

**Bericht**  
**des GKV–Spitzenverbandes**  
**zum Hygienesonderprogramm**  
**in den Förderjahren 2013 bis 2018**

**an das Bundesministerium für Gesundheit**

**Berlin, 28.06.2019**

**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 .....	8
2.1 Gesetzliche Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes .....	8
2.2 Landesrechtliche Regelungen .....	9
2.3 Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz .....	11
2.3.1 Änderungen mit dem Krankenhausstrukturgesetz .....	12
2.3.2 Fördertatbestände im Einzelnen .....	13
2.4 KRINKO-Empfehlungen .....	18
2.5 Weitere gesetzliche Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene .....	22
3. Ausgangssituation .....	24
3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes .....	24
3.2 Hygienefachpersonal in Krankenhäusern .....	25
4. Umsetzung des Förderprogramms zur Krankenhaushygiene 2013 bis 2018 .....	29
4.1 Datenmeldungen .....	29
4.2 Inanspruchnahme der Förderung: Vereinbarungs- und Istdaten .....	30
4.2.1 Vereinbarungs- und Istdaten gesamt .....	30
4.2.2 Verteilung der Finanzmittel .....	32
4.2.3 Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen (Vereinbarungs- und Istdaten) .....	36
4.2.4 Fort- und Weiterbildungen (Vereinbarungs- und Istdaten) .....	43
4.2.5 Beratungsleistungen (Vereinbarungs- und Istdaten) .....	49
4.2.6 Undifferenzierte Beträge (Vereinbarungen, vorläufige Zuschläge) .....	54
5. G-BA-Richtlinien zur Krankenhaushygiene .....	55
5.1 Angaben zur Krankenhaushygiene in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser .....	55
5.2 Qualitätsindikatoren zur Hygiene in der externen stationären Qualitätssicherung .....	56
5.3 Entwicklung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung .....	57
6. Andere Maßnahmen zu Hygiene und Infektionsprävention .....	59
6.1 Spezielle Leistungen im ambulanten Bereich zur Prävention und Bekämpfung von MRSA .....	59

6.2 Prävention der Weiterverbreitung von MRSA in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen .....	61
6.3 Sektorübergreifende Ansätze zur Bekämpfung multiresistenter Erreger .....	62
6.4 Förderung eines rationalen Antibiotikaeinsatzes .....	63
7. Fazit: Rege Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms auch im sechsten Förderjahr .....	67
Anlagen .....	69
Anlage 1 Regelungen auf Landesebene nach § 23 Abs. 8 IfSG .....	69
Anlage 2 Hygieneverordnungen der Länder: Vorgaben zur personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Hygienepersonal .....	70
Anlage 3 Finanzielle Förderung zur Erfüllung der Anforderungen des IfSG nach § 4 Abs. 9 KHEntgG.....	75
Anlage 4 Förderung gesamt 2013 nach Ländern (in Mio. Euro) .....	78
Anlage 5 Förderung gesamt 2013/2014 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	79
Anlage 6 Förderung gesamt 2013/2014/2015 summiert nach Ländern (in Mio. Euro) .....	80
Anlage 7 Förderung gesamt 2013/2014/2015/2016 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	81
Anlage 8 Förderung gesamt 2013/2014/2015/2016/2017 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	82
Anlage 9 Förderung gesamt 2013/2014/2015/2016/2017/2018 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	83
Anlage 10 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2013 (nach Ländern) .....	84
Anlage 11 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2014 (nach Ländern) .....	85
Anlage 12 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2015 (nach Ländern) .....	86
Anlage 13 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2016 (nach Ländern) .....	87
Anlage 14 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2017 (nach Ländern) .....	88
Anlage 15 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2018 (nach Ländern).....	89
Anlage 16 Mitteilung der Kommission ART und des BMG .....	90
Anlage 17 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro).....	94

Anlage 18 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro).....	95
Anlage 19 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro).....	96
Anlage 20 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2016 (in Tausend Euro).....	97
Anlage 21 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2017 (in Tausend Euro).....	98
Anlage 22 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro).....	99
Anlage 23 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro).....	100
Anlage 24 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro).....	101
Anlage 25 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro).....	102
Anlage 26 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2016 (in Tausend Euro).....	103
Anlage 27 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2017 (in Tausend Euro).....	104
Anlage 28 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro).....	105
Anlage 29 Undifferenzierte Beträge nach Ländern (in Tausend Euro).....	106
Anlage 30 Istdaten nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro).....	107
Anlage 31 Istdaten nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro).....	108
Anlage 32 Istdaten nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro).....	109
Anlage 33 Istdaten nach Ländern, 2016 (in Tausend Euro).....	110
Anlage 34 Istdaten nach Ländern, 2017 (in Tausend Euro).....	111
Anlage 35 Hygienebezogene Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung.....	112
Abbildungsverzeichnis .....	114
Tabellenverzeichnis.....	114
Abkürzungsverzeichnis .....	115

## 1. Zusammenfassung

Der GKV-Spitzenverband legt hiermit den fünften Bericht zur Umsetzung des Hygienesonderprogramms nach § 4 Abs. 9 S. 6 i. V. m. § 4 Abs. 8 S. 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vor.

Mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 2011 wurden die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) beim Robert Koch-Institut (RKI) für Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens verbindlich. Bis spätestens zum 31.12.2019 sind von den Krankenhäusern die personellen und organisatorischen Voraussetzungen gemäß KRINKO-Empfehlung zu schaffen. Um diese Anforderungen zu erreichen, wurden den Krankenhäusern durch das Hygienesonderprogramm nach § 4 Abs. 9 KHEntgG zusätzliche Finanzmittel in Höhe von ca. 365 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Der Förderzeitraum umfasste zunächst die Jahre 2013 bis 2016. Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) am 01.01.2016 wurde das Programm um weitere drei Jahre auf den Zeitraum 2017 bis 2019 verlängert, für einige Fördermaßnahmen ist eine Finanzierung bis maximal 2023 möglich. Zudem wurde das Programm um die Förderung von Weiterbildungsmaßnahmen und Beratungsleistungen im Bereich der Infektiologie ergänzt, um eine entsprechende Qualifikation von Fachkräften im Krankenhausbereich zu ermöglichen. Die geschätzten finanziellen Wirkungen dieses zweiten Förderpakets bis zum Jahr 2020 liegen bei rund 102 Mio. Euro.<sup>1</sup> Im Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode ist eine erneute Verlängerung der Förderung sowie eine Evaluation vorgesehen.<sup>2</sup>

Das Hygienesonderprogramm umfasst drei Förderbereiche: die Förderung anteiliger Personalkosten bei Neueinstellungen, Aufstockungen oder interner Besetzung von Hygienepersonalstellen (Nr. 1), Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Nr. 2) sowie externe Beratungsleistungen (Nr. 3). Die geförderten Bereiche gliedern sich auf in verschiedene Berufsbilder, deren Förderhöhe und -dauer variieren. Ab dem Jahr 2020 geht die krankenhausbetonte 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 krankenhausbetonte Finanzierung über Zuschläge bis maximal 2023.

---

<sup>1</sup> Vgl. Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), S. 1138.

<sup>2</sup> Vgl. Internetauftritt der Bundesregierung: Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, Berlin, 12.03.2018, [https://www.bundesregierung.de/Content/DE/\\_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=719938BF1990698F46549220F727CB13.s1t1?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=719938BF1990698F46549220F727CB13.s1t1?__blob=publicationFile&v=5) (Abruf am 13.06.2019).

In dem vorliegenden Bericht wird die Umsetzung der Förderung in den Jahren 2013 bis 2018 auf Basis von Krankenkassendaten dargestellt. Insgesamt wurden den Krankenhäusern im bisherigen Förderzeitraum durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) etwa 429,8 Mio. Euro für die Verbesserung der Ausstattung mit Hygienepersonal zusätzlich zur Verfügung gestellt. 1.165 Krankenhäuser haben seit dem Programmstart von diesen Mitteln profitiert. Im Vergleich mit den Vorberichten liegt auch weiterhin der Schwerpunkt der Förderung mit ca. 306,3 Mio. Euro auf der Neueinstellung von Hygienepersonal, der internen Besetzung neu geschaffener Stellen sowie der Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen. Für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden rund 48,2 Mio. Euro und für externe Beratungsleistungen etwa 25,0 Mio. Euro vereinbart. Darüber hinaus sind Beträge in einer Höhe von rund 50,4 Mio. Euro infolge undifferenzierter Vereinbarungen und pauschaler Zuschläge an die Krankenhäuser geflossen. Die bislang vorliegenden Jahresabschlussstate der Jahre 2013 bis 2017 belegen, dass aus einem Teil der Vereinbarungen tatsächlich Hygienepersonalstellen erwachsen sind und Fördermittel für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bzw. externe Beratungsleistungen tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Hier bleibt die weitere Entwicklung in den Folgejahren abzuwarten.

Der vorliegende Bericht zeigt über die einzelnen Förderjahre hinweg eine stetig steigende Inanspruchnahme von Fördermitteln aus dem Hygienesonderprogramm bis zum Jahr 2017. Zwar scheint die Inanspruchnahme von Fördermitteln des Hygienesonderprogramms im Förderjahr 2018 leicht abzufallen, allerdings sei darauf hingewiesen, dass die Budgetverhandlungen für das Jahr 2018 zum Zeitpunkt der Datenmeldungen noch nicht vollständig abgeschlossen waren. Infolge von Nach- und Korrekturmeldungen ist somit, wie bereits in den Vorberichten, mit retrospektiven Veränderungen, insbesondere für das letzte Datenjahr, zu rechnen. Dabei liegen die insgesamt verausgabten Mittel oberhalb des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) prognostizierten Finanzvolumens für den Zeitraum 2013 bis 2018. Bestätigungen aus den Jahresabschlussprüfungen für die Jahre 2013 bis 2017 stehen bislang in begrenztem Umfang zur Verfügung, sprechen aber für einen Zuwachs an Hygienefachpersonal aller umfassten Berufsgruppen und eine relativ konstant bleibende Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und externen Beratungsleistungen in den teilnehmenden Krankenhäusern.

Krankenhaushygiene und Infektionsschutz sind aber nicht ausschließlich eine Frage zusätzlicher Finanzmittel, sondern stehen in enger Wechselwirkung mit den Gegebenheiten in anderen Versorgungsbereichen. Ergänzend werden in den Berichten zum Förderprogramm daher bereits seit dem ersten Bericht 2015 die Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung und in angrenzenden Gebieten der Gesundheitsversorgung aufgegriffen und jährlich aktualisiert. Dies betrifft u. a. die hygienebezogenen Qualitätsindikatoren in der externen stationären Qualitätssicherung (esQS), die sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren zur Vermeidung

von postoperativen Wundinfektionen und zu Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen und Leistungen im vertragsärztlichen Bereich. Weiterhin wird mit dem 10-Punkte-Plan der Bundesregierung<sup>3</sup>, aus dem sich bereits einige Maßnahmen in der Umsetzung befinden, der besonderen Problematik resistenter Keime begegnet.

---

<sup>3</sup> Vgl. Internetauftritt des BMG: 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger, [www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html) (Abruf am 13.06.2019).

## 2. Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene

### 2.1 Gesetzliche Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes

Das 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 RKI erfolgt.<sup>4, 5</sup>

Zielrichtung des Gesetzes zur Änderung des IfSG vom 04.08.2011 war es, notwendige Nachjustierungen der gesetzlichen Vorgaben, u. a. 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.<sup>6</sup> 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 Kommissionen KRINKO sowie ART beim RKI für Krankenhäuser und weitere in § 23 Abs. 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 Abs. 3 S. 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 Abs. 9 KHEntgG relevant. Diese werden in Abschnitt 2.4 ausführlich dargestellt.

---

<sup>4</sup> Vgl. Internetauftritt des RKI: Falldefinitionen, [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>5</sup> Vgl. Internetauftritt des RKI: Infektionsschutzgesetz (IfSG), [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg_node.html) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>6</sup> Vgl. Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze, Drucksache 17/5178 vom 22.03.2011, S. 12, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/051/1705178.pdf> (Abruf am 13.06.2019).



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

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (BT-Drucksache 18/12604) wurden weitere Schritte zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen eingeleitet.<sup>9</sup> So sieht das Gesetz vor, dass bis zum Jahr 2021 ein elektronisches Meldewesen durch das RKI aufzubauen ist. 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.<sup>10</sup> Die letzte Änderung des IfSG, welche zum 01.01.2019 in Kraft getreten ist, erfolgte mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals; hierbei wurde u. a. die Liste der Einrichtungen nach § 23 Abs. 3 IfSG, für welche die Empfehlungen der KRINKO und ART verbindlich sind, erweitert. Dabei werden künftig folgende Einrichtungen zusätzlich berücksichtigt: Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, und ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen.<sup>11</sup>

## 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

---

<sup>7</sup> Vgl. Deutscher Bundesrat: Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage, Drucksache 75/16 vom 04.02.2016, [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0001-0100/75-16.pdf;jsessionid=488A4819F1C0C1ECE34AD5EE33EB8E89.2\\_cid374?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0001-0100/75-16.pdf;jsessionid=488A4819F1C0C1ECE34AD5EE33EB8E89.2_cid374?__blob=publicationFile&v=1) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>8</sup> Vgl. RKI: IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung: Zur Umsetzung der neuen Meldepflichten, in: Epidemiologisches Bulletin 16/2016, S. 135–36.

<sup>9</sup> Vgl. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten, vom 17.07.2017, [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl117s2615.pdf%27%5D#\\_bgbl\\_\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl117s2615.pdf%27%5D\\_\\_1525424167865](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2615.pdf%27%5D#_bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2615.pdf%27%5D__1525424167865) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>10</sup> Vgl. RKI: Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, Juli 2017, in: Epidemiologisches Bulletin 31/2017, S. 310.

<sup>11</sup> Vgl. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 45, Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), vom 11.12.2018, S.2400–02, [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_bgbl\\_\\_%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D\\_\\_1554706562508](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D__1554706562508) (Abruf am 13.06.2019).

von Krankenhausinfektionen zu treffen. In einigen Ländern beinhaltet das Landeskrankenhausesetz 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 Abs. 8 IfSG aufgenommen (vgl. 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<sup>12</sup>, 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 Abs. 5 S. 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

---

<sup>12</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht nachfolgend durchgängig die grammatikalisch männliche Form (Patienten, Ärzte, ...) benutzt. Sie bezieht sich gleichermaßen auf beide Geschlechter.

Hessen, in Rheinland-Pfalz zum Fachrichtungsbezug bei hygienebeauftragten Ärzten) sind die Ausnahme (vgl. Anlage 2).

Gemäß § 23 Abs. 8 IfSG sind in den Landeshygieneverordnungen Regelungen über die erforderliche Ausstattung mit Hygienepersonal einschließlich bis längstens zum 31.12.2016 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals zu treffen. Im Zuge des KHSG erfolgte mit der Verlängerung des Hygienesonderprogramms ebenfalls eine Anpassung dieser Übergangsvorschrift im IfSG bis zum 31.12.2019. Bisher wurde die Landeshygieneverordnung in Brandenburg, Niedersachsen, Bayern, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und Saarland dahingehend angepasst, das Vorgehen in den anderen Bundesländern bleibt abzuwarten.

### **2.3 Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz**

Mit dem Beitragsschuldengesetz 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 Inkrafttreten von Artikel 16b GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) am 25.07.2014 wurde die Förderung 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 Abs. 9 S. 1 Nr. 1 KHEntgG),
- die Fort- und Weiterbildung zu qualifiziertem Hygienepersonal (§ 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 2 und S. 2 Nr. 1 lit. a KHEntgG) sowie
- externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygieniker und Fachärzte mit infektiologischer Weiterbildung (§ 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 3 und S. 2 Nr. 1 lit. 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 Abs. 11 S. 5 KHEntgG a. F. auf die Regelung des Pflegesonderprogramms (§ 4 Abs. 10 S. 10 KHEntgG a. F.). Den durch die Abrechnung vorläufiger Zuschläge ggf. 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 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)<sup>13</sup> wurde zum 01.01.2019 im § 4 Abs. 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.<sup>14</sup>

### 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.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup> Im § 4 Abs. 9 S. 2 Nr. 2 KHEntgG wird darum die Förderung entsprechender Personalmaßnahmen nach § 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 1 lit. d KHEntgG sowie von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nach § 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 2 lit. 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.<sup>17</sup>

---

<sup>13</sup> Vgl. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 45, Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), vom 11.12.2018, [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#\\_-bgbl\\_-%2F%2F%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D\\_-1554706562508](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_-bgbl_-%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D_-1554706562508) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>14</sup> Vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz-PpSG (Bundestagsdrucksache 19/4453), [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p\\_stellungnahmen/20181005\\_GKV-SV\\_Stn\\_PpSG\\_final.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/20181005_GKV-SV_Stn_PpSG_final.pdf) (Abruf am 13.06.2019)

<sup>15</sup> Vgl. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 18/6586 vom 04.11.2015, S. 92, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/065/1806586.pdf> (Abruf am 13.06.2019).

<sup>16</sup> Dto., S. 92.

<sup>17</sup> Dto., S. 96.

Durch die KHSG-Anpassung wird das Hygiene-Förderprogramm außerdem um den Bereich der Infektiologie ergänzt. In den Jahren 2016 und 2019 werden gefördert (§ 4 Abs. 9 S. 2 Nr. 1 lit. 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 Abs. 9 S. 2 Nr. 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 Abs. 9 S. 2 Nr. 1 lit. b KHEntgG).<sup>18</sup>

### 2.3.2 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 2019 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 Abs. 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.<sup>19</sup> Der Ausgabenanteil der GKV

---

<sup>18</sup> Dto., S. 92.

<sup>19</sup> Vgl. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, S. 34, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 13.06.2019).

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.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Vgl. Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), S. 1121–39.

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

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
geschätztes Förder- volumen in Mio. Euro	17	40	56	57	195		31	17			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px dashed black; padding-bottom: 5px;"> <span>Förderpaket 1 2013 - 2016</span> <span>Förderpaket 2 2017 - 2019</span> </div>										
Förderart Nr. 1 Neueinstellung/interne Besetzung/Aufstockung	<div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px dashed black; padding-bottom: 5px;"> <span>1a) Hygienefachkräfte (90 % der Personalkosten)</span> <span>in Landesbasisfallwert (x Mio. Euro)</span> </div>										
	1b) Krankenhaushygieniker mit FA Hygiene und Umweltmedizin/FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (75 % der Personalkosten)										
	1c) Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung KH-Hygiene/Fortbildung im Bereich rationale Antibiotikatherapieberatung (50 % der Personalkosten)										
	1d) Hygienebeauftragte Ärzte (10 % der Personalkosten)										
	2a) FA Hygiene und Umweltmedizin (30.000 Euro/Jahr, max. 5 Jahre)										
	2b) FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (15.000 Euro/Jahr, max. 5 Jahre)										
Förderart Nr. 2 Fort- und Weiterbildung	2c) Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung KH-Hygiene (5.000 Euro/Jahr, max. 2 Jahre)										
	2d) Arzt und Krankenhausapotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotikatherapieberatung (einmalig 5.000 Euro)										
	2e) Hygienebeauftragter Arzt (einmalig 5.000 Euro)										
	2f) Hygienefachkraft (einmalig 10.000 Euro)										
	2g) FA für Innere Medizin und Infektiologie (einmalig 30.000 Euro)										
	2h) Zusatz-Weiterbildung Infektiologie für IFÄ (einmalig 30.000 Euro)										
Förderart Nr. 3 Beratungsleistung	3a) Krankenhaushygieniker mit FA Hygiene und Umweltmedizin/FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (400 Euro/Tag)										
	3b) FA für Innere Medizin und Infektiologie (400 Euro/Tag)										
	3c) FA mit abgeschlossener Zusatz-Weiterbildung Infektiologie (400 Euro/Tag)										

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten aus: § 4 Abs. 9 KHEntgG; Beschlussempfehlung und Bericht des Gesundheitsausschusses, BT-Drucksache 17/13947, S. 34; Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau (das Krankenhaus, 2015, 107 (12), S. 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“<sup>21</sup>. 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 30.000 Euro jährlich). 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 Krankenhaus kann die Förderung über das Jahr 2019 hinaus andauern. Da Voraussetzung hierfür der Maßnahmenbeginn spätestens im Jahr 2019 ist, endet die Förderung der Facharztweiterbildungen spätestens im Jahr 2023, die Förderung der Fortbildung zum Krankenhaushygieniker spätestens im Jahr 2020. Im Unterschied dazu ist die Förderung bei den weiteren Qualifizierungen auf die Jahre 2013 bis 2019 begrenzt. Weiterhin ist seit dem Jahr 2016 die fachärztliche Weiterbildung Innere Medizin und Infektiologie sowie die Zusatzweiterbildung Infektiologie für Fachärzte vom Förderumfang umfasst. Beide Weiterbildungen werden durch einen pauschalen Zuschuss von 30.000 Euro gefördert. Zudem endete die Förderung der Weiterbildung zum hygienebeauftragten Arzt im Jahr 2016.

Ergänzend werden Beratungsleistungen durch externe Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie bis zum Jahr 2023 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 2019 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 Abs. 9 S. 1 KHEntgG). Die Förderbeträge werden zunächst über einen krankenhausbefragten zu

---

<sup>21</sup> Vgl. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, S. 32, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 13.06.2019).



vereinbarenden Zuschlag gewährt (§ 4 Abs. 9 S. 4 und 5 KHEntgG). Wurde für ein Kalenderjahr bereits ein Zuschlag vereinbart, erhöht sich dieser im Folgejahr kumulativ bei einer erneuten Vereinbarung (§ 4 Abs. 8 S. 4 KHEntgG). 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 Abs. 8 S. 3 KHEntgG). Können sich Krankenhäuser und Krankenkassen im Rahmen der Budgetverhandlungen nicht einigen, kann die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 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

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.“<sup>22</sup>

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

---

<sup>22</sup> Vgl. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, S. 34, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 13.06.2019).

### **Vereinbarung auf Landesebene**

Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes sind die Zuschläge nach § 4 Abs. 9 KHEntgG von der absenkenden Berücksichtigung der Summe sonstiger Zuschläge ausgenommen (vgl. § 10 Abs. 3 S. 1 Nr. 6 KHEntgG). Diese Regelung stellt sicher, dass die Landespreise durch die vereinbarten Hygienezuschläge nicht gemindert werden.

Die Finanzierungsbeträge, die insgesamt für das Jahr 2019 nach § 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 1 KHEntgG abgerechnet wurden (gemindert um die geschätzte Summe der Beträge, die nach § 6a Abs. 6 KHEntgG im Pflegebudget aufgeht) sowie die insgesamt im Jahr 2016 für die Förderung von hygienebeauftragten Ärzten abgerechneten Zuschläge, sind gemäß § 10 Abs. 12 KHEntgG in die ab 2020 geltenden Landesbasisfallwerte einzurechnen. Die Landespreise steigen in dem entsprechend zu berücksichtigenden Umfang. Analog zum ersten Pflegesonderprogramm (2009 bis 2011) wird damit die dauerhafte Zusatzfinanzierung gewährleistet.

### **Bericht des GKV–Spitzenverbandes zur Umsetzung des Hygienesonderprogramms**

Mit § 4 Abs. 9 S. 6 KHEntgG wird auf die Regelung des Pflegestellenförderprogramms (§ 4 Abs. 8 S. 10 KHEntgG) 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.

Das Beitragsschuldengesetz, welches die Förderung der Krankenhaushygiene im KHEntgG implementierte, trat zum 01.08.2013 in Kraft, somit also zu einem Zeitpunkt, zu dem bereits ein Großteil der Budgetverhandlungen für das Jahr 2013 abgeschlossen war. Die Zahl der im Jahr 2013 geschlossenen Vereinbarungen mit Berücksichtigung der Förderung von Maßnahmen zur Krankenhaushygiene fiel dementsprechend gering aus. Der kurze zeitliche Rahmen hatte vielfach zu Absprachen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bzw. zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene geführt, die Förderung entsprechender Personalkosten des Jahres 2013 im Rahmen der Budgetverhandlungen 2014 zu berücksichtigen.

