Umsetzung von etwa 100 % erreicht werden. Im Jahr 2020 sinken die Bestätigungsquoten auf 12 % bis 61 % ab. Nur die in der Coronapandemie besonders relevanten Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie mit Zusatzweiterbildung Infektiologie erreichen hier sehr hohe Umsetzungsquoten von 90 % bzw. 100 %. Für das Jahr 2021 liegen die Umsetzungsquoten derzeit zwischen 40 % und 67 %. Hier erreichen die Ärzte mit ABS-Fortbildung eine Umsetzungsquote von 100 %.

Aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen für das Jahr 2022 und die fast zur Hälfte noch nicht vorliegenden Budgets für 2021 kann hier zunächst nur ein vorläufiger Einblick in das Testierungsgeschehen gegeben und die Beurteilung der Entwicklung kann erst in Folgeberichten vorgenommen werden.

4.2.6 Beratungsleistungen (Vereinbarungs- und Istdaten)⁵⁷

In Tabelle 13 sind die in den Jahren 2013 bis 2022 vereinbarten Beträge nach Ländern dargestellt. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum externe Beratungsleistungen in Höhe von rund 43,7 Mio. Euro zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart.

⁵⁷ Für weitere Details zu den Hintergründen der Förderung von Beratungsleistungen wird auf den Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Jahren 2013 bis 2019, Seite 50, verwiesen.

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 72 von 126

Tabelle 13 Vereinbarte Beträge im Förderbereich externe Beratungsleistungen (2013 bis 2022)

	Baden- Württem- berg	Bayern	Berlin	Bran- den- burg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklen- burg-Vor- pommern	Nieder- sachsen	Nord- rhein- West- falen	Rhein- land- Pfalz	Saar- land	Sachsen	Sachsen- Anhalt	Schles- wig- Holstein	Thüringen	gesamt
Betrag in 1.000 Euro																	
2013	148	270	38	108	30	0	240	24	176	204	77	19	82	90	104	27	1.635
2014	360	653	101	296	41	0	582	107	493	589	122	115	199	193	243	79	4.173
2015	600	1.042	119	311	36	0	603	103	538	638	190	119	231	250	281	87	5.149
2016	697	1.161	124	312	27	0	545	103	574	593	572	0	178	215	223	92	5.416
2017	738	1.178	162	324	20	0	531	104	865	691	267	54	135	276	253	76	5.673
2018	816	1.153	192	215	30	0	546	121	800	615	272	137	194	281	227	64	5.665
2019	858	1.314	137	261	53	0	554	124	985	624	285	153	217	229	240	72	6.107
2020	358	1.283	154	249	53	0	312	122	649	623	273	105	244	130	95	54	4.705
2021	153	1.262	60	95	44	0	150	67	544	492	158	86	263	60	0	82	3.516
2022	0	1.111			42		1	58	136	118	0	43	131	0	0	51	376
gesamt*	4.729	10.428	1.086	2.170	375	0	4.066	933	5.760	5.188	2.215	832	1.875	1.664	1.724	684	43.730

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 73 von 126

	Baden- Württem- berg	Bayern	Berlin	Bran- den- burg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklen- burg-Vor- pommern	Nieder- sachsen	Nord- rhein- West- falen	Rhein- land- Pfalz	Saar- land	Sachsen	Sachsen- Anhalt	Schles- wig- Holstein	Thüringen	gesamt
Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme																	
2013	80	121	10	27	7	0	69	9	52	72	25	12	21	24	19	14	562
2014	93	142	14	38	7	0	75	17	77	88	27	17	27	24	20	16	682
2015	101	178	18	36	6	0	72	18	68	86	41	17	35	31	25	16	748
2016	104	191	18	34	5	0	72	19	72	81	46	0	35	14	22	14	727
2017	107	189	25	35	5	0	67	22	73	77	48	3	33	14	24	12	734
2018	110	188	25	31	5	0	71	21	71	69	52	14	35	21	24	11	748
2019	114	179	20	33	5	0	70	23	79	65	46	15	36	20	24	13	742
2020	31	145	15	22	3	0	26	19	57	52	32	11	37	8	6	9	473
2021	11	124	4	8	3	0	14	11	40	42	14	6	35	0	5	13	330
2022	0	107	0	0	2	0	1	4	15	8	0	2	27	0	0	6	172

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 18.04.2023).

*Abweichungen zur Gesamtsumme sind auf Rundungsfehler zurückzuführen.

Nach einem Anstieg bis 2015 von 562 auf 748 Krankenhäuser pendelte die Zahl der Krankenhäuser, die Beratungsleistungen vereinbarten, bis zum Jahr 2019 zwischen 727 und 748. In den Jahren 2020 und 2021 ist ein deutlicher Rückgang auf 473 bzw. 330 Krankenhäuser zu verzeichnen. Für das Jahr 2022 zeichnet sich anhand der bisherigen Datenlage ein weiterer Rückgang auf 172 Krankenhäuser ab. Hinsichtlich des vereinbarten Fördervolumens steigt die Fördersumme von 1,6 Mio. Euro im Jahr 2013 auf 6,1 Mio. Euro im Jahr 2019. Für das Jahr 2020 kann anhand der vorliegenden Datenmeldungen nur noch ein vereinbartes Fördervolumen von 4,7 Mio. Euro und für 2021 für nur noch 3,5 Mio. Euro nachgewiesen werden. Bei Berücksichtigung der Hochrechnung für die Jahre 2020 und 2021 auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser gemäß Abschnitt 4.2.1 zeigt sich, dass mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen die vereinbarte Fördersumme für Beratungsleistungen in den Jahren 2020 und 2021 mit 6,6 Mio. Euro etwas höher liegen dürfte als im Jahr 2019. Für das Jahr 2022 kann aufgrund des sehr geringen Datenbestandes nur eine Vereinbarungssumme in Höhe von 1,7 Mio. Euro und damit nur knapp oberhalb des Ausgangsniveaus 2013 nachgewiesen werden. Eine abschließende Einschätzung kann erst in den Folgeberichten vorgenommen werden. Bereits in den Berichten der Vorjahre wurde angenommen, dass sich mit zunehmender Verfügbarkeit von Krankenhaushygienikern und Fachärzten mit einer Weiterbildung im Bereich der Infektiologie am Arbeitsmarkt der Anteil der Fördersumme für externe Beratungsleistungen im Laufe des Förderzeitraums verringern dürfte. Dieser Trend zeigt sich aktuell nicht in den Daten. Wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten erwähnt, ist aber auch in diesem Förderbereich insbesondere für die Jahre 2020 bis 2022 von weiteren Anpassungen in den Folgejahren auszugehen.

Ausgehend von einem Tagessatz von 400 Euro wurden im Zeitraum 2013 bis 2022 insgesamt 109.324 Beratungstage in die Vereinbarungen aufgenommen. Im Jahr 2021 wurden nach derzeitigem Datenmeldestand noch 8.790 Beratungstage und im Jahr 2022 4.230 Beratungstage vereinbart.⁵⁸ Detaillierte Angaben zu den Beratungsleistungen können den Anlagen 19 bis 23 entnommen werden.

In der Tabelle 14 sind die in den Jahren 2013 bis 2021 vereinbarten Beträge zu den Beratungsleistungen sowie die vorliegenden Istdaten in diesem Förderbereich dargestellt. In den Förderjahren 2013 bis 2019 sind insgesamt etwa knapp über einem Drittel, vereinzelt bis hin zu zwei Drittel der vereinbarten Beträge zu Beratungsleistungen sowie undifferenziert vereinbarten Beträge durch Jahresabschlussstate bestätigt worden. In den Jahren 2017 und 2018 wurden die vereinbarten Beträge zu Beratungsleistungen durch Krankenhaushygieniker mit fachärztlicher Weiterbildung für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sogar zu mehr als 100 % übererfüllt. Im Jahr 2019 ist ein Rückgang der Bestätigungsquote auf 12 % bis 45 % zu verzeichnen. Für das Jahr 2020 lassen sich anhand der bisherigen

⁵⁸ Bei den Angaben zu den ermittelten Beratungstagen handelt es sich um gerundete Werte.

Datenmeldungen nur noch Bestätigungsquoten von 15 % bis 29 % nachweisen. Eine besonders hohe Bestätigungsquote erreicht hier die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen durch Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie. Ebenfalls wird die Hälfte der vereinbarten undifferenzierten Beratungsleistungen auch tatsächlich in Anspruch genommen. Im Jahr 2021 werden nach bisherigem Datenmeldestand nur noch Bestätigungsquoten von 0 % bis 16 % erreicht.

Ebenso wie in den anderen Förderbereichen wird auch eine Einschätzung der tatsächlichen Inanspruchnahme von Beratungsleistungen erst nach Abschluss des Förderzeitraums möglich sein. Für eine endgültige Beurteilung des Testierungsgeschehens bleiben insbesondere aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen für die Jahre 2021 und 2022 somit die künftigen Datenmeldungen abzuwarten.

**Tabelle 14 Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen 2013 bis 2021
(in Tausend Euro)**

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2013			
Krankenhausthygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	617	411	300
Krankenhausthygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	182	94	64
undifferenziert	836	540	517
2014			
Krankenhausthygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.555	930	791
Krankenhausthygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	480	271	196
undifferenziert	2.138	1.434	1.344
2015			
Krankenhausthygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.483	1.303	967
Krankenhausthygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	444	279	232
undifferenziert	2.222	1.300	1.185

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 76 von 126

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2016			
Krankenhaustygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.569	2.102	1.524
Krankenhaustygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	434	296	208
FA für Innere Medizin und Infektiologie	76	17	17
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	12	0	0
undifferenziert	2.326	1.276	1.099
2017			
Krankenhaustygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.592	1.737	1.436
Krankenhaustygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	226	266	239
FA für Innere Medizin und Infektiologie	151	95	95
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	2.703	1.344	973
2018			
Krankenhaustygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.336	1.804	1.389
Krankenhaustygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	181	323	195
FA für Innere Medizin und Infektiologie	491	137	133
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	2.657	1.172	1.011

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2019			
Krankenhaustygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	3.121	1.611	1.364
Krankenhaustygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	232	208	104
FA für Innere Medizin und Infektiologie	384	60	46
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	2.369	1.095	840
2020			
Krankenhaustygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.813	754	411
Krankenhaustygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	610	171	112
FA für Innere Medizin und Infektiologie	100	88	76
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	115	34	34
undifferenziert	1.067	711	529
2021			
Krankenhaustygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.276	758	376
Krankenhaustygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	277	109	12
FA für Innere Medizin und Infektiologie	70	34	0
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	40	2	2
undifferenziert	853	118	102

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 18.04.2023).

