

Bericht
des GKV–Spitzenverbandes
zum Hygienesonderprogramm
in den Förderjahren 2013 bis 2015

an das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 30.06.2016

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



Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	5
2. Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene	7
2.1 Gesetzliche Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes	7
2.2 Landesrechtliche Regelungen	8
2.3 Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz	9
2.3.1 Änderungen mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhaus- versorgung	10
2.3.2 Fördertatbestände im Einzelnen	11
2.4 KRINKO-Empfehlungen	16
2.5 Weitere gesetzliche Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene	19
3. Ausgangssituation	21
3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes	21
3.2 Hygienefachpersonal in Krankenhäusern	22
4. Umsetzung des Förderprogramms zur Krankenhaushygiene 2013 bis 2015	26
4.1 Datenmeldungen	26
4.2 Inanspruchnahme der Förderung: Vereinbarungs- und Istdaten	28
4.2.1 Vereinbarungs- und Istdaten gesamt	28
4.2.2 Verteilung der Finanzmittel	31
4.2.3 Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen (Vereinbarungs- und Istdaten)	35
4.2.4 Fort- und Weiterbildungen (Vereinbarungs- und Istdaten)	39
4.2.5 Beratungsleistungen (Vereinbarungs- und Istdaten)	43
4.2.6 Undifferenzierte Beträge (Vereinbarungen, vorläufige Zuschläge)	45
5. G-BA-Richtlinien zur Krankenhaushygiene	46
5.1 Angaben zur Krankenhaushygiene in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser	46
5.2 Qualitätsindikatoren zur Hygiene in der externen stationären Qualitätssicherung	47
5.3 Entwicklung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung	48
6. Andere Maßnahmen zu Hygiene und Infektionsprävention	51
6.1 Spezielle Leistungen im ambulanten Bereich zur Prävention und Bekämpfung von MRSA	51

6.2	Prävention der Weiterverbreitung von MRSA in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen	52
6.3	Sektorübergreifende Ansätze zur Bekämpfung multiresistenter Erreger	54
6.4	Förderung eines rationalen Antibiotikaeinsatzes	55
7.	Fazit: Planmäßiger Verlauf des Hygieneförderprogramms	58
	Anlagen	60
	Anlage 1 Regelungen auf Landesebene nach § 23 Abs. 8 IfSG	60
	Anlage 2 Hygieneverordnungen der Länder: Vorgaben zur personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Hygienepersonal	61
	Anlage 3 Finanzielle Förderung zur Erfüllung der Anforderungen des IfSG nach § 4 Abs. 9 KHEntgG.....	66
	Anlage 4 Förderung gesamt 2013 nach Ländern (in Mio. Euro)	68
	Anlage 5 Förderung gesamt 2013/2014 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	69
	Anlage 6 Förderung gesamt 2013/2014/2015 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)	70
	Anlage 7 Vereinbarte Förderung nach § 4 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, 2013 (nach Ländern)	71
	Anlage 8 Vereinbarte Förderung nach § 4 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, 2014 (nach Ländern)	72
	Anlage 9 Vereinbarte Förderung nach § 4 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, 2015 (nach Ländern)	73
	Anlage 10 Mitteilung der Kommission ART und des BMG	74
	Anlage 11 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro).....	78
	Anlage 12 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro).....	79
	Anlage 13 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro).....	80
	Anlage 14 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro)	81
	Anlage 15 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro)	82
	Anlage 16 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro)	83
	Anlage 17 Undifferenzierte Beträge nach Ländern (in Tausend Euro).....	84
	Anlage 18 Istdaten nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro).....	85
	Anlage 19 Istdaten nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro).....	86
	Anlage 20 Hygienebezogene Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung	87

Abbildungsverzeichnis	90
Tabellenverzeichnis	90
Abkürzungsverzeichnis	91

1. Zusammenfassung

Der GKV-Spitzenverband legt hiermit den zweiten Bericht zur Umsetzung des Hygienesonderprogramms nach § 4 Abs. 9 Satz 6 in Verbindung mit § 4 Abs. 8 Satz 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vor.

Mit der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes 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. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die personellen und organisatorischen Voraussetzungen gemäß KRINKO-Empfehlung bis spätestens zum 31.12.2019 zu schaffen. Um dies zu erreichen, wurden den Krankenhäusern durch die Einrichtung des Hygienesonderprogramms 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 bis zum Jahr 2020 liegen bei rund 102 Mio. Euro.¹

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. Im Jahr 2020 geht die krankenhausbazogene Zuschlagsfinanzierung der Personalkosten von Hygienepersonal durch Einrechnung in die Landesbasisfallwerte in eine dauerhafte Zusatzfinanzierung bei allen Krankenhäusern über. Für Fördermaßnahmen der Fort- und Weiterbildung sowie Beratungsleistungen erfolgt die krankenhausbazogene Finanzierung über Zuschläge bis maximal 2023.

Dieser Hygienebericht soll einen Überblick über den Förderzeitraum 2013 bis 2015 geben. Dazu hat der GKV-Spitzenverband Daten verwendet, die die Krankenkassen zur Verfügung gestellt haben. Für die Jahre 2013 bis 2015 wurden den Krankenhäusern durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ca. 131,4 Mio. Euro für die Verbesserung der Ausstattung mit Hy-

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

gienepersonal zusätzlich zur Verfügung gestellt. Von diesen Mitteln haben seit dem Programmstart 1.218 Krankenhäuser profitiert.

Der Schwerpunkt der Inanspruchnahme liegt mit ca. 86 Mio. Euro auf der Neueinstellung von Hygienepersonal, der internen Besetzung neu geschaffener Stellen sowie der Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen. Für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden rund 24 Mio. Euro und für externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygieniker etwa 9 Mio. Euro vereinbart. Darüber hinaus sind Beträge in einer Höhe von rund 12 Mio. Euro infolge undifferenzierter Vereinbarungen und pauschaler Zuschläge an die Krankenhäuser geflossen. Zudem stehen für die Jahre 2013 und 2014 erste von Jahresabschlussprüfern bestätigte Istdaten zur Verfügung.

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 diesem Bericht daher auch die Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung und in angrenzenden Gebieten der Gesundheitsversorgung aufgegriffen. So ist Hygiene bereits seit längerem Gegenstand der externen stationären Qualitätssicherung (ESQS). Das Institut nach § 137a SGB V veröffentlicht jährlich die bundesweiten Ergebnisse zu hygienebezogenen Indikatoren und stellt Veränderungen zu den Vorjahren dar. Es wird zu beobachten sein, ob sich die Fördermaßnahmen zukünftig in verbesserten Indikatorwerten widerspiegeln. Das gilt auch für die neuen sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren zur Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen und zu Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen. Hier werden erstmals in 2019 Ergebnisse vorliegen. Im vertragsärztlichen Bereich wurden im Jahr 2014 Leistungen zur Diagnostik und zur Eradikationstherapie von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) eingeführt und Qualitätsvorgaben in einer Qualitätssicherungsvereinbarung geregelt. Weiterhin wird mit dem 10-Punkte-Plan der Bundesregierung², aus dem sich bereits einige Maßnahmen in der Umsetzung befinden, der besonderen Problematik resistenter Keime begegnet.

In dem vorliegenden Bericht zum Hygieneförderprogramm deutet sich nach einem zügigen Programmeinstieg in den Jahren 2013/2014 eine Stabilisierung der Inanspruchnahme im Jahr 2015 an. Dabei liegen die insgesamt verausgabten Mittel leicht oberhalb des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) prognostizierten Finanzvolumens für den Zeitraum 2013 bis 2015. Erste Daten zur Umsetzung des Programms liegen für die Jahre 2013 und 2014 vor, wobei ein Großteil der gesetzlich erforderlichen Nachweise noch aussteht.

² Vgl. Internetauftritt des BMG: 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger, www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html (Abruf am 06.06.2016).

2. Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene

2.1 Gesetzliche Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) trat am 01.01.2001 in Kraft und beinhaltet die gesetzlichen Vorgaben zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. Das Gesetz gibt einen Überblick zu meldepflichtigen Erkrankungen, den einzuhaltenden Meldewege 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.^{3, 4}

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.⁵ 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 Satz 2 IfSG dann vermutet, wenn die Empfehlungen der Kommissionen KRINKO und ART beachtet worden sind. Insbesondere die Empfehlungen der KRINKO zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sind im Zusammenhang mit den seit August 2013 bestehenden Fördermöglichkeiten für Hygienepersonal nach § 4 Abs. 9 KHEntgG relevant. Diese werden in Abschnitt 2.4 ausführlich dargestellt.

³ Vgl. Internetauftritt des RKI: Falldefinitionen, http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html (Abruf am 06.06.2016).

⁴ Vgl. Internetauftritt des RKI: Infektionsschutzgesetz (IfSG), http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg_node.html (Abruf am 06.06.2016).

⁵ 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 06.06.2016).

Eine weitere Aktualisierung des IfSG betrifft die Meldepflichten. Mit der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung werden die geltenden Meldepflichten an die epidemische Situation angepasst.⁶ Dies betrifft u. a. die Einführung einer Labormeldepflicht bei Infektion oder Kolonisation mit Carbapenem-resistenten Erregern, da diese als Reserveantibiotika von besonderer klinischer Relevanz sind. Zudem wird durch die Verordnung die Meldepflicht für den Nachweis von MRSA aus Blut oder Liquor ergänzt. Weiterhin werden die Meldepflichten ausgedehnt auf Clostridium difficile-Infektionen, deren Meldung an das Gesundheitsamt bei schweren Verläufen erfolgen muss. Die Verordnung trat am 01.05.2016 in Kraft.⁷

2.2 Landesrechtliche Regelungen

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

⁶ 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 (Abruf am 06.06.2016).

⁷ Vgl. RKI: IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung: Zur Umsetzung der neuen Meldepflichten, in: Epidemiologisches Bulletin 16/2016, S. 135-36.

wurden bereits deutlich vor 2011 umfangreiche Verpflichtungen für die Krankenhäuser geschaffen, beispielsweise die Einrichtung von Krankenhaushygienekommissionen, die Mitarbeit eines Krankenhaushygienikers, die Bestellung hygienebeauftragter Ärzte, die Beschäftigung von Hygienefachkräften, die Fortbildung des Hygienepersonals, die Erstellung von Hygieneplänen und die Erfassung von Krankenhausinfektionen. In den übrigen Ländern waren Rechtsverordnungen vollständig neu zu erstellen. Alle Landesregierungen sind der Verpflichtung zum Erlass bzw. der Novellierung der entsprechenden Rechtsverordnungen nachgekommen, wenn auch nicht durchgängig im gesetzlich vorgegebenen Zeitrahmen.

In der Gesamtschau der aktuellen Hygieneverordnungen aller Bundesländer wird sichtbar, dass die Ausgestaltung der Rechtsverordnungen durchaus Unterschiede aufweist. In Entsprechung zum Regelungsauftrag gelten die Hygieneverordnungen stets für Krankenhäuser, während beispielsweise Praxen aufgrund der Kannregelung in § 23 Abs. 5 Satz 2 IfSG in einigen Ländern nicht von der Hygieneverordnung umfasst sind. Personelle Anforderungen für Krankenhäuser beziehen sich stets auf die KRINKO-Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen. Abweichende Vorgaben (wie beispielsweise zu Hygienefachkräften und Hygieneingenieuren in Hessen, in Rheinland-Pfalz zum Fachrichtungsbezug bei hygienebeauftragten Ärzten) sind die Ausnahme (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 Hygieneförderprogramms ebenfalls eine Anpassung dieser Übergangsvorschrift im IfSG bis zum 31.12.2019. Bisher wurde die Landeshygieneverordnung in Brandenburg 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 Hygieneförderprogramm 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 Nr. 1 KHEntgG),
- die Fort- und Weiterbildung zu qualifiziertem Hygienepersonal (§ 4 Abs. 9 Nr. 2 KHEntgG) sowie
- externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygieniker⁸ und Fachärzten mit infektiologischen Kenntnissen (§ 4 Abs. 9 Nr. 3 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 Satz 5 KHEntgG a. F. auf die Regelung des Pflegesonderprogramms (§ 4 Abs. 10 Satz 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.

2.3.1 Änderungen mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung

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 Hygieneförderprogramm 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.⁹ Entgegen der gesetzgeberischen Erwartung wird qualifiziertes Hygienepersonal bis Ende 2016 noch nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen, so dass 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 ist anzunehmen, dass die personelle Ausstattung voraussichtlich bis zum Ende des Jahres 2016 erreicht werden kann.¹⁰ Im § 4 Abs. 9 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG wird darum die Förderung entsprechender Personalmaßnahmen nach § 4 Abs. 9

⁸ 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.

⁹ 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> (Abgerufen am 06.06.2016).

¹⁰ Dto., S. 92.

Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d sowie von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nach § 4 Abs. 9 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe e 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.¹¹

Durch die KHSG-Anpassung wird das Hygieneförderprogramm außerdem um den Bereich der Infektiologie ergänzt. In den Jahren 2016 und 2019 werden gefördert (§ 4 Abs. 9 Satz 2 Nr. 1 Buchstaben a und b KHEntgG):

- die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie und die Zusatzweiterbildung Infektiologie für Fachärzte, sofern sie in diesen Jahren begonnen wurden, mit pauschal 30.000 Euro
- 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 Satz 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 Satz 2 Nr. 1 Buchstabe b KHEntgG).¹²

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 Weiter-

¹¹ Dto., S. 96.

¹² Dto., S. 92.

bildungsmaßnahmen 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.¹³ Der Ausgabenanteil der GKV wird dabei mit ca. 82 % angegeben. Durch die Verlängerung des Hygieneförderprogramms 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.¹⁴

¹³ 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 06.06.2016).

¹⁴ Vgl. Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), S. 1121–39.

Abbildung 1 Finanzierungsdauer und -höhe im Hygieneprogramm 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	22	26	31	17		
Förderpaket 1 2013 - 2016											
Förderpaket 2 2017 - 2019											
Förderart Nr. 1 Neueinstellung/interne Besetzung/Aufstockung	<ul style="list-style-type: none"> 1a) Hygienefachkräfte (90 % der Personalkosten) 1b) Krankenhaushygieniker mit FA Hygiene und Umweltmedizin/FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (75 % der Personalkosten) 1c) Krankenhaushygieniker mit strukturierter curriculärer Fortbildung KH-Hygiene/Fortbildung im Bereich rationale Antibiotikatherapieberatung (50 % der Personalkosten) 1d) Hygienebeauftragte Ärzte (10 % der Personalkosten) 										
Förderart Nr. 2 Fort- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> 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) 2c) Krankenhaushygieniker mit strukturierter curriculärer Fortbildung KH-Hygiene (5.000 Euro/Jahr, max. 2 Jahre) 2d) Arzt und Krankenhaus-Apotheker 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 FA (einmalig 30.000 Euro) 										
Förderart Nr. 3 Beratungsleistung	<ul style="list-style-type: none"> 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“¹⁵. 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 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. Zudem endet 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 Satz 1 KHEntgG). Die Förderbeträge werden zunächst über einen krankenhausbefugten Zuschlag gewährt (§ 4 Abs. 9 Sätze 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 Satz 4 KHEntgG). Maßnahmen im Sinne dieser Förderung

¹⁵ 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 06.06.2016).