Für den hier vorliegenden Bericht zum Hygienesonderprogramm stehen Vereinbarungsdaten aus den Budgetverhandlungen 2013 bis 2018 zur Verfügung. Zudem können Auswertungen der Istdaten für die Jahre 2013 bis 2017, die im Rahmen der Budgetverhandlungen übermittelt und durch Jahresabschlussstate bestätigt werden müssen, vorgenommen werden.

### **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.<sup>23</sup> 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 (u. a. 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).<sup>24</sup>

Eine weitere Empfehlung der KRINKO zur „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ wurde im September 2015 veröffentlicht.<sup>25</sup> 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 Abs. 9 KHEntgG gefördert, wenn die in der KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen benannten Anforderungen zur Qualifikation und zum

---

<sup>23</sup> Die Empfehlungen sind abrufbar auf den Internetseiten des RKI unter [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission_node.html) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>24</sup> Vgl. 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), S. 1151–70.

<sup>25</sup> Vgl. 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), S. 696–732.

Bedarf eingehalten werden. Die aktuell gültige Fassung dieser KRINKO-Empfehlung wurde im Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 9/2009 am 20.08.2009 online publiziert.<sup>26</sup> Die KRINKO-Empfehlung beschreibt u. a. 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 (vgl. Tabelle 1).

**Tabelle 1 Hygienepersonal und Richtwerte**

<b>Hygienepersonal</b>	<b>Empfehlung</b>
<b>Krankenhaushygieniker</b>	Richtgröße: ab 400 Betten ein hauptamtlicher Krankenhaushygieniker; der Bedarf wird wesentlich vom Risikoprofil einer Einrichtung bestimmt (vgl. Tabelle 3)
<b>Hygienebeauftragter Arzt</b>	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
<b>Hygienefachkraft</b>	Bedarf wesentlich vom Risikoprofil des Krankenhauses bestimmt (vgl. Tabelle 2)
<b>Hygienebeauftragter in der Pflege*</b>	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 Abs. 9 KHEntgG nicht umfasst.

Quelle: KRINKO-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2009, 52 (9), S. 951–62).

<sup>26</sup> Vgl. KRINKO-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2009, 52 (9), S. 951–62.

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 (u. a. 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 (vgl. 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, 2009, 52 (9), S. 951–62).

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

Die Kriterien zur Ermittlung des Bedarfs an Hygienefachpersonal in Abhängigkeit vom Risikoprofil wurden bislang nur für die Hygienefachkräfte beschrieben. In der oben benannten KRINKO-Empfehlung wird jedoch angeführt, dass auch der Bedarf an Krankenhaushygienikern unabhängig von der benannten Richtgröße (vgl. Tabelle 1) vom Risikoprofil einer Einrichtung abhängig ist. Hieran anknüpfend wurde von der KRINKO im Jahr 2016 eine weitere Empfehlung herausgegeben, in der analog zur Berechnung des Bedarfs an Hygienefachkräften eine Bedarfsberechnung auch für die Krankenhaushygieniker erläutert wird.<sup>27</sup> 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.

---

<sup>27</sup> Vgl. KRINKO-Empfehlung: Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2016, 59, S. 1183–88.

**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: Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2016, 59, S. 1183–88).

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 ggf. 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 Abs. 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. Auf den Stand der Umsetzung der Aufgaben des G-BA im Bereich der Krankenhaushygiene wird in Kapitel 5 eingegangen.

Parallel wurde § 87 Abs. 2a SGB V dahingehend ergänzt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband im Jahr 2012 eine zunächst auf zwei Jahre befristete Vergütungsregelung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit MRSA treffen. Eine

Anschlussregelung war bis 31.10.2013 zu treffen. Den derzeitigen Stand der Umsetzung greift Abschnitt 6.1 auf. Strategien und Maßnahmen zum Infektionsschutz sind nicht auf den Krankenhausbereich begrenzt und sollten einen sektorübergreifenden Ansatz verfolgen. Kapitel 6 beleuchtet daher schlaglichtartig weitere Maßnahmen zur Hygiene und Infektionsprävention.

Um der besonderen Problematik resistenter Keime und der Gefahr ihrer Verbreitung zu begegnen, hat die Bundesregierung im März 2015 einen 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger verabschiedet. Im Sinne eines multidimensionalen Ansatzes werden nicht nur die Krankenhäuser aufgefordert, die KRINKO-Empfehlungen konsequenter umzusetzen, sondern auch weitere Aspekte, wie beispielsweise verschärfte Meldepflichten bereits beim ersten Nachweis resistenter Erreger, thematisiert. Eine Reihe der dort aufgegriffenen Themen befindet sich derzeit in der Umsetzung. So wurde in Abschnitt 2.1 dieses Berichtes bereits auf das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten Bezug genommen, in dem u. a. eine Anpassung der Meldepflichten bei Krankenhausinfektionen vorgesehen ist. Zudem beziehen sich einige Punkte auf den unkritischen Umgang mit Antibiotika. Aktuelle Entwicklungen zur Förderung eines rationalen Antibiotikaeinsatzes mit Bezug zu dem 10-Punkte-Plan werden daher im entsprechenden Abschnitt 6.4 thematisiert.

### 3. Ausgangssituation

#### 3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Jahr 2017 belief sich laut Statistischem Bundesamt die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland auf 1.942. Diese untergliederten sich in 1.592 Allgemeinkrankenhäuser und 350 sonstige Krankenhäuser. Unter diesen befinden sich nicht nur Vertragskrankenhäuser nach § 108 SGB V. Die GKV finanziert die nach § 4 Abs. 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 1.490 Krankenhäuser im Sinne des Hygiene-Förderprogramms anspruchsberechtigt (vgl. Tabelle 4).

**Tabelle 4 Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2018**

	Krankenhäuser (KHEntgG)	Krankenhäuser mit Budgetabschluss 2018
Baden-Württemberg	161	142
Bayern	258	237
Berlin	47	26
Brandenburg	54	31
Bremen	12	10
Hamburg	34	7
Hessen	113	63
Mecklenburg-Vorpommern	32	23
Niedersachsen	148	146
Nordrhein-Westfalen	313	192
Rheinland-Pfalz	78	37
Saarland	21	17
Sachsen	76	62
Sachsen-Anhalt	45	19
Schleswig-Holstein	55	42
Thüringen	43	39
<b>gesamt</b>	<b>1.490</b>	<b>1.093</b>

Quelle: AOK, WIdO (Stand: 25.04.2019).



### **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. Im vierten Bericht zum Hygiene-Förderprogramm lagen von weniger als der Hälfte aller Häuser mit Vereinbarungsdaten auch von Jahresabschlussprüfern bestätigte Istdaten vor, da hinsichtlich deren Verfügbarkeit in der Regel ein zweijähriger Zeitversatz festzustellen ist. Gleiches gilt auch für Angaben zum Ausgangspersonalbestand. Für den aktuellen Bericht lieferten 675 Krankenhäuser der 1.165 geförderten Häuser mindestens eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Angabe zum Ausgangspersonalbestand für mindestens eine der vier Berufsgruppen. Im Datenjahr 2017 übermittelten 620 Häuser Angaben zu Hygienefachkräften (Nr. 1a; 482 bestätigte Stellen), 306 Häuser zu Krankenhaushygienikern mit fachärztlicher Weiterbildung (Nr. 1b; 38 bestätigte Stellen), 303 Häuser zu Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung/Fortbildung Antibiotikatherapieberatung (Nr. 1c; 6 bestätigte Stellen) und 560 Häuser zu hygienebeauftragten Ärzten (Nr. 1d; 926 bestätigte Stellen). Der Datenmeldestand hat sich damit im Vergleich zum Vorjahr zwar merklich erhöht, dennoch geben diese Angaben erst einen vorläufigen Überblick und ermöglichen keine differenzierte Beschreibung der Situation vor Beginn des Hygienesonderprogramms. Bisher sind nicht alle Krankenhäuser der gesetzlichen Nachweispflicht in notwendigem Maße nachgekommen, daher ist auch in den Folgejahren mit weiteren Mitteilungen zur Stellenbesetzung am 04.08.2011 zu rechnen.

#### **Kennziffern zum Hygienefachpersonal in Krankenhäusern**

Die Angaben des Statistischen Bundesamtes 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 Bundesamtes zu Allgemeinkrankenhäusern insgesamt zurückgegriffen, sonstige Krankenhäuser werden außer Acht gelassen.

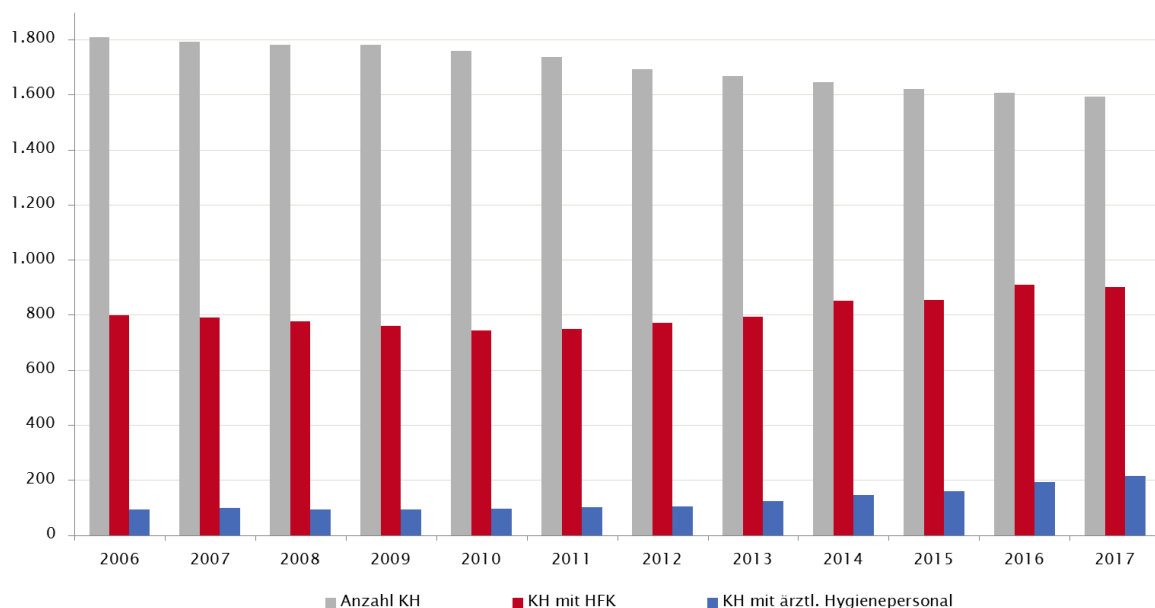
Das Statistische Bundesamt weist in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 für die Allgemeinkrankenhäuser

- 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 und Infektionsepidemiologie
- aus.

### 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 (vgl. 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. Wenngleich ein moderater Zuwachs zu verzeichnen ist, zeigen die Daten des Statistischen Bundesamtes, dass im Jahr 2017 nur etwa jedes zweite Allgemeinkrankenhaus Hygienefachkräfte beschäftigte. 214 (13 %) der Allgemeinkrankenhäuser beschäftigten im Jahr 2017 ärztliches Personal mit einer abgeschlossenen Weiterbildung für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, was einem deutlichen Anstieg im Vergleich zum Ausgangswert entspricht (in 2006 betraf dies 74 bzw. 5 % der Allgemeinkrankenhäuser). Die Schnittmenge der Krankenhäuser, die sowohl Hygienefachkräfte als auch ärztliches Hygienepersonal beschäftigten, kann nicht festgestellt werden.

**Abbildung 2 Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal**



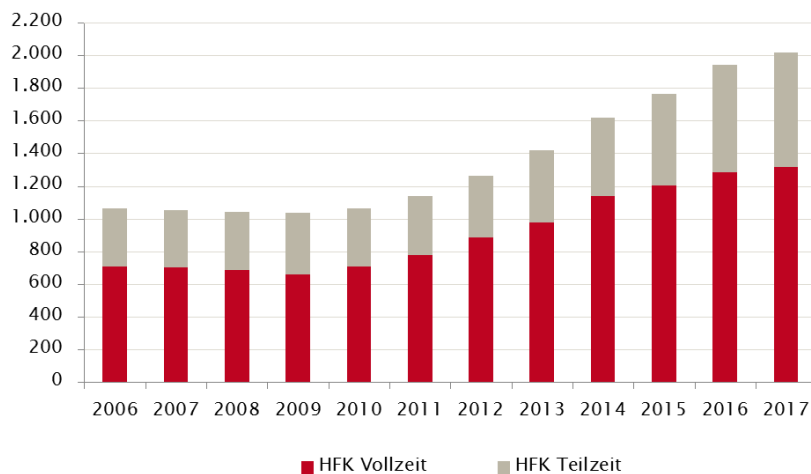
Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

### Zu b)

Im Jahr 2017 waren an Allgemeinkrankenhäusern 2.016 Hygienefachkräfte beschäftigt, davon 697 in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte (vgl. Abbildung 3). Damit hat sich die Zahl der Hygienefachkräfte in Allgemeinkrankenhäusern im Betrachtungszeitraum fast verdoppelt (Ausgangswert im Jahr 2006: 1.066 Hygienefachkräfte). Der Anstieg begann im Jahr 2010 und setzt

sich über den Zeitraum des Hygienesonderprogramms konstant fort. Der Anteil der Hygienefachkräfte, die ihre Tätigkeit in Teilzeit ausübten, liegt über den Betrachtungszeitraum hinweg konstant bei etwa einem Drittel (Anteil im Jahr 2017: 35 %).

**Abbildung 3 Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern**

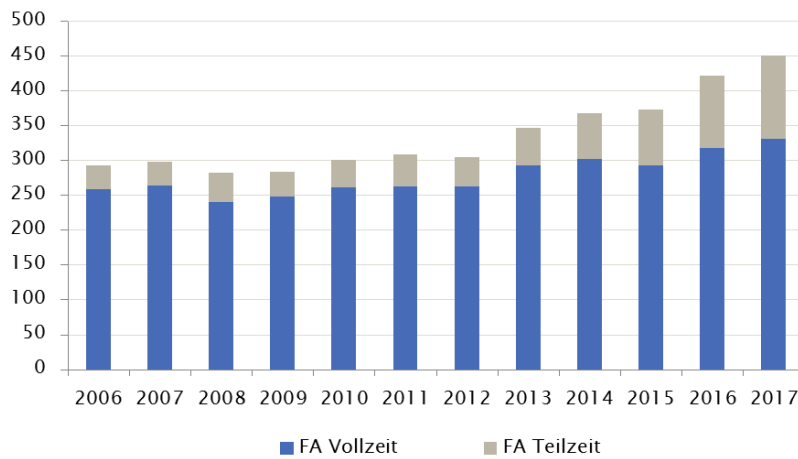


Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

### Zu c)

Die Zahl der Ärzte mit einer für die Krankenhaushygiene relevanten Weiterbildung steigt erst ab dem Jahr 2013 sichtbar an (vgl. Abbildung 4). Im Jahr 2017 waren 450 Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern beschäftigt. Im Vergleich zu 2006 (292 Fachärzte) entspricht dies einem Anstieg um 54 %. Der Anteil der 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 26 % im Jahr 2017. 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 Infektions-  
epidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern**



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

## **4. Umsetzung des Förderprogramms zur Krankenhaushygiene 2013 bis 2018**

### **4.1 Datenmeldungen**

In den nun vorliegenden Bericht des GKV-Spitzenverbandes sind Datenmeldungen der Krankenkassen aus dem Jahr 2019 für die Jahre 2013 bis 2018 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 Abs. 9 KHEntgG einbezogen, die bis zum 25.04.2019 beim GKV-Spitzenverband eingegangen sind. Später übermittelte Daten gehen in den Folgebericht ein, der bis zum 30.06.2020 erstellt wird.

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.

### **Vereinbarungsdaten**

Im Vergleich zum Vorbericht hat sich die Zahl der Krankenhäuser mit einer Vereinbarung zum Hygienesonderprogramm aufgrund von Korrektur- und Nachmeldungen in den ersten beiden Jahren verringert, für 2013 von 943 auf 776 Krankenhäuser, für 2014 von 1.091 auf 931 Krankenhäuser, für 2015 von 1.134 auf 962 Krankenhäuser, für 2016 von 1.136 auf 994 Krankenhäuser und ebenso für 2017 von 1.011 auf 909 Krankenhäuser. 795 Krankenhäuser haben in den Budgetverhandlungen des Jahres 2018 Vereinbarungen zum Förderprogramm abgeschlossen (vgl. Tabelle 5).

### **Vorläufige Zuschlagserhebung**

Im Jahr 2013 wurde von 453 Krankenhäusern das Instrument der vorläufigen Zuschlagserhebung vor Abschluss der Budgetvereinbarung genutzt. 479 Krankenhäuser erhoben in 2014 einen vorläufigen Zuschlag. Die Zahl der Krankenhäuser mit vorläufiger Zuschlagserhebung reduzierte sich in den darauffolgenden Jahren kontinuierlich auf 262 im Jahr 2017. Im Jahr 2018 wurde von 277 Krankenhäusern ein vorläufiger Zuschlag erhoben.

In der Region Rheinland wurden mit den Krankenhäusern Vereinbarungen zur pauschalen Zuschlagserhebung geschlossen. Nach Förderarten differenzierte Vereinbarungen wurden in Nordrhein-Westfalen hingegen mit den Krankenhäusern in Westfalen-Lippe getroffen, sodass

diese Beträge krankenhausbezogen übermittelt wurden. Auch im Land Hamburg wurden pauschale Hygienezuschläge abgerechnet. Die entsprechenden pauschalen Förderbeträge sind sowohl in den undifferenzierten Fördermitteln (vgl. Abschnitt 4.2.6 und Anlage 29) sowie in der Förderung gesamt berücksichtigt.

Eine Abschätzung der durch vorläufige Zuschläge erlösten Beträge auf Krankenhaussseite war 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 2017 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 2018 nur sehr wenige Meldungen zu durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben verzeichnet werden. Auf eine Ausweisung wird daher verzichtet.

## **4.2 Inanspruchnahme der Förderung: Vereinbarungs- und Istdaten**

### **4.2.1 Vereinbarungs- und Istdaten gesamt**

Nachfolgend werden die Fördermaßnahmen nach § 4 Abs. 9 S. 1 Nrn. 1 bis 3 KHEntgG dargestellt. Bei diesen Angaben handelt es sich um tendenziell zu niedrige Werte, da in einigen Bundesländern mit Krankenhäusern Vereinbarungen ohne Differenzierung nach Förderarten geschlossen wurden. Stattdessen haben sich Krankenkassen und Krankenhäuser auf Gesamtbeträge ohne explizite Aufteilung verständigt. Auf diese pauschalen Beträge ohne differenzierte Zuordnung zu den einzelnen Förderarten wird im Abschnitt 4.3.5 und in Anlage 25 eingegangen, in den Tabellen werden sie jeweils in der Spalte „undifferenziert“ ausgewiesen.

Insgesamt sind in den Jahren 2013 bis 2018 etwa 429,8 Mio. Euro zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der personellen Situation an die Krankenhäuser geflossen (vgl. Tabelle 5).

**Tabelle 5 Überblick zur Förderung der Krankenhaushygiene 2013 bis 2018 (in Mio. Euro)**

Jahr	Beteiligte Kranken- häuser	Förderart Nr. 1 Neueinstellun- gen	Förderart Nr. 2 Fort- und Weiterbildung	Förderart Nr. 3 Beratungsleis- tungen	Undiffe- renziert	Betrag gesamt
2013	776	11,6	9,5	1,6	1,2	23,9
2014	931	40,1	10,3	4,2	3,6	58,2
2015	962	56,2	8,2	5,0	7,0	76,4
2016	994	66,7	9,3	5,2	11,7	92,9
2017	909	72,6	6,7	5,1	13,1	97,5
2018	795	59,0	4,2	3,9	13,8	81,0
<b>2013 – 2018</b>	<b>1.165<sup>28</sup></b>	<b>306,3</b>	<b>48,2<sup>29</sup></b>	<b>25,0</b>	<b>50,4</b>	<b>429,8</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

Bereits in den Vorberichten 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. Im ersten Bericht war zudem die ermittelbare Finanzsumme für die Jahre 2013 und 2014 aufgrund von teilweise auf Landesebene pauschal vereinbarten Zuschlägen und undifferenzierten Vereinbarungen auf Hausebene noch mit Unsicherheiten behaftet.

Im zweiten Hygienebericht reduzierten sich die undifferenzierten Beträge in den Jahren 2013 und 2014 im Vergleich zum ersten Bericht deutlich. Undifferenzierte Vereinbarungen stellten einen pragmatischen Ansatz für den schnellen Einstieg in die Förderung dar. Mit zunehmender Nachweisführung seitens der Krankenhäuser können diese den einzelnen Förderarten zugeordnet werden. Im Vergleich zum Vorbericht sind die undifferenzierten Beträge in den einzelnen Förderjahren jedoch relativ konstant geblieben.

Hinsichtlich der Istdaten gibt Tabelle 6 Aufschluss über die vereinbarten Beträge von 2013 bis 2017, zu Istbeträgen mit und ohne Bestätigung sowie zu den durch Jahresabschlussprüfer be-

<sup>28</sup> Anmerkung: Dargestellt ist die Schnittmenge der Krankenhäuser, die die Förderung in mindestens einem der Förderjahre in Anspruch genommen haben.

<sup>29</sup> Anmerkung: Abweichungen in der ersten Dezimalstelle sind in dieser und weiteren Tabellen in diesem Bericht auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen.

stättigten Beträgen. Da in der Regel hinsichtlich der Meldungen von Istdaten mit einem zwei-jährigen Versatz zu rechnen ist, können für das Jahr 2018 nur sehr wenige Meldungen zu durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben verzeichnet werden. Auf eine Ausweisung wird daher verzichtet. Für jeweils etwa die Hälfte der nach Förderarten differenzierten vereinbarten Beträge liegen aktuell Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer vor. Zählt man die unbestätigten Beträge hinzu, erhöhen sich diese Angaben leicht.

**Tabelle 6 Überblick zu den Istdaten nach Förderarten 2013 bis 2017 (in Mio. Euro)**

	Vereinbarungssumme gesamt 2013 – 2017	bestätigt und unbe- stätigt	davon bestätigt
<b>Förderart Nr. 1</b>			
Einstellungen/ interne Besetzung neu geschaffener Stellen/ Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen	247,2	149,0	126,3
<b>Förderart Nr. 2</b>			
Fort- und Weiterbildung	44,0	26,4	22,5
<b>Förderart Nr. 3</b>			
Beratungsleistungen	21,0	12,2	9,8
undifferenziert	36,6		
<b>Betrag gesamt</b>	<b>348,8</b>	<b>187,6</b>	<b>158,7</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 10.05.2019).

Ein Überblick zu den vorliegenden Istbeträgen und den durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Beträgen nach Ländern für die Jahre 2013 bis 2017 wird in den Anlagen 30 bis 34 gegeben. Es wird ersichtlich, dass der Umfang der Datenmeldungen zwischen den Ländern variiert. Für eine abschließende Beurteilung der Umsetzung der Hygienefördermaßnahmen in den Ländern bleiben die künftigen Datenmeldungen abzuwarten.