4.3 Sonderentwicklung in den Coronajahren 2020 und 2021

In der Förderung werden Berufsgruppen adressiert, deren Expertise speziell in der Coronapandemie sehr gefragt ist. Dies sind insbesondere die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Auch durch die mit dem KHSG erfolgte Ergänzung eines Schwerpunkts im Bereich der Infektiologie wurden Weichen für die Pandemiebewältigung

gestellt. Es ist daher anzunehmen, dass gerade in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 verstärkt auf die fachliche Expertise in diesen beiden Bereichen zurückgegriffen wurde.

Bei der Bewertung ist zu beachten, dass es zahlreiche coronabedingte Förderungen gibt, die in direkter Konkurrenz zum Hygiene-Förderprogramm stehen. Zu nennen ist hier unter anderem die Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung für Zuschläge nach § 5 Absatz 3i KHEntgG. Hiermit werden den Krankenhäusern nicht anderweitig finanzierte Mehrkosten über Zuschläge finanziert, die aufgrund des Virus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung von Patienten entstehen. Die Höhe des vorläufigen Zuschlags hat sich im Zeitverlauf von 50 Euro je Fall im 4. Quartal 2020 auf 40 Euro je Fall im 1. und 2. Quartal 2021 bzw. 20 Euro je Fall im 3. und 4. Quartal 2021 reduziert. Bei infizierten Patienten war jeweils ein Zuschlag in Höhe des doppelten Betrages vorgesehen. In der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung vom 21.12.2021 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die näheren Vorgaben zu den Kostenarten und den Anforderungen an den Nachweis festgelegt. Den Vertragsparteien vor Ort wird empfohlen, die vom 01.10.2020 bis zum 31.12.2021 gezahlten Beträge als pauschale Abgeltung der coronabedingten Mehrkosten zu vereinbaren. Die Datengrundlage für das Jahr 2020 ist bisher noch zu dünn, um eine allgemeine Aussage über eine mögliche verstärkte Inanspruchnahme der oben genannten Berufsgruppen im Hygienesonderprogramm treffen zu können. Auf Basis der vorliegenden, unvollständigen Datenmeldungen kann lediglich ausschnittsweise ein vorläufiger Eindruck über die besondere Inanspruchnahme dieser Berufsgruppen im Coronajahr 2020 gegeben werden. Anhand der Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser soll eine mögliche verstärkte Inanspruchnahme realitätsnaher eingeschätzt werden, als anhand der bisher unvollständigen Datenbasis möglich wäre.

Eine verstärkte Inanspruchnahme der oben genannten Berufsgruppen im Coronajahr 2020 lässt sich anhand der bisherigen Datenmeldungen zumindest teilweise erkennen.

In der Tabelle 15 sind die Vereinbarungsdaten für in der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppen in den drei durch das Hygienesonderprogramm adressierten Förderarten für die Jahre 2019 bis 2022 inklusive einer Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser für die Jahre 2020 und 2021 gemäß Abschnitt 4.2.1 dargestellt.

Die vereinbarten Vollkräfte für die Fördersumme 1 sowie die Vereinbarungssummen für die Förderarten 2 und 3 sind für alle relevanten Berufsgruppen im Coronajahr 2020 gegenüber dem Vorjahr 2019 rückläufig. Nur die Vereinbarungssumme für Beratungsleistungen durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie hat sich gegenüber 2019 um ca. 163 % erhöht). Damit wird das Ausgangsniveau im Jahr 2014 sogar leicht überschritten, nachdem die vereinbarten Beratungsleistungen für diese Berufsgruppe seither bis 2019 sukzessive zurückgegangen sind. Anhand der bestehenden Datenbasis zeigt sich auch im Jahr 2021 ein Anstieg gegenüber 2019, wenngleich auf geringerem Niveau als im Jahre 2020

(+ rund 19 %). In Pandemiezeiten scheint eine verstärkte Inanspruchnahme von flexibel einsetzbaren Beratungsleistungen in diesem Bereich durchaus plausibel.

Auch für das Jahr 2021 setzt sich der rückläufige Trend gegenüber 2019 weiter fort, weitestgehend gehen die Werte hier auch gegenüber 2020 weiter zurück. Bei den vereinbarten Beratungsleistungen zeigt sich aber auch für das Jahr 2021 ein leichter Anstieg gegenüber 2019 (+ 19 %). Bei der Förderung der Fort- und Weiterbildung bei den Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie (§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG) zeigt sich bisher im Jahr 2021 ein leichter Anstieg gegenüber 2020, wenngleich weiterhin auf niedrigerem Niveau als 2019.

Zieht man die Hochrechnung gemäß Abschnitt 4.2.1 heran, um sich der tatsächlichen Inanspruchnahme durch die Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser anzunähern, zeigt sich neben dem sehr starken Anstieg bei der Beratung durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (für 2020 kann ein Anstieg um rund 270 % und für 2021 um rund 125 % gegenüber 2019 erwartet werden) erwartungsgemäß eine verstärkte Inanspruchnahme bei den Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in den Förderarten 2 (Fort- und Weiterbildung) und 3 (externe Beratung) sowie bei der Stellenbesetzung durch Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in der Förderart 1. Eine abschließende Bewertung kann erst in den Folgeberichten vorgenommen werden.

In der Tabelle 16 sind die Istdaten für die betreffenden Berufsgruppen für die Jahre 2019 bis 2021 dargestellt. Bei den besonders relevanten Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zeigt sich im Coronajahr 2020 inzwischen eine verstärkte Umsetzung beim Stellenaufbau in Vollkräften und der Förderung der Weiterbildung (+ 22 % bzw. + 25 % gegenüber 2019). Zieht man hier die Hochrechnung für 2020 heran, ist mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen mit einer weiter steigenden tatsächlichen Inanspruchnahme zu rechnen (+ rund 72 % beim Stellenaufbau in Vollkräften für diese Berufsgruppe und + rund 76 % bei der Förderung der Fort- und Weiterbildung).

Auch bei den verstärkt vereinbarten Beratungsleistungen durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zeigt sich eine leicht verstärkte Umsetzung (+ 8 % gegenüber 2019), die sich unter Hinzuziehung der Hochrechnung auf + rund 52 % erhöhen dürfte. Nach derzeitiger Datenlage wurden die hierfür vereinbarten Beratungsleistungen weiterhin nur in geringem Umfang durch Jahresabschlussprüfer bestätigt (18 % der Vereinbarungssumme). Auch bei den Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie zeigt sich bei den Beratungsleistungen im Jahre 2020 eine gegenüber 2019 verstärkte Inanspruchnahme (+ rund 65 %). Für die infektiologischen Berufsgruppen (Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie, Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Infektiologie) kann anhand des

bisherigen Datenmeldestandes festgestellt werden, dass die für 2020 vereinbarten Stellen zu 64 % bzw. 41 % tatsächlich umgesetzt worden sind. Auch die vereinbarten Beratungsleistungen von Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie und Fachärzten mit Zusatzweiterbildung Infektiologie werden in relevantem Umfang umgesetzt (ca. 77 % bzw. 29 %). Die vereinbarte Förderung der Weiterbildung von Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie wird hingegen erst auf geringem Niveau tatsächlich umgesetzt (ca. 12 %). Im Bereich der Zusatzweiterbildung Infektiologie kann weiterhin keine tatsächliche Umsetzung festgestellt werden. Für 2021 ist die tatsächliche Umsetzung nach derzeitigem Datenmeldestand rückläufig. Eine Bewertung der tatsächlichen Inanspruchnahme kann erst in den Folgeberichten vorgenommen werden.

Tabelle 15 Vereinbarungsdaten für in der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppen in den Förderarten 1 bis 3 für die Jahre 2019 bis 2022 inkl. Hochrechnung (HR)*

		Krankenhaus- hygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	Krankenhausthygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	FA mit Zusatz- weiterbildung Infektiologie
Stellenbesetzung in VK für Förderart 1	2019		84,5	0	0
	2020		68,5	12,5	11,8
	HR 2020		96,5	17,6	16,6
	2021		53,4	12,0	14,0
	HR 2021		100,8	22,6	26,4
	2022		22,2	2,7	3,9
Vereinbarte Fördersumme in 1.000 Euro für Förderart 2	2019	1.914	1.119	852	0
	2020	1.808	831	420	1.155
	HR 2020	2.546	1.170	592	1.627
	2021	1.351	798	630	440
	HR 2021	2.549	1.506	1.189	830
	2022	364	135	45	214
Vereinbarte Fördersumme in 1.000 Euro für Förderart 3	2019	3.120	232	384	0
	2020	2.813	610	100	115
	HR 2020	3.962	859	141	162
	2021	2.276	277	70	40
	HR 2021	4.294	523	132	75
	2022	1.194	109	13	0

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 18.04.2023).

*Abweichungen bei den errechneten Prozentzahlen im Text zur aufgeführten Tabelle sind auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen.

Tabelle 16 Istdaten für in der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppen in den Förderarten 1 bis 3 für die Jahre 2019 bis 2021 inkl. Hochrechnung (HR)*

		Krankenhaus- hygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	Krankenhausthygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	FA mit Zusatz- weiterbildung Infektiologie
Bestätigte umgesetzte Stellenbesetzung in VK für Förderart 1	2019		44,4	0	0
	2020		54,1	8,1	4,8
	HR 2020		76,2	11,4	6,8
	2021		21,9	3,4	5,1
	HR 2021		41,3	6,4	9,6
Bestätigter umgesetzter Betrag in 1.000 Euro für Förderart 2	2019	932	319	840	0
	2020	600	398	60	120
	HR 2020	845	561	85	169
	2021	150	30	60	0
	HR 2021	283	57	113	0
Bestätigter umgesetzter Betrag in 1.000 Euro für Förderart 3	2019	1.364	104	46	0
	2020	411	112	76	34
	HR 2020	579	158	107	48
	2021	376	12	0	2
	HR 2021	709	23	0	4

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 18.04.2023).

*Abweichungen bei den errechneten Prozentzahlen im Text zur aufgeführten Tabelle sind auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen.

5. Fazit: Rege Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms bis zum Jahr 2019, weitere Entwicklung in den Jahren 2020 bis 2022 bleibt noch abzuwarten

Der vorliegende Bericht basiert auf Daten aus den Budgetverhandlungen der Jahre 2013 bis 2022 zur Inanspruchnahme von Finanzmitteln aus dem Hygienesonderprogramm. Die Fördermaßnahmen umfassen zusätzliche Einstellungen von Hygienepersonal, interne Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen, die Durchführung von Fort- und Weiterbildungen sowie die Inanspruchnahme von externen Beratungsleistungen im Bereich Krankenhaushygiene. Für die Jahre 2018 bis 2022 wurden Korrektur- und Nachmeldungen vorgenommen, sodass sich die Angaben zum Vereinbarungsgeschehen dieser Jahre im Vergleich zu den Vorjahresberichten an einigen Stellen geändert haben. Auf die Aktualisierung des Datenbestandes bis einschließlich zum Datenjahr 2017 in den Anlagen wird verzichtet, da sich für die ersten Förderjahre nur noch geringfügige Änderungen ergeben.