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. 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.“¹⁶

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

Vereinbarung auf Landesebene

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

¹⁶ 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 06.06.2016).

Die Finanzierungsbeträge, die insgesamt für das Jahr 2019 nach § 4 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG abgerechnet wurden, 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 Pflegesonderprogramm wird damit die dauerhafte Zusatzfinanzierung gewährleistet.

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des Hygienesonderprogramms

Mit § 4 Abs. 9 Satz 6 KHEntgG wird auf die Regelung des Pflegesonderprogramms (§ 4 Abs. 8 Satz 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 2015 zur Verfügung. Auswertungen der Istdaten, die im Rahmen der Budgetverhandlungen übermittelt und durch Jahresabschlussstate bestätigt werden müssen, können in diesem Bericht erstmalig 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.¹⁷ Neben der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention gibt es auch eine Reihe spezifischer Empfeh-

¹⁷ Die Empfehlungen sind abrufbar auf den Internetseiten des RKI unter www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission_node.html (Abruf am 06.06.2016).

lungen, 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).

Eine weitere Empfehlung der KRINKO zur „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ wurde im September 2015 veröffentlicht. 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 Bedarf eingehalten werden. Die aktuell gültige Fassung dieser KRINKO-Empfehlung wurde im Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 9/2009 am 20.08.2009 online publiziert.¹⁸ Die KRINKO-Empfehlung beschreibt u. a. die Aufgaben der für die Krankenhaushygiene relevanten, spezifischen Berufsbilder. Konkrete Empfehlungen wurden abgegeben

¹⁸ 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, http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/reNAjm2Z2qm82/PDF/27ZtlaS9s0sxU.pdf (Abruf am 06.06.2016).

- zur Organisation (Verantwortlichkeiten, Surveillance, interdisziplinäre Kommunikation, Organisationsstruktur, ambulante Einrichtungen),
- zum Fachpersonal in der Hygiene und Infektionsprävention (Krankenhaustygieniker, 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

Hygienepersonal	Empfehlung
Krankenhaustygieniker	Richtgröße: ab 400 Betten ein hauptamtlicher Krankenhaustygieniker; der Bedarf wird wesentlich vom Risikoprofil einer Einrichtung bestimmt
Hygienebeauftragter Arzt	Berufung mindestens eines hygienebeauftragten Arztes je Krankenhaus; in Behandlungszentren mit organisatorisch getrennten Abteilungen mit speziellem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen sollte jede Fachabteilung einen hygienebeauftragten Arzt benennen
Hygienefachkraft	Bedarf wesentlich vom Risikoprofil des Krankenhauses bestimmt (vgl. Tabelle 2)
Hygienebeauftragter in der Pflege*	Funktion der hygienebeauftragten Pflegekraft für jede Station und in jedem Funktionsbereich empfohlen (auch auf ambulante Einrichtungen übertragbar)

* Hygienebeauftragte in der Pflege sind von der Förderung nach § 4 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).

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 Betten führende Abteilungen, sondern auch teilstationäre und ambulante Bereiche des Krankenhauses sowie nicht Betten führende Abteilungen (u. a. Funktionsabteilungen). Maßnahmen und Patienten werden in Bezug auf das Infektionsrisiko in Risikogruppen eingestuft, für welche bei Betten führenden 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.

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 in 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 Kran-

kenhausbereich 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 Erreger¹⁹ 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 Berichts bereits auf die IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung vom 01.05.2016 Bezug genommen, mit der eine Anpassung der Meldepflichten an die epidemische Lage erfolgte.²⁰ 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.

¹⁹ Vgl. Internetauftritt des BMG: 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger, www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html (Abruf am 06.06.2016).

²⁰ 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 (Abruf am 06.06.2016).

3. Ausgangssituation

3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Jahr 2014 belief sich laut Statistischem Bundesamt die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland auf 1.980. Diese untergliederten sich in 1.646 Allgemeinkrankenhäuser und 334 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 1.555 Krankenhäuser im Sinne des Hygieneförderprogramms anspruchsberechtigt (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3 Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2015

	Krankenhäuser (KHEntgG)	Krankenhäuser mit Budgetabschluss 2015
Baden-Württemberg	169	141
Bayern	277	238
Berlin	50	24
Brandenburg	54	40
Bremen	12	12
Hamburg	34	12
Hessen	118	84
Mecklenburg-Vorpommern	32	15
Niedersachsen	161	158
Nordrhein-Westfalen	328	255
Rheinland-Pfalz	80	57
Saarland	21	16
Sachsen	77	74
Sachsen-Anhalt	45	31
Schleswig-Holstein	54	48
Thüringen	43	42
gesamt	1.555	1.247

Quelle: AOK, WIdO (Stand: April 2016).

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 ersten Bericht zum Hygieneförderprogramm lagen von Jahresabschlussprüfern bestätigte Ist-daten nur für wenige Krankenhäuser vor, da hinsichtlich deren Verfügbarkeit in der Regel ein zweijähriger Zeitversatz festzustellen ist. Gleiches gilt auch für Angaben zum Ausgangspersonalbestand. Lediglich 228 Krankenhäuser der 1.218 geförderten Häuser lieferten mindestens eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Angabe zum Ausgangspersonalbestand für mindestens eine der vier Berufsgruppen. 204 Häuser übermittelten Angaben zu Hygienefachkräften (Nr. 1a; 161 bestätigte Stellen), 76 Häuser zu Krankenhaushygienikern mit fachärztlicher Weiterbildung (Nr. 1b; 15 bestätigte Stellen), 56 Häuser zu Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung/Fortbildung Antibiotikatherapieberatung (Nr. 1c; keine bestätigten Stellen) und 165 Häuser zu hygienebeauftragten Ärzten (Nr. 1d; 313 bestätigte Stellen). Diese Angaben geben einen vorläufigen Überblick zu den Datenmeldungen, ermöglichen aber keine differenzierte Beschreibung der Situation vor Beginn des Hygieneprogramms. Bisher sind nicht alle Krankenhäuser der gesetzlichen Nachweispflicht in notwendigem Maße nachgekommen, daher ist 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

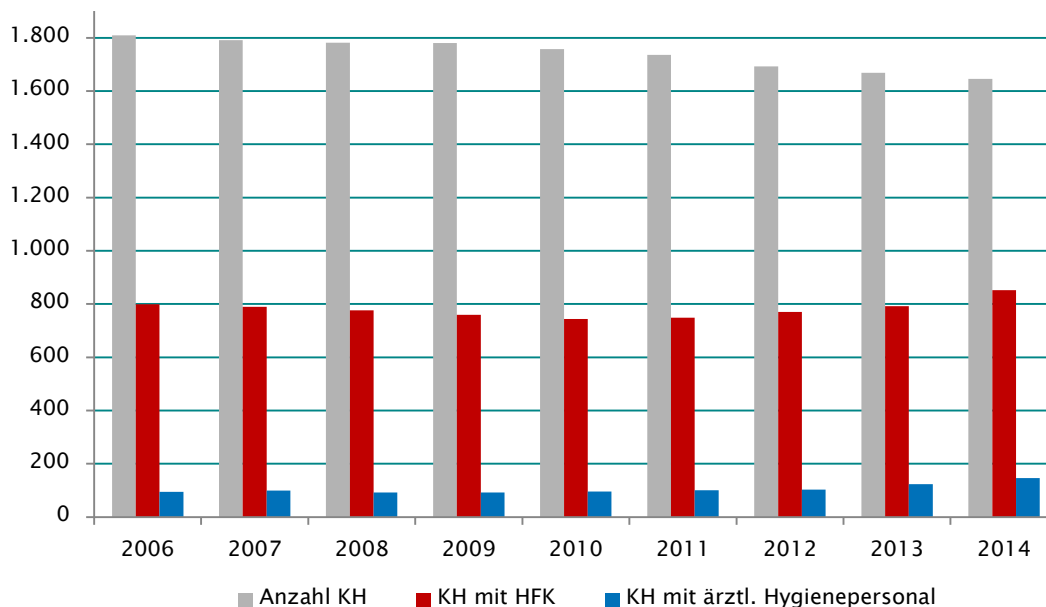
- a) die Anzahl der Krankenhäuser, die ärztliches und pflegerisches Hygienepersonal beschäftigen,
- b) die Anzahl der beschäftigten Hygienefachkräfte sowie
- c) die Anzahl der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

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 Krankenhäuser mit Hygienefachkräften kontinuierlich auf 852 (52 %) im Jahr 2014 an. Wenngleich ein moderater Zuwachs zu verzeichnen ist, zeigen die Daten des Statistischen Bundesamtes, dass im Jahr 2014 nur jedes zweite Allgemeinkrankenhaus Hygienefachkräfte beschäftigte. 146 Krankenhäuser beschäftigten im Jahr 2014 ärztliches Personal mit einer abgeschlossenen Weiterbildung für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (ca. 36 % mehr als in 2006). Gemessen an der Gesamtzahl der Allgemeinkrankenhäuser bleibt ihr Anteil mit rund 9 % gering (vgl. Abbildung 2). Die Schnittmenge der Krankenhäuser, die sowohl Hygienefachkräfte als auch ärztliches Hygienepersonal beschäftigten, kann nicht festgestellt werden.

Abbildung 2 Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal

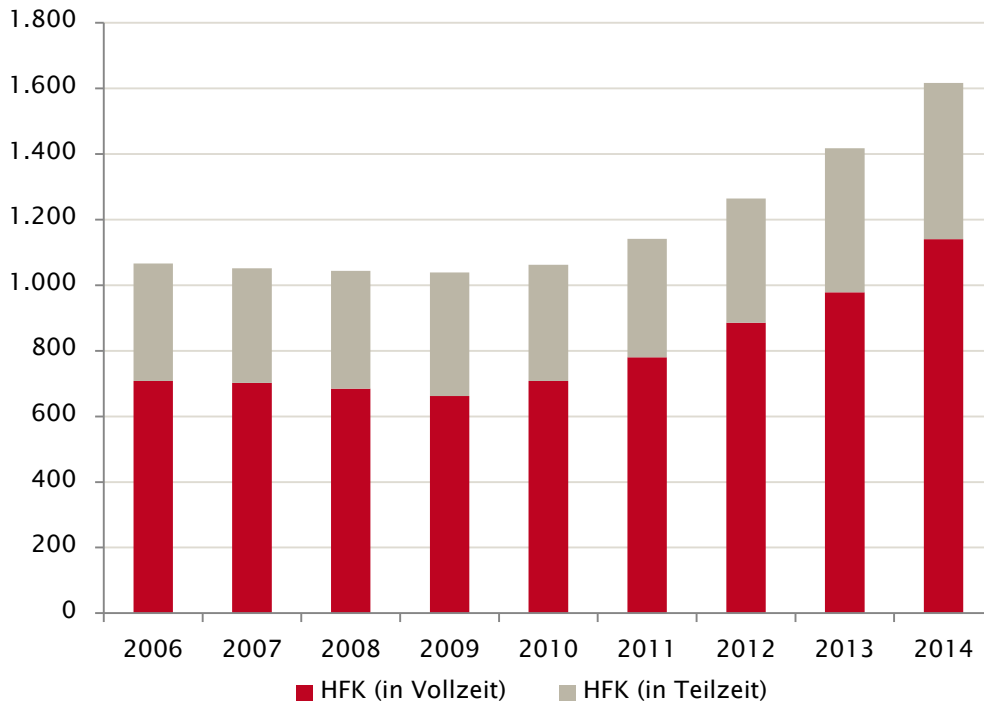


Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

Zu b)

Im Jahr 2014 waren an Allgemeinkrankenhäusern 1.617 Hygienefachkräfte beschäftigt, davon 477 in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte (vgl. Abbildung 3). Im Vergleich zu 2006 waren dies etwa 550 mehr, was einer Zunahme um mehr als ein Drittel entspricht. Der Anstieg setzte im Jahr 2010 ein. Der Anteil der Hygienefachkräfte, die ihre Tätigkeit in Teilzeit ausübten, reduzierte sich von 2013 zu 2014 leicht auf etwa 29 %.

Abbildung 3 Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern

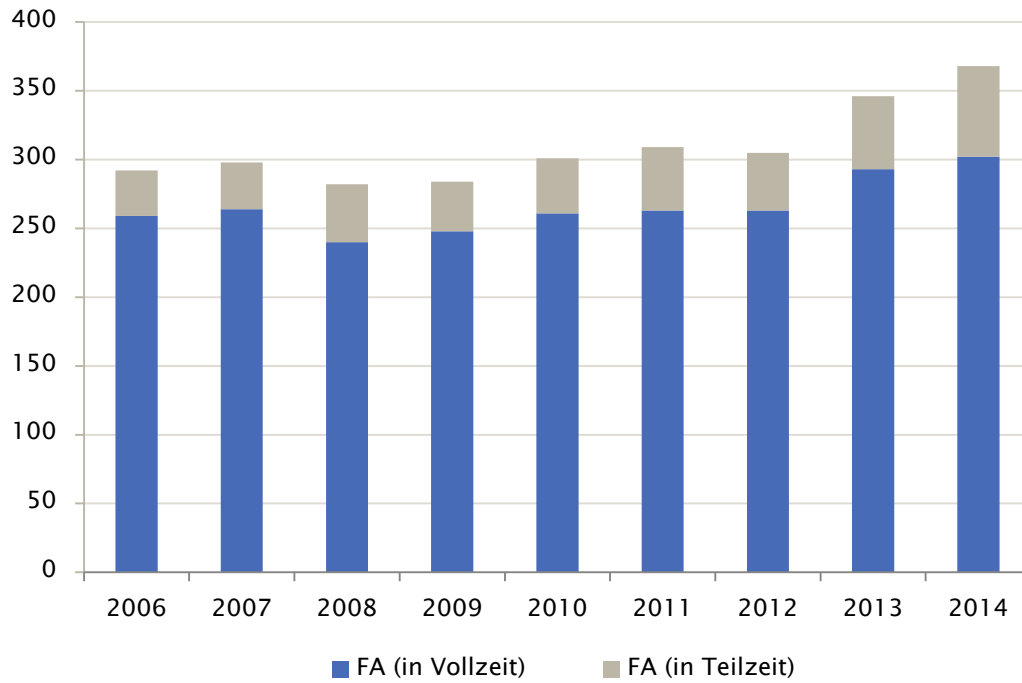


Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

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 2014 waren 368 Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern beschäftigt, so dass im Vergleich zu 2006 (292 Fachärzte) ein Anstieg um etwa 21 % zu verzeichnen war. Der Anteil der Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigten fällt bei diesen Fachärzten deutlich niedriger aus als beim pflegerischen Hygienepersonal mit konstanten etwa 15 % über die Jahre 2006 bis 2013, mit einem leichten Anstieg auf 18 % im Jahr 2014. Ebenso wenig kann die Schnittmenge der Krankenhäuser, die sowohl Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin als auch Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie beschäftigten, festgestellt werden. Informationen zur Anzahl der Ärzte mit strukturierter curricularer Fortbildung zur 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 2015

4.1 Datenmeldungen

In den nun vorliegenden Bericht des GKV-Spitzenverbandes sind Datenmeldungen der Krankenkassen aus dem Jahr 2016 für die Jahre 2013, 2014 und 2015 eingeflossen. Der vorhandene Datenpool umfasst dabei auch Meldungen zu Krankenhäusern, die nicht am Hygieneförderprogramm teilgenommen haben. In den Bericht einbezogen wurden Angaben zur Förderung der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG, die bis zum 13.05.2016 beim GKV-Spitzenverband eingegangen sind. Später übermittelte Daten konnten keine Berücksichtigung finden, gehen jedoch in den Folgebericht ein, der bis zum 30.06.2017 erstellt wird.