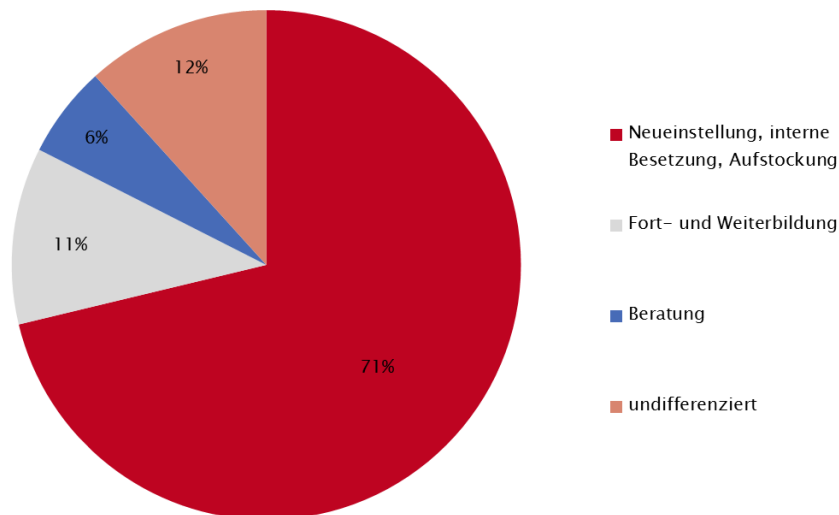
#### 4.2.2 Verteilung der Finanzmittel

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 71 % der 2013 bis 2018 verausgabten Mittel tatsächlich am höchsten (vgl. Abbildung 5).

**Abbildung 5** Prozentuale Verteilung der Fördermittel (2013 bis 2018)



Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 25.04.2019), eigene Darstellung.

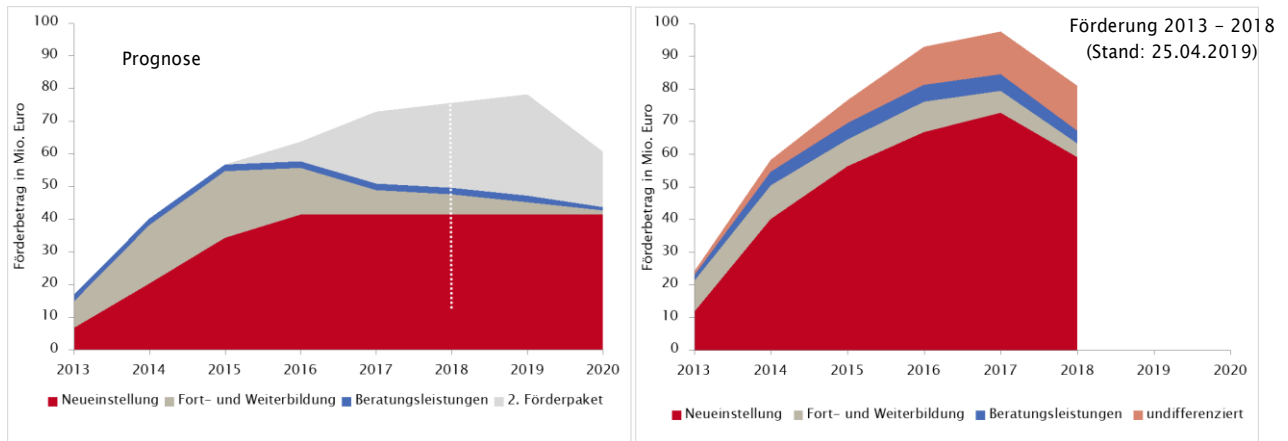
An zweiter Stelle stehen die Beträge für Fort- und Weiterbildung mit insgesamt ca. 48 Mio. Euro (11 %). Die Mittelverwendung für Beratungsleistungen umfasst rund 25 Mio. Euro (6 %), während auf die undifferenzierten Beträge (Vereinbarungen sowie vorläufige Zuschläge) 12 % der verausgabten Mittel entfallen. Die Größenordnungen der Förderung sind damit im Vergleich zum Vorjahresbericht unverändert geblieben.

Im Gesetzgebungsverfahren hatte das BMG Annahmen für die Verteilung der Fördermittel im Programmverlauf getroffen.<sup>30</sup> Wird dieser um eine Annahme für Beratungsleistungen und die geschätzten Finanzmittel des zweiten Förderpakets<sup>31</sup> ergänzte Erwartungshorizont den derzeit verfügbaren Informationen für die Jahre 2013 bis 2018 gegenübergestellt (vgl. Abbildung 6), so wird die Verteilung der Finanzmittel im Verlauf des Hygiene-Förderprogramms sichtbar.

<sup>30</sup> Vgl. Erläuterungen des BMG zu dem in der Formulierungshilfe zur Krankenhausfinanzierung vorgesehenen Hygiene-Förderprogramm und zum Versorgungszuschlag (Stand: 22.04.2013), S. 2.

<sup>31</sup> Vgl. Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), S. 1121–39.

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



Quelle: GKV-Spitzenverband (auf Basis der BMG-Annahmen<sup>32, 33</sup>), eigene Darstellung (Anmerkung: „Neueinstellung“ umfasst auch interne Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen).

Für die Jahre 2013 bis 2018 beträgt das insgesamt verausgabte Finanzvolumen der GKV 429,8 Mio. Euro und übersteigt damit das insgesamt prognostizierte Finanzvolumen (325 Mio. Euro, inkl. 54 Mio. Euro des zweiten Förderpakets). Deutlich wird, dass in den Jahren 2013 und 2014 der zügige Programmeinstieg erfolgte: Die in diesen und den Folgejahren in Anspruch genommenen Finanzmittel liegen, verglichen mit der Prognose, auf einem deutlich höheren Niveau. Auch für das Förderjahr 2018 liegt, nach aktuellem Datenmeldestand, das insgesamt in Anspruch genommene Finanzvolumen in Höhe von 81,0 Mio. Euro über den Erwartungen (75,5 Mio. Euro). Die differenzierte Betrachtung innerhalb der Förderarten zeigt, dass auch im sechsten Förderjahr (2018) die Finanzmittel im Bereich der Neueinstellungen, internen Besetzung und Aufstockung von Hygienepersonalstellen (59,0 Mio. Euro) die Vorausschätzungen (41,3 Mio. Euro) übersteigen. Im Bereich der Fort- und Weiterbildungen hingegen liegen die in Anspruch genommenen Mittel in Höhe von 4,2 Mio. Euro auf einem leicht niedrigeren Niveau als erwartet (6,2 Mio. Euro). Im Bereich der Beratungsleistungen wurden im Jahr 2018 rund 3,9 Mio. Euro von der GKV verausgabt.

Die Zahl der geförderten Krankenhäuser hat von zunächst 776 in 2013 auf 994 im vierten Programmjahr (2016) deutlich zugenommen. Im Jahr 2018 haben 795 Krankenhäuser die Förderung in Anspruch genommen; von einer Veränderung dieser Zahl in Folgeberichten ist auszu-

<sup>32</sup> Vgl. Erläuterungen des BMG zu dem in der Formulierungshilfe zur Krankenhausfinanzierung vorgesehenen Hygiene-Förderprogramm und zum Versorgungszuschlag (Stand: 22.04.2013), S. 2.

<sup>33</sup> Vgl. Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), S. 1121-39.

gehen. Mindestens in einem der sechs Jahre haben insgesamt 1.165 Krankenhäuser die Förderung genutzt. In allen sechs Jahren haben dabei 318 der geförderten Krankenhäuser Vereinbarungen zu mindestens einer Förderart bzw. 220 der Krankenhäuser Vereinbarungen zu zwei Förderarten getroffen. 28 Krankenhäuser vereinbarten sich mit den Krankenkassen in allen sechs Jahren zu allen drei Förderarten. Tabelle 7 gibt einen Überblick zur Inanspruchnahme des Hygiene-Förderprogramms in den Bundesländern.

**Tabelle 7 Geförderte Krankenhäuser nach Ländern (2013 bis 2018)**

	Anspruchsberechtigte Krankenhäuser*	Geförderte Krankenhäuser	Anteil in Prozent	Summe Förderung 2013 – 2018 in Mio. Euro
Baden-Württemberg	161	146	91	51,8
Bayern	258	249	97	83,8
Berlin	47	35	75	10,9
Brandenburg	54	48	89	10,3
Bremen	12	12	100	9,1
Hamburg	34	0	0	8,9
Hessen	113	98	87	38,9
Mecklenburg-Vorpommern	32	28	88	8,1
Niedersachsen	148	141	95	42,1
Nordrhein-Westfalen	313	134	43	88,9
Rheinland-Pfalz	78	65	83	15,2
Saarland	21	21	100	3,9
Sachsen	76	59	78	18,2
Sachsen-Anhalt	45	41	91	10,2
Schleswig-Holstein	55	50	91	14,0
Thüringen	43	38	88	15,5
<b>gesamt</b>	<b>1.490</b>	<b>1.165</b>	<b>78</b>	<b>429,8</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 25.04.2019);

\*Quelle: AOK, WIdO (Stand: 25.04.2019).

Insgesamt nahmen von 2013 bis 2018 rund 78 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser eine Förderung im Rahmen des Hygiene-Förderprogramms in Anspruch. Auf Länderebene wird im Vergleich zu den Angaben der Vorberichte deutlich, dass der Anteil der in Anspruch nehmenden Häuser in den meisten Ländern relativ konstant geblieben ist, mit Ausnahme von

Hamburg und Nordrhein-Westfalen, wo sich die Zahl der in Anspruch nehmenden Häuser entgegen der Erwartung reduziert hat. Die Budgetverhandlungen 2018 waren zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht vollständig abgeschlossen. Aus diesem Grund ist zu beachten, dass die dargestellten Angaben zu den geförderten Krankenhäusern nicht abschließend sind.

Die Aufteilung der Beträge nach Bundesländern und Förderart kann in den Anlagen 4 bis 9 nachvollzogen werden. Der Anteil geförderter Krankenhäuser fällt in Ländern mit langjährig bestehenden Hygieneverordnungen, die aufgrund der Novellierung des IfSG überarbeitet wurden (vgl. 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.

#### **4.2.3 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 Vollkräften zu den beiden Berufsgruppen Hygienefachkräfte und hygienebeauftragte Ärzte vereinbart (vgl. Tabelle 8).

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

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Summe 2013 – 2018
<b>Anzahl Krankenhäuser mit Vereinbarung zu § 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 1 KHEntgG</b>	610	753	837	826	798	637	
<b>Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung von Hygienepersonal in Vollkräften (VK)</b>							
– Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	268	465	716	659	680	572	
– Krankenhaushygieniker mit ärztlicher Weiterbildung (Nr. 1b)	27	50	52	60	66	50	
– Krankenhaushygieniker mit struktu- rierter curricularer Fortbildung/ Fortbildung rationale Antibiotikathe- rapieberatung (Nr. 1c)	12	25	35	62	91	61	
– Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	826	1.143	1.421	1.535	1.143	864	
<b>Zusätzlicher Finanzbetrag* in Mio. Euro</b>	<b>11,6</b>	<b>40,1</b>	<b>56,2</b>	<b>66,7</b>	<b>72,6</b>	<b>59,0</b>	<b>306,3</b>

\* maximal bis zur Förderhöhe gemäß § 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 1a – d KHEntgG

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 25.04.2019).

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 10 bis 15.

In Tabelle 9 bis Tabelle 12 wird ein Überblick zu den derzeit vorliegenden Istdaten-Meldungen und Bestätigungen durch Jahresabschlussprüfer für diese Förderart in den Jahren 2013 bis 2017 gegeben. Wie bereits in Abschnitt 2.3.2 dargestellt, sind die von den Krankenhäusern zu erbringenden Nachweise über die Umsetzung des Hygiene-Förderprogramms und die Verwendung der Fördermittel gesetzlich geregelt. Die Nachweispflicht im Bereich der Förderart Nr. 1 gliedert sich in die Bereiche „Nachweise zu Personalstellen“ und „Nachweise zu Finanzbeträgen“. Zum Nachweis der Personalstellen sind konkret bestätigte Angaben zur Stellenbesetzung am 04.08.2011 (Ausgangspersonalbestand), zu zusätzlichem Hygienepersonal (differenziert nach den vier Qualifikationen) sowie zur Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres (jahresdurchschnittlicher Personalbestand) zu erbringen. 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 der Regel für mehr als die Hälfte des vereinbarten Hygienepersonals eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Angabe vorliegt.

**Tabelle 9 Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung  
2013 bis 2015 (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
<b>2013</b>					
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	372	267	249	174	154
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1b)	67	27	53	21	17
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1c)	18	12	16	22	9
Hygiene-beauftragte Ärzte (Nr. 1d)	370	826	261	573	522
<b>2014</b>					
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	547	464	362	302	273
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1b)	82	50	55	30	28
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1c)	38	25	22	14	14
Hygiene-beauftragte Ärzte (Nr. 1d)	477	1.143	321	907	827
<b>2015</b>					
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	630	716	393	384	333
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1b)	83	52	51	33	31
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1c)	67	35	56	38	33
Hygiene-beauftragte Ärzte (Nr. 1d)	541	1.421	322	1.018	872

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 10.05.2019).

**Tabelle 10 Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung  
2016 und 2017 (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
<b>2016</b>					
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	628	659	463	584	554
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1b)	93	60	67	42	41
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1c)	87	62	67	49	46
Hygiene-beauftragte Ärzte (Nr. 1d)	522	1.535	386	1.302	1.233
<b>2017</b>					
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	601	680	397	470	450
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1b)	98	66	59	68	64
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1c)	123	91	67	55	54
Hygiene-beauftragte Ärzte (Nr. 1d)	350	1.143	317	1.109	1.017

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 25.04.2019).



**Tabelle 11 Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung  
2013 bis 2015 (Finanzbeträge in Mio. Euro)**

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
<b>2013</b>			
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	5,5	3,8	3,3
Krankenhaushygieniker (Nr. 1b)	1,3	0,9	0,8
Krankenhaushygieniker (Nr. 1c)	0,3	0,3	0,2
Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	4,4	3,0	2,7
undifferenziert	0,1		
<b>gesamt</b>	<b>11,6</b>	<b>7,9</b>	<b>7,0</b>
<b>2014</b>			
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	21,2	13,0	11,5
Krankenhaushygieniker (Nr. 1b)	4,0	2,5	2,4
Krankenhaushygieniker (Nr. 1c)	1,1	0,9	0,9
Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	13,5	9,8	8,8
undifferenziert	0,4		
<b>gesamt</b>	<b>40,1</b>	<b>26,2</b>	<b>23,6</b>
<b>2015</b>			
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	30,2	17,2	14,1
Krankenhaushygieniker (Nr. 1b)	5,3	2,5	2,1
Krankenhaushygieniker (Nr. 1c)	2,1	1,7	1,3
Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	18,3	11,4	8,7
undifferenziert	0,3		
<b>gesamt</b>	<b>56,2</b>	<b>32,8</b>	<b>26,2</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 10.05.2019).

**Tabelle 12 Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung  
2016 und 2017 (Finanzbeträge in Mio. Euro)**

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
<b>2016</b>			
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	35,1	21,1	17,8
Krankenhaushygieniker (Nr. 1b)	6,4	3,9	3,6
Krankenhaushygieniker (Nr. 1c)	4,0	3,0	2,6
Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	21,2	15,0	12,9
undifferenziert	0,0		
<b>gesamt</b>	<b>66,7</b>	<b>43,0</b>	<b>36,9</b>
<b>2017</b>			
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	38,8	20,5	16,6
Krankenhaushygieniker (Nr. 1b)	7,2	3,7	3,4
Krankenhaushygieniker (Nr. 1c)	5,7	2,8	2,6
Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	20,5	12,2	10,0
undifferenziert	0,3		
<b>gesamt</b>	<b>72,6</b>	<b>39,1</b>	<b>32,6</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 25.04.2019).

Die für die Förderung nach § 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 1 KHEntgG für das Jahr 2019 insgesamt abgerechneten Zuschläge werden im Jahr 2020 in die Landesbasisfallwerte eingerechnet und damit in eine dauerhafte Finanzierung überführt. Eine Ausnahme bilden die hygienebeauftragten Ärzte, deren Förderung im Jahr 2016 endete. Die insgesamt in 2016 für die hygienebeauftragten Ärzte abgerechneten Zuschläge fließen ab 2020 in den Landesbasisfallwert ein, bis dahin erfolgt weiterhin die krankenhaushausindividuelle Finanzierung der Personalmaßnahmen.<sup>34</sup> Analog zum ersten Pflegesonderprogramm (2009 bis 2011) werden damit erneut über den Landesbasisfallwert unabhängig von einer tatsächlichen Personalveränderung die im Programmverlauf zusätzlich bereitgestellten Mittel an alle Krankenhäuser ausgeschüttet.

<sup>34</sup> Vgl. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 18/6586 vom 04.11.2015, S. 96, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/065/1806586.pdf> (Abruf am 13.06.2019).

#### 4.2.4 Fort- und Weiterbildungen (Vereinbarungs- und Istdaten)

Für die ärztliche Weiterbildung im Rahmen des Hygiene-Förderprogramms sind zunächst die Weiterbildungen zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin sowie zum Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie von Bedeutung. Die Dauer der Weiterbildung beträgt gemäß Weiterbildungsordnung jeweils fünf Jahre, sodass die Förderung im Sonderprogramm dementsprechend auf bis zu fünf Jahre ausgelegt ist. Da die Weiterbildungsordnung diverse Anrechnungsmöglichkeiten bereits erlangter Weiterbildungen zulässt, ist die Befristung auf maximal fünf Jahre folgerichtig, kürzere Förderzeiten in Abhängigkeit von den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort sind damit möglich. Mit den vorgegebenen Förderbeträgen wird der Schwerpunkt der Weiterbildungsförderung auf die Weiterbildung zu Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin gelegt (jährlich 30.000 Euro). Mit dem hälftigen Betrag (jährlich 15.000 Euro) wird die Weiterbildung zu Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie gefördert. Seit dem Jahr 2016 wurde das Programm außerdem um die Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Mikrobiologie sowie die Zusatzweiterbildung Infektiologie für Fachärzte erweitert, für die jeweils eine einmalige Förderung durch die Krankenkassen in Höhe von 30.000 Euro vorgesehen ist.

Um den durch die Änderung des IfSG entstandenen zusätzlichen Bedarf an Krankenhaushygienikern decken zu können, hat die Bundesärztekammer (BÄK) unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie und der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin Ende 2011 eine strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene mit einem Umfang von 200 Stunden, bestehend aus sechs Modulen, entwickelt.<sup>35</sup> Zusätzlich verabschiedete die BÄK im Jahr 2013 ergänzende Rahmenbedingungen für die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene.<sup>36</sup> In diesen wird zum einen festgestellt, dass es Ziel sein muss, „in den kommenden Jahren die Strukturen im Bereich der Krankenhaushygiene (ausreichend Lehrstühle, Ausbau von Instituten) so zu fördern, dass die Aufgaben des Krankenhaushygienikers künftig durch ausreichend verfügbare und in Krankenhaushygiene qualifizierte Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie wahrgenommen werden können“.<sup>37</sup> Zugleich werden u. a. Aussagen zu Teilnahmevoraussetzungen, zeitlicher Dauer, Hospitationen, Fallkonferenzen, Anforderungen an den Supervisor und zur Anerkennung der Kursanbieter durch die Landesärztekam-

---

<sup>35</sup> Vgl. BÄK (Hrsg.): Strukturierte curriculare Fortbildung "Krankenhaushygiene" (Stand: Februar 2015), [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Krankenhaushygiene.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Krankenhaushygiene.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>36</sup> Vgl. BÄK: Ergänzende Rahmenbedingungen für die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene (Stand: 05.09.2013), [www.bundesaerztekammer.de/downloads/StrukCurrFBKrankenhaushygieneRahmenbed20130905b.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/StrukCurrFBKrankenhaushygieneRahmenbed20130905b.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>37</sup> Dto., S. 1.

mern getroffen. Durch die GKV wird die curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene für maximal zwei Jahre durch einen pauschalen Betrag von jährlich 5.000 Euro bezuschusst (§ 4 Abs. 9 Nr. 2c KHEntgG).

Eine Fortbildung im Bereich rationale Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie wird durch die GKV bei Ärzten und Krankenhausapothekern durch einen pauschalen Zuschuss von 5.000 Euro gefördert. Antibiotic Stewardship (ABS) umfasst „Strategien bzw. Maßnahmen [...], die die Qualität der Antiinfektivabehandlung bezüglich Auswahl, Dosierung, Applikation und Anwendungsdauer sichern, um das beste klinische Behandlungsergebnis unter Beachtung einer minimalen Toxizität für den Patienten zu erreichen“.<sup>38</sup> Durch die Kommission ART wurde eine mit dem BMG und dem RKI abgestimmte Stellungnahme sowie ein Anforderungskatalog für Fortbildungsveranstaltungen zur rationalen Antibiotikatherapie verfasst (vgl. Anlage 16). Die Erarbeitung erfolgte mit der Zielsetzung, nur qualitativ hochwertige Fortbildungen bei der Mittelbereitstellung nach § 4 Abs. 9 Nr. 2d KHEntgG anerkennen zu lassen. Obwohl die Veröffentlichung bzw. Weiterleitung der Stellungnahme sowie des Anforderungskataloges vielfach erfolgte, stoßen die Krankenkassen in den Budgetverhandlungen häufig auf Schwierigkeiten, die entsprechenden Nachweise zu erhalten.

Der Erwerb der Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ ist nicht an die abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt gebunden, sondern bereits in der Weiterbildungszeit möglich. Hierfür ist – den ergänzenden Rahmenbedingungen der BÄK für die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene zufolge – das Modul I des Curriculums Krankenhaushygiene zu absolvieren. Die Förderung durch die Krankenkassen erfolgt durch jeweils einmalig 5.000 Euro.

Die Weiterbildung zur Hygienefachkraft setzt eine abgeschlossene Berufsausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie den Nachweis mindestens dreijähriger Berufspraxis voraus. Die Weiterbildungsangebote weisen eine Dauer von einem Jahr in Vollzeit oder zwei Jahren in der berufsbegleitenden Variante aus. Die Förderung nach KHEntgG erfolgt durch die Krankenkassen über einen pauschalen Zuschuss von 10.000 Euro.

Vorausschätzungen des Gesundheitsausschusses gehen für Fort- und Weiterbildungen gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG von insgesamt bis zu 80 Mio. Euro bis zum Jahr 2020 im Rahmen des ersten Förderpakets aus.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Vgl. Internetauftritt der ABS-Initiative, [www.antibiotic-stewardship.de](http://www.antibiotic-stewardship.de) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>39</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, S. 34, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 13.06.2019).

Tabelle 13 gibt einen Überblick zu den vereinbarten Beträgen in diesem Förderbereich nach Ländern für die Jahre 2013 bis 2018. Im Jahr 2013 wurde bei insgesamt 539 Krankenhäusern mit ca. 9,5 Mio. Euro die Fort- und Weiterbildung gefördert, im Jahr 2014 bei 577 Krankenhäusern mit ca. 10,3 Mio. Euro, im Jahr 2015 bei 505 Krankenhäusern mit ca. 8,2 Mio. Euro, im Jahr 2016 bei 436 Krankenhäusern mit ca. 9,3 Mio. Euro, im Jahr 2017 bei 267 Krankenhäusern mit 6,7 Mio. Euro und im Jahr 2018 bei 222 Krankenhäusern mit 4,2 Mio. Euro.

Insbesondere für das Jahr 2018 kann davon ausgegangen werden, dass noch nicht in allen Häusern die Budgetverhandlungen abgeschlossen waren und sich diese Angaben in den Folgeberichten noch verändern werden. Detailliertere landesbezogene Angaben mit einer Differenzierung nach Berufsbildern können den Anlagen 17 bis 22 entnommen werden.

Mit in der Summe bislang vereinbarten rund 48,2 Mio. Euro sind damit etwa 60 % der für die Laufzeit der ersten Förderphase (maximal bis 2020) im Bereich Fort- und Weiterbildung veranschlagten Mittel geflossen. 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, dass je nach Startzeitpunkt der Fort-/Weiterbildung auch Teilbeträge eingestellt wurden, sodass mit erheblichen Unschärfen zu rechnen wäre.