Die Inanspruchnahme des Hygiene-Förderprogramms in den Jahren 2020 bis 2022 kann anhand der vorliegenden Datenmeldungen noch nicht abschließend beurteilt werden. Bei der Bewertung der Umsetzung ist zu beachten, dass für das Jahr 2022 in Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein, Hamburg und Rheinland-Pfalz und für das Jahr 2021 in Schleswig-Holstein und Hamburg keine Datensätze vorliegen. Für das Jahr 2020 liegt für Hamburg kein Datensatz vor. Die Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 konnten inzwischen bis zu zwei Drittel abgeschlossen werden. Daher ist die Aussagekraft für das Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahresbericht deutlich verbessert. Gleichwohl ist die Aussagekraft noch immer etwas eingeschränkt. So lagen zur Berichterstellung im Vorjahr zum Vergleich bereits über 90 % der Budgetvereinbarungen für das Jahr 2019 vor. Für die Jahre 2021 und 2022 ist die Aussagekraft erheblich eingeschränkt, da hier fast die Hälfte der Budgetvereinbarungen bzw. ein Großteil der Budgetvereinbarungen zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht vorlagen.

Auf Basis des gegenüber dem Vorjahresbericht aktualisierten Datenbestandes kann die weitere Entwicklung der Inanspruchnahme in den Jahren 2020 und 2021 aber zumindest näherungsweise über eine Hochrechnung auf die Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser nach Abschnitt 4.2.1 abgebildet werden. Für das Jahr 2022 können im Rahmen dieses Berichtes hingegen nur ausschnittsweise und sehr eingeschränkte Aussagen getroffen werden, da die Budgetverhandlungen zum Zeitpunkt der Datenübermittlung vielerorts noch nicht abgeschlossen waren. Erst mit fortschreitendem Abschluss der noch ausstehenden Budgetvereinbarungen in den Folgeberichten kann deshalb konkreter beurteilt werden, welche weiteren Effekte sich durch die Coronapandemie ergeben.

Hervorzuheben ist, dass im Hygiene-Förderprogramm Berufsgruppen adressiert werden, deren Expertise speziell in der Coronapandemie sehr gefragt ist. Dies sind insbesondere die

Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Auch durch die Ergänzung eines Schwerpunkts im Bereich der Infektiologie mit dem KHSG wurden Weichen für die Pandemiebewältigung gestellt. Im Vorbericht wurde die Annahme getroffen, dass gerade in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 verstärkt auf die fachliche Expertise aus diesen beiden Bereichen zurückgegriffen wurde.

Eine verstärkte Inanspruchnahme im Coronajahr 2020 lässt sich anhand der bisherigen Datenmeldungen zumindest teilweise erkennen. So hat sich die Vereinbarungssumme für Beratungsleistungen durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in 2020 gegenüber 2019 um rund 163 % erhöht. Eine verstärkte Inanspruchnahme situativer Beratungsleistungen in Pandemiezeiten erscheint durchaus plausibel. Für 2020 zeichnet sich eine gegenüber 2019 verstärkte tatsächliche Inanspruchnahme ab (+ 8 %), die sich aber bisher auf deutlich niedrigerem Niveau bewegt als der Anstieg der vereinbarten Summe. Auch beim Stellenaufbau (bei zusätzlichen Vollkräften; + 22 %) und der Förderung für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (+ 25 %) zeigt sich ebenfalls eine stärkere Inanspruchnahme für diese Berufsgruppe als 2019. Hierbei könnte es sich um Pandemieeffekte handeln. Die Umsetzung kann aber aufgrund der wenigen bisher unvollständig vorliegenden Testate durch Jahresabschlussprüfer derzeit noch nicht bewertet werden. Auch bei den Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie zeigt sich bei den Beratungsleistungen im Jahre 2020 eine gegenüber 2019 verstärkte Inanspruchnahme (+ rund 65 %).

Für 2021 zeigt sich ebenfalls eine gegenüber 2019 verstärkte Vereinbarung von Beratungsleistungen durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (+ rund 19 %), die tatsächliche Umsetzung ist hier gegenüber 2019 nach derzeitigem Datenmeldestand aber noch rückläufig. Bei der Förderung der Fort- und Weiterbildung bei den Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie zeigt sich in den Vereinbarungsdaten zumindest eine gegenüber 2020 höhere Vereinbarungssumme.

Die Entwicklung der Inanspruchnahme in den Coronajahren 2020 und 2021 ist in den Folgeberichten abschließend zu bewerten.

Insgesamt belegen die vorliegenden Datenmeldungen eine stetig steigende Inanspruchnahme von Fördermitteln aus dem Hygienesonderprogramm bis zum Jahr 2019. Insbesondere im Bereich des Personalaufbaus ist in den Folgejahren von einer überwiegenden Fortfinanzierung der im Programmverlauf bereits aufgebauten Stellen auszugehen. Zu dieser Tendenz passt die teilweise Anpassung des Förderumfangs durch den Gesetzgeber, bei der die Förderung eines zusätzlichen Stellenaufbaus von Hygienefachkräften mit dem Jahr 2019 ausläuft.

Im bisherigen Förderzeitraum haben 1.343 Krankenhäuser und somit etwa 94 % der förderfähigen Krankenhäuser die zusätzliche Finanzierungsmöglichkeit genutzt. Diese haben Vereinbarungen entweder differenziert zu mindestens einer Maßnahme (Personalaufstockung, Fort- und Weiterbildung, externe Beratungsleistungen) oder undifferenziert geschlossen. In

den Jahren 2013 bis 2022 wurde diesen Krankenhäusern durch die GKV insgesamt ein Finanzbetrag in Höhe von rund 767,2 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Für die Jahre 2013 bis 2020 wird auf Grundlage der Datenmeldungen ein Betrag von 676,0 Mio. Euro ausgewiesen. Gemäß der Hochrechnung nach Abschnitt 4.2.1 auf die Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser wird das insgesamt verausgabte Finanzvolumen mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen noch höher liegen (708,8 Mio. Euro). Damit bewegt sich die durch die GKV insgesamt bereitgestellte Finanzsumme, wie auch in den letzten Berichten festgestellt, weiterhin über den Erwartungen (464,0 Mio. Euro inkl. 102 Mio. Euro des zweiten Förderpakets).

In der Verteilung der insgesamt im Zeitraum 2013 bis 2022 vereinbarten Beträge bestätigt sich der Trend der Vorjahre weiterhin: Während diese für Neueinstellungen, interne Besetzung und Aufstockung von Hygienepersonalstellen (587,2 Mio. Euro) die Vorausschätzung (267,5 Mio. Euro) übersteigen, wurden bislang für Fort- und Weiterbildung nur 94 % (74,6 Mio. Euro) der erwarteten Beträge (79,5 Mio. Euro) in Anspruch genommen. Auf die Inanspruchnahme externer Beratungsleistungen entfällt ein Finanzierungsanteil von etwa 43,7 Mio. Euro, während undifferenziert vereinbarte Beträge rund 61,7 Mio. Euro ausmachen.

Der vorliegende Bericht zeigt über die einzelnen Förderjahre hinweg nach einem zügigen Programmeinstieg bis zum Jahr 2019 eine stetig steigende Inanspruchnahme von Fördermitteln aus dem Hygienesonderprogramm. Die weitere Entwicklung der Inanspruchnahme in den Jahren 2020 bis 2022 bleibt abzuwarten. Bisher scheinen die Datenmeldungen für die Jahre 2020 bis 2022 deutliche Rückgänge sowohl im Hinblick auf die Fördersummen als auch die Anzahl der beteiligten Krankenhäuser nachzuweisen (- 35 % bis - 76 % bzw. - 45 % bis - 84 %). Der Rückgang kann auf Basis der vorliegenden unvollständigen Datenbasis bislang nicht abschließend beurteilt werden.

Auf Grundlage der gegenüber dem Vorjahr aktualisierten Datenbasis kann die Inanspruchnahme in den Coronajahren 2020 und 2021 durch eine Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser aber zumindest näherungsweise betrachtet werden. Die Hochrechnung legt nahe, dass die tatsächliche Inanspruchnahme in den Jahren 2020 und 2021 gegenüber dem Vorcoronajahr 2019 auf ähnlichem Niveau liegen dürfte (- 9 % bzw. - 6 %). Es ist daher anzunehmen, dass sich die Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms nach 2019 auf vergleichbarem Niveau stabilisieren wird. Eine abschließende Beurteilung ist frühestens im Folgebericht für das Jahr 2023 möglich.

Gemessen am prognostizierten Programmverlauf zeigt sich, dass die Inanspruchnahme in jedem Programmjahr bis einschließlich 2020 oberhalb der Erwartungen lag. Die Übererfüllungsquote lag dabei stets zwischen 33 % und 59 %. Der Höhepunkt der Übererfüllung wird im Jahr 2019 erreicht. Es ist zu erwarten, dass mit Vorliegen der noch ausstehenden Budgetvereinbarungen in den Folgeberichten eine sehr deutliche Übererfüllung

der Erwartungen für das Jahr 2020 nachgewiesen werden kann (die Hochrechnung der bisher vorliegenden Daten für das Jahr 2020 auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser nach Abschnitt 4.2.1 deutet auf eine Übererfüllungsquote von 87 % hin). Auf eine Ausweisung für das Jahr 2021 wird aufgrund des Fehlens einer Prognose verzichtet. Eine abschließende Beurteilung ist frühestens im Folgebericht für das Jahr 2023 möglich.

Der in den Vorjahresberichten beschriebene Trend, dass die Finanzmittel im Bereich der Neueinstellungen, internen Besetzung und Aufstockung von Hygienepersonalstellen die Vorausschätzungen sehr deutlich übersteigen, zeigt sich bis zum letzten Prognosejahr 2020. Der Höhepunkt der Übererfüllung wird im Jahr 2019 erreicht (+ 129 %). Die Übererfüllungsquote für 2020 bewegt sich mit 67 % auf gleichem Niveau wie in den Jahren 2015 und 2016. Aufgrund der zu einem Drittel noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen ist der Wert aber auch hier noch unterschätzt. Eine Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser zeigt, dass hier mit einer weiter gegenüber den Vorjahren ansteigenden Übererfüllungsquote zu rechnen ist (+ 135 %). Eine detaillierte Aufschlüsselung und Beurteilung, wie sich die Inanspruchnahme im Jahr 2020 tatsächlich entwickelt hat, kann allerdings erst in den Folgeberichten vorgenommen werden.