Die Auswertungen dieses Berichtes basieren auf einem gegenüber dem ersten Bericht aktualisierten Datenbestand. Abweichungen zwischen den Auswertungen der beiden Berichte sind auf Korrektur- und Nachmeldungen zu noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen zum Zeitpunkt der Erstellung des ersten Berichts sowie auf Krankenhausfusionen zurückzuführen. Im ersten Bericht lagen für Hamburg nur wenige Datenmeldungen vor. Dies war auf ein noch nicht abgeschlossenes Schiedsstellenverfahren mit einem Träger zurückzuführen, aufgrund dessen es für mehrere Krankenhäuser noch keine Vereinbarungen gab. Das Schiedsstellenverfahren wurde im Jahr 2015 abgeschlossen. Im Land Hamburg und in der Region Rheinland wurde die Abrechnung pauschaler Zuschläge vereinbart. Zu den abgerechneten Zuschlägen sind Daten aus Hochrechnungen in den Bericht eingeflossen.

Vereinbarungsdaten

Es liegen Informationen für 1.623 Krankenhäuser in 2013, für 1.535 Krankenhäuser in 2014 und für 1.370 Krankenhäuser in 2015 vor. Im Vergleich zum ersten Bericht hat sich die Zahl der Krankenhäuser mit einer Vereinbarung zum Hygieneprogramm aufgrund von Korrektur- und Nachmeldungen in den beiden ersten Jahren verändert, für 2013 von 600 auf 645 Krankenhäuser, sowie in 2014 von 912 auf 823 Krankenhäuser. 990 Häuser haben in den Budgetverhandlungen des Jahres 2015 Vereinbarungen zum Hygieneprogramm abgeschlossen.

Vorläufige Zuschlagserhebung

Im Jahr 2013 wurde von 459 Krankenhäusern das Instrument der vorläufigen Zuschlagserhebung vor Abschluss der Budgetvereinbarung genutzt. 476 Krankenhäuser erhoben in 2014 einen vorläufigen Zuschlag. Auch im Jahr 2015 nahmen noch 198 Krankenhäuser vorläufige Zuschläge in Anspruch.

In einigen Ländern wurden Landesvereinbarungen zur pauschalen Zuschlagserhebung geschlossen. In der Region Rheinland betrug die Höhe der auf Landesebene vereinbarten Zuschläge in 2015 einheitlich 0,1 %. Insgesamt 143 Krankenhäuser im Rheinland haben pauschale Zuschläge abgerechnet. Durch Hochrechnung ergibt sich ein Förderbetrag von rund 4,1 Mio. Euro für das Förderjahr 2015, der sowohl in den undifferenzierten Fördermitteln (vgl. Abschnitt 4.3.6 und Anlage 17) sowie in der Förderung gesamt berücksichtigt werden konnte. Nach Förderarten differenzierte Vereinbarungen wurden in Nordrhein-Westfalen hingegen mit den Krankenhäusern in Westfalen-Lippe getroffen, so dass diese Beträge krankenhausesbezogen übermittelt wurden. Auch im Land Hamburg wurde im Jahr 2015 in 19 Krankenhäusern ein pauschaler Hygieneszuschlag abgerechnet. Durch Hochrechnung ergibt sich ein Förderbetrag in Höhe von etwa 833.481 Euro (vgl. Abschnitt 4.3.6 und Anlage 17).

Eine Abschätzung der durch vorläufige Zuschläge erlösten Beträge auf Krankenseite war nicht durchgängig in allen Bundesländern möglich, so dass eine gewisse Fehlschätzung des Finanzflusses anzunehmen ist.

Istdaten

Für die Jahre 2013 und 2014 stehen erstmalig Datenmeldungen zur tatsächlichen Umsetzung der Hygienepersonalmaßnahmen zur Verfügung. Mindestens eine Istdaten-Meldung liegt für 241 Krankenhäuser in 2013 und für 286 Häuser in 2014 vor. 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.

Tabelle 4 gibt Aufschluss über den derzeitigen Meldestand zu den Krankenhäusern mit Vereinbarungen und mindestens einer bestätigten bzw. unbestätigten Istdaten-Angabe, differenziert nach Förderarten. Zu beachten ist, dass die Schnittmenge der Krankenhäuser, die Angaben zu mehreren Förderarten geliefert haben, aus dieser Tabelle nicht hervorgeht.

Tabelle 4 Gesamtüberblick zu Krankenhäusern mit Vereinbarungen und bestätigten und unbestätigten Istdaten-Angaben in 2013/14 nach Förderarten

		2013	2014
		Anzahl Krankenhäuser	
Förderart Nr. 1 Einstellungen/ interne Besetzung neu geschaffener Stellen/ Aufstockung vorhan- dener Teilzeitstellen	Vereinbarung	548	689
	Ist		
	Angabe zusätzlicher Betrag (bestätigt)	173	197
	Angabe zusätzlicher Betrag (inkl. unbestätigt)	205	230
	Angabe zusätzliche Stellen (bestätigt)	158	194
	Angabe zusätzliche Stellen (inkl. unbestätigt)	189	222
Förderart Nr. 2 Fort- und Weiterbildung	Vereinbarung	481	531
	Ist		
	Angabe zusätzlicher Betrag (bestätigt)	142	153
	Angabe zusätzlicher Betrag (inkl. unbestätigt)	167	181
Förderart Nr. 3 Beratungsleistungen	Vereinbarung	521	636
	Ist		
	Angabe zusätzlicher Betrag (bestätigt)	149	166
	Angabe zusätzlicher Betrag (inkl. unbestätigt)	188	197

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Deutlich wird, dass sich der Datenmeldebestand von 2013 auf 2014 leicht erhöht hat. Dennoch liegen bisher für jede Förderart von weniger als einem Drittel aller Häuser mit Vereinbarung auch bestätigte Istangaben vor. Da in der Regel hinsichtlich der Meldungen von Istdaten mit einem zweijährigen Versatz zu rechnen ist, können für das Jahr 2015 noch keine Meldungen zu durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben verzeichnet werden.

4.2 Inanspruchnahme der Förderung: Vereinbarungs- und Istdaten

4.2.1 Vereinbarungs- und Istdaten gesamt

Nachfolgend werden die Fördermaßnahmen nach § 4 Abs. 9 Satz 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 17 eingegangen.

Somit ergibt sich im Jahr 2013 für

- Einstellungen, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen ein Betrag von ca. 10,1 Mio. Euro,
- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ein Betrag von ca. 8,2 Mio. Euro und
- Beratungsleistungen von externen Krankenhaushygienikern ein Betrag von etwa 1,5 Mio. Euro sowie
- undifferenzierte Vereinbarungen bzw. Zuschläge ein Betrag von ca. 0,9 Mio. Euro.

Die Summe der durch Vereinbarungen auf Hausebene verausgabten Mittel der GKV beträgt damit im Jahr 2013 ca. 20,7 Mio. Euro.

Auch im Jahr 2014 wurden in erheblichem Umfang vorläufige Zuschläge abgerechnet. Die Summe der auf Hausebene in 2014 verausgabten Mittel der GKV beträgt 52,3 Mio. Euro und gliedert sich auf in Beträge für

- Einstellungen, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen in Höhe von ca. 35,3 Mio. Euro,
- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in Höhe von ca. 9,4 Mio. Euro,
- Beratungsleistungen von externen Krankenhaushygienikern in Höhe von etwa 3,8 Mio. Euro sowie
- undifferenzierte Vereinbarungen bzw. Zuschläge in Höhe von ca. 3,9 Mio. Euro.

Wie bereits im ersten Bericht zum Hygieneprogramm angenommen, reduzierten sich die Beträge undifferenzierter Vereinbarungen für die Jahre 2013 und 2014 aufgrund nachträglicher Zuordnungen zu den drei Förderarten in der aktuellen Datenmeldung: für 2013 um etwa zwei Drittel, für 2014 um etwa die Hälfte.

Im Jahr 2015 wurden insgesamt Mittel in Höhe von rund 58,4 Mio. Euro von der GKV auf Hausebene verausgabt. Differenziert nach Förderarten gliedern sich die Beträge wie folgt:

- Einstellungen, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen in Höhe von ca. 41,4 Mio. Euro
- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in Höhe von ca. 6,1 Mio. Euro
- Beratungsleistungen von externen Krankenhaushygienikern in Höhe von etwa 3,7 Mio. Euro
- undifferenzierte Vereinbarungen bzw. Zuschläge in Höhe von ca. 7,2 Mio. Euro

Insgesamt sind in den Jahren 2013 bis 2015 ca. 131,4 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 (in Mio. Euro)

Jahr	Beteiligte Krankenhäuser	Förderart Nr. 1 Neueinstellungen	Förderart Nr. 2 Fort- und Weiterbildung	Förderart Nr. 3 Beratungsleistungen	Undifferenziert	Betrag gesamt
2013	645	10,1	8,2	1,5	0,9	20,7
2014	823	35,3	9,4	3,8	3,9	52,3
2015	990	41,4	6,1	3,7	7,2	58,4
2013 – 2015	1.218	86,8	23,6	9,0	12,0	131,4

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Bereits im ersten Bericht wurde darauf hingewiesen, dass die Budgetverhandlungen 2014 zum damaligen Zeitpunkt der Datenmeldung am 22.04.2015 noch nicht vollständig abgeschlossen waren und die Zahl der geförderten Häuser dadurch noch Veränderungen unterliegen kann. Zudem war die im ersten Bericht 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. So zeigen sich im Vergleich der Datenmeldungen an einigen Stellen Abweichungen, insbesondere die Zahl der in Anspruch nehmenden Häuser im Jahr 2014 hat sich deutlich von 912 auf 823 verändert (vgl. Tabelle 5).

Wie bereits erwähnt, reduzierten sich die undifferenzierten Beträge in den Jahren 2013 und 2014 im Vergleich zum ersten Bericht deutlich. Undifferenzierte Vereinbarungen stellen einen pragmatischen Ansatz für den schnellen Einstieg in das Förderprogramm dar. Mit zunehmender Nachweisführung seitens der Krankenhäuser können diese den einzelnen Förderarten zugeordnet werden. Dieser Trend zeigt sich in den aktuellen Datenmeldungen bereits für die Jahre 2013 und 2014. Es ist somit zu erwarten, dass sich die undifferenzierten Beträge, insbesondere für das Jahr 2015, zukünftig noch verändern werden.

Hinsichtlich der Istdaten gibt Tabelle 6 Aufschluss über die vereinbarten Beträge in 2013/2014, zu Istbeträgen mit und ohne Bestätigung sowie durch Jahresabschlussprüfer bestätigte Beträge. Für jeweils etwa ein Drittel 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 2013/2014 (in Mio. Euro)

	Vereinbarungssumme gesamt 2013/14	Bestätigt und unbestätigt	davon bestätigt
Förderart Nr. 1			
Einstellungen/ interne Besetzung neu geschaffener Stellen/ Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen	45,4	16,9	14,5
Förderart Nr. 2			
Fort- und Weiterbildung	17,5	6,4	5,6
Förderart Nr. 3			
Beratungsleistungen	5,3	2,0	1,6
undifferenziert	4,8		
Betrag gesamt	73,0	25,2²¹	21,8

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Ein Überblick zu den vorliegenden Istbeträgen und den durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Beträgen nach Ländern für die Jahre 2013 und 2014 wird in den Anlagen 18 und 19 gegeben. Es wird ersichtlich, dass der Umfang der Datenmeldungen zwischen den Ländern variiert. So liegen beispielsweise für Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz noch keine Angaben zur Umsetzung vor, während die Datenmeldungen für das Land Bremen im Jahr 2014 bereits Umsetzungsangaben für rund die Hälfte der vereinbarten Beträge umfassen. Für eine Beurteilung der Umsetzung der Hygienefördermaßnahmen in den Ländern bleiben die künftigen Datenmeldungen abzuwarten.

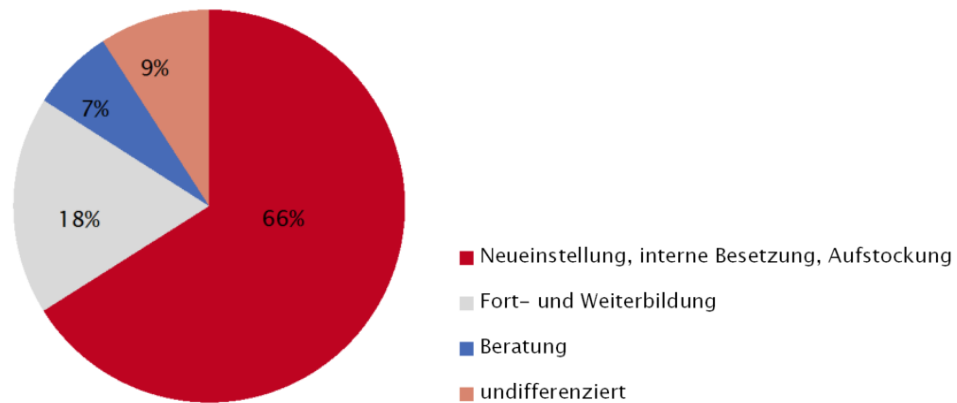
4.2.2 Verteilung der Finanzmittel

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

²¹ Anmerkung: Abweichungen in der ersten Dezimalstelle sind in dieser und weiteren Tabellen in diesem Bericht auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen.

zusätzlichen Hygienepersonals sowie auf die interne Besetzung von Hygienepersonalstellen zu konzentrieren. Die Mittelverwendung ist in diesem Bereich mit rund 66 % der in 2013 bis 2015 verausgabten Mittel tatsächlich am höchsten (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5 Prozentuale Verteilung der Fördermittel (2013 – 2015)



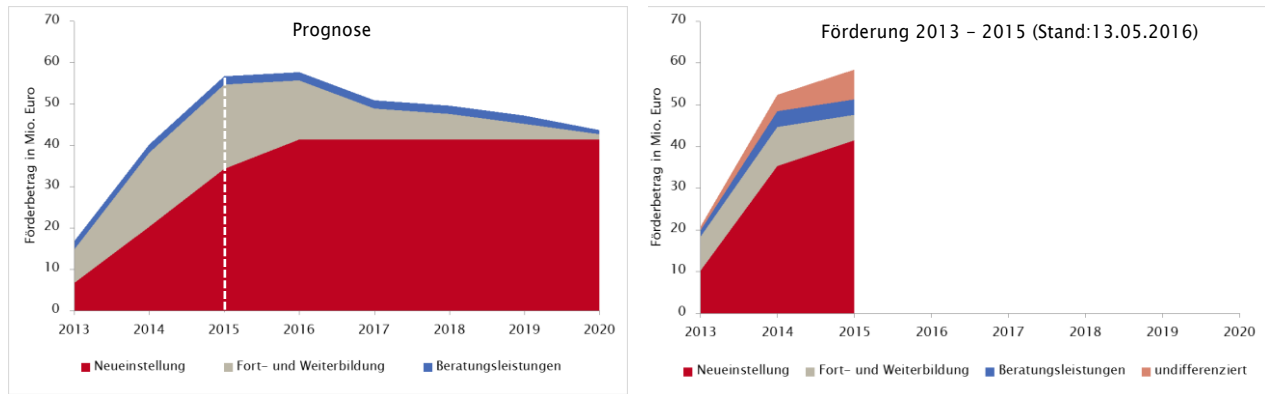
Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.05.2016), eigene Darstellung.