In den Tabellen 13 bis 15 sind die in den Jahren 2013 bis 2017 vereinbarten Beträge zu den Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie die vorliegenden Istdaten in diesem Förderbereich dargestellt.

**Tabelle 13 Vereinbarte Beträge im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (2013 bis 2018)**

	Baden- Würt- temberg	Bayern	Berlin	Bran- denburg	Bre- men	Ham- burg	Hessen	Meck- lenburg- Vorpom- mern	Nieder- sachsen	Nord- rhein- Westfa- len	Rhein- land- Pfalz	Saar- land	Sach- sen	Sachsen- Anhalt	Schles- wig- Holstein	Thü- ringen	gesamt
<b>Betrag in 1.000 Euro</b>																	
<b>2013</b>	918	1.425	880	510	100	0	917	277	1.169	1.741	274	42	224	359	330	332	9.500
<b>2014</b>	1.319	1.942	760	365	60	0	1.130	198	1.303	1.001	397	179	642	405	300	296	10.298
<b>2015</b>	1.013	2.145	480	250	35	0	740	187	877	1.115	235	65	278	317	181	247	8.164
<b>2016</b>	1.652	2.126	919	260	50	0	790	181	1.018	1.045	307	0	431	143	288	98	9.307
<b>2017</b>	1.171	1.585	837	150	60	0	745	187	513	440	230	115	203	66	294	133	6.728
<b>2018</b>	1.380	1.275	0	15	70	0	190	25	401	254	65	37	196	85	167	83	4.243
<b>gesamt</b>	<b>7.454</b>	<b>10.497</b>	<b>3.876</b>	<b>1.550</b>	<b>375</b>	<b>0</b>	<b>4.512</b>	<b>1.055</b>	<b>5.281</b>	<b>5.597</b>	<b>1.508</b>	<b>438</b>	<b>1.973</b>	<b>1.375</b>	<b>1.560</b>	<b>1.189</b>	<b>48.199</b>
<b>Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme</b>																	
<b>2013</b>	53	84	20	28	8	0	58	17	76	90	20	9	16	25	15	20	539
<b>2014</b>	74	102	19	24	4	0	63	14	81	68	20	15	29	26	16	22	577
<b>2015</b>	54	114	15	21	4	0	46	13	62	60	19	8	23	35	15	16	505
<b>2016</b>	65	103	11	13	5	0	40	7	64	47	18	0	27	13	14	9	436
<b>2017</b>	42	73	7	5	2	0	24	8	24	29	12	2	13	7	8	11	267
<b>2018</b>	41	78	0	2	4	0	12	3	20	19	6	5	15	4	6	7	222

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 25.04.2019).

**Tabelle 14 Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung 2013 bis 2015  
(in Tausend Euro)**

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
<b>2013</b>			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	703	618	588
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	306	316	301
Krankenhaushygieniker	399	274	249
Arzt und Krankenhausapotheker	489	295	240
Hygienebeauftragter Arzt	2.822	1.919	1.749
Hygienefachkraft	4.629	2.872	2.549
undifferenziert	153	39	39
<b>2014</b>			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	871	871	840
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	485	300	285
Krankenhaushygieniker	608	439	389
Arzt und Krankenhausapotheker	816	401	370
Hygienebeauftragter Arzt	3.988	2.352	2.022
Hygienefachkraft	3.409	1.831	1.594
undifferenziert	120	101	100
<b>2015</b>			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	966	750	510
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	535	230	225
Krankenhaushygieniker	446	235	190
Arzt und Krankenhausapotheker	762	520	410
Hygienebeauftragter Arzt	3.004	1.513	1.332
Hygienefachkraft	2.448	998	832
undifferenziert	2	15	7

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 25.04.2019).

**Tabelle 15 Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung 2016 und 2017  
(in Tausend Euro)**

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
<b>2016</b>			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.314	905	815
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	720	575	545
Krankenhausthygieniker	402	405	300
Arzt und Krankenhausapotheker	973	686	635
Hygienebeauftragter Arzt	2.777	1.695	1.285
Hygienefachkraft	1.848	1.105	767
FA für Innere Medizin und Infektiologie	664	417	417
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	400	306	216
undifferenziert	210	31	30
<b>2017</b>			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.170	630	480
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	675	425	395
Krankenhausthygieniker	366	148	95
Arzt und Krankenhausapotheker	1.423	884	736
Hygienebeauftragter Arzt	80	85	45
Hygienefachkraft	1.515	666	468
FA für Innere Medizin und Infektiologie	1.005	450	420
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	495	70	60

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 25.04.2019).

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 zwischen den Weiterbildungsmaßnahmen deutlich. So liegen für das Jahr



2013 für rund 90 % der für fachärztliche Weiterbildungsmaßnahmen vereinbarten Beträge durch Jahresabschlussprüfer bestätigte Angaben vor, während für die vier weiteren Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen jeweils rund 60 % der vereinbarten Beträge testiert und damit deren zweckentsprechende Verwendung nachgewiesen ist.

#### **4.2.5 Beratungsleistungen (Vereinbarungs- und Istdaten)**

Ausweislich der BT-Drucksache 17/13947 (Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit) wird mit der Förderung von qualifizierten externen Beratungsleistungen dem Umstand Rechnung getragen, dass der Bedarf an zusätzlichen Krankenhaushygienikern mit der geforderten Facharztweiterbildung kurzfristig nicht ausreichend gedeckt werden kann. Um die Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit Infektionen zu verbessern, werden auch externe Beratungsleistungen durch Fachärzte mit einer Weiterbildung im Bereich der Infektiologie ab dem Jahr 2016 von der Förderung umfasst (BT-Drucksache 18/6586). In Tabelle 16 sind die in den Jahren 2013 bis 2018 vereinbarten Beträge nach Ländern dargestellt. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum externe Beratungsleistungen in Höhe von rund 25,0 Mio. Euro zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart.

**Tabelle 16 Vereinbarte Beträge im Förderbereich externe Beratungsleistungen (2013 bis 2018)**

	Baden- Württemberg	Bayern	Berlin	Bran- den- burg	Bre- men	Ham- burg	Hessen	Meck- lenburg- Vorpom- mern	Nieder- sachsen	Nord- rhein- Westfa- len	Rhein- land- Pfalz	Saar- land	Sach- sen	Sach- sen- Anhalt	Schles- wig- Holstein	Thü- ringen	gesamt
<b>Betrag in 1.000 Euro</b>																	
<b>2013</b>	148	272	38	106	30	0	239	24	176	217	77	19	82	90	104	27	<b>1.647</b>
<b>2014</b>	360	658	101	280	41	0	578	107	493	621	122	115	199	193	243	79	<b>4.189</b>
<b>2015</b>	600	893	119	299	36	0	603	103	538	638	190	119	231	250	281	87	<b>4.988</b>
<b>2016</b>	697	1.161	119	293	27	0	547	103	574	375	567	0	178	215	223	92	<b>5.171</b>
<b>2017</b>	723	1.178	121	210	10	0	504	84	865	396	228	54	135	222	249	76	<b>5.054</b>
<b>2018</b>	630	936	43	22	20	0	217	65	770	380	115	128	188	196	108	104	<b>3.924</b>
<b>gesamt</b>	<b>3.158</b>	<b>5.098</b>	<b>541</b>	<b>1.210</b>	<b>164</b>	<b>0</b>	<b>2.689</b>	<b>485</b>	<b>3.415</b>	<b>2.627</b>	<b>1.299</b>	<b>436</b>	<b>1.013</b>	<b>1.165</b>	<b>1.208</b>	<b>465</b>	<b>24.973</b>
<b>Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme</b>																	
<b>2013</b>	82	123	10	26	7	0	68	9	53	74	25	12	21	25	19	14	<b>568</b>
<b>2014</b>	95	144	14	37	7	0	74	17	79	93	28	17	27	25	20	16	<b>693</b>
<b>2015</b>	102	166	18	33	6	0	72	18	69	91	41	17	35	32	25	16	<b>741</b>
<b>2016</b>	104	195	17	28	5	0	73	19	72	60	46	0	35	14	22	14	<b>704</b>
<b>2017</b>	105	193	14	26	3	0	62	17	74	51	42	3	33	7	23	12	<b>665</b>
<b>2018</b>	101	179	3	8	3	0	32	11	69	41	21	12	33	10	16	13	<b>552</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 25.04.2019).

Die Zahl der Krankenhäuser, die Beratungsleistungen vereinbarten, stieg nach vorliegenden Datenmeldungen von 568 Krankenhäusern in 2013 auf 741 Krankenhäuser im Jahr 2015. In den Jahren 2016 bis 2018 reduzierte sich die Zahl der beteiligten Krankenhäuser kontinuierlich auf 552. Hinsichtlich des vereinbarten Fördervolumens lässt sich eine Steigerung von 1,6 Mio. Euro im Jahr 2013 auf 5,2 Mio. Euro im Jahr 2016 feststellen. Die Fördersumme blieb mit 5,1 Mio. Euro im Jahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr relativ konstant und sank im Jahr 2018 auf 3,9 Mio. Euro. Bereits in den Vorberichten 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 bzw. kann eine Absenkung der Fördersumme erst für das Jahr 2018 festgestellt werden. Wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten erwähnt, ist aber auch in diesem Förderbereich von weiteren Anpassungen in den Folgejahren auszugehen.

Ausgehend von einem Tagessatz von 400 Euro wurden im Zeitraum 2013 bis 2018 insgesamt etwa 62.432 Beratungstage in die Vereinbarungen aufgenommen. Bezogen auf jedes Förderjahr wurden etwa 4.117 Beratungstage im Jahr 2013, etwa 10.472 im Jahr 2014, etwa 12.470 im Jahr 2015, etwa 12.929 im Jahr 2016, etwa 12.634 im Jahr 2017 und etwa 9.810 Beratungstage im Jahr 2018 vereinbart. Detaillierte Angaben zu den Beratungsleistungen können den Anlagen 23 bis 28 entnommen werden.

In den Tabellen 17 und 18 sind die in den Jahren 2013 bis 2017 vereinbarten Beträge zu den Beratungsleistungen sowie die vorliegenden Istdaten in diesem Förderbereich dargestellt. In den Förderjahren 2013 bis 2017 sind insgesamt etwa die Hälfte der vereinbarten Beträge zu Beratungsleistungen sowie undifferenziert vereinbarten Beträge durch Jahresabschlussstate bestätigt worden, mit Ausnahme des Jahres 2016 (hier liegt die Bestätigungsquote insgesamt bei etwa einem Drittel). 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 bleiben somit die künftigen Datenmeldungen abzuwarten.

**Tabelle 17 Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen 2013 bis 2015  
(in Tausend Euro)**

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
<b>2013</b>			
Krankenhaushygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	619	406	295
Krankenhaushygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	182	94	64
undifferenziert	846	550	526
<b>2014</b>			
Krankenhaushygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.560	905	780
Krankenhaushygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	480	271	196
undifferenziert	2.149	1.457	1.367
<b>2015</b>			
Krankenhaushygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.343	1.124	894
Krankenhaushygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	444	263	216
undifferenziert	2.201	1.339	1.215

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 25.04.2019).

**Tabelle 18 Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen 2016 und 2017  
(in Tausend Euro)**

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
<b>2016</b>			
Krankenhaushygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.557	1.826	1.235
Krankenhaushygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	434	240	148
FA für Innere Medizin und Infektiologie	76	16	16
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	12	0	0
undifferenziert	2.094	1.150	937
<b>2017</b>			
Krankenhaushygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.457	1.237	941
Krankenhaushygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	191	176	152
FA für Innere Medizin und Infektiologie	144	83	83
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	2.261	1.075	775

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 25.04.2019).

#### **4.2.6 Undifferenzierte Beträge (Vereinbarungen, vorläufige Zuschläge)**

In einigen Ländern wurden einheitliche Zuschläge vereinbart oder mit Krankenhäusern Beträge zur Förderung der Krankenhaushygiene vereinbart, ohne diese explizit nach Förderarten zu differenzieren. Dies betrifft im Jahr 2018 nach den vorliegenden Informationen Bayern, Hamburg und Nordrhein-Westfalen. Während in Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein in mindestens einem der ersten fünf Förderjahre noch undifferenzierte Beträge vereinbart wurden, liegen für diese Länder im Förderjahr 2018 keine undifferenzierten Beträge mehr vor. In der Summe handelt es sich für die Jahre 2013 bis 2018 um 50,4 Mio. Euro. Die Angaben zu den genannten Ländern sind in Anlage 29 hinterlegt. Es ist anzunehmen, dass sich die Zahl der Vereinbarungen ohne konkrete Benennung der Art der Förderung infolge der nachträglichen Zuordnung auf die Förderarten perspektivisch rückläufig entwickeln wird. Dennoch haben sich die undifferenzierten Beträge in den Förderjahren 2013 bis 2017 im Vergleich zum Vorjahresbericht kaum verändert.

## 5. G-BA-Richtlinien zur Krankenhaushygiene

Krankenhaushygiene ist nicht in erster Linie das Ergebnis von finanziellen Fördermaßnahmen. Sie ist vor allem eine Frage der internen und externen Qualitätssicherung. Hygiene ist deshalb seit längerem Gegenstand zahlreicher Qualitätssicherungsmaßnahmen. Der G-BA regelt in seinen Richtlinien die Erhebung von Qualitätsindikatoren zur Hygiene und deren Veröffentlichung.

### 5.1 Angaben zur Krankenhaushygiene in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser

Seit 2005 sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen. Das Ziel dieser gesetzlichen Regelung ist es, mehr Transparenz über die Qualität der Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu schaffen.

Die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser werden jährlich im G-BA aktualisiert und veröffentlicht. Dabei sind Angaben zu hygienebezogenen Themen im Teil A der Qualitätsberichte abgebildet. So müssen seit dem Berichtsjahr 2012 die Anzahl der beschäftigten Krankenhaushygieniker, hygienebeauftragten Fachärzte und Hygienefachkräfte sowie hygienebeauftragten Pflegekräften angegeben werden. Die jeweiligen Fachbezeichnungen orientieren sich dabei an den Empfehlungen der KRINKO<sup>40</sup> sowie an den Krankenhaushygieneverordnungen auf Landesebene. Seit dem Jahr 2014 enthalten die Qualitätsberichte zudem Angaben zum hygienebezogenen Risikomanagement<sup>41</sup>. In diesem Bereich sind aktuell die folgenden hygienebezogenen Struktur- und Leistungsdaten auszuführen<sup>42</sup>:

- öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten
- Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (z. B. ITS-KISS, MRSA-KISS, OP-KISS)
- Teilnahme an anderen regionalen, nationalen und internationalen Netzwerken zur Prävention nosokomialer Infektionen
- Teilnahme an der (freiwilligen) Aktion „Saubere Hände“ (ASH)

---

<sup>40</sup> Vgl. KRINKO-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2009, 52, S. 951–62.

<sup>41</sup> Vgl. G-BA-Veröffentlichung zum Maschinenverwertbaren Qualitätsbericht 2014 – Änderungen gegenüber 2013 (Stand: 12.05.2015), Auswahlliste A-12.3.2 „Hygienebezogenes Risikomanagement“, [www.g-ba.de/downloads/17-98-3902/2\\_6-1\\_3\\_2015-02-25\\_VA1i\\_Aenderungsuuebersicht\\_Qb2013-Qb2014.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3902/2_6-1_3_2015-02-25_VA1i_Aenderungsuuebersicht_Qb2013-Qb2014.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>42</sup> Vgl. G-BA-Beschluss über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2018 vom 20.12.2018, [BAnz AT 11.03.2019 B1](http://BAnz AT 11.03.2019 B1) (Abruf am 13.06.2019).

- jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
- Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

In den Richtlinien zur Berichtslegung in den Qualitätsberichten für das Jahr 2015 wurden vom G-BA erneut Anpassungen hinsichtlich Inhalt und Umfang der strukturierten Qualitätsberichte vorgenommen. Diese betreffen auch die Aufnahme der folgenden weiteren Informationen zu Hygiene und Infektionsprävention:

- Vermeidung Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen
- Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie
- Umgang mit Wunden
- Umsetzung der Händedesinfektion
- Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Neben diesen Angaben berücksichtigt der Teil C des Qualitätsberichtes die hygienebezogenen Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung. Diese werden nachfolgend im Detail beschrieben.

## **5.2 Qualitätsindikatoren zur Hygiene in der externen stationären Qualitätssicherung**

Die externe stationäre Qualitätssicherung ist in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) geregelt. Bei der externen stationären Qualitätssicherung handelt es sich um ein bundeseinheitliches Verfahren, wonach Krankenhäuser bestimmte qualitätsrelevante medizinische und pflegerische Daten dokumentieren müssen. Mithilfe dieser Daten, die in die 400 Qualitätsindikatoren eingehen, lässt sich die Qualität der Krankenhäuser in ausgewählten Leistungsbereichen (z. B. Geburtshilfe, Hüftendoprothesenwechsel) vergleichen. Ein Teil der zugrundeliegenden Qualitätsindikatoren hat einen Bezug zum IfSG bzw. zur Hygienequalität in Krankenhäusern.

Dies betrifft die Erfassung der Häufigkeit von Antibiotikaphylaxen im zeitlichen Umfeld von Operationen sowie das Auftreten von nosokomialen Infektionen, z. B. postoperative Wundinfektionen oder Sepsis. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Leistungsbereichen Orthopädie und Unfallchirurgie, Herz- und Gefäßchirurgie, Geburtshilfe sowie Neonatologie.<sup>43</sup> Die Daten der Krankenhäuser zu den entsprechenden Qualitätsindikatoren werden landes- und bundesweit ausgewertet und den Krankenhäusern zurückgespiegelt. Bei rechnerischen Auffälligkeiten wird ein sogenannter Strukturierter Dialog durchgeführt, um ggf. qualitative Defizite zu identifizieren und Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität einzuleiten.

---

<sup>43</sup> Vgl. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG): Qualitätsreport 2017, S. 204–18, [https://iqtig.org/downloads/.../2017/IQTIG\\_Qualitaetsreport-2017\\_2018\\_09\\_21.pdf](https://iqtig.org/downloads/.../2017/IQTIG_Qualitaetsreport-2017_2018_09_21.pdf) (Abruf am 13.06.2019).



Die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung werden seit 2001 jährlich bundesweit anonymisiert und einrichtungsübergreifend zusammengefasst und in einem Qualitätsreport veröffentlicht. Seit dem Berichtsjahr 2012 enthält der jährlich erscheinende Qualitätsreport ein Kapitel zu nosokomialen Infektionen. Im Qualitätsreport 2017<sup>44</sup> wurden 12 Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen<sup>45</sup> in dem entsprechenden Kapitel analysiert und im Vergleich zum Erfassungsjahr 2015 und 2016 dargestellt. Aufgrund umfassender Anpassungen in den Qualitätssicherungsverfahren ab dem Erfassungsjahr 2015 ist ein Vergleich mit Werten der Jahre vor 2015 nur eingeschränkt möglich. Die Ergebnisse der Indikatoren und Kennzahlen mit Bezug zu nosokomialen Infektionen sind im Vergleich zu 2015 und 2016 weitgehend stabil und innerhalb der vorgesehenen Referenzbereiche. Lediglich das Ergebnis für den Indikator „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ hat sich im Vergleich zum Vorjahr signifikant verbessert, wohingegen sich die Kennzahl „Sepsis bei Implantation eines totalen Kunstherzens“ im Vergleich zum Vorjahr signifikant verschlechtert hat. Neben den Qualitätsindikatoren wurden auch einzelne Datenfelder<sup>46</sup> aus verschiedenen Leistungsbereichen mit direktem Bezug zur Krankenhaushygiene bundesweit ausgewertet. Einrichtungsbezogen sind im Teil C der Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2017 alle 12 Qualitätsindikatoren mit einem Bezug zur Hygiene im Krankenhaus zu veröffentlichen (vgl. Anlage 30).

### 5.3 Entwicklung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

Der G-BA hat 2010 die Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) beschlossen, um Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung hinsichtlich der Qualitätssicherung zu überwinden. Das AQUA-Institut (§ 137a SGB V a. F.) wurde mit der Entwicklung zweier sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren „Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen“ und „Vermeidung von Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen“ beauftragt, die auf die Vermeidung von nosokomialen Infektionen abzielen.

Im Abschlussbericht des Qualitätssicherungsverfahrens zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen wurden von einem entsprechenden Expertenpanel für den stationären Bereich fünf Indikatoren und für den ambulanten Bereich drei Indikatoren vorgeschlagen.<sup>47</sup> Diese spiegeln

---

<sup>44</sup> Vgl. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG): Qualitätsreport 2017, S. 204–18, [https://iqtig.org/downloads/.../2017/IQTIG\\_Qualitaetsreport-2017\\_2018\\_09\\_21.pdf](https://iqtig.org/downloads/.../2017/IQTIG_Qualitaetsreport-2017_2018_09_21.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>45</sup> Bei Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung, für die kein Referenzbereich definiert wurde, handelt es sich nach methodischem Verständnis des IQTIG lediglich um eine Kennzahl, da ohne Referenzbereich eine qualitative Bewertung des Ergebnisses des Krankenhauses nicht möglich ist.

<sup>46</sup> Datenfelder bilden primär nicht die Grundlage eines spezifischen Indikators, sondern gehen u. a. in die Berechnung zusammenfassender Indikatoren als Teil einer Summe ein.

<sup>47</sup> Vgl. AQUA-Institut: Abschlussbericht des AQUA-Instituts zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (Stand: 28.06.2013), S. 137, [https://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/Abschlussbericht\\_Vermeidung\\_nosokomialer\\_Infektionen\\_Postoperative\\_Wundinfektionen.pdf](https://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/Abschlussbericht_Vermeidung_nosokomialer_Infektionen_Postoperative_Wundinfektionen.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

neben der Prozessqualität (Händedesinfektionsmittelverbrauch) vor allem die Ergebnisqualität (z. B. nosokomiale, postoperative Wundinfektion) wider. Darüber hinaus wurde für den stationären und ambulanten Bereich jeweils ein Summen-Index für Hygiene- und Infektionsmanagement sowie Indikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch entwickelt.

Im Rahmen des Verfahrens zur Vermeidung Gefäßkatheter-assoziiierter Infektionen wurden im entsprechenden Abschlussbericht letztendlich 22 Indikatoren als relevant, praktikabel und unter derzeitigen Rahmenbedingungen umsetzbar konsentiert.<sup>48</sup> Elf dieser 22 Indikatoren reflektieren die Ergebnisqualität. Des Weiteren umfasst das Indikatorenset Prozessindikatoren zur Indikation, zur Blutkulturdiagnostik und zu allgemeinen und spezifischen Hygienemaßnahmen.

Die Entwicklungsphase der beiden Qualitätssicherungsverfahren zur Vermeidung nosokomialer Infektionen ist abgeschlossen und die entsprechenden Abschlussberichte wurden 2012 bzw. 2013 veröffentlicht. Im Anschluss erfolgten die Prüfung der technischen Umsetzung (z. B. der Funktionsfähigkeit des Erhebungsinstrumentes Krankenkassen-Sozialdaten) und die Erprobung des jeweiligen Qualitätssicherungsverfahrens (Machbarkeitsprüfung) durch das AQUA-Institut.

Bei der Machbarkeitsprüfung im Rahmen des Verfahrens zur Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen<sup>49</sup> zeigten sich keine Implementierungshindernisse, ein vertretbarer Aufwand und insgesamt eine gute Akzeptanz des Verfahrens. Mit Beschluss vom 17.12.2015 wurde die Qesü-RL um dieses Qualitätssicherungsverfahren ergänzt.<sup>50</sup> Dieses umfasst die Instrumente der fallbezogenen Dokumentation beim Leistungserbringer, die Auswertung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine jahresbezogene Einrichtungsbefragung in Krankenhäusern und ambulant operierenden Arztpraxen.