Die vorliegenden Bestätigungen aus den Jahresabschlussprüfungen belegen, dass die Vereinbarungen zunehmend in konkrete Maßnahmen in den teilnehmenden Krankenhäusern münden. Zum derzeitigen Meldestand zeigt sich beispielsweise, dass aus der für das Jahr 2019 vereinbarten Förderung bislang zusätzliche Vollkraftstellen für 477 Hygienefachkräfte und 860 hygienebeauftragte Ärzte erwachsen sind. Damit liegt auch weiterhin ein Schwerpunkt der Förderung im Bereich der Neueinstellungen, Aufstockungen oder internen Besetzung von Hygienepersonalstellen auf diesen beiden Berufsgruppen. Für etwa 45 % der in den Jahren 2013 bis 2020 vereinbarten Finanzbeträge (683,5 Mio. Euro) liegen aktuell Bestätigungen von Jahresabschlussprüfern vor (306,9 Mio. Euro). Zählt man die unbestätigten Beträge (Selbstangabe der Krankenhäuser, ohne Testat) hinzu, erhöhen sich diese Angaben entsprechend auf 364,4 Mio. Euro. Die jüngsten Förderjahre 2021 und 2022 werden bei dieser Bewertung nicht berücksichtigt, da für beide Jahre nur sehr wenige Meldungen zu durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben vorliegen. In der Regel ist hinsichtlich der Meldungen von Istdaten mit einem zweijährigen Versatz zu rechnen.

Es kann im Rahmen dieser Berichtslegung nicht umfassend beurteilt werden, inwiefern tatsächlich Auswirkungen des noch laufenden Förderprogramms auf den Bestand an Hygienepersonal und die Hygienequalität in den Krankenhäusern erreicht werden konnten. Perspektivisch könnten hierbei verschiedene Datenquellen nützlich sein, beispielsweise sind hygienebezogene Indikatoren Bestandteil der bundesweiten Auswertungen der externen stationären Qualitätssicherung.

Anlagen

Anlage 1 Regelungen auf Landesebene nach § 23 Absatz 8 IfSG

„(8) Die Landesregierungen haben durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
2. Bestellung, die Aufgaben und die Zusammensetzung einer Hygienekommission,
3. erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2019 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals,
4. die Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragten Ärzte,
5. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,
6. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht,
7. die zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderliche Einsichtnahme der in Nummer 4 genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten,
8. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind,
9. die klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals,
10. die Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind.“

Anlage 2 Hygieneverordnungen der Länder: Vorgaben zur personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Hygienepersonal

	Krankenhaushygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Baden-Württemberg	Beschäftigung eines Krankenhaushygienikers oder Sicherstellung der Beratung; erforderlichenfalls in Vollzeit; Orientierungsmaßstab KRINKO-Empfehlung, Infektionsrisiko innerhalb der Einrichtung zu berücksichtigen	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil soll ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden; Orientierungsmaßstab KRINKO-Empfehlung	Ermittlung Personalbedarf unter Berücksichtigung Behandlungsspektrum und Risikoprofil gemäß KRINKO-Empfehlung	keine Angabe	✓
Bayern	Beratung durch Krankenhaushygieniker zu gewährleisten; Beratungsumfang muss Behandlungsspektrum und Risikoprofil berücksichtigen und Personalbedarfsermittlung hat auf Grundlage der Risikobewertung gemäß KRINKO-Empfehlung zu erfolgen; Krankenhäuser der 2. und 3. Versorgungsstufe hauptamtlich ein Hygieniker in Vollzeit (in diesen Krankenhäusern nur FA für Hygiene/Umweltmedizin oder für Mikrobiologie/Virologie/ Infektionsepidemiologie)	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil sollte ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden; Orientierungsmaßstab KRINKO-Empfehlung	Ermittlung Personalbedarf unter Berücksichtigung Behandlungsspektrum und Risikoprofil gemäß KRINKO-Empfehlung	mindestens ein Hygienebeauftragter in der Pflege auf jeder Station sowie für jeden Funktionsbereich zu bestellen; Bedarf richtet sich nach Behandlungsspektrum und Risikoprofil gemäß KRINKO-Empfehlung	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 88 von 126

	Krankenhaushygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Berlin	Mitarbeit mindestens eines Krankenhaushygienikers sicherstellen; genauen Bedarf stellt Hygienekommission fest; Krankenhäuser > 400 Betten müssen mindestens einen Krankenhaushygieniker beschäftigen	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; Bedarf stellt Hygienekommission fest; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil soll ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden	mindestens eine Hygienefachkraft zu beschäftigen; genauen Bedarf stellt Hygienekommission fest	keine Angabe	✓
Brandenburg	Beratung zu gewährleisten; Bedarf von Infektionsrisiko innerhalb des Krankenhauses abhängig; KRINKO-Empfehlung ist verbindlicher Orientierungsmaßstab	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil ein hygienebeauftragter Arzt zu bestellen; KRINKO-Empfehlung ist verbindlicher Orientierungsmaßstab	Personalbedarf unter Berücksichtigung von Behandlungsspektrum und Risikoprofil festzustellen; Bedarfsermittlung auf Grundlage der Risikobewertung gemäß KRINKO-Empfehlung	mindestens ein Hygienebeauftragter in der Pflege je Krankenhaus (Soll-Vorschrift); bei mehreren Fachabteilungen mit besonderem Risikoprofil soll je ein gesonderter Beauftragter pro Fachabteilung bestellt werden	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
Bremen	Personalbedarf muss Risikoprofil sowie der Größe und Komplexität entsprechen; Personalbedarf ist auf Grundlage der KRINKO-Empfehlung zu ermitteln	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil soll ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden; KRINKO-Empfehlung ist Maßstab	Personalbedarf muss Behandlungsspektrum und Risikoprofil berücksichtigen; Bedarfsermittlung auf Grundlage der Risikobewertung gemäß KRINKO-Empfehlung	mindestens ein Hygienebeauftragter in der Pflege auf jeder Station oder in jedem Funktionsbereich; im Übrigen richtet sich Personalbedarf nach Behandlungsspektrum und Risikoprofil	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
Hamburg	Beratung zu gewährleisten; Bedarf von Infektionsrisiko innerhalb des Krankenhauses abhängig; KRINKO-Empfehlung ist verbindlicher Orientierungsmaßstab ab > 400 Betten und mittlerem/hohem nosokomialen Infektionsrisiko mindestens ein Hygieniker in Vollzeit	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil sollte ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden	Personalbedarf muss Behandlungsspektrum und Risikoprofil berücksichtigen; Bedarfsermittlung auf Grundlage der Risikobewertung gemäß KRINKO-Empfehlung	in allen Stationen oder sonstigen Funktionsbereichen sollen Hygienebeauftragte in der Pflege bestellt werden	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 89 von 126

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Hessen	ab 400 Betten mindestens ein Hygieniker im Umfang einer Vollzeitstelle zu beschäftigen; bei < 400 Betten Beschäftigung oder Beauftragung möglich; Tätigkeitsumfang in Relation „aufgestellte Betten: 400“; Erhöhung der Stellenanteile, insofern nach in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt festgelegtem Risikoprofil erforderlich	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; pro Abteilung mit speziellem Infektionsrisiko Bestellung eines weiteren hygienebeauftragten Arztes	Stellenanteil muss mindestens dem Verhältnis der Zahl der aufgestellten Betten zu 200 entsprechen; ab 600 Betten ein Hygieneingenieur in Vollzeit	mindestens eine hygienebeauftragte Pflegekraft für jede Station und für jeden Funktionsbereich zu bestellen	keine Angabe
Mecklenburg-Vorpommern	Gewährleistung der Beratung durch Krankenhaushygieniker; Beratungsumfang muss das Behandlungsspektrum, die Anzahl der Betten und das Risikoprofil berücksichtigen; ab 400 Betten Beschäftigung mindestens eines Hygienikers in Vollzeit; i. Ü. Anwendung der KRINKO-Empfehlung	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; pro Fachabteilung ein hygienebeauftragter Arzt, wenn sich aus Risikoprofil besonderes Infektionsrisiko ableiten lässt	Personalbedarf muss Behandlungsspektrum und Risikoprofil berücksichtigen; Bedarfsermittlung auf Grundlage der Risikobewertung gemäß KRINKO-Empfehlung	Personalbedarf muss Behandlungsspektrum und Risikoprofil berücksichtigen	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
Niedersachsen	Fachpersonal in ausreichender Zahl einsetzen; Zahl richtet sich nach einem Risikoprofil, das sich aus Behandlungsspektrum und der Gefahr für Patienten ergibt, sich nosokomial zu infizieren; Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen; Hygieniker und Hygienefachkräfte müssen nicht zum Personal der Einrichtung gehören			keine Angabe	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 90 von 126

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Nordrhein-Westfalen	Beratung durch Hygieniker im Sinne der KRINKO-Empfehlung	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; jede Fachabteilung mit besonderem Risiko für nosokomiale Infektionen benennt einen hygienebeauftragten Arzt	Mindestzahl ergibt sich aus Anwendung der KRINKO-Empfehlungen; Bestimmungen gelten entsprechend bei einrichtungsübergreifender Beschäftigung	Benennung als konkrete Kontaktperson auf jeder Station und in jedem Funktionsbereich	keine Angabe
Rheinland-Pfalz	ab > 400 Betten und mittlerem/hohem nosokomialen Infektionsrisiko mindestens ein Hygieniker in Vollzeit; i. Ü. Beratung durch einrichtungsangehörige oder externe Krankenhaushygieniker möglich; Bedarf hängt maßgeblich vom Infektionsrisiko innerhalb der Einrichtung ab; KRINKO-Empfehlung als Orientierungsmaßstab	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachrichtungen mit hohem Risiko für nosokomiale Infektionen soll ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden; KRINKO-Empfehlung als Orientierungsmaßstab	Gewährleistung Beratung durch Hygienefachkräfte; Bedarf maßgeblich von Infektionsrisiko innerhalb Krankenhaus abhängig; KRINKO-Empfehlung als Orientierungsmaßstab	sollen in allen Stationen oder sonstigen Funktionsbereichen bestellt werden	✓