An zweiter Stelle stehen die Beträge für Fort- und Weiterbildung mit insgesamt ca. 24 Mio. Euro (18 %). Die Mittelverwendung für Beratungsleistungen umfasst rund 9 Mio. Euro (7 %), während auf die undifferenzierten Beträge (Vereinbarungen sowie vorläufige Zuschläge) 9 % der verausgabten Mittel entfallen. Im Vergleich zu den Angaben des Vorjahresberichts ist im Bereich Neueinstellung, interne Besetzung und Aufstockung anteilig eine deutliche Erhöhung der verausgabten Beträge zu verzeichnen.

Im Gesetzgebungsverfahren hatte das BMG Annahmen für die Verteilung der Fördermittel im Programmverlauf getroffen.²² Wird dieser um eine Annahme für Beratungsleistungen ergänzte Erwartungshorizont den derzeit verfügbaren Informationen für die Jahre 2013 bis 2015 gegenübergestellt (vgl. Abbildung 6), so wird die Verteilung der Finanzmittel im Verlauf des Hygieneförderprogramms sichtbar.

²² Vgl. Erläuterungen des BMG zu dem in der Formulierungshilfe zur Krankenhausfinanzierung vorgesehenen Hygiene-Förderprogramm und zum Versorgungszuschlag (Stand: 22.04.2013), S. 2.

Abbildung 6 Verteilung der Finanzmittel im Programmverlauf (2013 – 2020)



Quelle: GKV-Spitzenverband (auf Basis der BMG-Annahmen²³), eigene Darstellung (Anmerkung: „Neueinstellung“ umfasst auch interne Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen).

Für die Jahre 2013 bis 2015 beträgt das insgesamt verausgabte Finanzvolumen der GKV 131,4 Mio. Euro und übersteigt damit das insgesamt prognostizierte Finanzvolumen (107,4 Mio. Euro, ohne Beratungsleistungen). In den Jahren 2013 und 2014 erfolgte der zügige Programmeinstieg: Die in diesen Jahren in Anspruch genommenen Finanzmittel liegen verglichen mit der Prognose auf einem deutlich höheren Niveau. Für das Förderjahr 2015 liegt, nach aktuellem Datenmeldestand, das insgesamt in Anspruch genommene Finanzvolumen in Höhe von 58,4 Mio. Euro mit rund 2 Mio. Euro leicht über den Erwartungen (56,6 Mio. Euro). Die differenzierte Betrachtung innerhalb der Förderarten zeigt, dass auch im dritten Förderjahr die Finanzmittel im Bereich der Neueinstellungen, internen Besetzung und Aufstockung von Hygienepersonalstellen (41,4 Mio. Euro) die Vorausschätzungen (34,2 Mio. Euro) übersteigen. Im Bereich der Fort- und Weiterbildungen hingegen liegen die in Anspruch genommenen Mittel in Höhe von 6,1 Mio. Euro auf einem erkennbar niedrigeren Niveau als erwartet (20,4 Mio. Euro). Im Bereich der Beratungsleistungen wurden im Jahr 2015 rund 3,7 Mio. Euro von der GKV verausgabt.

Die Zahl der mit dem Hygieneförderprogramm geförderten Krankenhäuser hat von zunächst 645 in 2013 auf 990 im dritten Programmjahr 2015 deutlich zugenommen. Mindestens in einem der drei Jahre haben insgesamt 1.218 Krankenhäuser die Förderung genutzt. In allen drei Jahren haben 364 der geförderten Krankenhäuser Vereinbarungen zu zwei Förderarten getroffen. 82 Krankenhäuser vereinbarten sich mit den Krankenkassen in allen drei Jahren zu

²³ Dto., S. 2.

allen drei Förderarten. Tabelle 6 gibt einen Überblick zur Inanspruchnahme des Hygieneförderprogramms in den Bundesländern:

Tabelle 7 Geförderte Krankenhäuser nach Ländern (2013 – 2015)

	Anspruchsberechtigte Krankenhäuser	Geförderte Krankenhäuser	Anteil	Summe Förderung 2013 – 2015 in Mio. Euro
Baden-Württemberg	169	140	83 %	16,8
Bayern	277	235	85 %	28,2
Berlin	50	27	54 %	3,2
Brandenburg	54	44	81 %	3,4
Bremen	12	12	100 %	2,5
Hamburg	34	20	59 %	1,1
Hessen	118	84	71 %	15,0
Mecklenburg-Vorpommern	32	18	56 %	1,0
Niedersachsen	161	128	80 %	13,7
Nordrhein-Westfalen	328	276	84 %	21,3
Rheinland-Pfalz	80	48	60 %	4,2
Saarland	21	20	95 %	1,8
Sachsen	77	59	77 %	5,6
Sachsen-Anhalt	45	37	82 %	4,8
Schleswig-Holstein	54	35	65 %	3,8
Thüringen	43	35	81 %	5,1
gesamt	1.555	1.218	78 %	131,4

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.05.2016).

Bezogen auf die einzelnen Bundesländer fällt die Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms durch die Krankenhäuser recht unterschiedlich aus. Insgesamt nahmen im Zeitraum 2013 bis 2015 rund 80 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser eine Förderung im Rahmen des Hygieneförderprogramms in Anspruch. Auf Länderebene wird im Vergleich zu den Angaben des ersten Berichts deutlich, dass sich der Anteil der in Anspruch nehmenden Häuser in den meisten Ländern erhöht hat. Die Budgetverhandlungen 2015 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, 5 und 6 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 Krankenhäuser, die die Förderart Nr. 1 nach § 4 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG vereinbarten, stieg von 548 im Jahr 2013 auf 689 im Jahr 2014 und weist derzeit eine leichte Reduktion für das Jahr 2015 auf 652 Häuser auf (vgl. Tabelle 8). Die Zahl der Neueinstellungen, internen Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen gliedert sich auf in vier verschiedene Berufsbilder bzw. Qualifikationswege. In allen Jahren wurde die höchste Zahl an Vollkräften zu den beiden Berufsgruppen Hygienefachkräfte und hygienebeauftragte Ärzte vereinbart.

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

	2013	2014	2015	Summe 2013 – 2015
Anzahl Krankenhäuser mit Vereinbarung zu § 4 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG	548	689	652	
Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung von Hygienepersonal in Vollkräften (VK)				
– Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	237,5	414,7	518,4	
– Krankenhaushygieniker mit ärztlicher Weiterbildung (Nr. 1b)	26,3	46,0	40,6	
– Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung/Fortbildung rationale Antibiotikatherapieberatung (Nr. 1c)	10,7	19,5	25,6	
– Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	703,4	961,7	1038,6	
Zusätzlicher Finanzbetrag* in Mio. Euro	10,1	35,3	41,4	86,8

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.05.2016).

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 7, 8 und 9.

In den Tabellen 9 und 10 wird ein Überblick zu den derzeit vorliegenden Istdaten-Meldungen und Bestätigungen durch Jahresabschlussprüfer für diese Förderart in den Jahren 2013 und 2014 gegeben. Wie bereits in Abschnitt 2.3.2 dargestellt, sind die von den Krankenhäusern zu erbringenden Nachweise über die Umsetzung des Hygieneförderprogramms 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 in Tabelle 9, dass für rund ein Drittel der im Jahr 2014 vereinbarten Hygienefachkräfte (Nr. 1a) und Krankenhaushygieniker mit ärztlicher Weiterbildung (Nr. 1b) eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Angabe vorliegt. Während nur ein Viertel der im Jahr 2014 vereinbarten Stellen für Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung/Fortbildung rationale Antibiotikatherapieberatung (Nr. 1c) auch durch Jahresabschlussprüfer testiert sind, bewegt sich die Nachweisführung für zusätzliche hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d) in diesem Jahr mit rund 39 % auf einem deutlich höheren Niveau.

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

	Zusätzlich vereinbarte VK		Zusätzliche VK – Ist		
	Häuser mit Vereinbarung	Vereinbarte Anzahl VK	Häuser mit Ist-Angabe	Anzahl VK unbestätigt und bestätigt	davon bestätigte Anzahl VK
2013					
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	337	238	139	102	87
Krankenhaus- hygieniker (Nr. 1b)	65	26	36	16	13
Krankenhaus- hygieniker (Nr. 1c)	14	11	6	5	2
Hygiene- beauftragte Ärzte (Nr. 1d)	324	703	140	359	314
2014					
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	503	415	187	158	138
Krankenhaus- hygieniker (Nr. 1b)	78	46	31	17	16
Krankenhaus- hygieniker (Nr. 1c)	29	20	9	5	5
Hygiene- beauftragte Ärzte (Nr. 1d)	426	962	154	425	377

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.05.2016).

In Tabelle 10 werden hinsichtlich der von Jahresabschlussprüfern bestätigten Finanzbeträge ebenfalls Unterschiede zwischen den Berufsgruppen deutlich. Während rund ein Drittel der in beiden Jahren vereinbarten Finanzbeträge für Hygienefachkräfte und hygienebeauftragte Ärzte bisher durch Jahresabschlussprüfer bestätigt wurden, liegen für lediglich 22 % der im Jahr 2014 vereinbarten Beträge für die Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung/Fortbildung Antibiotikatherapieberatung (Nr. 1c) Jahresabschlusstestate vor.

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

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2013			
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	4,9	1,9	1,7
Krankenhaushygieniker (Nr. 1b)	1,1	0,5	0,4
Krankenhaushygieniker (Nr. 1c)	0,2	0,1	0,1
Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	3,6	1,4	1,1
undifferenziert	0,1		
2014			
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	18,9	6,5	5,6
Krankenhaushygieniker (Nr. 1b)	3,5	1,5	1,4
Krankenhaushygieniker (Nr. 1c)	0,9	0,3	0,2
Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	11,4	4,3	3,7
undifferenziert	0,4		

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.05.2016).

Die für die Förderung nach § 4 Abs. 9 Satz 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 endet. Die insgesamt in 2016 für hygienebeauftragten Ärzte abgerechneten Zuschläge fließen ab 2020 in den Landesbasisfallwert ein, bis dahin findet eine krankenhaushausindividuelle Finanzierung der Personalmaßnahmen statt.²⁴ 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.

²⁴ 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 06.06.2016).

4.2.4 Fort- und Weiterbildungen (Vereinbarungs- und Istdaten)

Für die ärztliche Weiterbildung im Rahmen des Hygieneförderprogrammes sind 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, so dass 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.

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.²⁵ Zusätzlich verabschiedete die BÄK im Jahr 2013 ergänzende Rahmenbedingungen für die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene.²⁶ 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“.²⁷ Zugleich werden u. a. Aussagen zu Teilnahmevoraussetzungen, zeitlicher Dauer, Hospitationen, Fallkonferenzen, Anforderungen an den Supervisor und zur Anerkennung der Kursanbieter durch die Landesärztekammern getroffen. Die curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene ist als Übergangslösung konzipiert und wird voraussichtlich in 2016 einer ersten Überprüfung unterzogen. 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).

²⁵ Vgl. BÄK (Hrsg.): Strukturierte curriculare Fortbildung "Krankenhaushygiene" (Stand: November 2011), www.bundesaerztekammer.de/downloads/Strukturierte-curriculare-Fortbildung_Krankenhaushygiene_18.11.2011_final.pdf (Abruf am 06.06.2016).

²⁶ Vgl. BÄK: Ergänzende Rahmenbedingungen für die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene (Stand: 05.09.2013), www.bundesaerztekammer.de/downloads/StrukCurrFBKrankenhaushygieneRahmenbed20130905b.pdf (Abruf am 06.06.2016).

²⁷ Dto., S. 1.

Eine Fortbildung im Bereich rationale Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) 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“.²⁸ 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 10). 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 aus.²⁹ Tabelle 11 gibt einen Überblick zu den vereinbarten Beträgen in diesem Förderbereich nach Ländern. Im Jahr 2013 wurde bei insgesamt 481 Krankenhäusern mit ca. 8,2 Mio. Euro die Fort- und Weiterbildung gefördert, im Jahr 2014 bei 531 Krankenhäusern mit ca. 9,4 Mio. Euro und im Jahr 2015 bei knapp 400 Krankenhäusern mit ca. 6,1 Mio. Euro.

²⁸ Vgl. Internetauftritt der ABS-Initiative, www.antibiotic-stewardship.de (Abruf am 06.06.2016).

²⁹ 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 06.06.2016).

Tabelle 11 Vereinbarte Beträge im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (2013 – 2015)

	Ba.-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Meck.-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrh.-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	gesamt
Betrag in 1.000 Euro																	
2013	918	1.425	860	515	100	0	855	15	1.111	807	374	42	234	359	205	332	8.153
2014	1.284	1.942	710	340	60	0	1.035	80	1.268	431	422	179	652	400	265	296	9.364
2015	938	2.145	30	140	25	0	750	13	583	470	145	55	283	222	85	247	6.130
gesamt	3.141	5.511	1.600	995	185	0	2.640	108	2.963	1.708	941	276	1.169	981	555	875	23.648
Anzahl KH mit mindestens einer Maßnahme																	
2013	53	84	19	29	8	0	51	3	76	49	24	9	18	25	13	20	481
2014	75	104	14	23	4	0	55	8	84	33	24	15	31	25	14	22	531
2015	52	116	2	9	2	0	41	3	45	32	11	7	22	30	10	16	398
gesamt	104	181	22	35	9	0	72	12	108	62	39	16	43	35	20	32	790

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.05.2016).

Bis auf wenige Ausnahmen reduzieren sich die vereinbarten Gesamtbeträge und die Zahl der Krankenhäuser mit Vereinbarungen zu Fort- und Weiterbildungen im Jahr 2015 wieder, nachdem sie von 2013 auf 2014 angestiegen waren. Dies ist aber keineswegs mit einem reduzierten Vereinbarungsgeschehen zu dieser Förderart in den Ländern gleichzusetzen. Es ist zu berücksichtigen, dass in den vorliegenden Bericht Datenmeldungen bis zum 13.05.2016 eingeflossen sind. Somit kann davon ausgegangen werden, dass noch nicht in allen Häusern die Budgetverhandlungen für das Jahr 2015 abgeschlossen waren und sich diese Angaben in den Folgeberichten noch verändern werden. Im Vergleich zu den Angaben des ersten Berichts zeigen sich in vielen Ländern für die Jahre 2013 und 2014 leichte Anstiege der gemeldeten Beträge und teilnehmenden Krankenhäuser mit Ausnahme der Länder Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland. Detailliertere landesbezogene Angaben mit einer Differenzierung nach Berufsbildern können den Anlagen 11, 12 und 13 entnommen werden.