---

<sup>48</sup> Vgl. AQUA-Institut: Abschlussbericht des AQUA-Instituts zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (Stand: 20.12.2012), S. 14, [https://sqq.de/downloads/Entwicklung/...Infektionen/Abschlussbericht\\_ZVK.pdf](https://sqq.de/downloads/Entwicklung/...Infektionen/Abschlussbericht_ZVK.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>49</sup> Vgl. AQUA-Institut: Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen, Erweiterte Machbarkeitsprüfung (Stand: 10.03.2015), [https://sqq.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/Nosl\\_WI\\_MP\\_Bericht\\_V02.pdf](https://sqq.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/Nosl_WI_MP_Bericht_V02.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>50</sup> Vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung in Teil 2 (Stand: 17.12.2015), [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2433/2015-12-17\\_Qesue-RL\\_Aenderung-Teil-2-Themenspez-Bestimm-QS-WI.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2433/2015-12-17_Qesue-RL_Aenderung-Teil-2-Themenspez-Bestimm-QS-WI.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

## 6. Andere Maßnahmen zu Hygiene und Infektionsprävention

### 6.1 Spezielle Leistungen im ambulanten Bereich zur Prävention und Bekämpfung von MRSA

Neben der Förderung des Hygienepersonals in Krankenhäusern spielen andere Versorgungsbereiche innerhalb und außerhalb des Krankenhauses eine bedeutende Rolle bei der Prävention und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen. Bedeutsam sind vor allem die Maßnahmen in der ambulanten Versorgung zur Prävention und Bekämpfung der Weiterverbreitung von antibiotikaresistenten Erregern, insbesondere MRSA. Im Folgenden werden zudem Maßnahmen zur Förderung einer rationalen Antibiotika-Verordnungspraxis vorgestellt, welche für die Prävention der weiteren Ausbreitung von MRE von wesentlicher Bedeutung sind.

#### **Einführung und Entwicklung von vertragsärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA**

Der Bewertungsausschuss Ärzte hat am 14.12.2011 im Gefolge der Novellierung des IfSG eine vertragsärztliche Vergütungsvereinbarung gemäß § 87 Abs. 2a S. 3 SGB V für die diagnostische Untersuchung von Risikopatienten und die ambulante Sanierung von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten beschlossen.<sup>51</sup> Aufgrund der zweijährigen Befristung vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014 wurden die Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA zunächst nicht direkt in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen, sondern als Sonderabrechnungsziffern in einer eigenen Vergütungsvereinbarung geführt. Da sich in diesem Zeitraum die Leistungen zur ambulanten MRSA-Diagnostik und -Sanierung im vertragsärztlichen Bereich etabliert haben, wurden diese durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses unbefristet in einen eigenen Abschnitt 30.12 „Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA“ des EBM mit Wirkung zum 01.04.2014 überführt.<sup>52</sup> Die Vergütung dieses Leistungsbereichs erfolgt derzeit extrabudgetär und beinhaltet damit die Möglichkeit der Leistungserbringung und -abrechnung ohne Mengengrenzung, wobei perspektivisch eine Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zu prüfen ist. Mit Wirkung zum 01.07.2017 erfolgte eine Anpassung der Definition eines MRSA-Risikopatienten in Abschnitt 30.12 des EBM in Anleh-

---

<sup>51</sup> Vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 S. 1 SGB V in seiner 275. Sitzung (Stand: 01.07.2012), [https://institut-ba.de/ba/baeschluesse/2012-03-30\\_ba275\\_2.pdf](https://institut-ba.de/ba/baeschluesse/2012-03-30_ba275_2.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>52</sup> Vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, [https://institut-ba.de/ba/baeschluesse/2014-03-25\\_ba323\\_2.pdf](https://institut-ba.de/ba/baeschluesse/2014-03-25_ba323_2.pdf) (Abruf am 13.06.2019) sowie die Entscheidungserheblichen Gründe zum Beschluss, [https://institut-ba.de/ba/baeschluesse/2014-03-25\\_ba323\\_eeg\\_2.pdf](https://institut-ba.de/ba/baeschluesse/2014-03-25_ba323_eeg_2.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

nung an die aktualisierten „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“<sup>53</sup> der KRINKO.<sup>54</sup>

Die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen zur ambulanten MRSA-Diagnostik und -Sanierung wurden zunächst in dem Anhang zum Abschnitt 30.12 des EBM geregelt. Mit Wirkung zum 01.07.2016 wurde dieser Anhang in eine Qualitätssicherungsvereinbarung<sup>55</sup> überführt (gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) und damit in die Anlage 3 des Bundesmantelvertrages aufgenommen. Gemäß dieser Vereinbarung ist von den teilnehmenden Ärzten der Nachweis über eine Zusatzweiterbildung im Bereich Infektiologie und/oder der Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Fortbildungsseminar zu erbringen. Eine weitere Voraussetzung zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen zur ambulanten MRSA-Diagnostik und -Sanierung ist je nach regionalen Gegebenheiten die Mitwirkung des Arztes in einem sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk (vgl. Abschnitt 6.3) oder die Inanspruchnahme einer entsprechenden Beratung durch geeignete Stellen.

### **Änderung der Anlage der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: MRSA-Eradikationstherapie**

Der G-BA hat mit einem Beschluss vom 23.01.2014 zur Änderung der Anlage der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) die Voraussetzung dafür geschaffen, dass die MRSA-Sanierungsbehandlung in der häuslichen Krankenpflege künftig eine GKV-Leistung ist.<sup>56</sup> Diese Regelung knüpft u. a. an die zuvor beschriebene Regelung zur Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-Trägern gemäß § 87 Abs. 2a S. 3 SGB V an. Gemäß Nummer 26a des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie umfassen die Maßnahmen je nach ärztlichem Sanierungsplan z. B. die antiseptische Behandlung der Nase, des Mund- und Rachenraumes oder der Haut. Diese Maßnahmen können grundsätzlich bei MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose und bestimmten Risikofaktoren zur Anwendung

---

<sup>53</sup> Vgl. 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 (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2014, 57 (6), S. 696–732.

<sup>54</sup> Vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-06-21\\_ba397\\_5.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-06-21_ba397_5.pdf) (Abruf am 13.06.2019) sowie die Entscheidungserheblichen Gründe zum Beschluss, [https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-06-21\\_ba397\\_eeg\\_5.pdf](https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-06-21_ba397_eeg_5.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>55</sup> Vgl. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA), [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/aerztliche\\_versorgung/qualitaetssicherung/qualitaetssicherung\\_1/qs\\_sonstige\\_vereinbarungen/BMV-Ae\\_Anlage\\_3\\_MRSA\\_2016-07-01.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/qualitaetssicherung/qualitaetssicherung_1/qs_sonstige_vereinbarungen/BMV-Ae_Anlage_3_MRSA_2016-07-01.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>56</sup> Vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: MRSA-Eradikationstherapie (Stand: 23.01.2014), [www.g-ba.de/downloads/39-261-1920/2014-01-23\\_HKP-RL-MRSA-Eradikationstherapie\\_Banz.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1920/2014-01-23_HKP-RL-MRSA-Eradikationstherapie_Banz.pdf) sowie die Tragenden Gründe zum Beschluss (Stand: 23.01.2014), [www.g-ba.de/downloads/40-268-2675/2014-01-23\\_HKP-RL-MRSA-Eradikationstherapie\\_TrG.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/40-268-2675/2014-01-23_HKP-RL-MRSA-Eradikationstherapie_TrG.pdf) (Abruf am 13.06.2019).

kommen. Die Maßnahmen sind verordnungsfähig im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von MRSA-Trägern.

## **6.2 Prävention der Weiterverbreitung von MRSA in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen**

Die Kolonisation bzw. Infektion von Patienten mit MRE, insbesondere MRSA, ist nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen verbreitet. Sofern in Rehabilitationseinrichtungen vergleichbare medizinische Leistungen wie in Krankenhäusern durchgeführt werden, ist von diesen Einrichtungen ebenfalls sicherzustellen, dass die erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und eine Weiterverbreitung zu vermeiden (§ 23 IfSG).

2014 hat die KRINKO zusätzlich aktualisierte „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“<sup>57</sup> veröffentlicht. Hierbei wird zusätzlich explizit auf den Umgang mit MRSA außerhalb des Krankenhauses eingegangen, z. B. in Rehabilitationseinrichtungen. So ist in Rehabilitationseinrichtungen beispielsweise nicht immer zwingend eine strikte Isolierung des MRSA-Patienten notwendig. Stattdessen sind die erforderlichen Hygienemaßnahmen einschließlich der räumlichen Unterbringung des Patienten vom Risikoprofil der Einrichtung abhängig (z. B. MRSA-Prävalenz in der Einrichtung, Anzahl der Patienten mit MRSA-Risikofaktoren, Anzahl von Prozessen pro Patient und Tag, welche eine MRSA-Übertragung begünstigen). Dabei lassen sich zwei Kategorien von Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden: Einrichtungen, deren Risikoprofil dem eines Krankenhauses entspricht (hier wird eine Isolierung von Patienten empfohlen)<sup>58</sup>, und Einrichtungen, deren Risikoprofil dem eines Pflegeheimes entspricht (hierfür wird keine zwingende Isolierung empfohlen)<sup>59</sup>. Durch die geänderten Empfehlungen der KRINKO soll der Zugang von MRSA-besiedelten Patienten in die stationäre Rehabilitation vereinfacht werden.

Im Bereich der Pflege werden von der KRINKO neben den bereits erwähnten Empfehlungen zum Umgang mit MRE bzw. MRSA (z. B. keine zwingende Unterbringung im Einzelzimmer) u. a.

---

<sup>57</sup> Vgl. 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 (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2014, 57 (6), S. 696–732.

<sup>58</sup> Dto.

<sup>59</sup> Vgl. KRINKO-Empfehlung: Infektionsprävention in Heimen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2005, 48 (9), S. 1061–80.

gezielte Maßnahmen zur Prävention von spezifischen nosokomialen Infektionen sowie Empfehlungen zur Mundhygiene beschrieben.<sup>60</sup> Die spezifischen Empfehlungen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen betreffen die Prävention von Harnwegsinfektionen, Bakteriämie und Sepsis, Atemwegsinfektionen, Haut- und Weichteilinfektionen (z. B. Dekubitus) und gastrointestinalen Infektionen (z. B. bei Sondenernährung).

Bezüglich des Umgangs mit besonderen Erregern sind die Einrichtungen des Gesundheitswesens nach dem IfSG (hier vor allem § 23 Abs. 8 Nr. 10) verpflichtet, die Kolonisation oder Infektion des Patienten mit derartigen Erregern (z. B. MRSA) an die nachfolgende Einrichtung zu melden im Falle der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten.

### 6.3 Sektorübergreifende Ansätze zur Bekämpfung multiresistenter Erreger

In den vergangenen Jahren wurden in der gesamten Bundesrepublik über 100 Netzwerke gegründet mit dem Ziel der Bekämpfung von MRSA bzw. weiteren MRE.<sup>61</sup> Eines der bekanntesten Beispiele und sozusagen die Geburtsstunde solcher Netzwerke ist das MRSA-net<sup>62</sup>, welches bereits 2005 in der deutsch-niederländischen Grenzregion (Münsterland/Twente) ins Leben gerufen wurde. Regelmäßig treffen sich die Netzwerkmoderatoren zum Erfahrungsaustausch. Seit dem Jahr 2004 haben insgesamt sechs Treffen dieser Art unter der Koordination des RKI stattgefunden.<sup>63</sup> Die Aktivitäten der Netzwerke wurden dabei über MRSA hinausgehend auf weitere MRE erweitert, um der wachsenden Bedeutung dieser Erreger Rechnung zu tragen. Konkret betrifft dies die multiresistenten gramnegativen Erreger (MRGN), Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) und die mit einer Antibiotikagabe assoziierte Clostridium-difficile-Infektion (CDI).<sup>64</sup>

So ist zwar der MRSA-Anteil an nosokomialen Staphylococcus aureus-Infektionen seit Jahren rückläufig<sup>65, 66, 67</sup>, die Anzahl multiresistenter Stämme unter den gramnegativen Stäbchenbakterien (MRGN), z. B. bei den Escherichia coli-Erregern, nimmt jedoch zu. Besonders kritisch ist

---

<sup>60</sup> Vgl. KRINKO-Empfehlung: Infektionsprävention in Heimen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2005, 48 (9), S. 1061–80.

<sup>61</sup> Vgl. Internetauftritt des RKI: Regionale MRE-Netzwerke, [http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_node.html?jsessionid=A297EBC120EFFF5A09191C47B1D698DD.2\\_cid363](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html?jsessionid=A297EBC120EFFF5A09191C47B1D698DD.2_cid363) (Abruf am: 13.06.2019).

<sup>62</sup> Vgl. Internetauftritt des Netzwerkes MRSA.net, <https://mrsa-net.nl/de/> (Abruf am: 13.06.2019).

<sup>63</sup> Vgl. Internetauftritt des RKI: Treffen der Netzwerk-Moderatoren: <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Moderatorentreffen/Moderatorentreffen.html> (Abruf am: 13.06.2019).

<sup>64</sup> Vgl. Stolaroff-Pépin, A., Arvand, M., Mielke, M.: Bericht zum Treffen der Moderatoren der regionalen MRE-Netzwerke am Robert Koch-Institut, in: Epidemiologisches Bulletin, 41/2017, S. 465–70.

<sup>65</sup> Vgl. Meyer, E., Schröder, C., Gastmeier, P., Geffers, C.: Rückgang von nosokomialen MRSA-Infektionen in Deutschland: Analyse aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) der Jahre 2007–2012, in: Deutsches Ärzteblatt Int., 2014, 111 (19), S. 331–6.

<sup>66</sup> Vgl. RKI: Eigenschaften, Häufigkeit und Verbreitung von MRSA in Deutschland – Update 2013/2014, in: Epidemiologisches Bulletin, 31/2015, S. 303–8.

<sup>67</sup> Vgl. Layer, F., Strommenger, B., Cuny, C., Noll, I., Abu Sin, M., Eckmanns, T., Werner, G.: Eigenschaften, Häufigkeit und Verbreitung von MRSA in Deutschland – Update 2015/2016, in: Epidemiologisches Bulletin 5/2018, S. 57–62.

dabei der Anstieg an 4MRGN (z. B. *Acinetobacter baumannii*)<sup>68, 69</sup>, welche eine Resistenz gegenüber allen vier klinisch relevanten Antibiotikagruppen aufweisen.

Um die weitere Ausbreitung dieser besonders gefährlichen Erreger zu vermeiden, wurde Ende 2014 ein Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN im § 64c SGB V gesetzlich verankert. Darin ist festgehalten, dass die im § 115 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Vertragspartner gemeinsam und einheitlich im Einvernehmen mit dem RKI die Durchführung eines Modellvorhabens vereinbaren, um Erkenntnisse zur Effektivität und zum Aufwand eines Screenings auf 4MRGN im Vorfeld eines planbaren Krankenhausaufenthaltes zu gewinnen. Das Modellvorhaben ist auf Risikopersonen nach Maßgabe der KRINKO-Empfehlungen<sup>70, 71</sup> auszurichten und soll in mindestens einer Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt werden. Ein Modellvorhaben wurde im Jahr 2014 in Hamburg vereinbart.<sup>72</sup>

#### 6.4 Förderung eines rationalen Antibiotikaeinsatzes

Zur Prävention der weiteren Ausbreitung von MRE sollte primär der unkritische Umgang mit Antibiotika angegangen werden. Das ABS-Programm<sup>73</sup> ist dabei das bekannteste nationale Projekt zur Förderung der rationalen Antibiotikatherapie. Hierbei handelt es sich um eine Fortbildungsinitiative mit Expertennetzwerk mit dem Ziel der Verbesserung und Sicherstellung einer rationalen Antiinfektiva-Verordnungspraxis. Im Rahmen des ABS-Programms wurde auch die S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ erarbeitet und Ende 2013 veröffentlicht.<sup>74</sup>

Im IfSG ist festgehalten, dass Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren fortlaufend Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs aufzuzeichnen, zu bewerten und ggf. erforderliche Anpassungen des Antibiotikagebrauchs dem Personal mitzuteilen haben (§ 23 Abs. 4 S. 2 IfSG) sowie auf Verlangen dem zuständigen Gesundheitsamt Einsicht in die Aufzeichnungen gewähren müssen (§ 23 Abs. 4 S. 5 IfSG). Mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten wurden auch

---

<sup>68</sup> Vgl. König, R.: Abschied vom Händeschütteln sowie Im Kampf gegen die Erreger, in: kma Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, August 2014, 19 (8): 52–9.

<sup>69</sup> Vgl. Stolaroff-Pépin, A., Arvand, M., Mielke, M.: Bericht zum Treffen der Moderatoren der regionalen MRE-Netzwerke am Robert Koch-Institut, in: Epidemiologisches Bulletin 41/2017, S. 465–70.

<sup>70</sup> Vgl. KRINKO-Empfehlung, Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2012, 55 (10), S. 1311–54.

<sup>71</sup> Vgl. RKI, Ergänzung zu den "Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen" (2012) im Rahmen der Anpassung an die epidemiologische Situation, in: Epidemiologisches Bulletin 21/2014.

<sup>72</sup> Vgl. MDK-Forum 1/2014: S. 16–7.

<sup>73</sup> Vgl. Internetauftritt der ABS-Initiative, [www.antibiotic-stewardship.de](http://www.antibiotic-stewardship.de) (Abruf am 13.06.2019).

<sup>74</sup> Vgl. AWMF: S3-Leitlinie Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus (Erstveröffentlichung: 12/2013; Überarbeitung: 01/2019), [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/092-001I\\_S3\\_Strategien-zur-Sicherung-rationaler-Antibiotika-Anwendung-im-Krankenhaus\\_2019-04.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-001I_S3_Strategien-zur-Sicherung-rationaler-Antibiotika-Anwendung-im-Krankenhaus_2019-04.pdf), (Abruf am 17.06.2019).

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, in diesem Abschnitt des IfSG umfasst. Daten zum durchschnittlichen Antibiotikaverbrauch in bundesweiten Stichproben von Krankenhäusern sind beispielsweise dem GERMAP-Bericht<sup>75</sup> sowie dem auf der Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance (AVS) beruhenden Antiinfektiva-Report des RKI<sup>76</sup> zu entnehmen.

Im Rahmen der Deutschen Antibiotikaresistenzstrategie 2020 (DART 2020)<sup>77</sup> wurde festgestellt, dass der größte Teil der Antibiotikaverordnungen auf den ambulanten Bereich entfällt. Auch wenn in Deutschland der ambulante Antibiotikaverbrauch seit 2007 insgesamt stabil ist, wächst der Anteil der Reserve- und Breitspektrum-Antibiotika am Gesamtverbrauch. Da eine enge Beziehung zwischen nationalen Resistenzraten und ambulanten Verbrauch besteht, sind eine kritische Indikationsstellung und der indikationsgerechte Einsatz im ambulanten Bereich von großer Bedeutung. Die DART 2020-Strategie sieht daher den weiteren Ausbau der AVS im ambulanten Bereich (vergleichbar mit der AVS im stationären Bereich) vor, um auf nationaler Ebene die Grundlage für Interventionsmaßnahmen zu bilden. Daneben wurde zur Erkennung der Resistenzentwicklung auch die laborbasierte Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) vom RKI kontinuierlich weiterentwickelt. Durch die Teilnahme weiterer Labore stieg auch der Anteil der Versorgungseinrichtungen, die durch die Surveillance erfasst werden; sie lag 2016 bei rund 23 % der Allgemeinkrankenhäuser sowie bei 17 Arztpraxen/100.000 Einwohner.<sup>78</sup>

Der hohe Antibiotikaverbrauch in der Veterinärmedizin wird zunehmend zu einem Problem. Da eine Übertragung resistenter Bakterien zwischen Tier und Mensch möglich ist, sollten Bemühungen zur Förderung einer rationalen Antibiotika-Verordnungspraxis sowohl die Humanmedizin als auch die Veterinärmedizin einbeziehen („One-Health“-Ansatz). Daher werden im GERMAP-Bericht Antibiotikaverbrauchs- und -resistenzdaten in beiden Bereichen erfasst. Sektorübergreifende Maßnahmen werden zudem in der DART-Strategie adressiert. In der aktualisierten DART-Strategie 2020 wird beispielsweise die Förderung von Forschungsvorhaben zu Zoonosen geplant. Des Weiteren wurde im Bereich Veterinärmedizin/Landwirtschaft mit der 16. Novelle des Arzneimittelgesetzes (16. AMGÄndG) ein Benchmarking-System mit bundes-

---

<sup>75</sup> Vgl. Internetauftritt der Paul-Ehrlich-Gemeinschaft für Chemotherapie e. V., [www.p-e-g.org/econtext/germap](http://www.p-e-g.org/econtext/germap) (Abruf am 17.06.2019); Bericht erstmalig 2008 veröffentlicht, letzte Aktualisierung aus dem Jahr 2015.

<sup>76</sup> Vgl. Internetauftritt des RKI: AVS, <https://avs.rki.de/Content/ReferenceData/AIReport.aspx> (Abruf am 17.06.2019).

<sup>77</sup> Vgl. Internetauftritt des BMG: Die Bundesregierung (Hrsg.): DART 2020 – Antibiotikaresistenzen bekämpfen zum Wohl von Mensch und Tier (1. Auflage, Stand: Mai 2015), [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/D/DART\\_2020/BMG\\_DART\\_2020\\_Bericht\\_dt.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/DART_2020/BMG_DART_2020_Bericht_dt.pdf) (Abruf am 17.06.2019).

<sup>78</sup> Vgl. Internetauftritt des BMG: Die Bundesregierung (Hrsg.): DART 2020, 3. Zwischenbericht 2018 (Stand: April 2018), [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/D/DART\\_2020/BMG\\_DART2020\\_3-Zwischenbericht\\_2018\\_DT.PDF](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/DART_2020/BMG_DART2020_3-Zwischenbericht_2018_DT.PDF) (Abruf am 17.06.2019).



weiter Ermittlung von Kennzahlen zur Häufigkeit der Antibiotikatherapie bei Masttieren eingeführt.<sup>79</sup> Ein wichtiger Schritt zur Förderung eines rationalen Antibiotikaeinsatzes in der Landwirtschaft auf internationaler Ebene konnte auf dem G20-Treffen der Agrarminister im Januar 2017 erreicht werden. Dort gehörte die Problematik der Antibiotikaresistenzen zu den drei prioritären Beratungsthemen. Der verantwortliche Umgang mit Antibiotika in der Landwirtschaft wurde als gemeinsames Ziel hervorgehoben und konkret eine Verschreibungspflicht für den Antibiotikaeinsatz bei Tieren sowie der „Ausstieg aus dem Einsatz von Antibiotika zur Wachstumsförderung bei Lebensmittel liefernden Tieren bis 2020“<sup>80</sup> vereinbart. Im Herbst 2017 vorgelegte Daten des Bundesamtes für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) belegen einen positiven Trend: Demnach hat sich die in Deutschland an die Tiermedizin abgegebene Antibiotikamenge im Zeitraum 2011 bis 2016 mehr als halbiert.<sup>81</sup>

Eine Reihe von Maßnahmen des 10-Punkte-Plans der Bundesregierung zur Bekämpfung resistenter Erreger<sup>82</sup> zielt auf die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen ab. Hierzu gehört u. a., die Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika zu ermöglichen. Diese Zielsetzung fand Eingang in den Pharmadialog, der unter Beteiligung von Vertretern aus Wissenschaft, Industrie, Gewerkschaft, der Bundesregierung und der pharmazeutischen Verbände stattfindet und in dem die Rahmenbedingungen für die Arzneimittelversorgung in Deutschland diskutiert werden. Um Forschungs- und Entwicklungsprozesse zielgerichtet entsprechend den tatsächlichen Bedarfen zu gestalten, wurde beispielsweise die Erstellung einer Liste verabredet, auf der die weltweit wichtigsten bakteriellen Erreger und Resistenzen zusammengetragen werden sollen (List of threat organisms).<sup>83</sup> Eine Liste der bedeutsamsten resistenten Erreger innerhalb der USA wird derzeit von der World Health Organisation (WHO) veröffentlicht.<sup>84</sup> Das BMG fördert

---

<sup>79</sup> Vgl. Internetauftritt des BMG: Die Bundesregierung (Hrsg.): DART 2020 – Antibiotikaresistenzen bekämpfen zum Wohl von Mensch und Tier (1. Auflage, Stand: Mai 2015), [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/D/DART\\_2020/BMG\\_DART\\_2020\\_Bericht\\_dt.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/DART_2020/BMG_DART_2020_Bericht_dt.pdf) (Abruf am 17.06.2019).