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 91 von 126

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Saarland	ab > 400 Betten und mittlerem/hohem nosokomialen Infektionsrisiko mindestens ein Hygieniker in Vollzeit; i. Ü. Beratung durch einrichtungsangehörige oder externe Krankenhaushygieniker möglich; Beratungsumfang muss Behandlungsspektrum und Risikoprofil berücksichtigen und hängt maßgeblich vom Infektionsrisiko innerhalb der Einrichtung ab; KRINKO-Empfehlung als Orientierungsmaßstab	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; für jede Fachabteilung mit besonderem Risiko für nosokomiale Infektionen ist ein hygienebeauftragter Arzt zu bestellen; KRINKO-Empfehlung als Orientierungsmaßstab	Bedarf maßgeblich von Infektionsrisiko und Behandlungsspektrum sowie Risikoprofil abhängig; als Orientierungsmaßstab KRINKO-Empfehlung; Beratung kann durch Einrichtungsangehörige oder externe Fachkräfte erfolgen	sollen in allen Stationen oder sonstigen Funktionsbereichen bestellt werden	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
Sachsen	ab > 400 Betten soll ein Hygieniker in Vollzeit mitarbeiten; Teilzeit oder externe Beratung nur in Krankenhäusern mit < 400 Betten; Orientierungsmaßstab ist KRINKO-Empfehlung	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; bei mehreren Fachabteilungen mit besonderem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen ist für jede Fachabteilung ein hygienebeauftragter Arzt zu bestellen	Personalbedarf muss Behandlungsspektrum und Risikoprofil berücksichtigen; Bedarfsermittlung auf Grundlage der Risikobewertung vornehmen	sollen in allen Stationen oder sonstigen Funktionsbereichen bestellt werden	✓
Sachsen-Anhalt	in Schwerpunkt- und universitärer Versorgung hauptamtlich zu beschäftigen; in den übrigen Krankenhäusern Beratung sicherstellen; Beschäftigungs- und Beratungsumfang richtet sich nach Risikoprofil	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; bei mehreren Fachabteilungen mit besonderem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen soll für jede Fachabteilung ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden	Personalbedarf muss Behandlungsspektrum und Risikoprofil berücksichtigen; in Krankenhäusern mindestens eine Vollzeitstelle je Betriebsstätte; bei < 100 Betten Abweichen möglich	Benennung auf Stationen und in Funktionsbereichen abhängig vom jeweiligen Infektionsrisiko und Behandlungsspektrum	✓

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 92 von 126

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Schleswig-Holstein	in Krankenhäusern mit Abteilungen der Risikostufe A und > 400 Betten: ein hauptamtlicher Hygieniker; sonst externe Beratung möglich; Beschäftigungszeit und Beratungsumfang richten sich nach Risikostufe und Stellenschlüssel gemäß KRINKO-Empfehlung; bei hauptamtlicher Beschäftigung Kooperation mit anderen Krankenhäusern möglich; bei Maximalversorgung mindestens ein Hygieniker pro Standort in Vollzeit (unterstützt durch Assistenzärzte)	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; bei mehreren Fachabteilungen ist jede Fachabteilung ein hygienebeauftragter Arzt zu benennen, wenn sich aus dem Risikoprofil ein besonderes Infektionsrisiko ableiten lässt	sind in einer der Risikoeinstufung entsprechenden Anzahl zu beschäftigen; KRINKO-Empfehlung ist anzuwenden; Zusammenschlüsse von Krankenhäusern können einrichtungsübergreifend Hygienefachkräfte beschäftigen	in der Verordnung Hygienebeauftragte in der Pflege und bei medizinischem Assistenzpersonal benannt als Ansprechpartner, aber keine gesonderte Vorgabe	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
Thüringen	in ausreichendem Umfang je nach Behandlungsspektrum und Risikoprofil einzusetzen; ab 400 Betten mindestens ein Hygieniker in Vollzeit zu beschäftigen; bei < 400 Betten auch Beauftragung möglich; Tätigkeitsumfang in Relation „aufgestellte Betten: 400“ und Infektionsrisiko	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; mindestens einen weiteren hygienebeauftragten Arzt für jede Fachabteilung mit speziellem Risiko für nosokomiale Infektionen	in einer der Risikoeinstufung entsprechenden Anzahl zu beschäftigen; KRINKO-Empfehlung gilt	keine Angabe	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019

* Mit der gesetzlichen Anpassung durch das KHSG erfolgte die Verlängerung der Übergangsregelung zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals einschließlich bis längstens zum 31.12.2019. Die dahingehende Anpassung in den Landeshygieneverordnungen bleibt abzuwarten.

Quelle: Hygieneverordnungen der Länder.

Anlage 3 Finanzielle Förderung zur Erfüllung der Anforderungen des IfSG nach § 4 Absatz 9 KHEntgG

„(9) Die folgenden Maßnahmen zur Erfüllung von Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes an die personelle Ausstattung werden finanziell gefördert, wenn die Maßnahmen die Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf einhalten, die in der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (Bundesgesundheitsblatt 2009, Seite 951) sowie der Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/-innen (Bundesgesundheitsblatt 2016, Seite 1183) genannt sind:

1. Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen:
 - a) von Hygienefachkräften: in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2019,
 - b) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie: in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2022,
 - c) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, sofern die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung bis zum 31. Dezember 2019 vorgenommen worden ist: in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2022,
 - d) von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene, sofern die Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommen worden ist: in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022 und
 - e) von hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten: in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2013 bis 2016,
2. Fort- oder Weiterbildungen für die Jahre 2013 bis 2022:
 - a) Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von

- jährlich 30 000 Euro, ab dem Jahr 2020 in Höhe von jährlich 40 000 Euro, auch über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus; spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert,
- b) Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro, auch über den Eigenbedarf des jeweiligen Krankenhauses hinaus; spätestens im Jahr 2022 begonnene Weiterbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert,
 - c) Fortbildung zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker durch strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro; spätestens im Jahr 2022 begonnene Fortbildungen werden auch über das Jahr 2022 hinaus gefördert und
 - d) strukturierte curriculare Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ von Ärztinnen, Ärzten, Krankenhausapothekerinnen und Krankenhausapothekern durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,
3. vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag für die Jahre 2013 bis 2026.

Unabhängig von den in Satz 1 genannten Voraussetzungen werden die folgenden Maßnahmen finanziell gefördert:

- 1. nach dem 31. Dezember 2019 vorgenommene Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von
 - a) Fachärztinnen oder Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
 - b) Fachärztinnen und Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,
 - c) Fachärztinnen und Fachärzten als Expertinnen oder Experten für Antibiotic Stewardship mit strukturierter curriculärer Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten für die Jahre 2020 bis 2022,

2. die in den Jahren 2016 bis 2022 begonnene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie sowie Zusatz-Weiterbildung Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von einmalig 30 000 Euro,
3. vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder mit abgeschlossener Zusatz-Weiterbildung Infektiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag für die Jahre 2016 bis 2026.

Kosten im Rahmen von Satz 1 Nummer 1, die ab dem 1. August 2013 entstehen, werden auch übernommen für nach dem 4. August 2011 vorgenommene erforderliche Neueinstellungen oder Aufstockungen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes.

Voraussetzung für die Förderung nach Satz 2 Nummer 1 ist eine schriftliche Bestätigung der Leitung des Krankenhauses, dass die Person klinisch und zu mindestens 50 Prozent ihrer Arbeitszeit im Bereich Antibiotic Stewardship oder Infektiologie tätig ist, sowie ein Nachweis, dass das Personal im Förderzeitraum über das bestehende Beratungsangebot im Bereich Antibiotic Stewardship informiert wurde. Für Maßnahmen nach den Sätzen 1 bis 3 haben die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag als Prozentsatz des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Neueinstellungen, interne Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen, die nach Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a und e vorgenommen wurden, sind bei der Ermittlung des Betrags nach Satz 5 unter Beachtung von Tarifierhöhungen zu berücksichtigen. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 5 und 6 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert; der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Absatz 8 Satz 3 und 6 bis 11 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 gelten entsprechend, wobei der Nachweis über die Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung berufsbildspezifisch zu erbringen ist. Der Betrag nach den Sätzen 5 und 6 darf keine Pflegepersonalkosten enthalten, die über das Pflegebudget finanziert werden.“

Anlage 4 Förderung gesamt 2013 bis 2018 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)

	1	2	3	4	5 (Summe 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	41,7	7,6	3,4	0,0	52,6	144
Bayern	70,7	10,7	5,5	0,0	86,8	242
Berlin	9,7	5,1	0,7	0,0	15,5	39
Brandenburg	9,5	1,7	1,6	0,0	12,8	50
Bremen	8,8	0,4	0,2	0,0	9,3	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	8,9	8,9	28
Hessen	38,5	5,1	3,0	0,0	46,7	99
Mecklenburg-Vorpommern	7,3	1,2	0,6	0,0	9,1	29
Niedersachsen	33,4	5,3	3,4	0,1	42,3	138
Nordrhein-Westfalen	52,7	6,7	3,3	36,2	99,0	262
Rheinland-Pfalz	17,2	1,9	1,5	0,1	20,6	69
Saarland	3,0	0,6	0,4	0,0	4,1	21
Sachsen	14,7	2,0	1,0	0,7	18,5	59
Sachsen-Anhalt	12,8	1,5	1,3	0,0	15,6	42
Schleswig-Holstein	10,7	1,4	1,3	0,5	14,0	53
Thüringen	13,9	1,2	0,4	0,0	15,5	38
gesamt	344,5	52,4	27,7	46,6	471,2	1.325

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Anlage 5 Förderung gesamt 2013 bis 2019 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)

	1	2	3	4	5 (Summe 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	51,8	9,1	4,2	0,0	65,1	147
Bayern	89,6	12,3	6,8	0,0	108,8	242
Berlin	12,8	6,7	0,9	0,0	20,3	39
Brandenburg	11,7	1,9	1,9	0,0	15,5	50
Bremen	10,8	0,5	0,2	0,0	11,4	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	12,0	12,0	28
Hessen	48,0	5,9	3,6	0,0	57,5	100
Mecklenburg-Vorpommern	9,1	1,4	0,7	0,0	11,2	29
Niedersachsen	44,5	6,1	4,4	0,1	55,2	140
Nordrhein-Westfalen	65,6	7,8	4,0	46,8	124,3	265
Rheinland-Pfalz	23,0	2,3	1,8	0,1	27,1	69
Saarland	4,4	1,1	0,6	0,0	6,1	21
Sachsen	19,0	2,4	1,2	0,7	23,3	61
Sachsen-Anhalt	16,9	1,7	1,5	0,0	20,2	42
Schleswig-Holstein	13,8	2,1	1,6	0,5	17,9	53
Thüringen	17,9	1,2	0,5	0,0	19,6	39
gesamt	439,0	62,4	33,8	60,3	595,6	1.337