Mit in der Summe bislang vereinbarten rund 24 Mio. Euro sind damit etwa 30 % 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 Start-

zeitpunkt der Fort-/Weiterbildung auch Teilbeträge eingestellt wurden, so dass mit erheblichen Unschärfen zu rechnen wäre.

In Tabelle 12 dargestellt sind die in den Jahren 2013 und 2014 vereinbarten Beträge zu den Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie die vorliegenden Istdaten in diesem Förderbereich.

Tabelle 12 Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (in Tausend Euro)

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2013			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	583	485	485
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	276	240	225
Krankenhausthygieniker	354	156	136
Ärzte und Krankenhausapotheker	419	150	130
Hygienebeauftragte Ärzte	2.367	859	744
Hygienefachkraft	4.065	1.351	1.158
Undifferenziert	90	39	39
2014			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	751	451	450
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	440	195	180
Krankenhausthygieniker	543	194	169
Ärzte und Krankenhausapotheker	716	141	120
Hygienebeauftragte Ärzte	3.723	1.122	907
Hygienefachkraft	3.071	905	728
undifferenziert	120	120	120

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.05.2016).

Erwartungsgemäß liegt der Anteil der insgesamt bestätigten Beträge im Jahr 2013 auf einem leicht höheren Niveau als im Jahr 2014. Zwischen den Weiterbildungsmaßnahmen variiert der Anteil an bestätigten Beträgen deutlich. So liegen für das Jahr 2013 für mehr als 80 % der vereinbarten fachärztlichen Weiterbildungsmaßnahmen durch Jahresabschlussprüfer bestätigte

Angaben vor, während für die vier weiteren Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen jeweils rund ein Drittel der vereinbarten Beträge testiert ist.

4.2.5 Beratungsleistungen (Vereinbarungs- und Istdaten)

Beratungsleistungen werden bis einschließlich 2020 gefördert. 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. In Tabelle 13 dargestellt sind die in den Jahren 2013 bis 2015 vereinbarten Beträge nach Ländern. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum externe Beratungsleistungen in Höhe von rund 9 Mio. Euro zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart.

Tabelle 13 Vereinbarte Beträge im Förderbereich externe Beratungsleistungen (2013 - 2015)

	Ba.-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Meck.-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrh.-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	gesamt
Betrag in 1000 Euro																	
2013	140	270	32	102	30	0	222	3	193	143	100	19	82	88	62	26	1.510
2014	353	653	88	265	41	0	533	85	491	341	155	115	199	188	193	79	3.779
2015	498	893	47	89	36	0	510	16	395	287	104	106	227	241	141	87	3.677
gesamt	991	1.816	167	456	107	0	1.265	104	1.079	771	359	240	508	516	395	192	8.966
Anzahl KH mit mindestens einer Maßnahme																	
2013	78	124	8	25	7	0	60	2	51	50	30	12	21	24	16	13	521
2014	93	146	10	35	7	0	65	14	79	53	33	17	27	24	17	16	636
2015	91	171	4	11	6	0	57	4	50	53	25	15	34	30	18	118	587
gesamt	112	199	12	39	7	0	73	16	91	62	49	18	35	34	23	20	790

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.05.2016).

Die Zahl der Krankenhäuser, die Beratungsleistungen vereinbarten, stieg nach vorliegenden Datenmeldungen von 521 Krankenhäusern in 2013 auf 636 Krankenhäuser im Jahr 2014 an und reduzierte sich wieder leicht auf 587 im Jahr 2015. Es kann angenommen werden, dass sich mit zunehmender Verfügbarkeit von Krankenhaushygienikern am Arbeitsmarkt der Anteil der Fördersumme für externe Beratungsleistungen im Laufe des Förderzeitraums verringern dürfte. Dieser Trend zeigt sich zwar in den Daten, wie bereits in den vorangegangenen Ab-

schnitten erwähnt, es ist aber auch in diesem Förderbereich von weiteren Anpassungen aufgrund noch nicht abgeschlossener Budgetverhandlungen 2015 auszugehen.

Ausgehend von einem Tagessatz von 400 Euro wurden im Zeitraum 2013 bis 2015 insgesamt etwa 22.415 Beratungstage in die Vereinbarungen aufgenommen. Bezogen auf jedes Förderjahr wurden etwa 3.775 Beratungstage im Jahr 2013, etwa 9.448 im Jahr 2014 und etwa 9.192 im Jahr 2015 vereinbart. Detaillierte Angaben zu den Beratungsleistungen – soweit diese verfügbar waren – können den Anlagen 14, 15 und 16 entnommen werden. Gemessen an dem für die gesamte Laufzeit (maximal bis 2020) der ersten Förderphase vorgesehenen Betrag von etwa 15 Mio. Euro wurden bisher also annähernd 60 % verausgabt.

In Tabelle 14 dargestellt sind die in den Jahren 2013 und 2014 vereinbarten Beträge zu den Beratungsleistungen sowie die vorliegenden Istdaten in diesem Förderbereich.

Tabelle 14 Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen (in Tausend Euro)

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2013			
Krankenhaushygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	562	264	188
Krankenhaushygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	180	74	45
undifferenziert	768	234	225
2014			
Krankenhaushygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.462	587	459
Krankenhaushygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	485	196	136
undifferenziert	1.832	612	564

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.05.2016).

In beiden Jahren sind zwischen einem Viertel und einem Drittel der vereinbarten Beträge zu Beratungsleistungen durch die beiden Berufsgruppen sowie undifferenziert vereinbarte Beträge durch Jahresabschlussprüfer bestätigt worden. 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.

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 nach den vorliegenden Informationen Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein im Jahr 2015. Während in Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Saarland in den ersten beiden Förderjahren noch undifferenzierte Beträge vereinbart wurden, liegen für diese Länder im Förderjahr 2015 keine undifferenzierten Beträge mehr vor. In der Summe handelt es sich für die Jahre 2013 bis 2015 um ca. 12 Mio. Euro. Die Angaben zu den genannten Ländern sind in Anlage 17 hinterlegt. Verglichen mit den Angaben zu undifferenzierten Beträgen der Jahre 2013 und 2014 des ersten Berichts (ca. 9,7 Mio. Euro) hat sich der Betrag für diese Jahre nach aktuellem Datenmeldestand halbiert. Wie bereits im ersten Bericht angenommen, hat sich die Zahl der Vereinbarungen ohne konkrete Benennung der Art der Förderung infolge der nachträglichen Zuordnung auf die Förderarten für diese Jahre damit rückläufig entwickelt.

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.³⁰ Die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser werden jährlich im G-BA aktualisiert und veröffentlicht. Zunehmend sind von den Krankenhäusern auch Angaben zu hygienebezogenen Themen anzugeben. Diese werden 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 KRINKO³¹ sowie an den Krankenhaushygieneverordnungen auf Landesebene. Seit dem Jahr 2014 enthalten die Qualitätsberichte zudem Angaben zum hygienebezogenen Risikomanagement. In diesem Bereich sind die folgenden hygienebezogenen Struktur- und Leistungsdaten auszuführen:

- 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)
- jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
- regelmäßig tagende Hygienekommission
- risikoadaptierte MRSA-Aufnahmescreening

³⁰ Vgl. Internetauftritt des G-BA: Die Aufgaben des G-BA beim Thema Hygiene, www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/hygiene/aufgabe/ (Abruf am 06.06.2016).

³¹ 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.

- Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit MRSA-/MRE-/Noroviren besiedelten Patienten
- Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen³²

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 MRE

Neben diesen Angaben berücksichtigt der Teil C des Qualitätsberichts 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 ESQS handelt es sich um ein bundeseinheitliches Verfahren, wonach Krankenhäuser bestimmte qualitätsrelevante medizinische und pflegerische Daten dokumentieren müssen. Mithilfe dieser Daten, die insgesamt in mehr als 400 Qualitätsindikatoren eingehen, lässt sich die Qualität der Krankenhäuser in derzeit 30 Leistungsbereichen (z. B. Geburtshilfe, Hüftendoprothesenwechsel) vergleichen. Ein Teil der zugrundeliegenden Qualitätsindikatoren hat einen Bezug zum IfSG bzw. zur Hygienequalität in Krankenhäusern.³³

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, Gynäkologie, Geburtshilfe sowie Neonato-

³² Vgl. G-BA-Veröffentlichung zum Maschinenverwertbaren Qualitätsbericht 2014 – Änderungen gegenüber 2013 (Stand: 25.02.2015), Auswahlliste A-12.3.2 „Hygienebezogenes Risikomanagement“, www.g-ba.de/downloads/17-98-3902/2_6-1_3_2015-02-25_VA1i_Aenderunguebersicht_Qb2013-Qb2014.pdf (Abruf am 06.06.2016).

³³ Vgl. Internetauftritt des G-BA: Die Aufgaben des G-BA beim Thema Hygiene, www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/hygiene/aufgabe/ (Abruf am 06.06.2016).

logie.³⁴ 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. Die Ergebnisse der ESQS 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 2014³⁵ wurden 27 Qualitätsindikatoren in dem entsprechenden Kapitel analysiert und im Vergleich zum Erfassungsjahr 2013 dargestellt. Im Vergleich zum Vorjahr zeigte sich für die beiden Indikatoren „Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“ und „Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“ eine signifikante Verbesserung, während die Ergebnisse der weiteren Indikatoren stabil innerhalb der vorgesehenen Referenzbereiche liegen. Darüber hinaus wurden auch einzelne Datenfelder³⁶ aus verschiedenen Leistungsbereichen mit direktem Bezug zur Krankenhaushygiene bundesweit ausgewertet. Einrichtungsbezogen sind im Teil C der Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2014 insgesamt 18 Qualitätsindikatoren mit einem Bezug zur Hygiene im Krankenhaus abzubilden (vgl. Anlage 20).

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.³⁷ Diese spiegeln neben der Prozessqualität (Händedesinfektionsmittelverbrauch) vor allem die Ergebnisqualität

³⁴ Vgl. AQUA-Institut: Qualitätsreport 2013, S. 223–32, www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2013/AQUA-Qualitaetsreport-2013.pdf (Abruf am 06.06.2016).

³⁵ Vgl. AQUA-Institut: Qualitätsreport 2014, S. 193–202, <https://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2014/AQUA-Qualitaetsreport-2014.pdf> (Abruf am 06.06.2016).

³⁶ Datenfelder bilden primär nicht die Grundlage eines spezifischen Indikators, sondern gehen u. a. in die Berechnung zusammenfassender Indikatoren als Teil einer Summe ein.

³⁷ 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 (Abruf am 06.06.2016).

(nosokomiale, postoperative Wundinfektion; tiefe nosokomiale, postoperative Wundinfektion; postoperative Wundinfektion mit MRSA) wider. Darüber hinaus wurde für den stationären und ambulanten Bereich jeweils ein Summen-Index für Hygiene- und Infektionsmanagement sowie Indikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch entwickelt. Dieser umfasst zwölf Komponenten (Indikatoren), u. a. die leitliniengestützte perioperative Antibiotikaphylaxe, die Überprüfung der Compliance bzgl. Händedesinfektion, die Dauer der perioperativen Antibiotikaphylaxe und Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich Hygiene.

Im Rahmen des Verfahrens zur Vermeidung Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen wurden im entsprechenden Abschlussbericht letztendlich 22 Indikatoren als relevant, praktikabel und unter derzeitigen Rahmenbedingungen umsetzbar konsentiert.³⁸ Elf dieser 22 Indikatoren reflektieren die Ergebnisqualität, wovon zehn Indikatoren die Zentrale Venenkatheter (ZVK)-assoziierte primäre Sepsisrate abbilden. Des Weiteren umfasst das Indikatorenset Prozessindikatoren zur Indikation (z. B. Indikation zur Anlage eines konventionellen ZVK), zur Blutkulturdiagnostik (z. B. Blutkulturdiagnostik bei über ICD kodierter Sepsis) und zu allgemeinen und spezifischen Hygienemaßnahmen (z. B. Händedesinfektionsmittelverbrauch).

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.

Die Machbarkeitsprüfung im Rahmen des Verfahrens zur Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen³⁹ wurde von März bis August 2014 durchgeführt. Im Ergebnis der Prüfung zeigten sich keine Implementierungshindernisse, ein vertretbarer Aufwand und insgesamt eine gute Akzeptanz des Verfahrens. Mit Beschluss vom 17.12.2015 wird die Qesü-RL um dieses Qualitätssicherungsverfahren ergänzt.⁴⁰ Dieses umfasst zunächst die Instrumente der fallbezogenen Dokumentation beim Leistungserbringer sowie die Auswertung von Sozialdaten bei den Krankenkassen, eine Ergänzung um das Instrument der Einrichtungsbefragung ist vorge-

³⁸ Vgl. AQUA-Institut: Abschlussbericht des AQUA-Instituts zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen (Stand: 20.12.2012), S. 14,

https://sqq.aqua-institut.de/downloads/Entwicklung/Nosokomiale_Infektionen/Abschlussbericht_ZVK.pdf (Abruf am 06.06.2016).

³⁹ 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 (Abruf am 06.06.2016).

⁴⁰ 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 (Abruf am 06.06.2016).

sehen. Die Datenerhebung beginnt voraussichtlich am 01.01.2017, wobei zunächst ein Erprobungszeitraum von fünf Jahren und die anschließende Überführung in den Regelbetrieb geplant sind. Der G-BA hat die Veröffentlichung des Indikatorensets und der Dokumentation Einrichtungsbefragung zu diesem Qualitätssicherungsverfahren beschlossen.⁴¹

Die Machbarkeitsprüfung zu dem Verfahren zur Vermeidung Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen wurde zwischen Mai und September 2014 durchgeführt. Im Januar 2015 wurde der entsprechende Bericht⁴² vorgelegt und parallel dazu der Abschlussbericht über die Ergebnisse der empirischen Prüfung der Sozialdaten⁴³. Das AQUA-Institut kommt zu dem Ergebnis, dass zahlreiche Modifikationen notwendig wären, um das Verfahren im Regelbetrieb etablieren zu können. Unter den gegebenen Bedingungen wird eine Umsetzung in den Regelbetrieb zurzeit nicht empfohlen. Eine Ausnahme hiervon bildet der Aspekt der Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bei Neu- und Frühgeborenen, für den eine Integration in das existierende ESQS-Verfahren „Neonatologie“ vorgeschlagen wird. Dementsprechend ist geplant, für die Datenerfassung 2017 Datenfelder zur Erfassung von ZVK-Infektionen in den Leistungsbereich Neonatologie aufzunehmen. Ein entsprechender Plenumsbeschluss wird für das Jahr 2016 erwartet.

⁴¹ Vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Indikatorensets Version 3.1 und der Dokumentation Einrichtungsbefragung Version 3.1 zum QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (Stand: 16.06.2016), https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2635/2016-06-16_Qesue-RL_Ver%C3%B6ffentlichung_QI-Set_QS-WI_EB_inkl.%20Anlagen.pdf (Abruf am 06.06.2016).

⁴² Vgl. AQUA-Institut: Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen, Erweiterte Machbarkeitsprüfung (Stand: 30.04.2015), https://sqq.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/NosI_ZVK_MP_Bericht_V03.pdf (Abruf am 06.06.2016).

⁴³ Vgl. AQUA-Institut: Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen, Empirische Prüfung (Stand: 30.04.2015), https://sqq.aqua-institut.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/NosI_ZVK_EP_Bericht_V03.pdf (Abruf am 06.06.2016).

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 multiresistenten Erregern (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 Satz 3 SGB V für die diagnostische Untersuchung von Risikopatienten und die ambulante Sanierung von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten beschlossen.⁴⁴ 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 des EBM mit Wirkung zum 01.04.2014 überführt. Die Vergütung dieses Leistungsbereichs erfolgt derzeit extrabudgetär und beinhaltet damit die Möglichkeit der Leistungserbringung und -abrechnung ohne Mengenbegrenzung, wobei perspektivisch eine Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zu prüfen ist. Die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen wurden zunächst in dem Anhang zum Abschnitt 30.12 „Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA“ des EBM geregelt. Mit Wirkung zum 01.07.2016 wird dieser Anhang in eine Qualitätssicherungsvereinbarung⁴⁵ überführt (gemäß

⁴⁴ Vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 275. Sitzung (Stand: 01.07.2012), spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/verguetung_und_leistungen/beschluesse_ba_eba_durchfuehrungsempfehlungen_eg/beschluesse_ba_eba_ab_2012_07_01/2012-07-01_275_BA_MRSA.pdf (Abruf am 06.06.2016).

⁴⁵ 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.kvwl.de/arzt/recht/kbv/qs/qs_mrsa.pdf (Abruf am 06.06.2016).

§ 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.⁴⁶ 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 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 kommen. Die Maßnahmen sind verordnungsfähig im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von MRSA-Trägern. Der G-BA führt derzeit eine Evaluation seines Beschlusses durch.

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).

⁴⁶ 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 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 (Abruf am 06.06.2016).

2014 hat die KRINKO zusätzlich aktualisierte „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“⁴⁷ 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)⁴⁸, und Einrichtungen, deren Risikoprofil dem eines Pflegeheimes entspricht (hierfür wird keine zwingende Isolierung empfohlen)⁴⁹. 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 zwingenden Unterbringung im Einzelzimmer) u. a. gezielte Maßnahmen zur Prävention von spezifischen nosokomialen Infektionen sowie Empfehlungen zur Mundhygiene beschrieben.⁵⁰ 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.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ Dto.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ Dto.

6.3 Sektorübergreifende Ansätze zur Bekämpfung multiresistenter Erreger

In den vergangenen zehn Jahren wurden in der gesamten Bundesrepublik etwa 35 bis 40 Netzwerke gegründet mit dem Ziel der Bekämpfung von MRSA bzw. weiteren MRE.⁵¹ Eines der bekanntesten Beispiele und sozusagen die Geburtsstunde solcher Netzwerke ist das MRSA-net⁵², welches bereits 2005 in der deutsch-niederländischen Grenzregion (Münsterland/Twente) ins Leben gerufen wurde. Im Dezember 2014 fand das 4. Treffen der Moderatoren der regionalen MRE-Netzwerke in Wernigerode statt, bei dem Erfahrungen ausgetauscht und insbesondere auch die positiven Weiterentwicklungen der Netzwerkaktivitäten im Verlauf des zehnjährigen Bestehens hervorgehoben wurden. Hierzu zählen insbesondere das umfassende Informations- und Weiterbildungsangebot sowie Erhebungen zum Auftreten von MRE in unterschiedlichen Sektoren und der gesunden Bevölkerung, durch die ein Überblick zu der aktuellen Resistenzsituation im Gesundheitswesen ermöglicht wird.⁵³ Zudem wurden weitere Erreger neben MRSA in die Aktivitäten der Netzwerke einbezogen. So ist zwar der MRSA-Anteil an nosokomialen Staphylococcus-aureus-Infektionen seit Jahren rückläufig^{54, 55}, die Anzahl multiresistenter Stämme unter den gramnegativen Stäbchenbakterien (MRGN), z. B. bei den Escherichia coli-Erregern, nimmt jedoch zu. Besonders kritisch ist dabei der Anstieg an 4MRGN (z. B. Acinetobacter baumannii)⁵⁶, welche eine Resistenz gegenüber allen vier klinisch relevanten Antibiotikagruppen aufweisen. Im Zuge des Netzwerktreffens fand ein Austausch hinsichtlich entsprechender Meldepflichten und Screeningmaßnahmen zur Eindämmung dieser Erregergruppe statt.

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 Satz 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 Modellvorha-

⁵¹ Vgl. Internetauftritt des RKI: Regionale MRE-Netzwerke, http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html;jsessionid=A297EBC120EFF5A09191C47B1D698DD.2_cid363 (Stand: 06.06.2016).

⁵² Vgl. Internetauftritt des Netzwerkes MRSA.net, www.mrsa-net.org/ (Stand: 06.06.2016).

⁵³ Vgl. RKI: Wo stehen wir 10 Jahre nach dem ersten Treffen am RKI? - Neue Herausforderung 4 MRGN, in: Epidemiologisches Bulletin 6/2016, S. 45-52.

⁵⁴ 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.

⁵⁵ Vgl. RKI: Eigenschaften, Häufigkeit und Verbreitung von MRSA in Deutschland - Update 2013/2014, in: Epidemiologisches Bulletin 31/2015, S. 303-8.

⁵⁶ Vgl. König, R.: Abschied vom Händeschütteln, sowie Im Kampf gegen die Erreger, in: kma Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, August 2014, 19 (8): 52-59.

ben ist auf Risikopersonen nach Maßgabe der KRINKO-Empfehlungen^{57, 58} auszurichten und soll in mindestens einer Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt werden. Ein Modellvorhaben wurde im Jahr 2014 in Hamburg vereinbart und befindet sich derzeit in der Evaluationsphase.

6.4 Förderung eines rationalen Antibiotikaeinsatzes

Zur Prävention der weiteren Ausbreitung von MRE sollte primär der unkritische Umgang mit Antibiotika angegangen werden. Das ABS-Programm⁵⁹ 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.⁶⁰

Im IfSG ist festgehalten, dass Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren fortlaufend Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs aufzeichnen, bewerten und ggf. erforderliche Anpassungen des Antibiotikagebrauchs dem Personal mitzuteilen haben (§ 23 Abs. 4 Satz 2 IfSG) sowie auf Verlangen dem zuständigen Gesundheitsamt Einsicht in die Aufzeichnungen gewähren müssen (§ 23 Abs. 4 Satz 4 IfSG). Jedoch besteht keine Pflicht zur Übermittlung von Daten zum Antibiotikagebrauch an nationale Auswertungsstellen, wie z. B. das RKI. Somit fehlen bislang repräsentative Daten zum stationären Antibiotikaverbrauch auf Bundesebene. Bundesweite Daten zum durchschnittlichen Antibiotikaverbrauch im Krankenhaus sind zwar dem GERMAP-Bericht⁶¹ (ein Antibiotikaverbrauchs- und -resistenzatlas) zu entnehmen, allerdings beruhen diese Daten auf einer Stichprobe von weniger als 10 % aller Akutkliniken und bieten somit keine zuverlässige Aussage.

Im Rahmen der Deutschen Antibiotikaresistenzstrategie 2020 (DART 2020)⁶² wurde festgestellt, dass der größte Teil der Antibiotikaverordnungen auf den ambulanten Bereich entfällt.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ 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.

⁵⁹ Vgl. Internetauftritt der ABS-Initiative, www.antibiotic-stewardship.de (Abruf am 06.06.2016).

⁶⁰ Vgl. AWMF : S3-Leitlinie Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus (Stand: 15.12.2013), www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-001I_S3_Antibiotika_Anwendung_im_Krankenhaus_2013-12.pdf (Abruf am 06.06.2016).

⁶¹ Vgl. Internetauftritt der Paul-Ehrlich-Gemeinschaft für Chemotherapie e. V., www.p-e-g.org/econtext/germap (Abruf am 06.06.2016); Bericht erstmalig 2008 veröffentlicht, letzte Aktualisierung aus dem Jahr 2012.

⁶² Vgl. Internetauftritt des BMG: Die Bundesregierung (Hrsg.): DART 2020 - Antibiotikaresistenzen bekämpfen zum Wohl von Mensch und Tier (1. Auflage, Stand: Mai 2015),

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 ambulantem Verbrauch besteht, sind eine kritische Indikationsstellung und der indikationsgerechte Einsatz im ambulanten Bereich von großer Bedeutung. Die DART 2020-Strategie sieht den weiteren Ausbau der Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance (AVS) vor, um auf nationaler Ebene die Grundlage für Interventionsmaßnahmen zu bilden. Seit der Etablierung im Jahr 2014 nehmen mehr als 200 Krankenhäuser an der AVS teil.⁶³ Auch die Datenlage zum Auftreten und zur Verbreitung antibiotikaresistenter Infektionserreger soll durch die Einrichtung der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) verbessert werden. Im Zwischenbericht zur DART 2020 wird festgestellt, dass sich die Zahl der teilnehmenden Labore von 2014 bis 2015 um fast 70 % erhöht hat und dies einen wichtigen Schritt zur Gewinnung repräsentativer Daten zu Resistenzentwicklungen darstellt.⁶⁴

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 eine Erneuerung der Forschungsvorhaben zu Zoonosen geplant. Des Weiteren wurde im Bereich Veterinärmedizin/Landwirtschaft mit der 16. Novelle des Arzneimittelgesetzes (16. AMGÄndG) ein Benchmarking-System mit bundesweiter Ermittlung von Kennzahlen zur Häufigkeit der Antibiotikatherapie bei Masttieren eingeführt.⁶⁵

Eine Reihe von Maßnahmen des 10-Punkte-Plans der Bundesregierung zur Bekämpfung resistenter Erreger⁶⁶ zielt auf die Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen ab. Hierzu gehört u. a. die Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika zu ermöglichen. Diese Zielsetzung fand

www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/krankenhausinfektionen/antibiotika-resistenzstrategie.html (Abruf am 06.06.2016).

⁶³ Vgl. Internetauftritt des BMG: Die Bundesregierung (Hrsg.): DART 2020, Zwischenbericht anlässlich der WHA 2016 (Stand: Mai 2016), http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/D/DART2020/DART2020_Zwischenbericht_2016.pdf (Abruf am 06.06.2016).

⁶⁴ Dto.

⁶⁵ Vgl. Internetauftritt des BMG: Die Bundesregierung (Hrsg.): DART 2020 – Antibiotikaresistenzen bekämpfen zum Wohl von Mensch und Tier (1. Auflage, Stand: Mai 2015) http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Ministerium/Broschueren/BMG_DART_2020_Bericht_dt.pdf (Abruf am 06.06.2016).

⁶⁶ Vgl. Internetauftritt des BMG: 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger, www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html (Abruf am 06.06.2016).

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. Der Bericht zum Treffen am 21.01.2016 fasst die Ergebnisse des vierten Pharmadialogs zusammen, in dem die Dialogpartner u. a. Maßnahmen zur Verzögerung von Resistenzbildung und zur Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika vereinbarten. Um Forschungs- und Entwicklungsprozesse zielgerichtet entsprechend der tatsächlichen Bedarfe 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).⁶⁷ Das BMG fördert zudem die versorgungsnahe Forschung zu nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen im Rahmen der Ressortforschung. In einer entsprechenden öffentlichen Bekanntmachung vom 14.01.2016 wird u. a. auf die Förderung von Projekten zur Beurteilung der Effektivität bereits bestehender Maßnahmen zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen und nosokomialen Infektionen abgestellt.⁶⁸

Zudem identifizierte Deutschland anlässlich seiner G7-Präsidentschaft die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen als gemeinsame Aufgabe der internationalen Gemeinschaft. Im Fokus des Gesundheitsministertreffens am 08./09.10.2015 in Berlin standen die Themen Antibiotikaresistenzen und Ebola. Bei diesem Treffen beschlossen die G7-Gesundheitsminister wesentliche Maßnahmen zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen, die in der „Berliner Erklärung zu Antibiotikaresistenzen“ festgehalten wurden.⁶⁹ Hierzu zählen u. a. die Verbesserung von Infektionsprävention und -bekämpfung, die Bewahrung der Wirksamkeit vorhandener und künftiger Antibiotika sowie entsprechende Forschungsanstrengungen. Die getroffenen Vereinbarungen sind „ein wichtiger Grundstein für weitere Aktionen, die sich in naher Zukunft anschließen“⁷⁰, so z. B. die G20-Präsidentschaft im Jahr 2017, für die eine Fortführung der begonnenen Maßnahmen geplant ist.

⁶⁷ Vgl. Internetauftritt des BMG: BMG, BMWi, BMBF (Hrsg.): Bericht zu den Ergebnissen des Pharmadialogs (Stand: 12.06.2016), S. 20, http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pharmadialog/Pharmadialog_Abschlussbericht.pdf. (Abruf am 06.06.2016).

⁶⁸ 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/Resources/a_dokumente/gesundheitsforschung/160114_BK_ANNIE_BMG_final.pdf (Abruf am 06.06.2016).

⁶⁹ Vgl. BMG, Erklärung der G7-Gesundheitsministerinnen und -minister vom 8.-9. Oktober 2015 in Berlin, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Gesundheitsminister_Erklaerung_AMR_Ebola_DE.pdf (Abruf am 06.06.2016).

⁷⁰ Vgl. Internetauftritt des BMG: Die Bundesregierung (Hrsg.): DART 2020, Zwischenbericht anlässlich der WHA 2016 (Stand: Mai 2016), S. 4, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/D/DART2020/DART2020_Zwischenbericht_2016.pdf (Abruf am 06.06.2016).

7. Fazit: Planmäßiger Verlauf des Hygieneförderprogramms

Der vorliegende Bericht zum Hygienesonderprogramm basiert auf Daten aus den Budgetverhandlungen der Jahre 2013 bis 2015 hinsichtlich der Inanspruchnahme von Finanzmitteln aus dem Hygieneförderprogramm. 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 und 2014 wurden umfassende Korrektur- und Nachmeldungen vorgenommen, so dass sich die Angaben zum Vereinbarungsgeschehen dieser Jahre im Vergleich zum ersten Bericht an vielen Stellen geändert haben. Die vorliegenden Datenmeldungen belegen die weiterhin planmäßige Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms durch die Krankenhäuser.

Seit dem Start des Hygienesonderprogramms haben insgesamt 1.218 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 2015 wurde diesen Krankenhäusern durch die GKV insgesamt ein Finanzbetrag in Höhe von 131,4 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Damit bewegt sich die durch die GKV insgesamt bereitgestellte Finanzsumme über den Erwartungen (107,4 Mio. Euro, ohne Beratungsleistungen). Für das Förderjahr 2015 liegt, nach aktuellem Datenmeldestand, das insgesamt in Anspruch genommene Finanzvolumen (58,4 Mio. Euro) mit rund 2 Mio. Euro leicht über den Erwartungen (56,6 Mio. Euro), wobei insbesondere im Bereich der Fort- und Weiterbildung deutlich weniger Fördermittel vereinbart wurden als prognostiziert. Gleiches gilt für die insgesamt von 2013 bis 2015 vereinbarten Beträge: Während diese für Neueinstellungen, interne Besetzung und Aufstockung von Hygienepersonalstellen (86,8 Mio. Euro) die Vorausschätzung (61 Mio. Euro) deutlich übersteigen, wurde nur etwa die Hälfte der erwarteten Beträge für Fort- und Weiterbildung (46,4 Mio. Euro) in Anspruch genommen (23,6 Mio. Euro). Auf die Inanspruchnahme externer Beratungsleistungen entfällt ein Finanzierungsanteil von etwa 9 Mio. Euro, während undifferenziert vereinbarte Beträge rund 12 Mio. Euro ausmachen.

Bezogen auf die für die gesamte Programmdauer (bis zum Jahr 2020) veranschlagten zusätzlichen Mittel von 365 Mio. Euro des ersten Förderpakets ist damit eine Quote von ca. 36 % erreicht. Gemessen am prognostizierten Programmverlauf zeigt sich nach einem zügigen Programmeinstieg in den Jahren 2013/2014 im Jahr 2015 weiterhin eine umfassende Inanspruchnahme des Programms. Im Vergleich zu den abgeschlossenen Vereinbarungen in den ersten beiden Förderjahren scheint eine Stabilisierung der Inanspruchnahme einzusetzen.

Der Mittelfluss ist gewährleistet und muss sich nun in der Praxis in der verbesserten Einhaltung der KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen widerspiegeln. Für die Jahre 2013/2014 sind aktuell erste Istdaten verfügbar. Für jeweils etwa ein Drittel der nach Förderarten differenzierten vereinbarten Beträge liegen aktuell Bestätigungen von Jahresabschlussprüfern vor. Im Bereich der Neueinstellungen, Aufstockungen oder internen Besetzung von Hygienepersonalstellen zeigt sich, dass ein Schwerpunkt auf der Förderung von Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Ärzten liegt. Zum derzeitigen Meldestand sind rund ein Drittel der im Jahr 2014 vereinbarten Hygienefachkraftstellen (entspricht 138 Vollkräften) bzw. 39 % der im gleichen Jahr vereinbarten Stellen für hygienebeauftragte Ärzte (entspricht 377 Vollkräften) durch Jahresabschlussprüfer bestätigt. Ein Großteil der Istdaten steht noch aus, so dass eine umfassende Beurteilung erst in Folgeberichten möglich sein wird.

Inwiefern das Hygienesonderprogramm tatsächlich Auswirkungen auf den Bestand an Hygienepersonal und die Hygienequalität in Krankenhäusern hat, kann gegenwärtig noch nicht beurteilt werden. Als Datengrundlage hierfür könnten künftig ergänzend u. a. die Angaben zum Hygienepersonal bzw. zu hygienebezogenen Qualitätsindikatoren (z. B. Raten von nosokomialen Infektionen) aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser herangezogen werden. Zudem veröffentlicht das Institut nach § 137a SGB V jährlich die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung zu hygienebezogenen Indikatoren. Diese bundesweiten Auswertungen können eine Datengrundlage zur Beurteilung möglicher Auswirkungen des Förderprogramms auf die Hygienequalität in den Krankenhäusern bilden.

Es ist zu berücksichtigen, dass nosokomiale Infektionen auch durch andere Faktoren beeinflusst werden. Perspektivisch sollte dennoch der Nachweis angestrebt werden, dass das Hygienesonderprogramm auch zu einer Verbesserung der hygienebezogenen Prozess- und Ergebnisqualität beiträgt, besonders in Bezug auf das Auftreten von nosokomialen Infektionen. 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. Sektorenübergreifende Verfahren zur Sicherung und Verbesserung der Hygienequalität (z. B. Entwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN) stehen dabei noch am Anfang und müssen in den kommenden Jahren fortlaufend evaluiert und weiterentwickelt werden.

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*
Baden-Württemberg	Beschäftigung eines Krankenhaus- hygienikers oder Sicherstellung der Beratung; erforderlichenfalls in Vollzeit; Orientierungsmaßstab KRINKO-Empfehlung, Infektionsri- siko innerhalb der Einrichtung zu berücksichtigen	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil soll ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden; Orientierungs- maßstab KRINKO-Empfehlung	Ermittlung Personalbedarf unter Berücksichtigung Behand- lungsspektrum und Risikoprofil gemäß KRINKO-Empfehlung	keine Angabe	✓
Bayern	Beratung durch Krankenhaushygie- niker zu gewährleisten; Kranken- häuser der 2. und 3. Versorgungs- stufe hauptamtlich ein Hygieniker in Vollzeit (in diesen Krankenhäu- sern nur FA für Hygiene/Umwelt- medizin oder für Mikrobiologie/ Virologie/Infektionsepidemiologie)	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil sollte ein hygienebeauftrag- ter Arzt bestellt werden; Orientierungs- maßstab KRINKO-Empfehlung	Ermittlung Personalbedarf unter Berücksichtigung Behand- lungsspektrum und Risikoprofil gemäß KRINKO-Empfehlung	mindestens ein Hygienebeauf- tragter in der Pflege auf jeder Station zu bestellen; Bedarf richtet sich nach Behandlungs- spektrum und Risikoprofil	✓
Berlin	Mitarbeit mindestens eines Kran- kenhausthygienikers sicherstellen; Krankenhäuser > 400 Betten müs- sen mindestens einen Kranken- hausthygieniker 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 2015 (§ 4 Abs. 9 Satz 6 KHEntgG) vom 30.06.2016

Seite 62 von 92

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Brandenburg	Beratung zu gewährleisten; Bedarf von Infektionsrisiko innerhalb des Krankenhauses abhängig; KRINKO-Empfehlung ist verbindlicher Orientierungsmaßstab	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil ein hygienebeauftragter Arzt zu bestellen; KRINKO-Empfehlung ist verbindlicher Orientierungsmaßstab	Personalbedarf unter Berücksichtigung von Behandlungsspektrum und Risikoprofil festzustellen; Bedarfsermittlung auf Grundlage der Risikobewertung gemäß KRINKO-Empfehlung	mindestens ein Hygienebeauftragter in der Pflege je Krankenhaus; 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
Bremen	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	✓
Hamburg	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	✓
Hessen	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	✓

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2015 (§ 4 Abs. 9 Satz 6 KHEntgG) vom 30.06.2016

Seite 63 von 92

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Mecklenburg-Vorpommern	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	✓
Niedersachsen	Fachpersonal in ausreichender Zahl einsetzen; Zahl richtet sich nach einem Risikoprofil, das sich aus Behandlungsspektrum und der Gefahr für Patienten ergibt, sich nosokomial zu infizieren; Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen; Hygieniker und Hygienefachkräfte müssen nicht zum Personal der Einrichtung gehören			keine Angabe	✓
Nordrhein-Westfalen	Beratung durch Hygieniker im Sinne der KRINKO-Empfehlung	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; jede Fachabteilung mit besonderem Risiko für nosokomiale Infektionen benennt einen hygienebeauftragten Arzt	Mindestzahl ergibt sich aus Anwendung der KRINKO-Empfehlungen; Bestimmungen gelten entsprechend bei einrichtungsübergreifender Beschäftigung	Benennung als konkrete Kontaktperson auf jeder Station und in jedem Funktionsbereich	keine Angabe
Rheinland-Pfalz	ab > 400 Betten und mittlerem/hohem nosokomialen Infektionsrisiko mindestens ein Hygieniker in Vollzeit; i. Ü. Beratung durch einrichtungsangehörige oder externe Krankenhaushygieniker möglich	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 2015 (§ 4 Abs. 9 Satz 6 KHEntgG) vom 30.06.2016

Seite 64 von 92

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Saarland	ab > 400 Betten und middle-rem/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	✓
Sachsen	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	✓
Sachsen-Anhalt	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*
Schleswig-Holstein	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	✓
Thüringen	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 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

nung 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 Buchstabe 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 Buchstabe d sowie Fort- und Weiterbildungen nach Satz 1 Nummer 2 Buchstabe 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 4 und 7 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-/ Weiter- bildung	Beratung	Un- differenziert	Gesamt	Anzahl Kranken- häuser (mindestens eine Maß- nahme Spalte 1 – 4)
Baden-Württemberg	1,5	0,9	0,1	0,0	2,5	102
Bayern	2,2	1,4	0,3	0,0	3,9	150
Berlin	0,4	0,9	0,0	0,0	1,3	23
Brandenburg	0,2	0,5	0,1	0,0	0,8	35
Bremen	0,4	0,1	0,0	0,0	0,5	0
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
Hessen	1,5	0,9	0,2	0,0	2,6	74
Mecklenburg-Vorpommern	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3
Niedersachsen	1,1	1,1	0,2	0,0	2,4	97
Nordrhein-Westfalen	0,8	0,8	0,1	0,8	2,6	30
Rheinland-Pfalz	0,5	0,4	0,1	0,0	1,0	26
Saarland	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	16
Sachsen	0,4	0,2	0,1	0,0	0,7	42
Sachsen-Anhalt	0,4	0,4	0,1	0,0	0,9	0
Schleswig-Holstein	0,2	0,2	0,1	0,0	0,5	20
Thüringen	0,4	0,3	0,0	0,0	0,7	26
gesamt	10,1	8,2	1,5	0,9	20,7	645

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

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

	1	2	3	4	5 (Summ 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Un- differenziert	Gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	6,4	2,2	0,5	0,0	9,1	25
Bayern	10,0	3,4	0,9	0,0	14,2	1
Berlin	1,3	1,6	0,1	0,0	3,0	126
Brandenburg	1,1	0,9	0,4	0,0	2,4	12
Bremen	1,5	0,2	0,1	0,0	1,8	48
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	80
Hessen	5,9	1,9	0,8	0,0	8,6	33
Mecklenburg-Vorpommern	0,4	0,1	0,1	0,3	0,9	126
Niedersachsen	5,5	2,4	0,7	0,1	8,7	186
Nordrhein-Westfalen	4,2	1,2	0,5	3,6	9,6	20
Rheinland-Pfalz	1,7	0,8	0,3	0,1	2,8	26
Saarland	0,7	0,2	0,1	0,0	1,1	44
Sachsen	1,6	0,9	0,3	0,0	2,8	16
Sachsen-Anhalt	2,0	0,8	0,3	0,0	3,0	51
Schleswig-Holstein	1,2	0,5	0,3	0,4	2,3	37
Thüringen	1,9	0,6	0,1	0,0	2,6	31
gesamt	45,4	17,5	5,3	4,8	73,0	862

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

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

	1	2	3	4	5 (Summ 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Un- differenziert	Gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	12,7	3,1	1,0	0,0	16,8	140
Bayern	20,9	5,5	1,8	0,0	28,2	235
Berlin	1,4	1,6	0,2	0,0	3,2	27
Brandenburg	2,0	1,0	0,5	0,0	3,4	44
Bremen	2,2	0,2	0,1	0,0	2,5	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	1,1	1,1	20
Hessen	11,0	2,6	1,3	0,1	15,0	84
Mecklenburg-Vorpommern	0,5	0,1	0,1	0,3	1,0	18
Niedersachsen	9,5	3,0	1,1	0,1	13,7	128
Nordrhein-Westfalen	9,1	1,7	0,8	9,7	21,3	276
Rheinland-Pfalz	2,8	0,9	0,4	0,1	4,2	48
Saarland	1,2	0,3	0,2	0,0	1,8	20
Sachsen	4,0	1,2	0,5	0,0	5,6	59
Sachsen-Anhalt	3,3	1,0	0,5	0,0	4,8	37
Schleswig-Holstein	2,3	0,6	0,4	0,5	3,8	35
Thüringen	4,1	0,9	0,2	0,0	5,1	35
gesamt	86,8	23,6	9,0	12,0	131,4	1.218

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Anlage 7 Vereinbarte Förderung nach § 4 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, 2013 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker 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	33,3	4,8	0,6	111,2	1,5	73
Bayern	54,8	3,9	0,0	162,6	2,2	121
Berlin	10,9	2,0	0,0	21,0	0,4	15
Brandenburg	3,0	1,1	1,0	15,3	0,2	19
Bremen	9,2	1,0	1,0	33,3	0,4	12
Hamburg	0	0	0	0	0,0	0
Hessen	25,7	5,5	4,3	99,9	1,5	56
Mecklenburg-Vorpommern	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2
Niedersachsen	29,1	3,6	0,0	86,5	1,1	69
Nordrhein-Westfalen	18,9	2,5	3,3	51,9	0,8	53
Rheinland-Pfalz	7,4	0,0	0	15,8	0,5	30
Saarland	4,0	0,0	0,0	10,6	0,1	11
Sachsen	14,4	1,0	0,0	16,0	0,4	27
Sachsen-Anhalt	5,3	0,7	0,6	17,3	0,4	29
Schleswig-Holstein	9,8	0,0	0,0	21,4	0,2	12
Thüringen	11,9	0,3	0,0	40,8	0,4	19
gesamt	237,5	26,3	10,7	703,4	10,1	548

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung mit derzeit noch geringen Summen verzichtet.

Anlage 8 Vereinbarte Förderung nach § 4 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, 2014 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker 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	57,5	8,0	0,7	134,2	4,9	87
Bayern	98,8	7,2	1,5	204,8	7,8	148
Berlin	14,8	3,0	0	24,0	0,9	16
Brandenburg	8,2	3,0	0	41,8	0,9	25
Bremen	11,9	1,0	1,0	33,3	1,1	12
Hamburg	0	0	0	0	0,0	0
Hessen	47,9	6,2	5,3	120,5	4,4	66
Mecklenburg-Vorpommern	1,3	0,0	0,0	2,2	0,4	12
Niedersachsen	47,9	7,0	6,7	97,3	4,4	96
Nordrhein-Westfalen	35,8	4,8	1,2	100,9	3,4	65
Rheinland-Pfalz	5,7	0,8	0,0	19,5	1,2	32
Saarland	7,4	0,0	0,3	16,4	0,6	17
Sachsen	21,6	0,1	1,0	29,1	1,3	35
Sachsen-Anhalt	15,8	2,3	1,1	55,4	1,5	34
Schleswig-Holstein	19,2	1,5	0,0	27,2	0,9	20
Thüringen	20,8	1,1	0,8	55,1	1,5	24
gesamt	414,7	46,0	19,5	961,7	35,3	689

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung mit derzeit noch geringen Summen verzichtet.

Anlage 9 Vereinbarte Förderung nach § 4 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, 2015 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker 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	71,3	10,7	0,3	144,7	6,3	90
Bayern	205,6	9,1	2,1	312,4	10,9	180
Berlin	2,8	0	0	0	0,1	2
Brandenburg	8,0	3,0	1,0	23,0	0,8	13
Bremen	6,6	0,1	2,0	15,4	0,7	8
Hamburg	0	0	0	0	0	0
Hessen	50,4	4,6	6,6	118,2	5,1	62
Mecklenburg-Vorpommern	1,3	0,0	0,0	0,0	0,1	4
Niedersachsen	27,8	3,2	2,7	74,1	4,0	61
Nordrhein-Westfalen	55,6	4,5	4,5	123,9	4,8	68
Rheinland-Pfalz	1,5	0	0	5,0	1,1	26
Saarland	5,7	0,0	1,0	18,1	0,5	16
Sachsen	34,5	3,2	1,1	79,1	2,3	44
Sachsen-Anhalt	2,6	1,3	0,6	8,2	1,3	30
Schleswig-Holstein	19,5	0,0	1,4	28,0	1,2	20
Thüringen	25,3	1,1	2,4	88,7	2,2	28
gesamt	518,4	40,6	25,6	1038,6	41,4	652

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung mit derzeit noch geringen Summen verzichtet.

Anlage 10 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__

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

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 11 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- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotika- therapieberatung	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	5	330	190	0	860	19
Brandenburg	0	0	65	30	170	250	0	515	29
Bremen	0	15	0	0	5	80	0	100	8
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	43	51	68	25	262	407	0	855	51
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	15	0	15	3
Niedersachsen	30	15	30	65	369	602	0	1.111	76
Nordrhein-Westfalen	0	0	40	45	190	482	50	807	49
Rheinland-Pfalz	30	15	5	30	154	140	0	374	24
Saarland	0	0	0	0	19	23	0	42	9
Sachsen	0	0	15	22	91	105	0	234	18
Sachsen-Anhalt	0	0	36	20	146	158	0	359	25
Schleswig-Holstein	0	0	20	26	25	134	0	205	13
Thüringen	0	0	35	25	34	237	0	332	20
gesamt	583	276	354	419	2.367	4.065	90	8.153	481

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Anlage 12 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- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapieberatung	Hygiene- beauftragter Arzt	Hygiene- fachkraft	Undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 7
Baden-Württemberg	151	155	30	75	366	387	120	1.284	75
Bayern	90	135	70	105	855	687	0	1.942	104
Berlin	330	0	5	0	215	160	0	710	14
Brandenburg	0	30	35	40	185	50	0	340	23
Bremen	0	15	5	5	5	30	0	60	4
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	60	60	125	95	360	335	0	1.035	55
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	5	0	40	35	0	80	8
Niedersachsen	30	30	53	115	643	397	0	1.268	84
Nordrhein-Westfalen	0	0	55	80	192	104	0	431	33
Rheinland-Pfalz	30	15	10	65	75	227	0	422	24
Saarland	0	0	5	0	79	95	0	179	15
Sachsen	0	0	25	35	388	204	0	652	31
Sachsen-Anhalt	60	0	45	40	95	160	0	400	25
Schleswig-Holstein	0	0	20	56	76	114	0	265	14
Thüringen	0	0	55	5	150	86	0	296	22
gesamt	751	440	543	716	3.723	3.071	120	9.364	531

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Anlage 13 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- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapieberatung	Hygiene- beauftragter Arzt	Hygiene- fachkraft	Undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 7
Baden-Württemberg	91	135	37	135	300	240	0	938	52
Bayern	240	195	100	120	710	780	0	2.145	116
Berlin	0	0	0	0	20	10	0	30	2
Brandenburg	0	30	5	5	40	60	0	140	9
Bremen	0	0	10	5	10	0	0	25	2
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	90	30	60	55	325	190	0	750	41
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	11	2	13	3
Niedersachsen	60	70	30	55	245	123	0	583	45
Nordrhein-Westfalen	30	0	20	70	260	90	0	470	32
Rheinland-Pfalz	30	15	10	20	10	60	0	145	11
Saarland	0	0	0	5	20	30	0	55	7
Sachsen	5	0	15	55	105	103	0	283	22
Sachsen-Anhalt	0	0	20	17	94	90	0	222	30
Schleswig-Holstein	0	0	15	20	5	45	0	85	10
Thüringen	0	0	20	10	165	52	0	247	16
gesamt	546	475	342	572	2.309	1.883	2	6.130	398

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Anlage 14 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	Undifferenziert	Betrag 2013 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	56	29	54	140	78
Bayern	210	56	5	270	124
Berlin	22	0	10	32	8
Brandenburg	52	6	44	102	25
Bremen	17	13	0	30	7
Hamburg	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	222	222	60
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	3	3	2
Niedersachsen	138	41	13	193	51
Nordrhein-Westfalen	0	0	143	143	50
Rheinland-Pfalz	0	1	99	100	30
Saarland	6	2	11	19	12
Sachsen	0	0	82	82	21
Sachsen-Anhalt	17	8	63	88	24
Schleswig-Holstein	42	20	0	62	16
Thüringen	2	4	20	26	13
gesamt	562	180	768	1.510	521

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Anlage 15 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	Undifferenziert	Betrag 2014 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	146	104	103	353	93
Bayern	513	121	19	653	146
Berlin	40	0	49	88	10
Brandenburg	168	0	97	265	35
Bremen	20	21	0	41	7
Hamburg	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	533	533	65
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	85	85	14
Niedersachsen	383	108	0	491	79
Nordrhein-Westfalen	0	0	341	341	53
Rheinland-Pfalz	0	2	153	155	33
Saarland	26	56	33	115	17
Sachsen	0	0	199	199	27
Sachsen-Anhalt	21	18	148	188	24
Schleswig-Holstein	146	47	0	193	17
Thüringen	0	8	71	79	16
gesamt	1.462	485	1.832	3.779	636

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Anlage 16 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	Undifferenziert	Betrag 2015 gesamt	Anzahl Krankenhäuser	Beträge 2013 - 2015 gesamt
Baden-Württemberg	146	104	103	353	91	991
Bayern	513	121	19	653	171	1.816
Berlin	40	0	49	88	4	167
Brandenburg	168	0	97	265	11	456
Bremen	20	21	0	41	6	107
Hamburg	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	533	533	57	1.265
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	85	85	4	104
Niedersachsen	383	108	0	491	50	1.079
Nordrhein-Westfalen	0	0	341	341	53	771
Rheinland-Pfalz	0	2	153	155	25	359
Saarland	26	56	33	115	15	240
Sachsen	0	0	199	199	34	508
Sachsen-Anhalt	21	18	148	188	30	516
Schleswig-Holstein	146	47	0	193	18	395
Thüringen	0	8	71	79	18	192
gesamt	1.462	485	1.832	3.779	587	8.966

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Anlage 17 Undifferenzierte Beträge nach Ländern (in Tausend Euro)

	2013		2014		2015	
	Anzahl Kranken- häuser	Betrag	Anzahl Kranken- ken- häuser	Betrag	Anzahl Kranken- häuser	Betrag
Hamburg	2	40	11	261	19	833
Hessen	1	12	0	0	2	70
Mecklenburg- Vorpommern	0	0	3	329	0	0
Niedersachsen	1	30	1	70	0	0
Nordrhein- Westfalen	114	794	137	2.811	195	6.115
Rheinland- Pfalz	0	0	1	58	0	0
Saarland	2	44	0	0	0	0
Schleswig- Holstein	0	0	1	400	1	137
gesamt	120	920	154	3.929	217	7.155

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Anlage 18 Istdaten nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro)

	Anzahl Häuse 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- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	46	30	48	768	612	101	673	566	87
Bayern	14	7	11	166	105	13	166	95	9
Berlin	3	4	2	163	635	5	163	635	5
Brandenburg	13	15	13	121	270	47	121	265	47
Bremen	12	8	7	405	100	30	119	30	11
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	23	20	21	778	362	95	778	362	95
Mecklenburg-Vorpommern	1	2	2	15	12	3	15	12	3
Niedersachsen	15	16	13	344	295	51	324	265	46
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	10	7	11	120	32	15	120	22	14
Sachsen	25	16	20	392	212	80	302	162	45
Sachsen-Anhalt	16	15	14	315	205	63	237	180	55
Schleswig-Holstein	9	8	12	147	133	44	98	113	31
Thüringen	18	19	14	406	308	27	376	212	12
gesamt	205	167	188	4.141	3.281	572	3.492	2.918	458

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Anlage 19 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- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	62	56	64	3.040	1.001	271	2.884	996	269
Bayern	1	0	1	13	0	1	13	0	0
Berlin	3	3	2	507	320	20	507	320	20
Brandenburg	12	9	12	464	180	99	464	160	97
Bremen	12	4	7	1.130	60	41	300	15	14
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	21	15	18	1.912	230	236	1.912	230	236
Mecklenburg-Vorpommern	5	3	6	75	25	30	61	20	30
Niedersachsen	17	14	16	1.159	198	174	1.159	173	139
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	11	7	10	294	70	55	294	55	38
Sachsen	36	28	24	1.569	551	174	1.356	386	111
Sachsen-Anhalt	15	10	13	667	115	146	427	100	127
Schleswig-Holstein	13	10	11	436	80	75	318	44	48
Thüringen	22	22	13	1.449	298	74	1.357	175	29
gesamt	230	181	197	12.714	3.128	1.396	11.050	2.674	1.159

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.05.2016).

Anlage 20 Hygienebezogene Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung⁷¹

Folgende Indikatoren wurden vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung im Teil C des Qualitätsberichtes geeignet bewertet:	
1	QI-ID 51994: Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff (Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)
2	QI-ID 2274: postoperative Wundinfektion (Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur)
3	QI-ID 50889: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen (Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur)
4	QI-ID 452: postoperative Wundinfektion (Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation)
5	QI-ID 50929: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen (Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation)
6	QI-ID 286: postoperative Wundinfektionen (Leistungsbereich Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation)
7	QI-ID 51019: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen (Leistungsbereich Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation)
8	QI-ID 51085: Kinder mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie) ⁷²

⁷¹ Vgl. Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, Anhang 3 zu Anlage 1 (Stand: 21.04.2016), Tabelle A, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1188/Qb-R_2016-04-21_iK-2016-05-21.pdf.

9	QI-ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie) ⁷³
10	QI-ID 51086: Anzahl nosokomialer Infektionen pro 100 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie) ⁷⁴
11	QI-ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie) ⁷⁵
12	QI-ID 50045: perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung (Leistungsbereich Geburtshilfe)
13	QI-ID 10364: perioperative Antibiotikaprophylaxe bei endoprothetischer Versorgung (Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur)
14	QI-ID 265: perioperative Antibiotikaprophylaxe (Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation)
15	QI-ID 270: perioperative Antibiotikaprophylaxe (Leistungsbereich Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)
16	QI-ID 277: perioperative Antibiotikaprophylaxe (Leistungsbereich Knie-Endoprothesen-Erstimplantation)
17	QI-ID 292: perioperative Antibiotikaprophylaxe (Leistungsbereich Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)
18	QI-ID 52002: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff (Leistungsbereich implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation)

⁷² Dieser Indikator bezieht sich auf Blutvergiftungen (Sepsis) bei Neugeborenen ab der 24. Schwangerschaftswoche (ohne Zuverlegungen). Gesunde Neugeborene, die in den ersten Tagen nach der Geburt im „Kinderzimmer“ einer Wöchnerinnenstation betreut werden, zählen nicht dazu.

⁷³ Dto.

⁷⁴ Dto.

⁷⁵ Dto.

Folgende Indikatoren wurden vom G-BA als <u>nicht</u> zur Veröffentlichung im Teil C des Qualitätsberichtes geeignet empfohlen ⁷⁶ :	
1	QI-ID 51866: postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen (Leistungsbereich Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)
2	QI-ID 51874: postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen (Leistungsbereich Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)
3	QI-ID 2263: postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation (Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell)
4	QI-ID 2280: postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS ⁷⁷) (Leistungsbereich Aortenklappenchirurgie, isoliert – konventionell)
5	QI-ID 2256: postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation (Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert)
6	QI-ID 2257: postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS) (Leistungsbereich Koronarchirurgie, isoliert)
7	QI-ID 2283: postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation (Leistungsbereich kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie)
8	QI-ID 2284: postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS) (Leistungsbereich kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie)
9	QI-ID 50046: Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung (Leistungsbereich Geburtshilfe)
10	QI-ID 10361: perioperative Antibiotikaphylaxe bei osteosynthetischer Versorgung (Leistungsbereich hüftgelenknahe Femurfraktur)

⁷⁶ Vgl. Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, Anhang 3 zu Anlage 1 (Stand: 21.04.2016), Tabelle C, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1188/Qb-R_2016-04-21_iK-2016-05-21.pdf.

⁷⁷ NNIS = National Nosocomial Infections Surveillance: Es handelt sich hierbei um einen additiven Score, bei dem jeweils ein Risikopunkt vergeben wird, wenn ASA (American Society of Anesthesiology) Score ≥ 3 , OP-Dauer > 75. Perzentil der OP-Dauerverteilung der betrachteten Operationsart bzw. ein kontaminierter oder septischer Eingriff vorliegt.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Finanzierungsdauer und -höhe im Hygieneprogramm nach Förderarten (§ 4 Abs. 9 KHEntgG)	13
Abbildung 2	Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal	23
Abbildung 3	Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern	24
Abbildung 4	Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder Mikrobiologie und Infektions- epidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern	25
Abbildung 5	Prozentuale Verteilung der Fördermittel (2013 – 2015)	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Hygienepersonal und Richtwerte	18
Tabelle 2	Bedarf an Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung	19
Tabelle 3	Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2015	21
Tabelle 4	Gesamtüberblick zu Krankenhäusern mit Vereinbarungen und bestätigten und unbestätigten Istdaten-Angaben in 2013/14 nach Förderarten	28
Tabelle 5	Überblick zur Förderung der Krankenhaushygiene (in Mio. Euro)	30
Tabelle 6	Überblick zu den Istdaten nach Förderarten 2013/2014 (in Mio. Euro)	31
Tabelle 7	Geförderte Krankenhäuser nach Ländern (2013 – 2015)	34
Tabelle 8	Vereinbarte Vollkräfte und Finanzbeträge im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung	35
Tabelle 9	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung (zusätzliche Vollkräfte (VK))	37
Tabelle 10	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung (Finanzbeträge in Mio. Euro)	38
Tabelle 11	Vereinbarte Beträge im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (2013 – 2015)	41
Tabelle 12	Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (in Tausend Euro)	42
Tabelle 13	Vereinbarte Beträge im Förderbereich externe Beratungsleistungen (2013 – 2015)	43
Tabelle 14	Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen (in Tausend Euro)	44

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
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ART	Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie
BÄK	Bundesärztekammer
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BT	Bundestag
DART	Deutsche Antibiotikaresistenzstrategie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ESQS	externe stationäre Qualitätssicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
HFK	Hygienefachkraft
Hrsg.	Herausgeber
i. V. m.	in Verbindung mit
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
ITS	Intensivstation
ITS-KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System nosokomialer Infektionen auf Intensivstationen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
Mio.	Millionen
MRE	multiresistente Erreger

MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRSA-KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
NNIS	National Nosocomial Infections Surveillance
Nr.	Nummer
OP-KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System postoperative Wundinfektionen
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
SGB	Sozialgesetzbuch
VK	Vollkräfte
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WiDO	Wissenschaftliches Institut der AOK
z. B.	zum Beispiel
ZVK	Zentraler Venenkatheter