<sup>80</sup> Vgl. Internetauftritt der Bundesregierung: G20 Agrarminister Aktionsplan 2017, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/324756/6d183a701f74354c879ec7d45c38a6e6/2017-01-22-g20-agrarminister-aktionsplan-deu-data.pdf?download=1> (Abruf am 17.06.2019).

<sup>81</sup> Vgl. Internetauftritt der Ärzte Zeitung online (Stand: 15.09.2017), <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/article/943195/bundesamt-verbraucherschutz-erneut-weniger-antibiotika-tieraerzte-abgegeben.html> (Abruf am 17.06.2019).

<sup>82</sup> Vgl. Internetauftritt des BMG: 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger (Stand: 25.03.2015), <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html> (Abruf am 17.06.2019).

<sup>83</sup> Vgl. Internetauftritt des BMG: BMG, BMWi, BMBF (Hrsg.): Bericht zu den Ergebnissen des Pharmadialogs (Stand: 12.06.2016), S. 20, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/P/Pharmadialog/Pharmadialog\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pharmadialog/Pharmadialog_Abschlussbericht.pdf) (Abruf am 17.06.2019).

<sup>84</sup> Vgl. Internetauftritt der WHO: <https://www.who.int/news-room/detail/27-02-2017-who-publishes-list-of-bacteria-for-which-new-antibiotics-are-urgently-needed> (Abruf am 17.06.2019).

zudem die versorgungsnahe Forschung zu nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen im Rahmen der Ressortforschung.<sup>85</sup>

Zudem identifizierte Deutschland anlässlich seiner G7-Präsidentschaft die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen als gemeinsame Aufgabe der internationalen Gemeinschaft. Auf dem Gesundheitsministertreffen am 08./09.10.2015 in Berlin beschlossen die G7-Gesundheitsminister wesentliche Maßnahmen zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen, die in der „Berliner Erklärung zu Antibiotikaresistenzen“ festgehalten wurden.<sup>86</sup> Hierzu zählen u. a. die Verbesserung von Infektionsprävention und -bekämpfung, die Bewahrung der Wirksamkeit vorhandener und künftiger Antibiotika sowie entsprechende Forschungsanstrengungen. So führt die Bundesregierung auch im Zuge der G20-Präsidentschaft im Jahr 2017 die begonnenen Maßnahmen fort und thematisierte die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen als ein Schwerpunktthema auf dem Treffen der Gesundheitsminister am 19./20.05.2017 in Berlin. In der dort beschlossenen „Berliner Erklärung der G20 Gesundheitsministerinnen und -minister“<sup>87</sup> verabredeten die Teilnehmer eine erste Fachkonferenz für öffentliche Gesundheit und Tiergesundheit, die im Herbst 2017 in Berlin ausgetragen wurde.<sup>88</sup> Zentral war der Austausch der G20-Experten dazu, inwiefern die Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen begrenzt sowie die Wirksamkeit von Antibiotika erhalten werden kann. Weiterhin vereinbarten die Teilnehmer, die Umsetzung Nationaler Antibiotika-Aktionspläne bis Ende 2018 auf den Weg zu bringen.

---

<sup>85</sup> Vgl. Öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Rahmen der Ressortforschung zum Thema „Antibiotika-Resistenz und nosokomiale Infektionen“, veröffentlicht am 14.01.2016, [http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Re-sources/a\\_dokumente/gesundheitsforschung/160114\\_BK\\_ANNIE\\_BMG\\_final.pdf](http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Re-sources/a_dokumente/gesundheitsforschung/160114_BK_ANNIE_BMG_final.pdf) (Abruf am 17.06.2019).

<sup>86</sup> Vgl. BMG: Erklärung der G7-Gesundheitsministerinnen und -minister vom 8.-9. Oktober 2015 in Berlin, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/G/G7/G7\\_Gesundheitsminister\\_Erklaerung\\_AMR\\_Ebola\\_DE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/G7/G7_Gesundheitsminister_Erklaerung_AMR_Ebola_DE.pdf) (Abruf am 17.06.2019).

<sup>87</sup> Vgl. Internetauftritt des BMG: Berliner Erklärung der G20 Gesundheitsministerinnen und -minister vom 19.-20. Mai 2017, S. 8, [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/G/G20-Gesundheitsministertreffen/Berliner\\_Er-klaerung\\_der\\_G20\\_Gesundheitsminister\\_20-05.2017.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/G20-Gesundheitsministertreffen/Berliner_Er-klaerung_der_G20_Gesundheitsminister_20-05.2017.pdf) (Abruf am 17.06.2019).

<sup>88</sup> Vgl. Internetauftritt der Bundesregierung: Expertentreffen der G20. Resistente Keime wirksam bekämpfen (Stand: 13. September 2017), <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2017/09/2017-09-13-g20-expertentreffen-antibiotika.html> (Abruf am 17.06.2019).

## **7. Fazit: Rege Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms auch im sechsten Förderjahr**

Der vorliegende Bericht basiert auf Daten aus den Budgetverhandlungen der Jahre 2013 bis 2018 zu der 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 2013 bis 2017 wurden Korrektur- und Nachmeldungen vorgenommen, sodass sich die Angaben zum Vereinbarungsgeschehen dieser Jahre im Vergleich zu den Vorberichten an einigen Stellen geändert haben (dies betrifft insbesondere die Förderjahre 2016 und 2017). Die vorliegenden Datenmeldungen belegen die weiterhin rege Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms durch die Krankenhäuser.

Im bisherigen Förderzeitraum haben 1.165 Krankenhäuser und somit etwa 78 % 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 oder aber pauschal einen vorläufigen Zuschlag abgerechnet. In den Jahren 2013 bis 2018 wurde diesen Krankenhäusern durch die GKV insgesamt ein Finanzbetrag in Höhe von rund 429,8 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Damit bewegt sich die durch die GKV insgesamt bereitgestellte Finanzsumme, wie auch in den letzten Berichten festgestellt, über den Erwartungen (325,3 Mio. Euro inkl. 54 Mio. Euro des zweiten Förderpakets). Auch für das Förderjahr 2018 übersteigt das insgesamt in Anspruch genommene Finanzvolumen (81,0 Mio. Euro) die Prognose (75,5 Mio. Euro). Der Schwerpunkt der Inanspruchnahme liegt dabei auf der Schaffung neuer oder der Aufstockung bestehender Hygienepersonalstellen, während im Bereich der Fort- und Weiterbildung deutlich weniger Mittel vereinbart wurden als angenommen. Dieser Trend zeigt sich auch in der Verteilung der insgesamt im Zeitraum 2013 bis 2018 vereinbarten Beträge: Während diese für Neueinstellungen, interne Besetzung und Aufstockung von Hygienepersonalstellen (306,3 Mio. Euro) die Vorausschätzung (184,9 Mio. Euro) übersteigen, wurden bislang nur etwa zwei Drittel der erwarteten Beträge für Fort- und Weiterbildung (74,4 Mio. Euro) in Anspruch genommen (48,2 Mio. Euro). Auf die Inanspruchnahme externer Beratungsleistungen entfällt ein Finanzierungsanteil von etwa 25,0 Mio. Euro, während undifferenziert vereinbarte Beträge rund 50,4 Mio. Euro ausmachen.

Bezogen auf die für die gesamte Programmdauer (bis zum Jahr 2020) veranschlagten zusätzlichen Mittel von 365 Mio. Euro des ersten Förderpakets sowie die weiteren 102 Mio. Euro des

zweiten Förderpakets ist damit eine Quote von ca. 92 % erreicht. Gemessen am prognostizierten Programmverlauf zeigt sich nach einem zügigen Programmeinstieg in den Jahren ab 2013 eine weiterhin leicht steigende Inanspruchnahme des Programms.

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 2016 vereinbarten Förderung bislang zusätzliche Vollkraftstellen für 554 Hygienefachkräfte und 1.233 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 2017 vereinbarten Finanzbeträge (348,8 Mio. Euro) liegen aktuell Bestätigungen von Jahresabschlussprüfern vor (158,7 Mio. Euro). Zählt man die unbestätigten Beträge hinzu, erhöhen sich diese Angaben entsprechend etwas auf 187,6 Mio. Euro. Dennoch sind Istdaten für die ersten Förderjahre bislang noch nicht vollständig verfügbar, sodass es sich hierbei zunächst um vorläufige Bewertungen handelt.

Es kann derzeit noch 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. Erste allgemeine Beurteilungen wurden in diesem Bericht und in den Vorberichten bereits vorgenommen, wobei regelmäßige Anpassungen innerhalb der einzelnen Qualitätssicherungsverfahren und deren Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einzelner Erfassungsjahre über den Zeitverlauf zu berücksichtigen sind.

Nosokomiale Infektionen werden auch durch andere Faktoren beeinflusst. Für eine umfassende Förderung der Hygienequalität sind weitere Maßnahmen (z. B. MRSA-Netzwerke) und andere Sektoren (ambulante Versorgung, Pflege, Rehabilitation) sowie die Verbesserung des Einsatzes von Antiinfektiva im Krankenhaus, in der ambulanten Versorgung und auch in der Tiermedizin in die Betrachtung einzubeziehen.

## Anlagen

### Anlage 1 Regelungen auf Landesebene nach § 23 Abs. 8 IfSG

„(8) Die Landesregierungen haben bis zum 31. März 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. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über

1. die hygienischen Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
2. die Bestellung, die Aufgaben und die Zusammensetzung einer Hygienekommission,
3. die 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. die Strukturen und Methoden zur Erkennung und zur Erfassung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern 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**

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
<b>Baden-Württemberg</b>	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	✓
<b>Bayern</b>	Beratung durch Krankenhaushygieniker zu gewährleisten; 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 zu bestellen; Bedarf richtet sich nach Behandlungsspektrum und Risikoprofil	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
<b>Berlin</b>	Mitarbeit mindestens eines Krankenhaushygienikers sicherstellen; 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	✓

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm  
in den Jahren 2013 bis 2018 (§ 4 Abs. 9 S. 6 KHEntgG) vom 28.06.2019

Seite 71 von 116

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
<b>Brandenburg</b>	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; bei mehreren Fachabteilungen mit besonderem Risikoprofil soll je ein gesonderter Beauftragter pro Fachabteilung bestellt werden; KRINKO-Empfehlung verbindlicher Orientierungsmaßstab	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
<b>Bremen</b>	ab 400 Betten mindestens einen Hygieniker beschäftigen oder beauftragen; bei < 400 Betten Tätigkeitsumfang in Relation „aufgestellte Betten : 400“	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	keine Angabe	✓
<b>Hamburg</b>	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
<b>Hessen</b>	ab 400 Betten mindestens ein Hygieniker zu beschäftigen; bei < 400 Betten Beschäftigung oder Beauftragung möglich; Tätigkeitsumfang in Relation „aufgestellte Betten : 400“	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; pro Abteilung mit speziellem Infektionsrisiko Bestellung eines weiteren hygienebeauftragten Arztes	0,5 VK HFK/100 aufgestellte Betten; ab 600 Betten ein Hygieneingenieur in Vollzeit	keine Angabe	keine Angabe

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm  
in den Jahren 2013 bis 2018 (§ 4 Abs. 9 S. 6 KHEntgG) vom 28.06.2019

Seite 72 von 116

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	Gewährleistung der Beratung durch Krankenhaushygieniker; 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
<b>Niedersachsen</b>		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
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	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
<b>Rheinland-Pfalz</b>	ab > 400 Betten und mittlerem/hohem nosokomialen Infektionsrisiko mindestens ein Hygieniker in Vollzeit; i. Ü. Beratung durch einrichtungsangehörige oder externe Krankenhaushygieniker möglich	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachrichtungen mit hohem Risiko für nosokomiale Infektionen soll ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden; KRINKO-Empfehlung als Orientierungsmaßstab	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 2018 (§ 4 Abs. 9 S. 6 KHEntgG) vom 28.06.2019

Seite 73 von 116

	Krankenhaustygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
<b>Saarland</b>	ab > 400 Betten und mittlerem/hohem nosokomialen Infektionsrisiko mindestens ein Hygieniker in Vollzeit; i. Ü. Beratung durch einrichtungsangehörige oder externe Krankenhaushygieniker möglich	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; Einrichtungsangehörige oder externe Fachkräfte möglich	sollen in allen Stationen oder sonstigen Funktionsbereichen bestellt werden	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
<b>Sachsen</b>	ab > 400 Betten ein Hygieniker in Vollzeit; 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	✓
<b>Sachsen-Anhalt</b>	in Schwerpunkt- und universitärer Versorgung hauptamtlich zu beschäftigen; in den übrigen Krankenhäusern Beratung sicherzustellen; Beschäftigungs- und Beratungsumfang richtet sich nach Risikoprofil	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; bei mehreren Fachabteilungen ist für jede Fachabteilung ein hygienebeauftragter Arzt zu bestellen, wenn sich aus dem Risikoprofil ein besonderes Infektionsrisiko ableiten lässt	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	✓

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
<b>Schleswig-Holstein</b>	bei Schwerpunkt- und Maximalversorgung ein hauptamtlicher Hygieniker; sonst externe Beratung möglich; 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 mit besonderem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen soll für jede Fachabteilung ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden	sind in einer der Risikoeinstufung entsprechenden Anzahl zu beschäftigen; KRINKO-Empfehlung ist anzuwenden; Zusammen-schlüsse 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
<b>Thüringen</b>	ab 400 Betten mindestens ein Hygieniker zu beschäftigen; bei < 400 Betten auch Beauftragung möglich; Tätigkeitsumfang in Relation „aufgestellte Betten : 400“	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	✓

\* 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 Abs. 9 KHEntgG**

„(9) Die zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erforderliche personelle Ausstattung wird bei Einhaltung der Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf, die in der Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Bundesgesundheitsblatt 2009 S. 951 und Bundesgesundheitsblatt 2016 S. 1183) benannt werden, in den Jahren 2013 bis 2019 finanziell gefördert, soweit Satz 2 nicht Abweichendes bestimmt,

1. bei Neueinstellungen, interner Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von
  - a) Hygienefachkräften in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
  - b) 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,
  - c) 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 in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
  - d) hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
2. bei Fort- und Weiterbildungen
  - a) 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,
  - b) 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,
  - c) zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro,

- d) zur Ärztin oder zum Arzt und zur Krankenhausapothekerin oder zum Krankenhausapotheker mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,
  - e) zur hygienebeauftragten Ärztin oder zum hygienebeauftragten Arzt durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro und
  - f) zur Hygienefachkraft durch einen pauschalen Zuschuss von 10 000 Euro,
3. bei vertraglich vereinbarten externen 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;

Fort- und Weiterbildungen nach Nummer 2 lit. a bis c werden über das Jahr 2019 hinaus gefördert, wenn sie spätestens im Jahr 2019 beginnen, Beratungsleistungen nach Nummer 3 werden bis einschließlich zum Jahr 2023 gefördert. Abweichend von Satz 1 werden

1. unabhängig von den dort genannten Voraussetzungen in den Jahren 2016 bis 2019 außerdem finanziell gefördert
  - a) die in diesen Jahren begonnene Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie sowie Zusatzweiterbildung Infektiologie für Fachärztinnen und Fachärzte durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 30.000 Euro,
  - b) bei vertraglich vereinbarten externen Beratungsleistungen durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung Infektiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag,
2. Personalmaßnahmen nach Satz 1 Nummer 1 lit. d sowie Fort- und Weiterbildungen nach Satz 1 Nummer 2 lit. e lediglich bis zum Jahr 2016 gefördert.

Kosten im Rahmen von Satz 1 werden auch gefördert, wenn diese ab dem 1. August 2013 für erforderliche Neueinstellungen, Aufstockungen, Beratungen oder Fort- und Weiterbildungen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes entstehen, die nach dem 4. August 2011 vorgenommen wurden. 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. Der dem Krankenhaus nach Satz 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 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.“

**Anlage 4 Förderung gesamt 2013 nach Ländern (in Mio. Euro)**

	1	2	3	4	5 (Summe 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiterbil- dung	Beratung	un-diffe- renziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme Spalte 1 - 4)
Baden-Württemberg	1,6	0,9	0,1	0,0	2,6	100
Bayern	2,2	1,4	0,3	0,0	3,9	148
Berlin	0,4	0,9	0,0	0,0	1,4	25
Brandenburg	0,2	0,5	0,1	0,0	0,9	36
Bremen	0,4	0,1	0,0	0,0	0,5	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	1,6	0,9	0,2	0,0	2,8	84
Mecklenburg-Vorpommern	0,2	0,3	0,0	0,0	0,5	18
Niedersachsen	1,2	1,2	0,2	0,0	2,6	96
Nordrhein-Westfalen	1,7	1,7	0,2	0,8	4,5	117
Rheinland-Pfalz	0,3	0,3	0,1	0,0	0,7	33
Saarland	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	16
Sachsen	0,4	0,2	0,1	0,0	0,7	41
Sachsen-Anhalt	0,4	0,4	0,1	0,0	0,9	1
Schleswig-Holstein	0,3	0,3	0,1	0,2	1,0	23
Thüringen	0,4	0,3	0,0	0,0	0,7	26
<b>gesamt</b>	11,6	9,5	1,6	1,2	23,9	776

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 5 Förderung gesamt 2013/2014 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)**

	1	2	3	4	5 (Summe 1 – 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiterbil- dung	Beratung	un-diffe- renziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 – 4
Baden-Württemberg	6,6	2,2	0,5	0,0	9,4	124
Bayern	10,0	3,4	0,9	0,0	14,3	182
Berlin	1,5	1,6	0,1	0,0	3,3	28
Brandenburg	1,2	0,9	0,4	0,0	2,5	43
Bremen	1,5	0,2	0,1	0,0	1,8	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0
Hessen	6,6	2,0	0,8	0,0	9,5	89
Mecklenburg-Vorpommern	1,2	0,5	0,1	0,0	1,8	26
Niedersachsen	5,6	2,5	0,7	0,1	8,9	121
Nordrhein-Westfalen	8,4	2,7	0,8	3,6	15,6	127
Rheinland-Pfalz	1,3	0,7	0,2	0,1	2,2	40
Saarland	0,7	0,2	0,1	0,0	1,1	20
Sachsen	1,6	0,9	0,3	0,3	3,1	49
Sachsen-Anhalt	2,0	0,8	0,3	0,0	3,0	38
Schleswig-Holstein	1,5	0,6	0,3	0,4	2,9	34
Thüringen	1,9	0,6	0,1	0,0	2,6	32
<b>gesamt</b>	<b>51,7</b>	<b>19,8</b>	<b>5,8</b>	<b>4,8</b>	<b>82,2</b>	<b>965</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 6 Förderung gesamt 2013/2014/2015 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)**

	1	2	3	4	5 (Summe 1 – 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiterbil- dung	Beratung	un-diffe- renziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 – 4
Baden-Württemberg	13,7	3,3	1,1	0,0	18,1	139
Bayern	21,0	5,5	1,8	0,0	28,3	228
Berlin	3,0	2,1	0,3	0,0	5,4	32
Brandenburg	2,9	1,1	0,7	0,0	4,7	44
Bremen	3,1	0,2	0,1	0,0	3,4	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	1,4	1,4	0
Hessen	13,3	2,8	1,4	0,0	17,5	93
Mecklenburg-Vorpommern	2,5	0,7	0,2	0,0	3,4	27
Niedersachsen	11,2	3,3	1,2	0,1	15,8	126
Nordrhein-Westfalen	17,3	3,9	1,5	9,0	31,7	130
Rheinland-Pfalz	3,6	0,9	0,4	0,1	5,0	56
Saarland	1,3	0,3	0,3	0,0	1,9	20
Sachsen	4,0	1,1	0,5	0,7	6,4	58
Sachsen-Anhalt	3,8	1,1	0,5	0,0	5,4	40
Schleswig-Holstein	3,2	0,8	0,6	0,4	5,1	42
Thüringen	4,1	0,9	0,2	0,0	5,1	35
<b>gesamt</b>	107,9	28,0	10,8	11,8	158,5	1.082

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).