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Anlage 6 Förderung gesamt 2013 bis 2020 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)

	1	2	3	4	5 (Summe 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	58,2	10,5	4,6	0,0	73,2	147
Bayern	108,3	13,2	8,1	0,0	129,5	242
Berlin	15,7	8,3	1,0	0,0	25,1	39
Brandenburg	13,2	2,1	2,1	0,0	17,4	50
Bremen	13,2	0,7	0,3	0,0	14,2	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	12,0	12,0	28
Hessen	51,7	5,9	3,9	0,0	61,6	101
Mecklenburg-Vorpommern	10,4	1,6	0,8	0,0	12,8	29
Niedersachsen	50,7	6,5	5,1	0,1	62,4	141
Nordrhein-Westfalen	76,8	8,1	4,6	47,5	137,0	266
Rheinland-Pfalz	27,1	2,4	2,1	0,1	31,6	69
Saarland	5,6	1,1	0,7	0,0	7,4	21
Sachsen	23,9	3,0	1,5	0,7	29,1	63
Sachsen-Anhalt	17,8	1,8	1,7	0,0	21,2	42
Schleswig-Holstein	14,0	2,1	1,7	0,5	18,2	53
Thüringen	21,3	1,4	0,6	0,0	23,2	39
gesamt	507,9	68,6	38,5	60,9	676,0	1.342

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Anlage 7 Förderung gesamt 2013 bis 2021 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)

	1	2	3	4	5 (Summe 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	61,2	11,5	4,7	0,0	77,4	147
Bayern	125,4	14,2	9,3	0,1	149,0	242
Berlin	17,5	9,2	1,1	0,0	27,7	39
Brandenburg	14,0	2,1	2,2	0,0	18,2	50
Bremen	15,7	0,9	0,3	0,0	16,9	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	12,0	12,0	28
Hessen	53,5	5,9	4,1	0,0	63,6	101
Mecklenburg-Vorpommern	10,7	1,6	0,9	0,0	13,1	29
Niedersachsen	55,2	6,9	5,6	0,1	67,8	141
Nordrhein-Westfalen	86,2	8,3	5,1	48,1	147,7	266
Rheinland-Pfalz	29,4	2,5	2,2	0,1	34,2	69
Saarland	6,0	1,1	0,8	0,0	7,9	21
Sachsen	28,8	3,5	1,7	0,7	34,8	64
Sachsen-Anhalt	18,8	1,8	1,7	0,0	22,3	42
Schleswig-Holstein	14,0	2,1	1,7	0,5	18,2	55
Thüringen	24,5	1,7	0,6	0,0	26,8	39
gesamt	560,8	73,2	42,0	61,6	737,7	1.343

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Anlage 8 Förderung gesamt 2013 bis 2022 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)

	1	2	3	4	5 (Summe 1 – 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 – 4
Baden-Württemberg	61,2	11,5	4,7	0,0	77,4	147
Bayern	141,3	15,1	10,4	0,1	166,8	242
Berlin	17,5	9,2	1,1	0,0	27,7	39
Brandenburg	14,0	2,1	2,2	0,0	18,2	50
Bremen	18,2	1,1	0,4	0,0	19,7	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	12,0	12,0	28
Hessen	53,7	5,9	4,1	0,0	63,7	101
Mecklenburg-Vorpommern	10,7	1,6	0,9	0,0	13,2	29
Niedersachsen	56,6	6,9	5,8	0,1	69,4	141
Nordrhein-Westfalen	88,2	8,3	5,2	48,1	149,9	266
Rheinland-Pfalz	29,4	2,5	2,2	0,1	34,2	69
Saarland	6,2	1,2	0,8	0,0	8,3	21
Sachsen	31,2	3,6	1,9	0,7	37,4	64
Sachsen-Anhalt	19,1	1,9	1,7	0,0	22,6	42
Schleswig-Holstein	14,0	2,1	1,7	0,5	18,2	53
Thüringen	25,9	1,8	0,7	0,0	28,4	39
gesamt	587,2	74,6	43,7	61,7	767,2	1.343

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Anlage 9 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2018 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Hygienebeauftragte Ärzte*	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 4	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 4
	Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften				Mio. Euro	Anzahl
Baden-Württemberg	110,1	12,2	5,9	188,7	9,6	96
Bayern	198,4	16,8	15,8	138,8	17,9	190
Berlin	36,8	4,5	0,0	8,7	2,6	28
Brandenburg	21,7	2,6	3,8	49,5	2,0	29
Bremen	13,9	3,0	2,5	52,1	1,9	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	98,1	8,3	25,9	172,2	9,3	82
Mecklenburg-Vorpommern	20,3	0,0	1,0	61,9	1,7	24
Niedersachsen	41,5	3,0	1,4	56,6	7,3	82
Nordrhein-Westfalen	108,8	9,2	24,2	237,3	11,6	88
Rheinland-Pfalz	1,0	0,0	0,0	0,0	5,4	60
Saarland	0,7	0,6	0,0	2,9	1,5	19
Sachsen	44,2	4,0	3,4	96,1	3,9	53
Sachsen-Anhalt	39,7	4,2	8,0	103,9	4,1	37
Schleswig-Holstein	34,9	1,6	4,3	36,3	2,8	26
Thüringen	32,5	3,9	7,7	99,5	3,5	27
gesamt	802,3	73,2	103,9	1.304,4	85,0	853

* Die Förderung der Neueinstellung/Aufstockung zusätzlicher hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vergleiche Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 4.2.3.

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

Anlage 10 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2019 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Hygienebeauftragte Ärzte*	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 4	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 4
	Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften				Mio. Euro	Anzahl
Baden-Württemberg	115,2	12,6	5,2	184,7	10,1	98
Bayern	161,6	17,1	17,2	129,5	19,0	189
Berlin	43,7	5,3	1,5	7,3	3,1	27
Brandenburg	24,2	2,5	4,1	48,5	2,3	32
Bremen	13,9	3,2	3,0	52,1	2,0	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	100,7	8,7	27,0	162,4	9,5	79
Mecklenburg-Vorpommern	26,3	1,5	2,3	76,5	1,8	24
Niedersachsen	58,6	8,6	2,1	120,2	11,1	100
Nordrhein-Westfalen	122,4	10,8	27,7	221,7	12,9	85
Rheinland-Pfalz	1,7	0,0	0,5	3,3	5,8	56
Saarland	0,7	0,0	0,0	0,0	1,4	21
Sachsen	47,0	3,4	6,8	96,0	4,2	54
Sachsen-Anhalt	32,1	3,9	7,9	97,4	4,1	35
Schleswig-Holstein	39,6	2,6	4,7	35,6	3,1	26
Thüringen	38,1	4,3	9,8	108,5	4,0	32
gesamt	825,4	84,5	119,7	1.343,5	94,5	870

* Die Förderung der Neueinstellung/Aufstockung zusätzlicher hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vergleiche Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 4.2.3.

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

Anlage 11 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2020 (nach Ländern)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abge- schlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung (bis 31.12.2019)	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung (ab 01.01.2020)	Hygiene- beauftragte Ärzte*	Facharzt Innere Medizin und Infektiologie	Facharzt mit Zusatzweiter- bildung Infektiologie	Facharzt mit Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 8	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 8	
Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften								Mio. Euro	Anzahl	
Baden- Württemberg	61,6	10,7	5,6	3,8	59,1	9,5	2,6	2,1	6,4	39
Bayern	40,7	24,0	16,6	1,9	82,1	1,8	2,0	3,2	18,6	163
Berlin	23,6	4,4	0,0	0,0	28,0	0,0	5,0	2,7	2,9	10
Brandenburg	12,7	1,8	3,0	0,0	36,5	0,2	0,0	0,5	1,5	18
Bremen	12,7	5,1	2,0	0,5	51,1	0,0	0,0	4,8	2,5	10
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	31,2	4,1	11,7	0,5	68,0	0,0	0,0	1,0	3,7	29
Mecklenburg- Vorpommern	5,4	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0	1,2	18
Niedersachsen	15,8	0,7	2,4	0,0	39,4	0,0	0,0	0,9	6,2	56
Nordrhein- Westfalen	71,8	8,7	23,4	2,4	122,4	1,0	0,7	3,8	11,2	63
Rheinland-Pfalz	0,5	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	4,2	41
Saarland	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	15
Sachsen	46,6	4,2	5,8	1,4	97,0	0,0	1,5	2,1	4,9	53
Sachsen-Anhalt	9,8	1,0	1,8	0,0	21,7	0,0	0,0	0,0	0,8	10
Schleswig- Holstein	2,6	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,2	4
Thüringen	29,1	3,9	8,5	0,0	94,0	0,0	0,0	0,0	3,4	24
gesamt	364,5	68,5	80,8	10,5	710,2	12,5	11,8	21,1	68,9	553

* Die Förderung der Neueinstellung/Aufstockung zusätzlicher hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vergleiche Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 4.2.3.

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 104 von 126

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

Anlage 12 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2021 (nach Ländern)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abge- schlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung (bis 31.12.2019)	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung (ab 01.01.2020)	Hygiene- beauftragte Ärzte*	Facharzt Innere Medizin und Infektiologie	Facharzt mit Zusatzweiter- bildung Infektiologie	Facharzt mit Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 8	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 8	
Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften								Mio. Euro	Anzahl	
Baden- Württemberg	21,3	11,1	1,1	0,4	13,0	1,6	3,4	0,8	3,0	12
Bayern	3,1	15,6	3,0	5,7	0,0	4,2	3,4	1,8	17,1	139
Berlin	8,3	5,5	0,0	0,0	24,0	0,0	3,5	3,4	1,7	3
Brandenburg	4,8	1,1	1,0	1,0	11,5	6,0	0,0	0,0	0,7	7
Bremen	12,4	4,7	2,0	0,9	48,1	0,0	0,0	4,7	2,5	10
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	17,3	0,5	7,5	0,0	26,6	0,0	0,0	0,0	1,7	15
Mecklenburg- Vorpommern	0,7	0,0	0,0	0,0	18,2	0,0	0,0	0,0	0,3	8
Niedersachsen	17,9	0,0	0,8	0,0	39,3	0,0	1,0	2,0	4,5	40
Nordrhein- Westfalen	43,8	4,9	20,9	3,4	78,7	0,2	0,0	1,2	9,4	47
Rheinland-Pfalz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	19
Saarland	2,3	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,4	9
Sachsen	42,8	5,1	4,3	1,9	80,2	0,0	2,7	4,3	4,9	46
Sachsen-Anhalt	11,2	1,0	2,3	0,0	19,6	0,0	0,0	0,0	1,0	11
Schleswig- Holstein	2,6	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,2	4
Thüringen	25,6	3,9	7,2	0,0	93,8	0,0	0,0	0,0	3,3	21
gesamt	211,4	53,4	49,9	13,4	426,9	12,0	14,0	19,1	52,9	388

*Förderung der Neueinstellung/Aufstockung zusätzlicher hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vergleiche Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 4.