**Anlage 7 Förderung gesamt 2013/2014/2015/2016 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)**

	1	2	3	4	5 (Summe 1 – 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiterbil- dung	Beratung	un-diffe- renziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 – 4
Baden-Württemberg	22,1	4,9	1,8	0,0	28,8	143
Bayern	35,7	7,6	3,0	0,0	46,3	239
Berlin	4,8	3,0	0,4	0,0	8,2	35
Brandenburg	5,0	1,4	1,0	0,0	7,4	48
Bremen	4,9	0,2	0,1	0,0	5,3	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	3,9	3,9	0
Hessen	20,9	3,6	2,0	0,0	26,4	97
Mecklenburg-Vorpommern	4,0	0,8	0,3	0,0	5,1	28
Niedersachsen	17,9	4,4	1,8	0,1	24,2	135
Nordrhein-Westfalen	26,1	4,9	1,9	18,2	51,0	132
Rheinland-Pfalz	6,6	1,2	1,0	0,1	8,8	60
Saarland	1,3	0,3	0,3	0,0	1,9	20
Sachsen	7,2	1,6	0,7	0,7	10,2	58
Sachsen-Anhalt	5,5	1,2	0,7	0,0	7,4	41
Schleswig-Holstein	5,6	1,1	0,9	0,5	8,0	45
Thüringen	7,2	1,0	0,3	0,0	8,4	35
<b>gesamt</b>	174,6	37,3	16,0	23,5	251,4	1.128

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 8 Förderung gesamt 2013/2014/2015/2016/2017 summiert nach Ländern  
(in Mio. Euro)**

	1	2	3	4	5 (Summe 1 – 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiterbil- dung	Beratung	un-diffe- renziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 – 4
Baden-Württemberg	32,0	6,1	2,5	0,0	40,6	144
Bayern	51,9	9,2	4,2	0,0	65,2	244
Berlin	6,3	3,9	0,5	0,0	10,7	35
Brandenburg	7,0	1,5	1,2	0,0	9,8	48
Bremen	6,8	0,3	0,1	0,0	7,2	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	6,4	6,4	0
Hessen	28,6	4,3	2,5	0,0	35,4	98
Mecklenburg-Vorpommern	5,5	1,0	0,4	0,0	7,0	28
Niedersachsen	26,1	4,9	2,6	0,1	33,7	139
Nordrhein-Westfalen	34,3	5,3	2,2	28,8	70,7	133
Rheinland-Pfalz	10,8	1,4	1,2	0,1	13,5	64
Saarland	1,6	0,4	0,3	0,0	2,3	21
Sachsen	10,8	1,8	0,8	0,7	14,1	58
Sachsen-Anhalt	6,6	1,3	1,0	0,0	8,8	41
Schleswig-Holstein	8,6	1,4	1,1	0,5	11,6	49
Thüringen	10,4	1,1	0,4	0,0	11,9	35
<b>gesamt</b>	<b>247,2</b>	<b>44,0</b>	<b>21,0</b>	<b>36,6</b>	<b>348,9</b>	<b>1.149</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 9 Förderung gesamt 2013/2014/2015/2016/2017/2018 summiert nach Ländern  
(in Mio. Euro)**

	1	2	3	4	5 (Summe 1 – 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiterbil- dung	Beratung	un-diffe- renziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 – 4
Baden-Württemberg	41,2	7,5	3,2	0,0	51,8	146
Bayern	68,2	10,5	5,1	0,0	83,8	249
Berlin	6,5	3,9	0,5	0,0	10,9	35
Brandenburg	7,5	1,6	1,2	0,0	10,3	48
Bremen	8,6	0,4	0,2	0,0	9,1	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	8,9	8,9	0
Hessen	31,7	4,5	2,7	0,0	38,9	98
Mecklenburg-Vorpommern	6,5	1,1	0,5	0,0	8,1	28
Niedersachsen	33,3	5,3	3,4	0,1	42,1	141
Nordrhein-Westfalen	40,6	5,6	2,6	40,1	88,9	134
Rheinland-Pfalz	12,4	1,5	1,3	0,1	15,2	65
Saarland	2,9	0,4	0,4	0,0	3,9	21
Sachsen	14,5	2,0	1,0	0,7	18,2	59
Sachsen-Anhalt	7,7	1,4	1,2	0,0	10,2	41
Schleswig-Holstein	10,8	1,6	1,2	0,5	14,0	50
Thüringen	13,9	1,2	0,5	0,0	15,5	38
<b>gesamt</b>	<b>306,2</b>	<b>48,2</b>	<b>25,0</b>	<b>50,4</b>	<b>429,8</b>	<b>1.165</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 10 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2013 (nach Ländern)**

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene-fach-kraft	Krankenhaus-hygie-niker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus-hygiener 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	34,7	4,8	0,6	117,0	1,6	74
Bayern	57,8	3,9	0,0	171,3	2,2	120
Berlin	12,9	2,0	0,0	22,0	0,4	19
Brandenburg	2,7	1,1	1,0	15,3	0,2	23
Bremen	9,2	1,0	1,0	33,3	0,4	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	27,6	5,6	4,3	108,3	1,6	62
Mecklenburg-Vorpommern	3,4	1,0	0,0	12,9	0,2	10
Niedersachsen	30,0	3,6	0,0	91,2	1,2	71
Nordrhein-Westfalen	35,4	1,7	4,6	118,3	1,7	95
Rheinland-Pfalz	7,4	0,0	0,0	15,8	0,3	23
Saarland	4,0	0,0	0,0	10,6	0,1	11
Sachsen	14,4	1,8	0,0	16,0	0,4	27
Sachsen-Anhalt	5,3	0,7	0,6	17,3	0,4	29
Schleswig-Holstein	11,8	0,0	0,0	36,0	0,3	15
Thüringen	11,9	0,3	0,0	40,8	0,4	19
<b>gesamt</b>	<b>268,4</b>	<b>27,5</b>	<b>12,0</b>	<b>825,8</b>	<b>11,6</b>	<b>610</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019). 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, 2014 (nach Ländern)**

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene-fach-kraft	Krankenhaus-hygie-niker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus-hygieni-ker 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	58,3	9,7	1,0	137,7	5,0	88
Bayern	101,9	7,2	1,5	206,8	7,8	145
Berlin	13,5	3,0	0,0	24,0	1,1	22
Brandenburg	9,4	3,0	0,0	45,4	1,0	27
Bremen	11,9	1,0	1,0	33,3	1,1	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	51,7	7,0	6,9	141,3	5,1	76
Mecklenburg-Vorpommern	6,4	0,0	0,0	34,6	1,0	17
Niedersachsen	46,1	7,0	6,7	97,6	4,4	94
Nordrhein-Westfalen	72,3	5,5	4,3	206,2	6,7	112
Rheinland-Pfalz	5,7	1,0	0,0	19,5	0,9	29
Saarland	7,4	0,0	0,3	16,4	0,6	17
Sachsen	21,6	1,1	1,0	29,1	1,3	34
Sachsen-Anhalt	15,8	2,3	1,1	55,4	1,5	34
Schleswig-Holstein	22,5	1,5	0,0	41,1	1,2	22
Thüringen	20,8	1,1	0,8	55,1	1,5	24
<b>gesamt</b>	<b>465,3</b>	<b>50,4</b>	<b>24,6</b>	<b>1.143,5</b>	<b>40,1</b>	<b>753</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019). 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, 2015 (nach Ländern)**

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene-fach-kraft	Krankenhaus-hygie-niker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus-hygieni-ker 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	82,1	11,3	1,1	166,7	7,1	98
Bayern	208,7	9,1	2,1	313,6	10,9	174
Berlin	19,1	3,0	0,0	23,0	1,5	26
Brandenburg	19,3	4,0	1,2	42,6	1,6	33
Bremen	13,7	1,1	2,0	50,2	1,6	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	71,3	6,3	11,0	158,2	6,6	82
Mecklenburg-Vorpommern	11,0	0,0	0,0	36,9	1,3	20
Niedersachsen	38,5	4,2	2,7	103,4	5,6	84
Nordrhein-Westfalen	98,3	5,3	7,3	243,3	8,9	116
Rheinland-Pfalz	45,5	0,0	0,0	3,0	2,3	43
Saarland	7,1	0,0	1,0	18,9	0,6	18
Sachsen	34,9	4,2	1,1	78,1	2,3	44
Sachsen-Anhalt	14,3	2,1	2,1	49,4	1,8	35
Schleswig-Holstein	27,2	0,0	1,4	45,3	1,7	24
Thüringen	24,8	1,1	2,4	88,2	2,2	28
<b>gesamt</b>	<b>715,8</b>	<b>51,6</b>	<b>35,3</b>	<b>1.420,7</b>	<b>56,2</b>	<b>837</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019). 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, 2016 (nach Ländern)**

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene-fach-kraft	Krankenhaus-hygie-niker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus-hygieni-ker 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	92,4	13,4	1,9	190,9	8,4	102
Bayern	171,6	13,4	5,2	364,6	14,7	198
Berlin	21,2	2,9	0,0	26,3	1,8	26
Brandenburg	21,4	4,6	2,0	57,2	2,2	34
Bremen	15,4	2,6	2,3	49,8	1,8	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	82,0	7,8	21,0	168,7	7,6	80
Mecklenburg-Vorpommern	10,5	0,0	1,0	37,5	1,4	22
Niedersachsen	40,3	4,0	1,8	100,8	6,7	95
Nordrhein-Westfalen	87,7	4,3	13,3	219,3	8,8	90
Rheinland-Pfalz	3,1	0,0	0,0	7,0	2,9	47
Saarland	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Sachsen	37,3	4,4	1,5	96,1	3,2	46
Sachsen-Anhalt	14,4	0,8	3,6	30,3	1,7	22
Schleswig-Holstein	31,4	0,0	2,7	61,4	2,3	23
Thüringen	30,3	1,8	5,9	125,6	3,1	29
<b>gesamt</b>	<b>658,8</b>	<b>60,0</b>	<b>62,1</b>	<b>1.535,3</b>	<b>66,7</b>	<b>826</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

**Anlage 14 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2017 (nach Ländern)**

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene-fach-kraft	Krankenhaus-hygie-niker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus-hygieni-ker 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	99,6	14,2	5,0	184,4	9,9	100
Bayern	185,5	15,6	16,3	99,3	16,2	199
Berlin	21,7	2,0	0,0	2,0	1,5	18
Brandenburg	21,1	4,8	3,3	43,9	2,0	26
Bremen	13,8	3,3	2,5	48,1	1,9	10
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	75,1	7,5	19,6	165,0	7,7	73
Mecklenburg-Vorpommern	15,1	0,0	2,0	53,7	1,6	21
Niedersachsen	42,7	3,0	3,0	73,9	8,2	102
Nordrhein-Westfalen	74,6	5,3	19,6	191,8	8,2	76
Rheinland-Pfalz	2,3	0,0	0,0	0,0	4,2	49
Saarland	5,4	0,6	0,0	10,9	0,3	5
Sachsen	38,8	4,3	3,6	93,8	3,6	50
Sachsen-Anhalt	12,6	0,1	2,8	32,9	1,1	16
Schleswig-Holstein	36,4	1,6	4,5	62,8	3,1	23
Thüringen	34,9	3,7	9,0	80,4	3,2	30
<b>gesamt</b>	<b>679,6</b>	<b>65,9</b>	<b>91,3</b>	<b>1.142,8</b>	<b>72,6</b>	<b>798</b>

\* Die Förderung der Neueinstellung/Aufstockung zusätzlicher hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vgl. dazu Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 4.2.3.  
Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.



**Anlage 15 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2018 (nach Ländern)**

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene-fach-kraft	Krankenhaus-hygie-niker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus-hygiene-ker 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	105,2	12,2	4,5	181,0	9,2	93
Bayern	183,6	14,6	11,2	129,1	16,3	183
Berlin	1,0	0,0	0,0	0,0	0,2	3
Brandenburg	3,6	1,1	1,0	10,5	0,5	8
Bremen	12,4	3,0	2,5	48,1	1,8	10
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	35,6	1,4	9,9	58,5	3,1	38
Mecklenburg-Vorpommern	11,4	0,0	1,0	4,0	1,0	14
Niedersachsen	37,9	2,3	1,4	56,6	7,2	81
Nordrhein-Westfalen	57,5	4,4	11,9	131,8	6,3	54
Rheinland-Pfalz	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	26
Saarland	0,7	0,0	0,0	2,9	1,4	17
Sachsen	41,4	4,0	3,4	90,0	3,7	50
Sachsen-Anhalt	13,3	0,3	3,2	22,5	1,1	15
Schleswig-Holstein	35,3	3,3	3,6	22,8	2,2	17
Thüringen	33,5	4,1	7,9	106,4	3,5	28
<b>gesamt</b>	<b>572,1</b>	<b>50,5</b>	<b>61,5</b>	<b>864,1</b>	<b>59,0</b>	<b>637</b>

\* Die Förderung der Neueinstellung/Aufstockung zusätzlicher hygienebeauftragter Ärzte endete im Jahr 2016. Vgl. dazu Abschnitt 2.3.1 sowie Abschnitt 4.2.3.  
Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

## Anlage 16 Mitteilung der Kommission ART und des BMG

### **Fachliche Stellungnahme gemäß § 1 Absatz 6 der Geschäftsordnung der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) „Zur Sicherung der Qualität von Fortbildungsmaßnahmen zur rationalen Antibiotikatherapie (gemäß § 4 Absatz 11 Krankenhausentgeltgesetz)“**

Die Kommission ART hat die Qualitätssicherung von Fortbildungsmaßnahmen zur rationalen Antibiotikatherapie im Hinblick auf die Anerkennung einer finanziellen Förderung im Rahmen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgeltG) diskutiert und möchte hierzu fachlich Stellung beziehen.

#### **Bearbeitung und Hintergrund der Stellungnahme**

Zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser bei der Erfüllung der Forderungen des Infektionsschutzgesetzes wurde im „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ mit Artikel 5 a ein neuer Absatz (Absatz 11) in § 4 des KHEntgeltG eingefügt. Danach sollen Ärzte und Apotheker (Absatz 11 Nummer 2d) „bei Fortbildungen im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) durch einen pauschalen Zuschuss von 5000 Euro finanziell gefördert werden“.

Die Fortbildungen der DGI werden in Kooperation mit dem Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA) und der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie (PEG) als ein vom BMG gefördertes Fortbildungsprogramm zur rationalen Antibiotikatherapieverordnung (Antibiotic Stewardship, ABS) konzipiert. Das ABS-Fortbildungsprogramm der DGI besteht aus vier Kurswochen mit jeweils 40 Stunden. Nach erfolgreichem Abschluss erhalten Teilnehmer das Zertifikat „ABS-Experte“ (Kursprogramm in der Anlage). Bisher wurden durch die DGI ca. 250 ABS-Experten ausgebildet (jeweils etwa ein Drittel Krankenhausapotheker, Mikrobiologen und Ärzte). Die DGI plant, ihre Kapazitäten in diesem Bereich zu erweitern, um dem Bedarf an ABS-Experten und der Nachfrage besser gerecht zu werden.

#### **Anforderungen an die Qualitätssicherung der geförderten Fortbildung**

Um den Anforderungen des KHEntgG zu entsprechen, demzufolge die über die Gelder der Solidargemeinschaft finanzierten Kurse in Inhalt und Umfang an die Fortbildung der DGI angelehnt sein sollen, empfiehlt die Kommission ART auf die Einhaltung der folgenden Rahmenbedingungen und Anforderungen zu achten:

1. Die Fortbildungskurse entsprechen im Inhalt dem Curriculum der DGI (Kursprogramm in der Anlage).
2. Der Zeitrahmen umfasst mindestens 160 h.
3. Die Teilnehmerzahl an einem Fortbildungskurs beträgt maximal 30 Personen.
4. Die Dozenten/Dozentinnen der Ausbildungskurse sind Fachärzte/innen oder Fachapotheker/innen, die infektiologisch besonders qualifiziert sind und Sachkenntnis und klinische Erfahrung zum Thema der Fortbildung haben. Der/die für den Kurs verantwortliche Leiter/in ist Facharzt/Fachärztin mit Anerkennung als Infektiologe/Infektiologin durch die Landesärztekammer oder die DGI.
5. Die Fortbildungskurse sind frei von Industriesponsoring. Dies gilt für die Kursorganisation seitens der Veranstalter sowie für die Finanzierung von Kursplätzen.

Eine entsprechende Nachweispflicht seitens des Kursanbieters ist zu fordern.

#### **Empfehlung der Kommission zum weiteren Vorgehen**

Die Kommission ART empfiehlt im Sinne der Qualitätssicherung, Fortbildungsangebote nur bei Erfüllung der obengenannten Rahmenbedingungen und Anforderungen als ABS-Kurse anzuerkennen und die Kosten nur bei Vorlage einer Bestätigung der empfohlenen Rahmenbedingungen und Anforderungen durch den Kursanbieter gemäß § 4 Absatz 11 KHEntgeltG zu erstatten.

Zur Erleichterung der Umsetzung für die Krankenkassen, deren Kostenerstattung an die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen in § 4 Absatz 11 KHEntgeltG gebunden ist, verweist die Kommission ART auf eine Mustervorlage einer Bescheinigung des Kursanbieters für die Teilnehmer, aus der sich die Einhaltung der wesentlichen Anforderungen nachvollziehbar ergibt (*siehe Anforderungskatalog*). Diese Form der Bestätigung sollte von den Fördergeldern beantragenden Krankenhäusern von dem von ihnen ausgewählten Kursanbieter im Interesse rechtzeitiger Sicherstellung der Erstattungsvoraussetzungen erbeten werden.

Die Kommission empfiehlt, eine Mustervorlage der Bescheinigung, aus der sich die nachzuweisenden Anforderungen ergeben (inhaltliche und fachliche Anforderungen, Rahmenvorgaben bzgl. Kursdauer und Teilnehmeranzahl sowie Bestätigung der Freiheit von Industriesponsoring), allen betroffenen Einrichtungen (Krankenkassen via GKV Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bundes- und Landesärztekammern, Fachgesellschaften, potentiellen Kursanbietern etc.) kurzfristig öffentlich mitzuteilen.

**Anforderungskatalog für Fortbildungsveranstaltungen zur rationalen Antibiotikatherapie  
(zur Finanzierung gemäß § 4 Abs 11 KHEntgeltG)**

**Titel der Veranstaltung:** \_\_\_\_\_  
**Veranstaltungszeitpunkt/e:** Teil 1 \_\_\_ . \_\_ . 20\_\_ - \_\_\_ . \_\_ . 20\_\_  
Teil 2 \_\_\_ . \_\_ . 20\_\_ - \_\_\_ . \_\_ . 20\_\_  
Teil 3 \_\_\_ . \_\_ . 20\_\_ - \_\_\_ . \_\_ . 20\_\_  
Teil 4 \_\_\_ . \_\_ . 20\_\_ - \_\_\_ . \_\_ . 20\_\_

<b>1</b>	<b>Fortbildungsinhalt entspricht dem Curriculum der DGI-Kurse</b>	<b>Teil 4 Expertkurs (40 Std.) + Expertpraktikum (ca. 6 Wo.)</b> Antibiotikastrategien mit Praktikum: ABS-Strukturen, -Maßnahmen & -Controlling <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation der eigenen KH-Struktur (Kennzahlen) und der strukturellen Voraussetzungen (u.a. AI-Hausliste, Therapieleitlinien, Resistenz-/Erregerstatistik, Verbrauch) für die Implementierung von ABS-Programmen und praktische Umsetzung/Einführung eines ABS-Hilfsmittels</li> <li>• Verordnungs-Analysen (PPA) im eigenen KH zu mind. drei Qualitätsindikatoren</li> <li>• Entwicklung und Umsetzung von ABS-Interventionen für einen zu definierenden Bereich im eigenen KH</li> </ul> Das Praktikum sollte nach Möglichkeit im eigenen Krankenhaus durchgeführt werden. Ziele des Praktikums sind die Entwicklung, die Einführung und die Umsetzung von ABS-Strukturen und ABS-Maßnahmen mit Aufbau fachabteilungsübergreifender ABS-Programme für das eigene Krankenhaus. Das individuelle Praktikumsthema sollte auf die Bedürfnisse des entsendenden Krankenhauses zugeschnitten sein. Das Präsentieren der Praktikumsergebnisse im abschließenden Expertkurs dient als Erfolgskontrolle.
	<b>Teil 1 Basiskurs (40 h)</b> Antinfektiva: Grundlagen, Mikrobiologie, Pharmakologie <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotikawirkung und Resistenzentstehung</li> <li>• Klinische Pharmakologie von Antinfektiva (Betalactame, Fluorchinolone, Aminoglykoside, Glykopeptide, Antimykotika, Virustatika)</li> <li>• Pharmakodynamik und -kinetik</li> <li>• Unerwünschte Arzneimittelwirkungen, -wechselwirkungen und Inkompatibilitäten</li> <li>• Praxisorientierte Bearbeitung klinischer Fallbeispiele in der Kleingruppe</li> <li>• Interpretation klinischer Studien zu Antinfektiva</li> <li>• Pharmakoökonomie</li> <li>• Therapiestrategien</li> </ul>	
	<b>Teil 2 Fellowkurs (40 Std.)</b> Infektiologie: Epidemiologie, Diagnostik, Leitlinien, Prävention <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlagen der Infektionsdiagnostik und -epidemiologie</li> <li>• ambulant und nosokomial erworbene tiefe Atemwegsinfektionen</li> <li>• Harnwegs- und Bauchrauminfektionen</li> <li>• Meningitis und Endokarditis</li> <li>• Katheter- bzw. Fremdkörper-assoziierte Infektionen</li> <li>• Sepsis, schwere Sepsis und septischer Schock</li> <li>• Multiresistente Erreger (MRE) und C.difficile</li> <li>• Staphylokokken-Infektionen</li> <li>• Febrile Neutropenie/Opportunistische Infektionen</li> <li>• Infektionsprävention durch Chemoprophylaxe</li> <li>• Entwicklung, Aufbau und Bewertung von Leitlinien</li> </ul>	
	<b>Teil 3 Advancedkurs (40 Std.)</b> ABS im Krankenhaus: Ziele, Voraussetzungen, Surveillance, Interventionen, Qualitätsmanagement <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundkenntnisse, Strukturen und Voraussetzungen zu Antibiotic Stewardship</li> <li>• AWMF-Leitlinie "Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendungen im Krankenhaus"</li> <li>• Methoden zur Antibiotikaverbrauchserfassung im Krankenhaus</li> <li>• Erhebung von Daten zu Infektionserregern und Resistenz</li> <li>• Nationale und Internationale Surveillance Systeme</li> <li>• Mikrobiologische Präanalytik und Befundmitteilung</li> <li>• ABS-Tools: Hausliste, Leitlinien, Sonderrezepte, Informationstechnologie</li> <li>• Punkt-Prävalenz-Analysen zu Antibiotikaverordnungen</li> <li>• Qualitätsindikatoren mit Übungen</li> <li>• Deeskalationsprogramme (Sequentialtherapie, Therapiedauer, -vereinfachung)</li> <li>• Dosierungskonzepte unter Berücksichtigung von Organfunktion, Erreger und Resistenz</li> <li>• Strategien zur Resistenzminimierung (Switch-Cycling)</li> <li>• Management von Patienten mit MRE und C.difficile</li> </ul>	
	<b>2 Zeitrahmen</b> Mindestens 160 Stunden	
<b>3 Teilnehmerzahl</b> Maximal 30 Teilnehmer		
<b>4 Qualifikation der Dozentinnen und Dozenten</b> Fachärzte/innen oder Fachapotheker/innen, die infektiologisch besonders qualifiziert sind, dies sind insbesondere <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärzte/innen mit Anerkennung als Infektiologe/in durch die Landesärztekammer oder die DGI</li> <li>• Anerkennung als Fachapotheker/in für Klinische Pharmazie (Apothekerinnen und Apotheker) soweit fachspezifische Fortbildungsinhalte betroffen sind</li> <li>• Klinische Pharmakologen/in soweit fachspezifische Fortbildungsinhalte betroffen sind</li> <li>• Facharzt/ärztin für Mikrobiologie soweit fachspezifische Fortbildungsinhalte betroffen sind</li> </ul> <b>Verantwortliche Kursleitung:</b> Facharzt/ärztin mit Anerkennung als Infektiologe/in durch die Landesärztekammer oder die DGI		
<b>5 Finanzierung</b> Frei von Industriesponsoring <ul style="list-style-type: none"> <li>• Finanzierung der Kursorganisation</li> <li>• Finanzierung von Kursplätzen</li> </ul>		

Kursanbieter: \_\_\_\_\_  
Institution/Organisation: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Programm und Liste der Dozentinnen und Dozenten muss anbei gelegt sein.

Hiermit bestätigt der Kursanbieter, dass die von ihm angebotene Fortbildungsveranstaltung zur rationalen Antibiotikatherapie die oben im Einzelnen aufgeführten Anforderungen erfüllt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Anlage 17 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FA für Hygiene/ Umweltmedizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions-epide- miologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich der rati- onalen Antibiotika-thera- pieberatung	Hygiene- beauftragter Arzt	Hygiene- fachkraft	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 - 7
Baden-Württemberg	121	120	0	35	262	351	30	918	53
Bayern	30	60	35	90	310	890	10	1.425	84
Berlin	330	0	5	15	340	190	0	880	20
Brandenburg	0	0	65	30	165	250	0	510	28
Bremen	0	15	0	0	5	80	0	100	8
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	43	51	85	25	277	437	0	917	58
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	145	70	63	277	17
Niedersachsen	30	15	40	80	389	615	0	1.169	76
Nordrhein-Westfalen	90	30	58	80	505	928	50	1.741	90
Rheinland-Pfalz	30	15	5	15	99	110	0	274	20
Saarland	0	0	0	0	19	23	0	42	9
Sachsen	0	0	15	22	91	95	0	224	16
Sachsen-Anhalt	0	0	36	20	146	158	0	359	25
Schleswig-Holstein	30	0	20	51	35	194	0	330	15
Thüringen	0	0	35	25	34	237	0	332	20
<b>gesamt</b>	<b>703</b>	<b>306</b>	<b>399</b>	<b>489</b>	<b>2.822</b>	<b>4.629</b>	<b>153</b>	<b>9.500</b>	<b>539</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 18 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FA für Hygiene/ Umweltmedizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions-epide- miologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Be- reich rationale An- tibiotika-therapie- beratung	Hygiene- beauftragter Arzt	Hygiene- fachkraft	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 7
Baden-Württemberg	151	155	30	90	376	397	120	1.319	74
Bayern	90	135	70	105	855	687	0	1.942	102
Berlin	330	0	5	5	240	180	0	760	19
Brandenburg	0	30	40	40	195	60	0	365	24
Bremen	0	15	5	5	5	30	0	60	4
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	60	60	145	115	375	375	0	1.130	63
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	10	0	115	73	0	198	14
Niedersachsen	30	30	48	115	663	417	0	1.303	81
Nordrhein-Westfalen	90	30	95	120	332	334	0	1.001	68
Rheinland-Pfalz	30	30	10	70	60	197	0	397	20
Saarland	0	0	5	0	79	95	0	179	15
Sachsen	0	0	25	35	388	194	0	642	29
Sachsen-Anhalt	60	0	45	40	100	160	0	405	26
Schleswig-Holstein	30	0	20	71	56	124	0	300	16
Thüringen	0	0	55	5	150	86	0	296	22
<b>gesamt</b>	<b>871</b>	<b>485</b>	<b>608</b>	<b>816</b>	<b>3.988</b>	<b>3.409</b>	<b>120</b>	<b>10.298</b>	<b>577</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).



**Anlage 19 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FA für Hygiene/ Umweltmedizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions-epide- miologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Be- reich rationale An- tibiotika-therapie- beratung	Hygiene- beauftragter Arzt	Hygiene- fachkraft	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 - 7
Baden-Württemberg	91	135	37	150	315	285	0	1.013	54
Bayern	240	195	100	120	710	780	0	2.145	114
Berlin	270	0	5	10	95	100	0	480	15
Brandenburg	0	30	15	10	105	90	0	250	21
Bremen	0	0	20	5	10	0	0	35	4
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	90	30	65	65	320	170	0	740	46
Mecklenburg-Vorpommern	30	0	0	15	70	70	2	187	13
Niedersachsen	60	70	39	85	375	248	0	877	62
Nordrhein-Westfalen	120	45	70	150	525	205	0	1.115	60
Rheinland-Pfalz	30	30	15	30	40	90	0	235	19
Saarland	0	0	0	10	15	40	0	65	8
Sachsen	5	0	15	55	100	103	0	278	23
Sachsen-Anhalt	0	0	30	22	134	130	0	317	35
Schleswig-Holstein	30	0	15	25	26	85	0	181	15
Thüringen	0	0	20	10	165	52	0	247	16
<b>gesamt</b>	<b>966</b>	<b>535</b>	<b>446</b>	<b>762</b>	<b>3.005</b>	<b>2.448</b>	<b>2</b>	<b>8.164</b>	<b>505</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).



**Anlage 20 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2016 (in Tausend Euro)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions-epi- demiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapiebera-	Hygiene- beauftragter Arzt	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter-bil- dungen In- fek-tiologie für FA	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 9
Baden-Württemberg	272	315	85	180	470	180	0	120	30	1.652	65
Bayern	210	135	89	195	782	505	120	60	30	2.126	103
Berlin	413	0	11	120	65	70	240	0	0	919	11
Brandenburg	0	30	0	15	35	60	0	0	120	260	13
Bremen	0	0	10	0	10	0	0	0	30	50	5
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	120	60	30	140	205	130	95	10	0	790	40
Mecklenburg-Vor- pommern	60	0	0	15	86	20	0	0	0	181	7
Niedersachsen	60	45	50	90	361	382	30	0	0	1.018	64
Nordrhein-Westfalen	90	75	70	125	345	250	60	30	0	1.045	47
Rheinland-Pfalz	30	15	30	35	90	47	60	0	0	307	18
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	0	30	5	20	130	66	0	180	0	431	27
Sachsen-Anhalt	0	0	5	8	90	40	0	0	0	143	13
Schleswig-Holstein	60	15	11	5	40	98	59	0	0	288	14
Thüringen	0	0	5	25	68	0	0	0	0	98	9
<b>gesamt</b>	<b>1.314</b>	<b>720</b>	<b>402</b>	<b>973</b>	<b>2.777</b>	<b>1.848</b>	<b>664</b>	<b>400</b>	<b>210</b>	<b>9.307</b>	<b>436</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 21 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2017 (in Tausend Euro)**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions-epi- demiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapiebera-	Hygiene- beauftragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter-bil- dungen In- fek-tiologie für FA	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 9
Baden-Württemberg	180	270	45	270	40	216	150	0	0	1.171	42
Bayern	180	135	120	340	0	450	300	0	60	1.585	73
Berlin	390	0	10	107	0	30	120	0	180	837	7
Brandenburg	0	45	0	0	0	70	0	0	35	150	5
Bremen	0	0	0	0	0	30	30	0	0	60	2
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	120	60	40	245	10	140	130	0	0	745	24
Mecklenburg-Vor- pommern	60	0	0	75	15	37	0	0	0	187	8
Niedersachsen	90	30	10	60	0	163	30	0	130	513	24
Nordrhein-Westfalen	60	30	35	125	5	125	60	0	0	440	29
Rheinland-Pfalz	0	45	35	90	5	50	5	0	0	230	12
Saarland	30	15	5	15	0	20	0	0	30	115	2
Sachsen	0	0	29	21	0	63	30	0	60	203	13
Sachsen-Anhalt	30	0	5	10	5	16	0	0	0	66	7
Schleswig-Holstein	30	30	9	25	0	50	150	0	0	294	8
Thüringen	0	15	23	40	0	55	0	0	0	133	11
<b>gesamt</b>	1.170	675	366	1.423	80	1.515	1.005	0	495	6.728	267

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 22 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-epi- demiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapiebera-	Hygiene- beauftragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter-bil- dungen In- fek-tiologie für FA	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme 1 - 9
Baden-Württemberg	272	270	30	490	0	198	120	0	0	1.380	41
Bayern	150	135	70	395	10	475	40	0	0	1.275	78
Berlin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	0	0	0	5	0	10	0	0	0	15	2
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	0	0	40	130	0	20	0	0	0	190	12
Mecklenburg-Vor- pommern	0	0	0	25	0	0	0	0	0	25	3
Niedersachsen	30	30	5	65	0	111	30	0	130	401	20
Nordrhein-Westfalen	30	30	30	85	45	34	0	0	0	254	19
Rheinland-Pfalz	0	0	20	35	0	10	0	0	0	65	6
Saarland	0	0	5	7	10	10	5	0	0	37	5
Sachsen	30	2	25	13	0	65	60	0	0	196	15
Sachsen-Anhalt	30	0	5	0	0	20	30	0	0	85	4
Schleswig-Holstein	60	30	6	45	0	26	0	0	0	167	6
Thüringen	0	15	17	20	0	32	0	0	0	83	7
<b>gesamt</b>	602	512	253	1.335	85	1.041	285	0	130	4.243	222

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 23 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro)**

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, In- fektionsepidemiologie	undifferenziert	Betrag 2013 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	69	25	54	148	82
Bayern	212	56	5	272	123
Berlin	22	6	10	38	10
Brandenburg	52	10	44	106	26
Bremen	17	13	0	30	7
Hamburg	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	239	239	68
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	24	24	9
Niedersachsen	139	35	2	176	53
Nordrhein-Westfalen	0	0	217	217	74
Rheinland-Pfalz	0	1	76	77	25
Saarland	6	2	11	19	12
Sachsen	0	0	82	82	21
Sachsen-Anhalt	17	10	63	90	25
Schleswig-Holstein	84	20	0	104	19
Thüringen	2	4	20	27	14
<b>gesamt</b>	<b>619</b>	<b>182</b>	<b>846</b>	<b>1.647</b>	<b>568</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 24 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro)**

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, In- fektionsepidemiologie	undifferenziert	Betrag 2014 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	174	78	108	360	95
Bayern	518	121	19	658	144
Berlin	42	5	54	101	14
Brandenburg	180	10	91	280	37
Bremen	20	21	0	41	7
Hamburg	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	578	578	74
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	107	107	17
Niedersachsen	384	108	0	493	79
Nordrhein-Westfalen	0	0	620	621	93
Rheinland-Pfalz	0	2	121	122	28
Saarland	26	56	33	115	17
Sachsen	0	0	199	199	27
Sachsen-Anhalt	21	23	148	193	25
Schleswig-Holstein	194	49	0	243	20
Thüringen	0	8	71	79	16
<b>gesamt</b>	1.560	480	2.149	4.189	693

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 25 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro)**

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, In- fektionsepidemiologie	undifferenziert	Betrag 2015 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	479	59	62	600	102
Bayern	771	123	0	893	166
Berlin	21	24	74	119	18
Brandenburg	114	32	153	299	33
Bremen	16	20	0	36	6
Hamburg	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	603	603	72
Mecklenburg-Vorpommern	6	0	97	103	18
Niedersachsen	433	22	83	538	69
Nordrhein-Westfalen	2	0	636	638	91
Rheinland-Pfalz	0	0	190	190	41
Saarland	118	0	2	119	17
Sachsen	0	0	231	231	35
Sachsen-Anhalt	116	65	70	250	32
Schleswig-Holstein	235	45	1	281	25
Thüringen	32	55	0	87	16
<b>gesamt</b>	2.343	444	2.201	4.988	741

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 26 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2016 (in Tausend Euro)**

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2016 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	570	17	4	3	104	697	104
Bayern	1.004	157	0	0	0	1.161	195
Berlin	78	41	0	0	0	119	17
Brandenburg	159	28	3	0	103	293	28
Bremen	8	18	0	0	0	27	5
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	0	0	547	547	73
Mecklenburg-Vorpom- mern	2	0	0	0	101	103	19
Niedersachsen	409	69	61	9	26	574	72
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	375	375	60
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	567	567	46
Saarland	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	0	0	0	0	178	178	35
Sachsen-Anhalt	123	83	8	0	0	215	14
Schleswig-Holstein	203	20	0	0	0	223	22
Thüringen	0	0	0	0	92	92	14
<b>gesamt</b>	<b>2.557</b>	<b>434</b>	<b>76</b>	<b>12</b>	<b>2.094</b>	<b>5.171</b>	<b>704</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 27 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2017 (in Tausend Euro)**

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2017 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	595	24	47	0	58	723	105
Bayern	1.172	0	0	0	6	1.178	193
Berlin	14	56	10	0	41	121	14
Brandenburg	34	50	1	0	124	210	26
Bremen	5	5	0	0	0	10	3
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	0	0	504	504	62
Mecklenburg-Vorpom- mern	14	0	0	0	70	84	17
Niedersachsen	335	18	86	0	426	865	74
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	396	396	51
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	228	228	42
Saarland	0	0	0	0	54	54	3
Sachsen	0	0	0	0	135	135	33
Sachsen-Anhalt	78	0	0	0	144	222	7
Schleswig-Holstein	210	39	0	0	0	249	23
Thüringen	0	0	0	0	76	76	12
<b>gesamt</b>	<b>2.457</b>	<b>191</b>	<b>144</b>	<b>0</b>	<b>2.261</b>	<b>5.054</b>	<b>665</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).



**Anlage 28 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	Beträge 2013 - 2018 gesamt
Baden-Württemberg	502	52	56	0	20	630	101	3.158
Bayern	766	0	0	0	170	936	179	5.098
Berlin	43	0	0	0	0	43	3	541
Brandenburg	17	0	0	0	5	22	8	1.210
Bremen	15	6	0	0	0	20	3	164
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	0	0	217	217	32	2.689
Mecklenburg-Vorpom- mern	2	0	0	0	64	65	11	485
Niedersachsen	66	22	247	0	435	770	69	3.415
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	380	380	41	2.627
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	115	115	21	1.299
Saarland	37	0	0	0	91	128	12	436
Sachsen	0	0	0	0	188	188	33	1.013
Sachsen-Anhalt	91	5	92	0	8	196	10	1.165
Schleswig-Holstein	76	22	10	0	0	108	16	1.208
Thüringen	0	0	0	0	104	104	13	465
<b>gesamt</b>	<b>1.615</b>	<b>107</b>	<b>404</b>	<b>0</b>	<b>1.798</b>	<b>3.924</b>	<b>552</b>	<b>24.973</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 29 Undifferenzierte Beträge nach Ländern (in Tausend Euro)**

	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Anzahl Kranken- häuser	Betrag	Anzahl Kranken- häuser	Betrag	Anzahl Kranken- häuser	Betrag	Anzahl Kranken- häuser	Betrag	Anzahl Kranken- häuser	Betrag	Anzahl Kranken- häuser	Betrag
Bayern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11
Hamburg	2	40	11	261	22	1.143	24	2.475	22	2.440	18	2.517
Hessen	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	1	30	1	70	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	110	794	132	2.811	137	5.428	169	9.145	176	10.647	176	11.245
Rheinland-Pfalz	0	0	1	58	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	2	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	1	47	1	235	2	458	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	1	230	1	185	0	0	1	59	0	0	0	0
<b>gesamt</b>	<b>118</b>	<b>1.197</b>	<b>147</b>	<b>3.620</b>	<b>161</b>	<b>7.030</b>	<b>194</b>	<b>11.679</b>	<b>198</b>	<b>13.087</b>	<b>196</b>	<b>13.773</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 30 Istdaten nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro)**

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Meldung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter-bil- dung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter-bil- dung	Beratung
Baden-Württemberg	54	39	62	988	673	119	870	617	109
Bayern	13	7	10	166	105	13	166	95	11
Berlin	11	8	4	305	710	14	262	670	11
Brandenburg	16	22	21	136	360	86	126	330	62
Bremen	12	8	7	405	100	30	119	30	11
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	49	45	51	1.347	726	203	1.347	726	203
Mecklenburg-Vorpommern	9	10	7	255	245	16	211	215	9
Niedersachsen	35	30	25	541	584	83	492	579	79
Nordrhein-Westfalen	93	89	72	2.201	1.721	221	2.154	1.711	218
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	10	7	11	120	32	15	120	22	14
Sachsen	25	15	20	373	212	80	283	162	45
Sachsen-Anhalt	22	20	19	417	305	77	359	220	69
Schleswig-Holstein	12	10	15	268	253	67	142	128	34
Thüringen	18	19	14	406	308	27	376	212	12
<b>gesamt</b>	<b>379</b>	<b>329</b>	<b>338</b>	<b>7.927</b>	<b>6.335</b>	<b>1.050</b>	<b>7.029</b>	<b>5.716</b>	<b>885</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 10.05.2019).

**Anlage 31 Istdaten nach Ländern, 2014 (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-bil- dung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter-bil- dung	Beratung
Baden-Württemberg	71	61	77	3.735	1.136	314	3.551	1.136	312
Bayern	1	0	1	13	0	1	13	0	0
Berlin	11	8	7	704	620	45	654	600	32
Brandenburg	19	15	27	649	265	213	512	215	206
Bremen	12	4	7	1.130	60	41	300	15	14
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	60	50	58	4.207	1.010	477	4.207	1.010	477
Mecklenburg-Vorpommern	18	11	16	1.052	259	93	823	163	31
Niedersachsen	39	32	32	2.040	574	241	1.970	514	241
Nordrhein-Westfalen	109	68	94	7.308	1.055	622	7.208	1.055	613
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	11	7	10	294	70	55	294	55	38
Sachsen	35	28	24	1.554	561	174	1.341	396	111
Sachsen-Anhalt	23	16	18	1.183	201	181	894	171	165
Schleswig-Holstein	16	13	14	832	185	103	497	94	75
Thüringen	22	22	13	1.449	298	74	1.357	175	29
<b>gesamt</b>	<b>447</b>	<b>335</b>	<b>398</b>	<b>26.151</b>	<b>6.295</b>	<b>2.633</b>	<b>23.622</b>	<b>5.600</b>	<b>2.343</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 10.05.2019).

**Anlage 32 Istdaten nach Ländern, 2015 (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-bil- dung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter-bil- dung	Beratung
Baden-Württemberg	82	47	87	5.576	906	534	4.927	801	514
Bayern	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	6	9	7	224	255	72	191	50	40
Brandenburg	19	11	18	593	95	148	380	55	75
Bremen	12	4	6	1.557	35	36	0	0	0
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	61	40	54	5.065	650	455	5.065	650	455
Mecklenburg-Vorpommern	20	13	17	1.468	282	82	633	163	29
Niedersachsen	38	19	33	2.683	330	230	2.546	282	224
Nordrhein-Westfalen	107	56	83	8.945	1.090	573	8.871	1.085	554
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	16	7	16	528	45	126	528	40	121
Sachsen	33	17	27	2.138	223	152	1.208	140	124
Sachsen-Anhalt	20	15	14	1.281	190	208	917	160	117
Schleswig-Holstein	13	5	13	987	91	91	545	35	58
Thüringen	19	5	7	1.733	70	20	348	45	14
<b>gesamt</b>	<b>446</b>	<b>248</b>	<b>382</b>	<b>32.778</b>	<b>4.261</b>	<b>2.726</b>	<b>26.158</b>	<b>3.506</b>	<b>2.325</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 33 Istdaten nach Ländern, 2016 (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-bil- dung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter-bil- dung	Beratung
Baden-Württemberg	93	55	98	7.567	1.426	657	6.679	1.341	612
Bayern	99	75	146	7.536	1.535	1.022	5.403	1.060	536
Berlin	6	3	8	335	385	73	251	345	54
Brandenburg	11	6	21	409	40	120	236	35	40
Bremen	10	3	3	1.860	15	17	1.860	15	17
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	45	31	40	4.270	675	274	4.270	675	274
Mecklenburg-Vorpommern	21	8	18	1.908	186	88	1.358	95	17
Niedersachsen	37	23	32	2.620	501	288	2.533	250	281
Nordrhein-Westfalen	81	39	57	9.900	894	360	9.746	889	309
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	35	18	30	2.323	159	163	1.873	103	126
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	15	9	18	1.487	246	140	1.119	172	63
Thüringen	24	7	10	2.756	63	31	1.556	30	5
<b>gesamt</b>	<b>477</b>	<b>277</b>	<b>481</b>	<b>42.973</b>	<b>6.126</b>	<b>3.232</b>	<b>36.884</b>	<b>5.011</b>	<b>2.336</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 34 Istdaten nach Ländern, 2017 (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-bil- dung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter-bil- dung	Beratung
Baden-Württemberg	94	36	95	8.505	1.125	567	6.285	975	515
Bayern	109	48	129	9.219	898	704	7.591	520	457
Berlin	3	0	3	161	0	39	105	0	39
Brandenburg	5	2	9	193	15	93	109	0	10
Bremen	9	2	2	1.643	30	16	1.643	30	16
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	31	9	23	3.512	455	188	3.512	455	188
Mecklenburg-Vorpommern	18	6	15	1.152	102	59	352	55	16
Niedersachsen	32	8	25	2.759	146	427	2.490	146	329
Nordrhein-Westfalen	45	19	35	5.753	328	280	5.725	328	250
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	35	9	24	3.011	126	96	2.370	76	69
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	5	2	4	956	35	52	586	35	29
Thüringen	21	8	10	2.285	98	52	1.866	80	34
<b>gesamt</b>	<b>407</b>	<b>149</b>	<b>374</b>	<b>39.148</b>	<b>3.358</b>	<b>2.571</b>	<b>32.633</b>	<b>2.700</b>	<b>1.951</b>

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 25.04.2019).

**Anlage 35 Hygienebezogene Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung<sup>89</sup>**

Folgende Indikatoren wurden vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung im Teil C des Qualitätsberichtes geeignet bewertet:	
1	QI-ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie)
2	QI-ID 50045: perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung (Leistungsbereich Geburtshilfe)
3	QI-ID 52002: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff (Leistungsbereich implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation)
4	QI-ID: 2263: Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation (Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch))
5	QI-ID: 2280: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS) (Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch))
6	QI-ID: 2256: Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation (Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert)
7	QI-ID: 2257: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS) (Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert)
8	QI-ID: 2283: Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation (Leistungsbereich Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie)
9	QI-ID: 2284: Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS) (Leistungsbereich Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie)

<sup>89</sup> Vgl. Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anhang 3 zu Anlage 1 – Qualitätsindikatoren für das Berichtsjahr 2017 (Stand: 21.06.2018), Tabelle A, [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3384/2018-06-21\\_Qb-R\\_Anhang-3\\_Anlage-1\\_BJ-2017\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3384/2018-06-21_Qb-R_Anhang-3_Anlage-1_BJ-2017_BAnz.pdf) (Abruf am 13.06.2019).



10	QI-ID: 52388: Sepsis bei Implantation eines LVAD (Leistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)
11	QI-ID: 52389: Sepsis bei Implantation eines BiVAD (Leistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)
12	QI-ID: 52390: Sepsis bei Implantation eines TAH (Leistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen)

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Finanzierungsdauer und -höhe im Hygienesonderprogramm nach Förderarten (§ 4 Abs. 9 KHEntgG) .....	15
Abbildung 2	Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal .....	26
Abbildung 3	Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern .....	27
Abbildung 4	Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern .....	28
Abbildung 5	Prozentuale Verteilung der Fördermittel (2013 bis 2018) .....	33
Abbildung 6	Verteilung der Finanzmittel im Programmverlauf (2013 bis 2020) .....	34

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Hygienepersonal und Richtwerte .....	20
Tabelle 2	Bedarf an Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung .....	21
Tabelle 3	Bedarf an Krankenhaushygienikern pro Betten gemäß Risikoeinstufung .....	22
Tabelle 4	Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2018 .....	24
Tabelle 5	Überblick zur Förderung der Krankenhaushygiene 2013 bis 2018 (in Mio. Euro) ...	31
Tabelle 6	Überblick zu den Istdaten nach Förderarten 2013 bis 2017 (in Mio. Euro) .....	32
Tabelle 7	Geförderte Krankenhäuser nach Ländern (2013 bis 2018) .....	35
Tabelle 8	Vereinbarte Vollkräfte und Finanzbeträge im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung .....	37
Tabelle 9	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung 2013 bis 2015 (zusätzliche Vollkräfte (VK)) .....	39
Tabelle 10	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung 2016 und 2017 (zusätzliche Vollkräfte (VK)) .....	40
Tabelle 11	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung 2013 bis 2015 (Finanzbeträge in Mio. Euro) .....	41
Tabelle 12	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung 2016 und 2017 (Finanzbeträge in Mio. Euro) .....	42
Tabelle 13	Vereinbarte Beträge im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (2013 bis 2018) .....	46

Tabelle 14	Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung 2013 bis 2015 (in Tausend Euro).....	47
Tabelle 15	Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung 2016 und 2017 (in Tausend Euro).....	48
Tabelle 16	Vereinbarte Beträge im Förderbereich externe Beratungsleistungen (2013 bis 2018).....	50
Tabelle 17	Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen 2013 bis 2015 (in Tausend Euro).....	52
Tabelle 18	Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen 2016 und 2017 (in Tausend Euro).....	53

## Abkürzungsverzeichnis

4MRGN	Multiresistente gramnegative Erreger mit Resistenz gegen alle vier Antibiotikagruppen
ABS	Antibiotic Stewardship
Abs.	Absatz
AMGÄndG	Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARS	Antibiotika-Resistenz-Surveillance
ART	Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie
ASH	Aktion „Saubere Hände“
AVS	Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance
BÄK	Bundesärztekammer
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BT	Bundestag
BVL	Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit
CDI	Clostridium-difficile-Infektion
DART	Deutsche Antibiotikaresistenzstrategie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
esQS	externe stationäre Qualitätssicherung
FA	Facharzt/Fachärztin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz

HFK	Hygienefachkraft
Hrsg.	Herausgeber
i. V. m.	in Verbindung mit
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
ITS	Intensivstation
ITS-KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System nosokomialer Infektionen auf Intensivstationen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
Mio.	Millionen
MRE	multiresistente Erreger
MRGN	multiresistenten gramnegativen Erreger (MRGN)
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRSA-KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
Nr.	Nummer
OP-KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System postoperative Wundinfektionen
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
Qesü-RL	Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
RKI	Robert Koch-Institut
S.	Satz
SGB	Sozialgesetzbuch
VK	Vollkräfte
VRE	Vancomycin-resistente Enterokokken
WHO	World Health Organization
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
z. B.	zum Beispiel
ZVK	Zentraler Venenkatheter