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 106 von 126

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

Anlage 13 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2022 (nach Ländern)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abge- schlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung (bis 31.12.2019)	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung (ab 01.01.2020)	Hygiene- beauftragte Ärzte*	Facharzt Innere Medizin und Infektiologie	Facharzt mit Zusatzweiter- bildung Infektiologie	Facharzt mit Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 8	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 8
Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften								Mio. Euro	Anzahl
Baden- Württemberg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Bayern	0,0	11,9	2,0	6,9	0,0	2,7	3,7	4,4	117
Berlin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Brandenburg	0,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	22,3	1
Bremen	13,8	4,7	2,0	0,9	49,4	0,0	4,7	2,5	10
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	1,5	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,1	2
Mecklenburg- Vorpommern	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	2
Niedersachsen	6,4	0,1	0,0	0,0	0,4	0,0	2,0	1,4	12
Nordrhein- Westfalen	14,4	0,0	9,5	0,5	31,3	0,0	1,0	2,0	17
Rheinland-Pfalz	0,0	0,0	0,0	0,0	23,0	0,0	0,0	0,0	0
Saarland	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	2
Sachsen	21,4	2,7	4,2	2,1	21,8	0,0	1,9	2,4	33
Sachsen-Anhalt	2,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0
Schleswig- Holstein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,3	1
Thüringen	10,8	1,8	2,1	0,0	44,1	0,0	0,0	1,4	7
gesamt	70,8	22,2	20,4	10,4	149,1	2,7	3,9	14,0	204

*Förderung der Neueinstellung/Aufstockung zusätzlicher hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vergleiche Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 4.

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 108 von 126

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

Anlage 14 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturiertes curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapie- beratung	Hygiene- beauftragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter- bildungen Infektiologie für FA	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 9
Baden-Württemberg	272	270	35	500	0	218	150	0	60	1.505	45
Bayern	150	135	80	435	10	515	70	0	0	1.395	82
Berlin	668	0	5	386	0	50	10	0	90	1.208	12
Brandenburg	0	45	0	25	10	80	0	0	0	160	8
Bremen	0	0	0	20	20	30	0	0	0	70	4
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	180	105	80	250	10	70	30	0	0	725	33
Mecklenburg-Vorpommern	60	15	5	45	10	30	0	0	2	167	10
Niedersachsen	30	30	5	70	0	111	30	0	130	406	21
Nordrhein-Westfalen	300	60	75	240	55	114	65	0	30	939	36
Rheinland-Pfalz	30	60	25	150	0	60	0	0	0	325	16
Saarland	0	150	5	12	20	20	5	0	0	212	6
Sachsen	30	2	25	23	0	65	0	0	60	206	16
Sachsen-Anhalt	30	0	15	30	0	30	30	0	0	135	9
Schleswig-Holstein	0	30	17	30	0	27	120	0	0	224	9
Thüringen	0	0	10	25	0	20	0	0	0	55	6
gesamt	1.749	902	382	2.241	135	1.441	510	0	372	7.732	313

* Die Förderung der Fort- und Weiterbildung hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vergleiche Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 2.3.2.

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Anlage 15 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2019 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturiertes curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapie- beratung	Hygiene- beauftragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter- bildungen Infektiologie für FA	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 9
Baden-Württemberg	242	319	65	305	60	224	155	0	180	1.550	45
Bayern	220	141	80	500	0	560	153	0	0	1.655	81
Berlin	450	15	0	440	5	100	59	0	510	1.579	20
Brandenburg	0	72	0	25	0	50	0	0	0	147	9
Bremen	30	0	15	10	0	30	0	0	0	85	4
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	180	105	80	310	5	70	30	0	0	780	32
Mecklenburg-Vorpommern	90	15	10	50	0	4	0	0	0	169	8
Niedersachsen	193	47	30	196	5	215	120	0	0	805	46
Nordrhein-Westfalen	330	45	40	350	0	175	30	0	120	1.090	33
Rheinland-Pfalz	0	75	25	80	20	170	0	0	0	381	19
Saarland	0	240	36	170	0	50	0	0	0	460	7
Sachsen	30	0	0	75	0	127	150	0	0	397	15
Sachsen-Anhalt	30	15	15	30	0	50	60	0	0	200	11
Schleswig-Holstein	120	30	15	48	255	72	95	0	0	635	12
Thüringen	0	0	15	25	0	40	0	0	0	75	8
gesamt	1.914	1.119	411	2.613	350	1.937	852	0	810	10.007	350

* Die Förderung der Fort- und Weiterbildung hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vergleiche Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 2.3.2

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Anlage 16 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2020 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapie- beratung	Arzt/ Apotheker mit strukturierter curricularer Fortbildung „ABS“	Hygiene- beauf- tragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter- bildungen Infek- tiologie für FA	Un- diffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 10
Baden-Württemberg	360	285	30	155	110	0	10	180	195	0	1.325	17
Bayern	240	180	75	235	5	0	0	30	90	0	855	36
Berlin	630	30	0	0	355	0	0	0	630	0	1.645	5
Brandenburg	0	126	0	0	45	0	0	0	0	0	171	4
Bremen	80	0	0	0	110	0	0	0	30	0	220	6
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	10	5	15	0	0	0	0	0	30	4
Mecklenburg-Vorpommern	80	30	25	0	30	0	5	0	0	0	170	10
Niedersachsen	68	0	10	105	75	0	0	0	180	0	438	17
Nordrhein-Westfalen	0	75	25	105	30	0	0	0	0	10	245	20
Rheinland-Pfalz	0	30	10	50	0	0	0	0	30	0	120	7
Saarland	0	0	5	15	20	0	0	0	0	0	40	5
Sachsen	240	30	34	0	200	0	0	120	0	0	624	16
Sachsen-Anhalt	30	0	0	0	0	0	0	60	0	0	90	2
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	1
Thüringen	80	45	5	0	25	0	0	30	0	0	185	3
gesamt	1.808	831	229	670	1.025	0	15	420	1.155	10	6.164	153

* Die Förderung der Fort- und Weiterbildung hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vergleiche dazu Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 2.3.2.

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 112 von 126

Anlage 17 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2021 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapie- beratung	Arzt/ Apotheker mit strukturierter curricularer Fortbildung „ABS“	Hygiene- beauf- tragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter- bildungen Infek- tiologie für FA	Un- diffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 10
Baden-Württemberg	360	390	10	15	45	0	0	0	210	0	1.030	8
Bayern	281	153	45	300	10	12	0	150	50	0	1.002	33
Berlin	320	30	0	0	325	0	0	180	0	0	855	1
Brandenburg	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	1
Bremen	80	0	0	0	115	0	0	0	0	0	195	6
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	1
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	5	0	20	0	0	0	0	0	25	5
Niedersachsen	40	30	15	42	100	0	0	30	120	0	377	11
Nordrhein-Westfalen	0	90	45	65	30	0	0	0	30	0	260	18
Rheinland-Pfalz	0	45	0	25	0	0	0	0	30	0	100	3
Saarland	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	15	3
Sachsen	160	15	10	0	95	0	0	210	0	0	490	8
Sachsen-Anhalt	30	0	0	5	5	0	0	0	0	0	40	3
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	80	45	5	0	45	0	0	60	0	0	235	3
gesamt	1.351	798	150	457	795	12	0	630	440	0	4.634	104

* Die Förderung der Fort- und Weiterbildung hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vergleiche Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 2.3.2.

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 113 von 126

Anlage 18 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2022 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapie- beratung	Arzt/ Apotheker mit strukturierter curricularer Fortbildung „ABS“	Hygiene- beauf- tragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter- bildungen Infek- tiologie für FA	un- diffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 10
Baden-Württemberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bayern	204	90	70	200	115	0	0	45	150	0	874	36
Berlin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	80	0	0	0	120	0	0	0	0	0	200	5
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	0	0	5	0	5	0	0	0	0	0	5	1
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	1
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	0	0	0	25	0	0	0	0	0	0	25	1
Sachsen	0	0	10	0	10	0	0	0	64	0	84	4
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0	35	1
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	80	45	0	0	0	0	0	0	0	0	125	1
gesamt	364	135	80	230	285	0	0	45	214	0	1.353	50

* Die Förderung der Fort- und Weiterbildung hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vergleiche Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 2.3.2.

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 114 von 126

Anlage 19 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2018 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	683	52	58	0	23	816	107
Bayern	966	0	0	0	187	1.153	188
Berlin	72	43	10	0	67	192	25
Brandenburg	87	12	1	0	114	215	31
Bremen	17	13	0	0	0	30	5
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	79	0	26	0	442	546	71
Mecklenburg- Vorpommern	8	0	0	0	113	121	21
Niedersachsen	67	27	271	0	435	800	71
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	615	615	69
Rheinland-Pfalz	7	0	0	0	265	272	52
Saarland	40	0	0	0	97	137	14
Sachsen	0	0	0	0	194	194	35
Sachsen-Anhalt	135	11	96	0	40	281	21
Schleswig-Holstein	174	22	30	0	0	227	24
Thüringen	0	0	0	0	64	64	11
gesamt	2.336	181	491	0	2.657	5.665	748

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 115 von 126

Anlage 20 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2019 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2019 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	694	16	25	0	124	858	114
Bayern	1.285	1	0	0	28	1.314	179
Berlin	84	17	10	0	26	137	20
Brandenburg	94	0	0	0	166	261	33
Bremen	41	12	0	0	0	53	5
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	268	0	37	0	249	554	70
Mecklenburg- Vorpommern	0	16	5	0	103	124	23
Niedersachsen	293	16	261	0	415	985	79
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	624	624	65
Rheinland-Pfalz	156	0	4	0	124	285	46
Saarland	0	1	2	0	150	153	15
Sachsen	0	0	0	0	217	217	36
Sachsen-Anhalt	99	68	5	0	57	229	20
Schleswig-Holstein	106	85	35	0	14	240	24
Thüringen	0	0	0	0	72	72	13
gesamt	3.121	232	384	0	2.369	6.107	742

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 116 von 126

Anlage 21 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2020 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2020 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	354	4	0	0	0	358	31
Bayern	1.064	219	0	0	0	1.283	145
Berlin	90	10	18	0	36	154	15
Brandenburg	74	20	43	0	112	249	22
Bremen	39	5	10	0	0	53	3
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	269	0	0	26	17	312	26
Mecklenburg- Vorpommern	52	25	0	6	39	122	19
Niedersachsen	261	191	0	80	117	649	57
Nordrhein-Westfalen	0	5	0	2	616	623	52
Rheinland-Pfalz	273	0	0	0	0	273	32
Saarland	101	0	4	0	0	105	11
Sachsen	159	76	10	0	0	244	37
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	130	130	8
Schleswig-Holstein	45	34	16	0	0	95	6
Thüringen	32	22	0	0	0	54	9
gesamt	2.813	610	100	115	1.067	4.705	473

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 117 von 126

Anlage 22 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2021 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2021 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	153	0	0	0	0	153	11
Bayern	1.093	0	0	0	169	1.262	124
Berlin	47	0	13	0	0	60	4
Brandenburg	47	12	31	0	5	95	8
Bremen	39	5	0	0	0	44	3
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	150	0	0	0	0	150	14
Mecklenburg-Vorpommern	43	0	0	0	24	67	11
Niedersachsen	265	94	26	38	122	544	40
Nordrhein-Westfalen	10	6	0	2	474	492	42
Rheinland-Pfalz	157	0	0	0	0	158	14
Saarland	35	51	0	0	0	86	6
Sachsen	172	91	0	0	0	263	35
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	60	60	5
Thüringen	64	18	0	0	0	82	13
gesamt	2.276	277	70	40	853	3.516	330

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntG alte Fassung)

Seite 118 von 126

Anlage 23 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2022 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2022 gesamt	Anzahl Krankenhäuser	Beträge 2013 – 2022 gesamt
Baden-Württemberg	0	0	0	0	0	0	0	4.429
Bayern	918	8	0	0	184	1.111	107	10.428
Berlin	0	0	0	0	0	0	0	1.086
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	2.170
Bremen	37	5	0	0	0	42	2	375
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	1	0	0	0	0	1	1	4.066
Mecklenburg- Vorpommern	19	0	5	0	34	58	4	933
Niedersachsen	55	36	6	0	40	136	15	5.760
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	118	118	8	5.188
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	2.215
Saarland	43	0	0	0	0	43	2	832
Sachsen	92	37	2	0	0	131	27	1.875
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	1.724
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	1.665
Thüringen	28	23	0	0	0	51	6	684
gesamt	1.194	109	13	0	376	1.692	172	43.730

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Anlage 24 Undifferenzierte Beträge nach Ländern in den Jahren 2013 bis 2017* (in Tausend Euro)

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag
Bayern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hamburg	2	40	11	261	22	1.143	24	2.475	22	2.440
Hessen	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	1	30	1	70	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	108	794	129	2.811	133	5.418	135	8.076	131	8.865
Rheinland-Pfalz	0	0	1	58	0	0	0	0	0	0
Saarland	2	44	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	1	47	1	235	2	458	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	1	230	1	185	0	0	1	59	0	0
gesamt	116	1.197	144	3.620	157	7.019	160	10.609	153	11.305

* Es werden nur diejenigen Länder aufgeführt, in denen in den Jahren 2013 bis 2017 für mindestens ein Jahr ein undifferenzierter Betrag vereinbart worden ist.

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Anlage 25 Undifferenzierte Beträge nach Ländern in den Jahren 2018 bis 2022* (in Tausend Euro)

	2018		2019		2020		2021		2022	
	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag
Bayern	1	6	0	0	0	0	1	81	0	0
Hamburg	18	2.580	24	3.092	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	151	10.217	153	10.664	17	633	15	612	2	51
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gesamt	170	12.804	177	13.756	17	633	16	693	2	51

* Es werden nur diejenigen Länder aufgeführt, in denen in den Jahren 2013 bis 2022 für mindestens ein Jahr ein undifferenzierter Betrag vereinbart worden ist.

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 121 von 126

Anlage 26 Istdaten nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro)

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Lieferung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	84	37	106	7.668	1.189	704	5.374	987	627
Bayern	94	42	90	9.915	895	592	7.649	435	409
Berlin	9	4	12	1.465	1.081	112	1.382	1.080	78
Brandenburg	10	7	19	1.007	105	209	943	45	45
Bremen	12	4	5	1.895	70	30	1.895	70	28
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	27	7	21	2.655	215	205	2.655	215	204
Mecklenburg-Vorpommern	19	8	16	1.605	152	90	1.000	20	53
Niedersachsen	31	5	27	2.222	50	268	2.060	20	220
Nordrhein-Westfalen	71	33	56	12.961	579	657	12.440	479	653
Rheinland-Pfalz	1	0	1	52	0	6	52	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	39	13	27	3.525	100	105	2.950	90	75
Sachsen-Anhalt	33	9	19	3.821	135	269	3.036	115	241
Schleswig-Holstein	16	7	12	2.182	158	137	1.860	38	50
Thüringen	15	4	11	2.233	60	52	1.947	45	47
gesamt	461	180	422	52.906	4.789	3.435	45.244	3.639	2.728

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Anlage 27 Istdaten nach Ländern, 2019 (in Tausend Euro)

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Lieferung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	36	21	32	4.961	1.209	278	4.611	726	215
Bayern	83	42	87	9.874	925	637	7.819	790	545
Berlin	4	3	7	1.433	1.325	59	1.384	1.320	51
Brandenburg	7	4	14	1.024	30	193	960	20	118
Bremen	10	3	3	1.825	70	44	1.825	70	44
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	14	4	10	1.177	45	136	1.177	45	136
Mecklenburg-Vorpommern	20	6	21	1.538	109	115	130	0	8
Niedersachsen	35	10	34	3.180	67	417	2.422	52	338
Nordrhein-Westfalen	72	31	62	13.168	850	584	12.023	780	531
Rheinland-Pfalz	9	2	5	637	95	30	0	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	51	15	34	4.272	280	198	3.579	230	184
Sachsen-Anhalt	9	2	7	694	45	124	527	35	28
Schleswig-Holstein	8	2	10	753	112	104	595	102	104
Thüringen	23	6	11	3.104	105	58	2.618	95	52
gesamt	381	151	337	47.639	5.267	2.974	39.671	4.265	2.353

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Anlage 28 Istdaten nach Ländern, 2020 (in Tausend Euro)

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Lieferung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	14	8	14	2.762	810	92	2.262	783	78
Bayern	68	12	51	7.093	345	520	3.649	275	317
Berlin	3	1	5	663	820	58	534	0	0
Brandenburg	2	0	3	34	0	31	0	0	0
Bremen	10	2	3	2.511	120	53	2.511	120	53
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	4	1	2	386	15	36	386	15	36
Mecklenburg-Vorpommern	7	2	8	263	10	44	0	0	0
Niedersachsen	18	6	20	3.055	40	340	2.844	30	210
Nordrhein-Westfalen	55	15	39	11.360	170	419	11.197	115	385
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	32	7	23	2.412	304	119	1.150	25	49
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	22	3	7	3.230	180	46	2.294	175	35
gesamt	235	57	175	33.771	2.814	1.759	26.827	1.538	1.163

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2022 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 124 von 126

Anlage 29 Istdaten nach Ländern, 2021 (in Tausend Euro)

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Lieferung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	1	1	2	341	15	2	341	15	2
Bayern	61	13	56	8.031	305	588	4.973	275	242
Berlin	0	0	1	0	0	2	0	0	0
Brandenburg	1	0	1	22	0	1	0	0	0
Bremen	1	0	0	116	0	0	116	0	0
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	3	0	2	613	0	12	613	0	12
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	13	4	15	1.619	55	206	1.468	15	70
Nordrhein-Westfalen	11	1	11	2.213	5	76	2.213	5	76
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	19	1	18	1.212	0	99	671	0	55
Sachsen-Anhalt	1	1	0	245	5	0	245	5	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	6	2	4	1.308	230	35	548	75	35
gesamt	117	23	110	15.719	615	1.021	11.187	390	491

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 18.04.2023).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Finanzierungsdauer und -höhe im Hygienesonderprogramm nach Förderarten (§ 4 Absatz 9 KHEntgG)	24
Abbildung 2	Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal.....	37
Abbildung 3	Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern	38
Abbildung 4	Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern	39
Abbildung 5	Prozentuale Verteilung der Fördermittel (2013 bis 2022).....	47
Abbildung 6a	Verteilung der Finanzmittel im Programmverlauf nach Datenmeldestand (2013 bis 2020).....	48
Abbildung 6b	Verteilung der Finanzmittel im Programmverlauf nach Hochrechnung (2013 bis 2020).....	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Hygienepersonal und Richtwerte.....	30
Tabelle 2	Bedarf an Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung	31
Tabelle 3	Bedarf an Krankenhaushygienikern pro Betten gemäß Risikoeinstufung	31
Tabelle 4	Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2020 bis 2022.....	33
Tabelle 5	Überblick zur Förderung der Krankenhaushygiene 2013 bis 2022 (in Mio. Euro).....	44
Tabelle 6	Überblick zu den Istdaten nach Förderarten 2013 bis 2021 (in Mio. Euro).....	46
Tabelle 7	Geförderte Krankenhäuser nach Ländern (2013 bis 2022).....	50
Tabelle 8	Vereinbarte Vollkräfte und Finanzbeträge im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung	53
Tabelle 9	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung 2013 bis 2021 (zusätzliche Vollkräfte (VK))	57
Tabelle 10	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung 2013 bis 2021 (Finanzbeträge in Mio. Euro).....	60
Tabelle 11	Vereinbarte Beträge im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (2013 bis 2022).....	65
Tabelle 12	Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung 2013 bis 2021 (in Tausend Euro)	67

Tabelle 13	Vereinbarte Beträge im Förderbereich externe Beratungsleistungen (2013 bis 2022).....	72
Tabelle 14	Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen 2013 bis 2021 (in Tausend Euro)	75
Tabelle 15	Vereinbarungsdaten für in der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppen in den Förderarten 1 bis 3 für die Jahre 2019 bis 2022 inkl. Hochrechnung (HR)*	80
Tabelle 16	Istdaten für in der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppen in den Förderarten 1 bis 3 für die Jahre 2019 bis 2021 inkl. Hochrechnung (HR)*	81

Abkürzungsverzeichnis

ABS	Antibiotic Stewardship
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ART	Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CDI	Clostridioides-difficile-Infektion
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019
FA	Facharzt/Fachärztin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
HFK	Hygienefachkraft
HR	Hochrechnung
IfSG	Infektionsschutzgesetz
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KHPfIEG	Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
Mio.	Millionen
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
RKI	Robert Koch-Institut
SARS-CoV	Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus
SGB	Sozialgesetzbuch
VK	Vollkräfte
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK