

**Bericht
des GKV-Spitzenverbandes
zum Hygienesonderprogramm
in 2013/2014**

Berlin, 30.06.2015

an das Bundesministerium für Gesundheit

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	4
2. Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene	6
2.1 Novellierung des Infektionsschutzgesetzes	6
2.2 Landesrechtliche Regelungen	7
2.3 Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz	9
2.4 KRINKO-Empfehlungen	13
2.5 Weitere gesetzliche Neuregelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene.....	15
3. Ausgangssituation	17
3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes	17
3.2 Hygienefachpersonal in Krankenhäusern.....	18
4. Umsetzung des Förderprogramms zur Krankenhaushygiene 2013/2014	21
4.1 Datenmeldungen	21
4.2 Vorläufige Zuschlagserhebung	22
4.3 Inanspruchnahme der Förderung gemäß Vereinbarungen	23
4.3.1 Vereinbarungen gesamt	23
4.3.2 Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen	27
4.3.3 Fort- und Weiterbildungen	28
4.3.4 Beratungsleistungen	31
4.3.5 Undifferenzierte Beträge (Vereinbarungen, vorläufige Zuschläge)	32
4.4 Umsetzung der vereinbarten Förderung – Istdaten.....	32
5. G-BA-Richtlinien zur Krankenhaushygiene	34
5.1 Angaben zur Krankenhaushygiene in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser	34
5.2 Qualitätsindikatoren zur Hygiene in der externen stationären Qualitätssicherung	35
5.3 Entwicklung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung	36
6. Andere Maßnahmen zu Hygiene und Infektionsprävention	39
6.1 Spezielle Leistungen im ambulanten Bereich zur Prävention und Bekämpfung von MRSA	39

6.2	Prävention der Weiterverbreitung von MRSA in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen	40
6.3	Sektorübergreifende Ansätze zur Bekämpfung multiresistenter Erreger	41
6.4	Förderung eines rationalen Antibiotikaeinsatzes	43
7.	Fazit: Zusätzliche Finanzmittel fließen – Wirkung noch unklar.....	45
	Anlagen	47
	Anlage 1 Hygieneverordnungen der Länder: Vorgaben zur personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Hygienepersonal.....	47
	Anlage 2 Förderung gesamt 2013 nach Ländern (in Mio. Euro)	52
	Anlage 3 Förderung gesamt 2013/2014 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	53
	Anlage 4 Vereinbarte Förderung nach § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, 2013 (nach Ländern)	54
	Anlage 5 Vereinbarte Förderung nach § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG, 2014 (nach Ländern)	55
	Anlage 6 Mitteilung der Kommission ART und des BMG	56
	Anlage 7 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro)	60
	Anlage 8 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro)	61
	Anlage 9 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro).....	62
	Anlage 10 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, im Jahr 2014 und 2013/2014 gesamt (in Tausend Euro)	63
	Anlage 11 Undifferenzierte Beträge nach Ländern (in Tausend Euro).....	64
	Anlage 12 Hygienebezogene Qualitätsindikatoren aus der Externen stationären Qualitätssicherung	65
	Abbildungsverzeichnis	68
	Tabellenverzeichnis.....	68
	Abkürzungsverzeichnis	69

1. Zusammenfassung

Der GKV-Spitzenverband legt hiermit den ersten Bericht zur Umsetzung des Hygienesonderprogramms nach § 4 Abs. 11 Satz 5 in Verbindung mit § 4 Abs. 10 Satz 12 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 Länder wurden beauftragt, Rechtsverordnungen zu erlassen, u. a. über die erforderliche personelle Ausstattung von Krankenhäusern mit Hygienefachpersonal, wobei Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals möglich sind. Alle Hygieneverordnungen der Länder nehmen Bezug auf die Empfehlung der KRINKO zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die Voraussetzungen gemäß KRINKO-Empfehlung bis spätestens zum 31.12.2016 zu schaffen.

Durch das Hygienesonderprogramm nach § 4 Abs. 11 KHEntgG sollen den Krankenhäusern zur Erreichung der personellen und organisatorischen Voraussetzungen im Sinne der KRINKO-Empfehlung zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt werden. Die Laufzeit des Programms ist je nach vereinbarten Fördermaßnahmen unterschiedlich. Im Bereich der neu geschaffenen, aufgestockten oder intern besetzten Hygienepersonalstellen geht im Jahr 2017 die krankenhausbetragende Zuschlagsfinanzierung durch Einrechnung in die Landesbasisfallwerte in eine dauerhafte Zusatzfinanzierung bei allen Krankenhäusern über. Für Fördermaßnahmen der Fort- und Weiterbildung sowie Beratungsleistungen erfolgt die krankenhausbetragende Finanzierung über Zuschläge bis maximal 2020.

Dieser Hygienebericht soll einen Überblick über den Förderzeitraum 2013/2014 geben. Dazu hat der GKV-Spitzenverband Daten verwendet, die die Krankenkassen zur Verfügung gestellt haben. Für die Jahre 2013/2014 wurden den Krankenhäusern durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ca. 66,6 Mio. Euro für die Verbesserung der personellen Situation zusätzlich zur Verfügung gestellt. Von diesen Mitteln haben seit dem Programmstart fast 1.000 Krankenhäuser profitiert.

Der Schwerpunkt der Inanspruchnahme liegt mit ca. 37 Mio. Euro auf der Neueinstellung von Hygienepersonal, der internen Besetzung neu geschaffener Stellen sowie der Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen. Für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden 15 Mio. Euro und für externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygieniker mehr als 4 Mio. Euro verein-

bart. Darüber hinaus sind Beträge in einer Höhe von fast 10 Mio. Euro infolge undifferenzierter Vereinbarungen und pauschaler Zuschläge an die Krankenhäuser geflossen. Von Jahresabschlussprüfern bestätigte Istdaten stehen für die Jahre 2013/2014 nicht ausreichend zur Verfügung, so dass diesbezügliche Auswertungen erst in späteren Berichten erfolgen können.

Der Bericht des GKV-Spitzenverbandes fokussiert auftragsgemäß auf die Fördertatbestände nach § 4 Abs. 11 KHEntgG, will jedoch nicht den Eindruck vermitteln, Krankenhaushygiene und Infektionsschutz seien ausschließlich eine Frage zusätzlicher Finanzmittel. Ergänzend werden daher in gesonderten Kapiteln auch Fragen der Qualitätssicherung und die Entwicklungen in anderen Versorgungsbereichen aufgegriffen.

Hygiene ist bereits seit längerem Gegenstand der externen stationären Qualitätssicherung. Im Qualitätsreport des AQUA-Instituts (Institution nach § 137a SGB V), das für 2013 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt war, werden 27 hygienebezogene Qualitätsindikatoren analysiert. Wesentliche Veränderungen zum Vorjahr zeigten sich nicht. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Fördermaßnahmen 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.

Die Hygieneproblematik im Krankenhaus wird auch beeinflusst von Maßnahmen in anderen Versorgungsbereichen. Deshalb wurden im vertragsärztlichen Bereich Leistungen zur Diagnostik und zur Eradikationstherapie von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) eingeführt. Auch zur Prävention der Weiterverbreitung von MRSA in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen wurden Maßnahmen ergriffen. Um der besonderen Problematik resistenter Keime zu begegnen, hat die Bundesregierung im März 2015 einen 10-Punkte-Plan verabschiedet. Dieser greift auch den unkritischen Umgang mit Antibiotika auf.

Der vorliegende Bericht zum Hygieneförderprogramm zeigt einen gelungenen Start. Die Wirkungen können zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden.

2. Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene

2.1 Novellierung des Infektionsschutzgesetzes

Zielrichtung des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) im Jahr 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. Durch die am 04.08.2011 in Kraft getretenen Änderungen 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.

Im Zusammenhang mit den seit August 2013 bestehenden Fördermöglichkeiten für Hygienepersonal sind nach § 4 Abs. 11 KHEntgG insbesondere die Empfehlungen der KRINKO zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen relevant. Das Gesetz zur Änderung des IfSG beinhaltet auch eine Überprüfungsregelung. Die Bundesregierung wurde verpflichtet, dem Deutschen Bundestag bis zum 31.12.2014 über die Auswirkungen der Neuregelungen auf das Vorkommen von nosokomialen Infektionen und resistenten Krankheitserregern sowie auf die Einhaltung der Empfehlungen der Kommissionen KRINKO und ART zu berichten. Der Bericht wurde durch das RKI erstellt.¹ Unter anderem wird darauf verwiesen, dass die Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal nach wie vor nicht dem Bedarf genügt. Bezogen auf 1.961 Krankenhäuser entspricht demnach die Betreuung durch Krankenhaushygieniker in 37,2 % bis 90,2 % (Median: 71,2 %) dem Bedarf gemäß Landeshygieneverordnung. Bei Hygienefachkräften war dies zu 3,7 % bis 85,0 % (Median: 66,0 %) der Fall.

Im Gesetzentwurf zur Änderung des IfSG² wurde ausgeführt, dass einige Bundesländer bereits Krankenhaushygieneverordnungen haben und „sich insoweit durch die geplante bundesgesetzliche Regelung keine zusätzlichen Anforderungen ergeben“³. Für die verbleibenden Länder ohne bereits geltende Krankenhaushygieneverordnung wurde daher deutschlandweit der Be-

¹ Vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 18/3600 vom 18.12.2014, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/036/1803600.pdf>.

² Vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 17/5708 vom 04.05.2011, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/057/1705708.pdf>.

³ Dto., S. 4.

darf auf „etwa 340 Krankenhaushygienikerinnen und -hygieniker, etwa 413 Hygienefachkräfte und Beauftragungen von Ärztinnen und Ärzten mit Hygieneaufgaben im Umfang von etwa 71 Stellen“⁴ geschätzt. Diese Annahmen dienten bei der Änderung des KHEntgG durch das Beitragsschuldengesetz nicht mehr als Basis für die Ermittlung der voraussichtlichen Kosten. Das im KHEntgG verankerte Förderprogramm unterscheidet nicht zwischen Ländern mit und ohne Hygieneverordnung vor Novellierung des IfSG. Demgemäß profitieren nun auch Krankenhäuser in Ländern von der Förderung nach KHEntgG, in denen bereits vorab bestehende landesrechtliche Vorgaben zur Krankenhaushygiene existierten.

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.

Die Landesregierungen waren infolge der Novellierung des IfSG gemäß § 23 Abs. 8 verpflichtet, bis zum 31.03.2012 durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln.

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

⁴ Dto., S. 4.

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

Die Regelungen auf Landesebene umfassen nach § 23 Abs. 8 IfSG insbesondere

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 31.12.2016 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.

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 1).

2.3 Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz

Mit dem Beitragsschuldengesetz wurde zum 01.08.2013 ein spezielles Hygienesonderprogramm etabliert, um die Krankenhäuser bei der Erfüllung der Anforderungen des IfSG zu unterstützen. Eine erste Korrektur der gesetzlichen Regelung betrifft die Förderung der Personalkosten von Hygienepersonal. Mit dem Inkrafttreten von Artikel 16 b GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) am 25.07.2014 wurde die ursprünglich auf Neueinstellungen und Stellenaufstockungen ausgerichtete Förderung ausgedehnt auf die interne Besetzung neu geschaffener Stellen.

Die Förderung hygienerelevanter personeller Maßnahmen in DRG-Krankenhäusern erstreckt sich somit auf

- die anteiligen Personalkosten bei Neueinstellung, interner Besetzung neu geschaffener Stellen und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen bei ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal (§ 4 Abs. 11 Nr. 1 KHEntgG),
- die Fort- und Weiterbildung zu qualifiziertem Hygienepersonal (§ 4 Abs. 11 Nr. 2 KHEntgG) sowie
- externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygieniker (§ 4 Abs. 11 Nr. 3 KHEntgG).

Mit dem Ziel einer kurzfristigen Umsetzung der Förderung wurde die Abrechnung eines vorläufigen Zuschlags ermöglicht. Gesetzlich geregelt ist die vorläufige Zuschlagserhebung durch einen Querverweis in § 4 Abs. 11 Satz 5 KHEntgG auf die Regelung des Pflegesonderprogramms (§ 4 Abs. 10 Satz 10 KHEntgG). Den durch die Abrechnung vorläufiger Zuschläge ggf. entstehenden Korrekturerfordernissen ist bei der späteren Vereinbarung der Zuschläge oder im Wege des Erlösausgleichs Rechnung zu tragen.

Fördertatbestände im Einzelnen

Die Förderarten unterscheiden sich nicht nur vom Ansatz her, sondern variieren auch hinsichtlich der Dauer und Höhe der Förderung je nach Berufsgruppe. In den Jahren 2013 bis 2016 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.

Bei Neueinstellungen, interner Besetzung neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen beträgt der Förderanteil bezogen auf die zusätzlich entstehenden Personalkosten für

- Hygienefachkräfte (HFK) 90 %,

- Krankenhaushygieniker⁵ mit abgeschlossener Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie 75 %,
- Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie 50 % und
- hygienebeauftragte Ärzte 10 %.

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“⁶.

Aufgrund der gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation wird die Förderung auch für die Fort- und Weiterbildung zu ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal nach den Vorgaben des IfSG gewährt. Umfasst sind Fort- und Weiterbildungen

- 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,
- zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene,
- zum Arzt und zur Krankenhausapothekerin oder zum Krankenhausapotheker mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie,
- zum hygienebeauftragten Arzt sowie
- zur Hygienefachkraft.

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 oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus kann die Förderung über das Jahr 2016 hinaus andauern. Da Voraussetzung hierfür der Maßnahmenbeginn spätestens

⁵ 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.

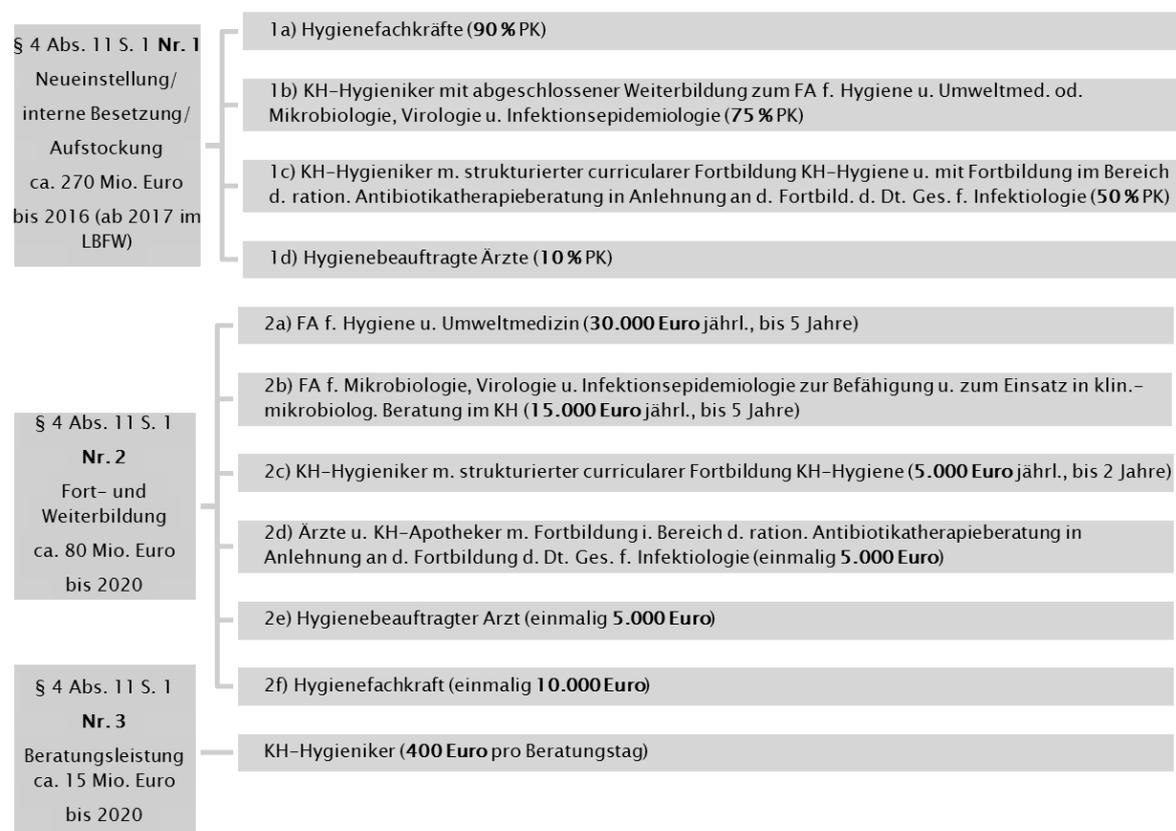
⁶ Vgl. Deutscher Bundestag, Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, S. 32,
<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf>.

im Jahr 2016 ist, endet die Förderung der Facharztweiterbildung spätestens im Jahr 2020. Im Unterschied dazu ist die Förderung bei den weiteren Qualifizierungen auf die Jahre 2013 bis 2016 begrenzt.

Ergänzend werden Beratungsleistungen durch externe Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie bis zum Jahr 2020 pauschal mit 400 Euro je Beratungstag gefördert. Die externen Beratungsleistungen müssen vertraglich vereinbart worden sein.

Durch die Fördermaßnahmen wird es laut der in der BT-Drucksache 17/13947 getroffenen Vorausschätzung für die Kostenträger zu Mehrausgaben von ca. 365 Mio. Euro kommen. Der Ausgabenanteil der GKV wird dabei mit ca. 82 % angegeben. Die Aufteilung der vorausgeschätzten Mehrausgaben auf die einzelnen Förderarten sowie die Förderhöhe nach Berufsbild zeigt Abbildung 1.

Abbildung 1 Förderarten nach § 4 Abs. 11 KHEntgG



Quelle: § 4 Abs. 11 KHEntgG, BT-Drucksache 17/13947, eigene Darstellung.

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. 11 Satz 1 KHEntgG). Die Förderbeträge fließen zunächst über einen krankenhausbefugten Zuschlag (§ 4 Abs. 11 Sätze 3 und 4 KHEntgG). Wurde für ein Kalenderjahr bereits ein Zuschlag vereinbart, erhöht sich dieser im Folgejahr kumulativ bei einer erneuten Vereinbarung (§ 4 Abs. 10 Satz 4 KHEntgG). Maßnahmen im Sinne dieser Förderung gelten auch dann als förderwürdig, wenn diese bereits nach dem Inkrafttreten der Änderung des IfSG am 04.08.2011 von einem Krankenhaus ergriffen wurden. Gefördert werden dabei die ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Förderprogramms (01.08.2013) entstehenden Kosten. 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 verpflichtet, den Krankenkassen für das Hygienepersonal die Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung berufsbildspezifisch nachzuweisen. Insoweit die vereinbarten Maßnahmen nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen. Für die entsprechende Prüfung ist eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über den Ausgangspersonalbestand am 04.08.2011, die Zahl der zusätzlich beschäftigten oder intern umgesetzten Voll- und Teilzeitkräfte und die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres für Hygienepersonal an die Krankenkassen zu übermitteln.

Vereinbarung auf Landesebene

Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes sind die Zuschläge nach § 4 Abs. 11 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 Hygienezuschläge nicht gemindert werden.

Die insgesamt für das Jahr 2016 nach § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG abgerechneten Zuschläge sind gemäß § 10 Abs. 12 KHEntgG in die ab 2017 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. 11 Satz 5 KHEntgG wird auf die Regelung des Pflegesonderprogramms (§ 4 Abs. 10 KHEntgG) verwiesen und damit die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zur jährlichen Berichterstattung über die Umsetzung des Hygienesonderprogramms gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (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 2013/2014 zur Verfügung. Auf Auswertungen zu den im Rahmen der Budgetverhandlungen zu übermittelnden Istdaten muss noch verzichtet werden. Auswertungen zu den Istdaten, für die zu einem späteren Zeitpunkt dann auch tatsächlich Testate von Jahresabschlussprüfern vorliegen, werden in Folgeberichte einfließen können.

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.⁷ Neben der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention gibt es auch eine Reihe spezifischer Empfehlungen, die auf besonders infektionsgefährdete Bereiche zugeschnitten sind (z. B. „Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen“).

Im Juni 2014 wurden die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen aktualisiert. Da die Frage, ob eine generelles Screening und darauf aufbauende Maßnahmen effizienter vor MRSA-Infektionen schützen als ein risikoadaptiertes Screening mit ebensolchen Maßnahmen, derzeit nicht beantwortet werden kann,

⁷ Die Empfehlungen sind abrufbar unter www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission_node.html.

empfiehlt die KRINKO folgerichtig weiterhin die Durchführung des risikoadaptierten Screenings auf MRSA. In den Empfehlungen werden Kategorien von Patienten benannt, 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).

Die nach IfSG erforderliche personelle Ausstattung wird gemäß § 4 Abs. 11 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.⁸ Die KRINKO-Empfehlung beschreibt u. a. die Aufgaben der für die Krankenhaushygiene relevanten, spezifischen Berufsbilder. Konkrete Empfehlungen wurden abgegeben

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

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

Tabelle 1 Hygienepersonal und Richtwerte

Hygienepersonal	Empfehlung
Krankenhaushygieniker	Richtgröße: ab 400 Betten ein hauptamtlicher Krankenhaushygieniker; 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

⁸ Vgl. http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/reNAjm2Z2qm82/PDF/27ZtlaS9s0sxU.pdf.

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. 11 KHEntgG nicht umfasst.
Quelle: KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (Bundesgesundheitsblatt 9/2009).

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 9/2009).

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

2.5 Weitere gesetzliche Neuregelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene

Im Zuge der Novellierung des IfSG wurden in § 137 SGB V die Aufgaben des G-BA zur Sicherung der Krankenhaushygiene ergänzt. Der G-BA wurde durch § 137 Abs. 1a SGB V beauftragt, in seinen Richtlinien erstmals zum 31.12.2012 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung festzulegen und insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität zu bestim-

men. 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 § 137 Abs. 1b SGB V zufolge 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 mit dem IfSG veränderten Aufgaben des G-BA 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. Eine quartalsbezogene Berichterstattung durch die KBV gegenüber dem BMG sowie eine Veröffentlichung nach § 136 Abs. 1 Satz 2 SGB V wurden festgelegt. Den derzeitigen Stand der Umsetzung greift Kapitel 6.1 auf. Strategien und Maßnahmen zum Infektionsschutz sind nicht auf den Krankenhausbereich begrenzt und sollten einen sektorübergreifenden Ansatz verfolgen. Kapitel 6 beleuchtet daher schlaglichtartig weitere Maßnahmen zu Hygiene und Infektionsprävention.

3. Ausgangssituation

3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Jahr 2013 belief sich laut Statistischem Bundesamt die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland auf 1.996. Diese untergliederten sich in 1.668 Allgemeinkrankenhäuser und 328 sonstige Krankenhäuser. Unter diesen befinden sich nicht nur Vertragskrankenhäuser nach § 108 SGB V. Die GKV finanziert die nach § 4 Abs. 11 KHEntgG relevanten Fördertatbestände jedoch ausschließlich in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern, die zugleich den Bestimmungen des KHEntgG unterliegen. Nach Angaben der Krankenkassen sind 1.573 Krankenhäuser im Sinne des Hygieneförderprogramms anspruchsberechtigt (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3 Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2014 (April 2015)

	Krankenhäuser (KHEntgG)	Krankenhäuser mit Budgetabschluss 2014
Baden-Württemberg	170	157
Bayern	271	254
Berlin	52	24
Brandenburg	54	10
Bremen	12	12
Hamburg	31	10
Hessen	121	89
Mecklenburg-Vorpommern	37	20
Niedersachsen	176	175
Nordrhein-Westfalen	334	184
Rheinland-Pfalz	78	58
Saarland	21	21
Sachsen	76	74
Sachsen-Anhalt	44	39
Schleswig-Holstein	53	33
Thüringen	43	41
gesamt	1.573	1.201

Quelle: AOK, WIdO.

3.2 Hygienefachpersonal in Krankenhäusern

Differenzierte Angaben zum Hygienepersonal der anspruchsberechtigten Krankenhäuser, anhand derer die Ausgangssituation beschrieben werden könnte, stehen nicht zur Verfügung. Von Jahresabschlussprüfern bestätigte Ausgangspersonalbestände der betreffenden Krankenhäuser zum 04.08.2011 sind anhand der bisher vorliegenden Datenmeldungen nur punktuell verfügbar.

Die Angaben des Statistischen Bundesamtes zu 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 Bezug genommen, sonstige Krankenhäuser werden außer Acht gelassen.

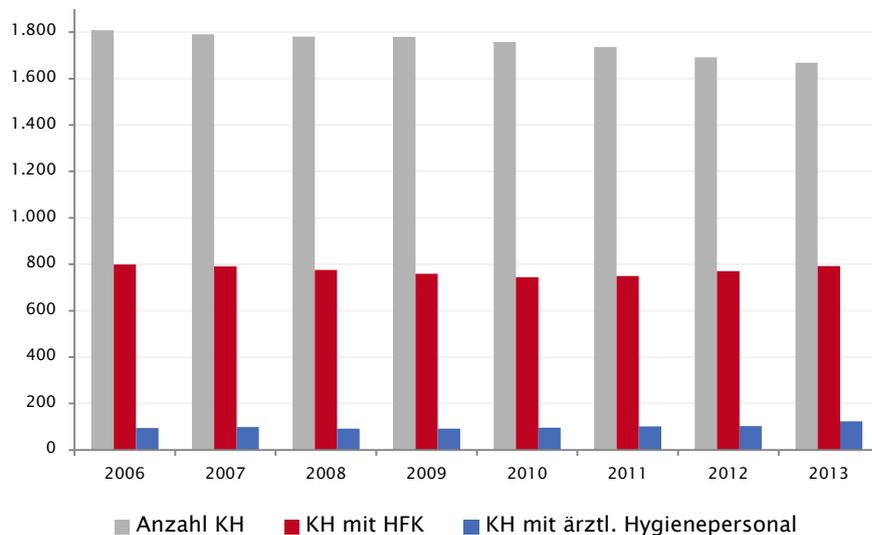
Das Statistische Bundesamt weist in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 für die Allgemeinkrankenhäuser

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

Die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser, die Hygienefachkräfte beschäftigen, sank von 799 (44 %) im Jahr 2006 auf 744 (42 %) im Jahr 2010, stieg danach auf 792 (47 %) im Jahr 2013 an. Wenngleich ein moderater Zuwachs zu verzeichnen ist, zeigen die Daten des Statistischen Bundesamtes, dass im Jahr 2013 nur knapp jedes zweite Allgemeinkrankenhaus Hygienefachkräfte beschäftigte. 123 Krankenhäuser beschäftigten im Jahr 2013 ärztliches Personal mit einer abgeschlossenen Weiterbildung für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (30 % mehr als in 2006). Gemessen an der Gesamtzahl der Allgemeinkrankenhäuser bleibt ihr Anteil mit ca. 7 % gering (vgl. Abbildung 2).

Die Schnittmenge der Krankenhäuser, die sowohl Krankenhaushygieniker als auch Hygienefachkräfte beschäftigten, kann nicht festgestellt werden.

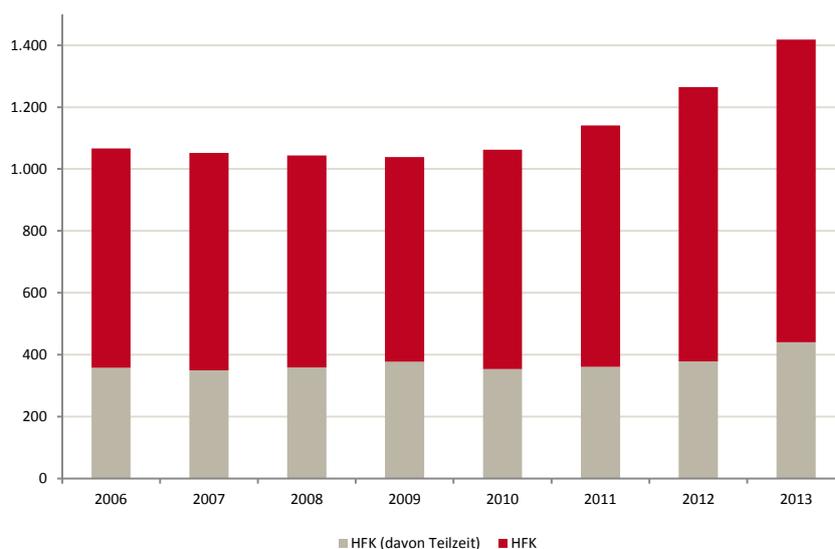
Abbildung 2 Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal



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

Im Jahr 2013 waren an Allgemeinkrankenhäusern 1.418 Hygienefachkräfte beschäftigt, davon 440 in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte (vgl. Abbildung 3). Im Vergleich zu 2006 waren dies etwa 350 mehr, was einer Zunahme von ca. einem Drittel entspricht. Der Anstieg setzte im Jahr 2010 ein. Etwa 30 % der Hygienefachkräfte übten ihre Tätigkeit in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte aus.

Abbildung 3 Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern

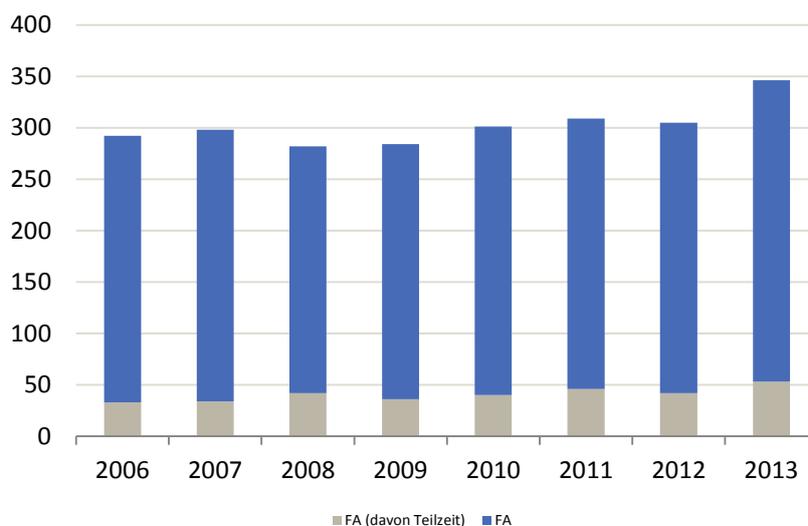


Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

Die Zahl der Ärzte mit einer für die Krankenhaushygiene relevanten Weiterbildung steigt erst ab dem Jahr 2013 sichtbar an (vgl. Abbildung 4). Zu diesem Zeitpunkt waren 346 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 18 % zu verzeichnen war. Der Anteil der Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigten fällt bei diesen Fachärzten mit über die Jahre recht konstanten 15 % deutlich niedriger aus als beim pflegerischen Hygienepersonal.

Die Schnittmenge der Krankenhäuser, die sowohl Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin als auch Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie beschäftigten, kann nicht festgestellt werden. Es kann darüber hinaus keine Aussage getroffen werden, ob diese Fachärzte tatsächlich als Krankenhaushygieniker tätig waren.

**Abbildung 4 Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder Mikrobiologie und Infektions-
epidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern**



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

Informationen zur Anzahl der Ärzte mit strukturierter curricularer Fortbildung zur Krankenhaushygiene liegen dem GKV-Spitzenverband nicht vor.

4. Umsetzung des Förderprogramms zur Krankenhaushygiene 2013/2014

4.1 Datenmeldungen

Im Jahr 2014 konnte nicht auf umfassende Datenmeldungen an den GKV-Spitzenverband für das Budgetjahr 2013 zurückgegriffen werden. Das Beitragsschuldengesetz, welches die Förderung der Krankenhaushygiene im KHEntgG verankert, ist zu einem Zeitpunkt in Kraft getreten, an dem bereits ein Großteil der Budgetverhandlungen für das Jahr 2013 abgeschlossen war. Die Anzahl der noch im Jahr 2013 geschlossenen Vereinbarungen mit Berücksichtigung der Förderung von Maßnahmen zur Krankenhaushygiene war dementsprechend gering. Aufgrund des Inkrafttretens zum 01.08.2013 kam es vielfach zu Absprachen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen oder zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene, um die Förderung entsprechender Maßnahmen aus 2013 erst im Rahmen der Budgetverhandlungen 2014 zu berücksichtigen. Dies war in Bremen, Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen der Fall. Die Vorgehensweise bis zu einer Vereinbarung in 2014 war unterschiedlich. Während in einigen Ländern einheitlich vorläufige Zuschläge abgestimmt wurden, wurden in anderen Ländern vorläufige Zuschläge krankenhausspezifisch abgerechnet oder es wurde ganz auf vorläufige Zuschläge verzichtet. Ein umfänglicher Bericht des GKV-Spitzenverbandes konnte daher isoliert für das Jahr 2013 nicht erstellt werden.

In den nun vorliegenden Bericht des GKV-Spitzenverbandes sind Datenmeldungen der Krankenkassen aus dem Jahr 2015 für die Jahre 2013 und 2014 eingeflossen. Es liegen Informationen für 1.439 Krankenhäuser in 2013 und für 1.339 Krankenhäuser in 2014 vor. Der vorhandene Datenpool umfasst dabei auch Meldungen zu Krankenhäusern, die nicht am Hygienesonderprogramm teilgenommen haben. In den Bericht einbezogen wurden Angaben zur Förderung der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG, die bis zum 22.04.2015 beim GKV-Spitzenverband eingegangen sind. Später übermittelte Daten konnten keine Berücksichtigung finden, gehen jedoch in den Folgebericht ein, der bis 30.06.2016 erstellt wird. Es ist davon auszugehen, dass sich auch infolge noch nicht abgeschlossener Budgetvereinbarungen die hier vorgenommenen Auswertungen verändern werden. Dies trifft in besonderem Maße für Hamburg zu, da es aufgrund eines Schiedsstellenverfahrens mit einem Träger für mehrere Krankenhäuser noch zu keiner Vereinbarung gekommen ist.

4.2 Vorläufige Zuschlagserhebung

Im Jahr 2013 wurde von 407 Krankenhäusern das Instrument der vorläufigen Zuschlagserhebung vor Abschluss der Budgetvereinbarung genutzt. 509 Krankenhäuser erhoben in 2014 einen vorläufigen Zuschlag (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4 Krankenhäuser mit vorläufigem Zuschlag

	2013	2014
Baden-Württemberg	5	5
Bayern	80	88
Berlin	1	0
Brandenburg	3	0
Bremen	0	0
Hamburg	0	12
Hessen	61	54
Mecklenburg-Vorpommern	14	2
Niedersachsen	82	48
Nordrhein-Westfalen	127	271
Rheinland-Pfalz	18	16
Saarland	2	6
Sachsen	3	0
Sachsen-Anhalt	0	0
Schleswig-Holstein	6	7
Thüringen	5	0
gesamt	407	509

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 22.04.2015).

In der Region Nordrhein betrug die Höhe des vorläufigen Zuschlags beispielsweise in 2013 einheitlich 0,04 %, daher konnten die entsprechenden Mittel durch Hochrechnung in den undifferenzierten Fördermitteln (vgl. 4.3.5 und Anlage 11) sowie in der Förderung gesamt berücksichtigt werden. Nach Förderarten differenzierte Vereinbarungen wurden in Nordrhein-Westfalen hingegen mit den Krankenhäusern in Westfalen-Lippe getroffen, so dass diese Beträge krankenhausesbezogen übermittelt wurden.

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.

4.3 Inanspruchnahme der Förderung gemäß Vereinbarungen

4.3.1 Vereinbarungen gesamt

In einigen Bundesländern wurden mit Krankenhäusern Vereinbarungen geschlossen, die nicht nach Förderarten differenziert wurden. Stattdessen haben sich Krankenkassen und Krankenhäuser auf Gesamtbeträge ohne explizite Aufteilung verständigt. Demzufolge handelt es sich bei den nachfolgenden Angaben zur Förderung nach § 4 Abs. 11 Satz 1 Nrn. 1 bis 3 KHEntgG um tendenziell zu niedrige Werte. Auf pauschale Beträge ohne differenzierte Zuordnung zu den einzelnen Förderarten wird unter 4.3.5 und in Anlage 11 eingegangen.

Somit ergibt sich im Jahr 2013 für

- Einstellungen, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen ein Betrag von ca. 8,31 Mio. Euro,
- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ein Betrag von ca. 7,21 Mio. Euro und
- Beratungsleistungen von externen Krankenhaushygienikern ein Betrag von etwa 1,29 Mio. Euro sowie
- undifferenzierte Vereinbarungen bzw. Zuschläge ein Betrag von ca. 2,40 Mio. Euro.

Die Summe der durch Vereinbarungen auf Hausebene verausgabten Mittel der GKV beträgt damit im Jahr 2013 ca. 19,22 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 47,34 Mio. Euro und gliedert sich auf in Beträge für

- Einstellungen, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen in Höhe von ca. 29,12 Mio. Euro,
- Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in Höhe von ca. 7,83 Mio. Euro,
- Beratungsleistungen von externen Krankenhaushygienikern in Höhe von etwa 3,04 Mio. Euro sowie
- undifferenzierte Vereinbarungen bzw. Zuschläge in Höhe von ca. 7,34 Mio. Euro.

Insgesamt sind in den Jahren 2013/2014 ca. 66,55 Mio. Euro zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der personellen Situation an die Krankenhäuser geflossen (vgl. Tabelle 5).

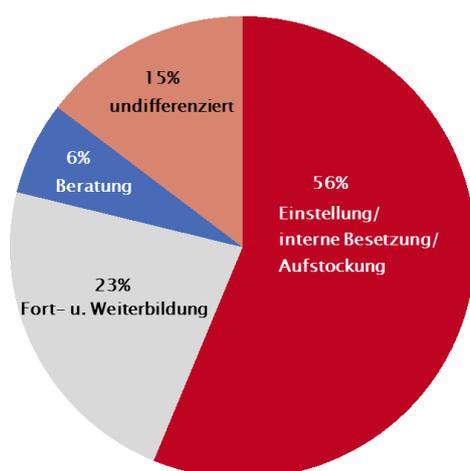
Tabelle 5 Überblick zur Förderung der Krankenhaushygiene (in Mio. Euro)

Förderart	Betrag 2013	Betrag 2014	Summe 2013/2014
Einstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen	8,31	29,12	37,43
Fort- und Weiterbildung	7,21	7,83	15,04
Beratungsleistungen	1,29	3,04	4,34
undifferenziert	2,40	7,34	9,74
Betrag gesamt	19,22⁹	47,34	66,55
Anzahl beteiligter Krankenhäuser	600	912	964

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 22.04.2015).

In der Begründung zum Beitragsschuldengesetz werden 270 Mio. Euro für die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen und Aufstockung von Hygienepersonalstellen als größter Anteil ausgewiesen. Intendiert war, die Förderung vorrangig auf die Beschäftigung zusätzlichen Hygienepersonals sowie auf die interne Besetzung von Hygienepersonalstellen zu konzentrieren. Die Mittelverwendung ist in diesem Bereich mit 56 % der in 2013/2014 verausgabten Mittel tatsächlich am höchsten (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5 Prozentuale Verteilung der Fördermittel 2013/2014



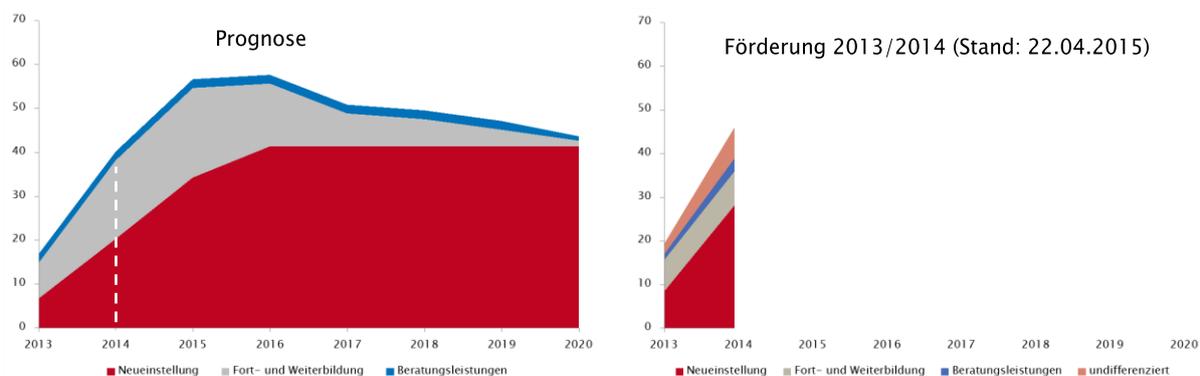
Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 22.04.2015), eigene Darstellung.

⁹ Anmerkung: Abweichungen in der zweiten Dezimalstelle sind in dieser und weiteren Tabellen in diesem Bericht auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen.

An zweiter Stelle stehen die Beträge für Fort- und Weiterbildung mit insgesamt ca. 15 Mio. Euro (23 %). Die undifferenzierten Beträge (Vereinbarungen sowie vorläufige Zuschläge) belaufen sich auf immerhin 15 % und übersteigen damit die Beratungsleistungen (6 %).

Im Gesetzgebungsverfahren hatte das BMG Annahmen für die Verteilung der Fördermittel im Programmverlauf getroffen.¹⁰ Wird dieser um eine Annahme für Beratungsleistungen ergänzte Erwartungshorizont den derzeit verfügbaren Informationen für die Jahre 2013 und 2014 gegenübergestellt (vgl. Abbildung 6), wird der zügige Programmeinstieg sichtbar.

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



Quelle: GKV-Spitzenverband (auf Basis der BMG-Annahmen¹¹), eigene Darstellung (Anm.: „Neueinstellung“ umfasst auch interne Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen).

Den aktuell vorliegenden Daten zufolge beträgt das Finanzvolumen der GKV 66,55 Mio. Euro und übersteigt das für 2013/2014 prognostizierte Finanzvolumen (52,8 Mio. Euro, ohne Beratungsleistungen) deutlich. Zu beachten ist jedoch, dass die aktuell ermittelbare Finanzsumme für 2013/2014 aufgrund von teilweise auf Landesebene pauschal vereinbarten Zuschlägen und undifferenzierten Vereinbarungen auf Hausebene noch mit Unsicherheiten behaftet ist. Nachträgliche Änderungen, wie z. B. durch die Rückabwicklung pauschaler Zuschläge, können nicht ausgeschlossen werden.

Zum frühen finanzwirksamen Einstieg in das Förderprogramm hat neben der Regelung zur vorläufigen Zuschlagserhebung auch die pragmatische Verständigung der Partner auf Orts- und Landesebene beigetragen.

¹⁰ Vgl. Erläuterungen des BMG zu dem in der Formulierungshilfe zur Krankenhausfinanzierung vorgesehenen Hygiene-Förderprogramm und zum Versorgungszuschlag vom 22.04.2013, S. 2.

¹¹ Dto.

Die Zahl der mit dem Hygienesonderprogramm geförderten Krankenhäuser hat im zweiten Programmjahr von zunächst 600 auf 912 deutlich zugenommen. Mindestens in einem der beiden Jahre haben insgesamt 964 Krankenhäuser die Förderung genutzt. In beiden Jahren haben 40 % bis 50 % der geförderten Krankenhäuser Vereinbarungen zu zwei Förderarten getroffen. Etwa ein Drittel der Krankenhäuser vereinbarte sich mit den Krankenkassen zu allen drei Förderarten. Bezogen auf die einzelnen Bundesländer fällt die Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms durch die Krankenhäuser recht unterschiedlich aus (vgl. Tabelle 6). Zu beachten ist, dass die Budgetverhandlungen 2014 noch nicht komplett abgeschlossen waren, so dass der Anteil geförderter Krankenhäuser nicht als abschließend zu betrachten ist.

Tabelle 6 Geförderte Krankenhäuser nach Ländern 2013/2014

	Anspruchsberechtigte Krankenhäuser	Geförderte Krankenhäuser	Anteil	Summe Förderung 2013/2014 in Mio. Euro
Baden-Württemberg	170	111	65 %	8,55
Bayern	271	177	65 %	13,76
Berlin	52	18	35 %	2,24
Brandenburg	54	34	63 %	1,70
Bremen	12	12	100 %	1,77
Hamburg	31	12	39 %	0,24
Hessen	121	50	41 %	4,77
Mecklenburg-Vorpommern	37	12	32 %	0,45
Niedersachsen	176	111	63 %	7,54
Nordrhein-Westfalen	334	251	75 %	13,17
Rheinland-Pfalz	78	27	35 %	1,42
Saarland	21	19	90 %	1,07
Sachsen	76	48	63 %	2,57
Sachsen-Anhalt	44	27	61 %	2,44
Schleswig-Holstein	53	26	49 %	2,41
Thüringen	43	29	67 %	2,44
gesamt	1.573	964	61 %	66,55

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 22.04.2015).

Die Aufteilung der Beträge nach Bundesländern und Förderart kann in den Anlagen 2 und 3 nachvollzogen werden. Der Anteil geförderter Krankenhäuser fällt in Ländern mit langjährig bestehenden Hygieneverordnungen, die aufgrund der Novellierung des IfSG überarbeitet wur-

den (vgl. 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.

4.3.2 Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen

Die Zahl der Krankenhäuser, die die Förderart nach § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG vereinbarten, stieg von 457 im Jahr 2013 auf 566 im Jahr 2014 (vgl. Tabelle 7). Die Zahl der Neueinstellungen, internen Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen gliedert sich auf in verschiedene Berufsbilder bzw. Qualifikationswege und bildet sich im Wesentlichen bei Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Ärzten ab. Der geringe Anstieg bei Krankenhaushygienikern widerspiegelt offenbar die Gegebenheiten am Arbeitsmarkt.

Tabelle 7 Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung

	2013	2014	Summe 2013/2014
Anzahl Krankenhäuser mit Vereinbarung zu § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG	457	566	
Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung von Hygienepersonal in Vollkräften (VK)			
- Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	200,0	347,5	
- Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung (Nr. 1b)	19,6	35,6	
- Krankenhaushygieniker mit curricularer Weiterbildung und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung (Nr. 1c)	8,3	14,7	
- Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	557,3	753,4	
zusätzlicher Finanzbetrag* in Mio. Euro	8,31	29,12	37,43

* maximal bis zur Förderhöhe gemäß § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1a – d KHEntgG

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 22.04.2015).

Detailliertere Angaben zu den Bundesländern finden sich in den Anlagen 4 und 5. Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder in den Anlagen wurde infolge der kleinteiligen Förderung mit derzeit noch geringen Summen verzichtet.

Die für die Förderung nach § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG für das Jahr 2016 insgesamt abgerechneten Zuschläge werden im Jahr 2017 in die Landesbasisfallwerte eingerechnet und damit in eine dauerhafte Finanzierung überführt. Analog zum Pflegesonderprogramm werden damit erneut über den Landesbasisfallwert unabhängig von einer tatsächlichen Personalveränderung die im Programmverlauf zusätzlich bereitgestellten Mittel an alle Krankenhäuser ausgeschüttet.

4.3.3 Fort- und Weiterbildungen

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.¹² Zusätzlich verabschiedete die BÄK im Jahr 2013 ergänzende Rahmenbedingungen für die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene.¹³ 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“.¹⁴ Zugleich werden u. a. Aussagen zu Teilnahmevoraussetzungen, zeitlicher Dauer, Hospitationen, Fallkonferenzen, Anforderungen

¹² Vgl. www.bundesaerztekammer.de/downloads/Strukturierte-curriculare-Fortbildung_Krankenhaushygiene_18.11.2011_final.pdf.

¹³ Vgl. www.bundesaerztekammer.de/downloads/StrukCurrFBKrankenhaushygieneRahmenbed20130905b.pdf.

¹⁴ Dto., S. 1.

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. 11 Nr. 2c KHEntgG).

Eine Fortbildung im Bereich rationale Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie wird durch die GKV bei Ärzten und Krankenhausapothekern durch einen pauschalen Zuschuss von 5.000 Euro gefördert. Antibiotic Stewardship (ABS) umfasst „Strategien bzw. Maßnahmen, die die Qualität der Antiinfektivbehandlung bezüglich Auswahl, Dosierung, Applikation und Anwendungsdauer sichern, um das beste klinische Behandlungsergebnis unter Beachtung einer minimalen Toxizität für den Patienten zu erreichen“.¹⁵ 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 6). Die Erarbeitung erfolgte mit der Zielsetzung, nur qualitativ hochwertige Fortbildungen bei der Mittelbereitstellung nach § 4 Abs. 11 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.

¹⁵ Vgl. www.antibiotic-stewardship.de/cms/.

Vorausschätzungen des Gesundheitsausschusses (vgl. BT-Drucksache 17/13947) gehen für Fort- und Weiterbildungen gemäß § 4 Abs. 11 KHEntgG von insgesamt bis zu 80 Mio. Euro aus. Im Jahr 2013 wurde bei knapp 400 Krankenhäusern mit ca. 7,21 Mio. Euro die Fort- und Weiterbildung gefördert, im Jahr 2014 bei 427 Krankenhäusern mit ca. 7,83 Mio. Euro (vgl. Tabelle 8). Mit in der Summe bislang vereinbarten ca. 15 Mio. Euro sind damit für Fort- und Weiterbildung etwa 19 % der für die gesamte Laufzeit (maximal bis 2020) veranschlagten Mittel geflossen. Auf eine Abschätzung der Personenzahl mit begonnener Weiterbildung wird an dieser Stelle verzichtet. Zum einen sind teilweise nicht nach Berufsbildern differenzierte Beträge vereinbart worden, zum anderen ist davon auszugehen, dass je nach Startzeitpunkt der Fort-/Weiterbildung auch Teilbeträge eingestellt wurden, so dass mit erheblichen Unschärfen zu rechnen wäre.

Tabelle 8 Fort- und Weiterbildung 2013/2014

	2013		2014		2013/2014
	Betrag in 1.000 Euro	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme	Betrag in 1.000 Euro	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme	Betrag gesamt in 1.000 Euro
Baden-Württemberg	903	44	1.237	64	2.141
Bayern	1.415	80	1.892	95	3.306
Berlin	810	14	405	9	1.215
Brandenburg	491	26	270	16	761
Bremen	100	8	60	4	160
Hamburg	0	0	0	0	0
Hessen	471	24	525	24	996
Mecklenburg- Vorpommern	15	3	80	8	95
Niedersachsen	949	59	1.076	67	2.025
Nordrhein-Westfalen	807	49	431	33	1.238
Rheinland-Pfalz	224	16	252	11	476
Saarland	42	9	179	15	221
Sachsen	230	17	642	30	872
Sachsen-Anhalt	279	19	330	19	609
Schleswig-Holstein	160	10	167	11	327
Thüringen	312	19	286	21	598
gesamt	7.209	397	7.832	427	15.041

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 22.04.2015).

Detailliertere landesbezogene Angaben mit einer Differenzierung nach Berufsbildern können den Anlagen 7 (2013) und 8 (2014) entnommen werden.

4.3.4 Beratungsleistungen

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 den Jahren 2013/2014 wurden insgesamt Beträge für externe Beratungsleistungen in Höhe von ca. 4,34 Mio. Euro zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9 Externe Beratungsleistungen 2013/2014

	2013		2014		2013/2014
	Betrag in 1.000 Euro	Kranken- häuser	Betrag in 1.000 Euro	Kranken- häuser	Summe in 1.000 Euro
Baden-Württemberg	129	63	330	75	458
Bayern	242	110	559	134	801
Berlin	26	5	44	3	71
Brandenburg	154	21	196	21	350
Bremen	30	7	41	7	71
Hamburg	0	0	0	0	0
Hessen	93	25	222	28	316
Mecklenburg-Vorpommern	3	2	54	10	56
Niedersachsen	170	48	448	75	618
Nordrhein-Westfalen	143	50	341	53	484
Rheinland-Pfalz	67	18	92	18	159
Saarland	19	11	115	17	134
Sachsen	76	19	191	25	267
Sachsen-Anhalt	69	18	160	18	229
Schleswig-Holstein	52	13	181	15	234
Thüringen	19	9	71	14	90
gesamt	1.292	419	3.045	513	4.337

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 22.04.2015).

Die Zahl der Krankenhäuser, die Beratungsleistungen vereinbarten, stieg von 419 Krankenhäusern in 2013 auf 513 Krankenhäuser im Jahr 2014 an. Ausgehend von einem Tagessatz von 400 Euro wurden damit im Zeitraum 2013/2014 insgesamt etwa 10.840 Beratungstage in die Vereinbarungen aufgenommen. Detaillierte Angaben zu den Beratungsleistungen – soweit diese verfügbar waren – können den Anlagen 9 (2013) und 10 (2014) entnommen werden.

Gemessen an dem für die gesamte Laufzeit (maximal bis 2020) der Förderung vorgesehenen Betrag von etwa 15 Mio. Euro wurden bisher also annähernd 30 % verausgabt. Auch bei den externen Beratungsleistungen ist davon auszugehen, dass eine höhere Summe verausgabt wurde, da ein Teil der undifferenziert vereinbarten Finanzmittel (vgl. 4.3.5) mit großer Wahrscheinlichkeit auch in Beratungsleistungen geflossen ist. Tendenziell dürfte sich – die zunehmende Verfügbarkeit von Krankenhaushygienikern am Arbeitsmarkt vorausgesetzt – der Anteil der Fördersumme für externe Beratungsleistungen jedoch verringern.

4.3.5 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, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Schleswig-Holstein. In der Summe handelt es sich für die Jahre 2013/2014 um ca. 9,75 Mio. Euro. Angaben zu den genannten Ländern sind in Anlage 11 (2013/2014) hinterlegt. Perspektivisch wird sich die Zahl der Vereinbarungen ohne konkrete Benennung der Art der Förderung rückläufig entwickeln. Undifferenzierte Vereinbarungen stellen einen pragmatischen Ansatz dar und können bei zunehmender Nachweisführung seitens der Krankenhäuser den einzelnen Förderarten zugeordnet werden.

4.4 Umsetzung der vereinbarten Förderung – Istdaten

Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, die Umsetzung des Hygienesonderprogramms und die Verwendung der Fördermittel entsprechend nachzuweisen. Wenngleich die gesetzliche Regelung sich lediglich eines Querverweises auf die Nachweispflichten im Rahmen des Pflegesonderprogramms bedient, so wird doch in der BT-Drucksache 17/13947 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,
- das aufgrund des Hygiene-Förderprogramms zusätzliche Hygienepersonal nach den unterschiedlichen Qualifikationsprofilen, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie

- 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.“

Bereits im Rahmen der Berichterstattung zum Pflegesonderprogramm war ein in der Regel zweijähriger Versatz hinsichtlich der Verfügbarkeit von Istdaten festzustellen. Im Fall des Hygieneförderprogramms zeigt sich dieser Effekt ebenfalls. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass sich die Nachweisführung säumiger Krankenhäuser erst dann spürbar verbessern wird, wenn die Vereinbarung weiterer Mittel aus Sonderprogrammen per Klarstellung im Gesetz eindeutig an die Nachweisvorlage für das Vorjahr gekoppelt wird.

Für das Jahr 2013 liegen bisher Informationen von ca. 250 Krankenhäusern vor, dass die Umsetzung der vereinbarten personellen Maßnahmen erfolgt ist. Die Situation gestaltet sich für das Jahr 2014 mit ca. 290 Krankenhäusern ähnlich. Diese Informationen sind bislang in der Regel nicht durch Jahresabschlussprüfer bestätigt. Gleiches gilt für die zu übermittelnden Ausgangspersonalbestände. Eine Auswertung zur tatsächlichen Umsetzung vereinbarter Förderarten ist somit ohne belastbare Daten nicht sichergestellt. Es zeichnet sich ab, dass verlässliche Aussagen frühestens im Jahr 2016 möglich sein werden. Zu diesem Zeitpunkt werden voraussichtlich in größerer Zahl Testate von Jahresabschlussprüfern im Rahmen der Budgetverhandlungen vorliegen.

5. G-BA-Richtlinien zur Krankenhaushygiene

5.1 Angaben zur Krankenhaushygiene in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser

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.

Seit 2003 sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen mit dem Ziel, mehr Transparenz über die Qualität der Patientenversorgung zu schaffen.¹⁶ Seit dem Berichtsjahr 2012 müssen die Krankenhäuser im Qualitätsbericht Angaben zu ihrem Hygienepersonal machen: Dies betrifft die Anzahl an beschäftigten Krankenhaushygienikern, hygienebeauftragten Fachärzten und Hygienefachkräften sowie hygienebeauftragten Pflegekräften. Die jeweiligen Fachbezeichnungen orientieren sich dabei an den Empfehlungen der KRINKO¹⁷ sowie an den Krankenhaushygieneverordnungen auf Landesebene. Neben diesen Angaben zum Hygienepersonal enthalten die Qualitätsberichte ab dem Jahr 2014 Angaben zum hygienebezogenen Risikomanagement.¹⁸ Dies betrifft

- die öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten,
- die Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (z. B. ITS-KISS, MRSA-KISS, OP-KISS),
- die Teilnahme an anderen regionalen, nationalen und internationalen Netzwerken zur Prävention nosokomialer Infektionen,
- die Teilnahme an der (freiwilligen) Aktion „Saubere Hände“ (ASH),
- die jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten,
- die regelmäßig tagende Hygienekommission,
- das risikoadaptierte MRSA-Aufnahmescreening,

¹⁶ Vgl. G-BA-Veröffentlichung zu den Aufgaben des G-BA beim Thema „Hygiene“ (Stand: 04.12.2014), www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/hygiene/aufgabe/.

¹⁷ Vgl. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2009. 52: S. 951 – 962.

¹⁸ 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.

- die Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit MRSA-/MRE-/Noroviren besiedelten Patienten sowie
- die Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen.

Neben diesen hygienebezogenen Struktur- und Leistungsdaten, die im Teil A des Qualitätsberichtes aufgeführt werden, gibt es hygienebezogene Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung, welche im Teil C des Qualitätsberichtes berücksichtigt werden. Diese werden nachfolgend im Detail beschrieben.

5.2 Qualitätsindikatoren zur Hygiene in der externen stationären Qualitätssicherung

Die externe stationäre Qualitätssicherung (ESQS) 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.¹⁹ Dies betrifft die Erfassung der Häufigkeit von Antibiotikaprophylaxen 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 Neonatologie.²⁰ Die Daten der Krankenhäuser zu den entsprechenden Qualitätsindikatoren werden landes- und bundesweit ausgewertet und bei rechnerischen Auffälligkeiten die Ergebnisse dieser Auswertung den Krankenhäusern zurückgespiegelt (strukturierter Dialog).

Die Ergebnisse der ESQS werden seit 2001 jährlich bundesweit anonymisiert und einrichtungsübergreifend zusammengefasst und veröffentlicht. Der G-BA hat das AQUA-Institut mit der Veröffentlichung der Ergebnisse aus der ESQS in einem sogenannten Qualitätsreport beauftragt. Eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung von ausgewählten Qualitätsindikatoren erfolgt im Qualitätsbericht der Krankenhäuser. Im Erfassungsjahr 2013 waren die Ergebnisse zu 295 Indikatoren im Qualitätsbericht veröffentlichungspflichtig²¹ – 17 dieser Indikatoren hatten dabei einen Bezug zur Hygiene im Krankenhaus (vgl. Anlage 12).

¹⁹ Vgl. G-BA-Veröffentlichung zu den Aufgaben des G-BA beim Thema „Hygiene“ (Stand: 04.12.2014), www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/hygiene/aufgabe/.

²⁰ Vgl. AQUA-Qualitätsreport 2013, S. 223 – 232, www.sgg.de/sqg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2013/AQUA-Qualitaetsreport-2013.pdf.

²¹ Vgl. Pressemitteilung des G-BA vom 19.06.2014, www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/542/.

Seit dem Berichtsjahr 2012 enthält der jährlich erscheinende Qualitätsreport des AQUA-Institutes ein Kapitel zu nosokomialen Infektionen. Im Qualitätsreport 2013²² wurden 27 Qualitätsindikatoren in dem entsprechenden Kapitel analysiert (vgl. Anlage 12). Darüber hinaus wurden auch einzelne Datenfelder²³ aus verschiedenen Leistungsbereichen mit direktem Bezug zur Krankenhaushygiene bundesweit ausgewertet. Die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren lagen dabei zum Großteil innerhalb des vorgegebenen Referenzbereiches (sofern vorhanden), was auf eine gute Versorgungslage hindeutet. Eine Ausnahme hiervon betrifft die Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung: Der Anteil der Patientinnen, die bei dieser Indikation eine Antibiotikaphylaxe erhielten, lag mit 85,9 % deutlich unterhalb des Referenzbereichs von ≥ 95 %. Zudem zeigte sich bei den meisten Indikatoren und Datenfeldern keine relevante Veränderung zum Vorjahr. So ist z. B. der Anteil an postoperativen Wundinfektionen nach Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation mit 0,5 % in den Jahren 2012 und 2013 konstant geblieben. Eine signifikante Veränderung zeigte sich lediglich bei dem Indikator „perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“. Der Anteil der Patientinnen, welche eine Antibiotikaphylaxe erhalten haben, hat sich hierbei von 95,5 % (im Jahr 2012) auf 97,4 % (im Jahr 2013) erhöht. Weiterhin hat eine Sonderauswertung von Datenfeldern aus der Qualitätssicherungsdokumentation ergeben, dass die Rate an nosokomialen Pneumonien nach hüftgelenknaher Femurfraktur in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen ist (von 2,26 % im Jahr 2011 auf 2,64 % im Jahr 2013). Dies wird aber größtenteils auf eine andere Alters- und Risikoverteilung des Patientenkollektivs zurückgeführt. Die Autoren des Qualitätsreports rechnen jedoch mit einem Anstieg an nosokomialen Infektionen in den kommenden Jahren und begründen dies mit dem demografischen Wandel und dem erhöhten Auftreten von antibiotikaresistenten Keimen. Mit Blick auf die zunehmende Resistenzentwicklung infolge eines übermäßigen Antibiotikagebrauchs empfehlen die Autoren, dass eine indizierte perioperative Antibiotikaphylaxe nicht unnötig lange durchgeführt wird.

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. Zwei sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren zielen auf die Vermeidung von nosokomialen Infektionen ab und haben somit einen direkten Bezug zur Hygiene:

- Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen
- Vermeidung von Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen

²² Vgl. AQUA-Qualitätsreport 2013, S. 223 – 232, www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2013/AQUA-Qualitaetsreport-2013.pdf.

²³ Datenfelder bilden primär nicht die Grundlage eines spezifischen Indikators, sondern gehen u. a. in die Berechnung zusammensender Indikatoren als Teil einer Summe ein.

Für alle Verfahren zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung hat der G-BA das AQUA-Institut mit der Entwicklung geeigneter Qualitätsindikatoren und Instrumente eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens beauftragt.

Im Abschlussbericht des Qualitätssicherungsverfahrens zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen²⁴ wurden von einem entsprechenden Expertenpanel für den stationären Bereich fünf Indikatoren und für den ambulanten Bereich drei Indikatoren vorgeschlagen. Diese spiegeln neben der Prozessqualität (Händedesinfektionsmittelverbrauch) vor allem die Ergebnisqualität (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 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.²⁵ 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). Über den Auftrag des G-BA hinausgehend wurden aufgrund der hohen Bedeutsamkeit auch einige Strukturindikatoren vorgeschlagen. Diese umfassen allgemeine und spezifische Hygienemaßnahmen, beispielsweise das Vorhandensein einer Arbeitsanweisung zur Insertion eines ZVK oder eines einrichtungsinternen Standards zur Antibiotikainitialtherapie.

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 Erpro-

²⁴ Vgl. Abschlussbericht des AQUA-Instituts zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (Stand: 28.06.2013), www.sgg.de/entwicklung/neue-verfahren/nosokomiale-infektionen-postoperativ.html.

²⁵ Vgl. Abschlussbericht des AQUA-Instituts zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen (Stand: 20.12.2012), www.sgg.de/entwicklung/neue-verfahren/nosokomiale-infektionen-gefaesskatheter.html.

bung des jeweiligen Qualitätssicherungsverfahrens (Machbarkeitsprüfung) durch das AQUA-Institut.

Die Machbarkeitsprüfung im Rahmen des Verfahrens zur Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen²⁶ wurde von März bis August 2014 durchgeführt. Im Verlauf der Machbarkeitsprüfung haben sich keine Implementierungshindernisse gezeigt. Außerdem erscheint der Aufwand vertretbar und die Akzeptanz für das Verfahren insgesamt gegeben. Auch anhand der Ergebnisse der empirischen Prüfung der Sozialdaten bei den Krankenkassen²⁷ gelangt das AQUA-Institut zu der Empfehlung, das Verfahren in den Regelbetrieb zu implementieren. Der G-BA plant, der Empfehlung zur Umsetzung in den Regelbetrieb zu folgen. Der frühestmögliche Beginn dafür könnte das Jahr 2017 sein. Die ersten Auswertungen liegen demnach frühestens 2019 vor.

Die Machbarkeitsprüfung zu dem Verfahren zur Vermeidung Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen wurde zwischen Mai und September 2014 durchgeführt. Im Januar 2015 wurde der entsprechende Bericht²⁸ vorgelegt und parallel dazu der Abschlussbericht über die Ergebnisse der empirischen Prüfung der Sozialdaten²⁹. Das AQUA-Institut kommt zu dem Ergebnis, dass zahlreiche Modifikationen notwendig wären, um das Verfahren in den Regelbetrieb etablieren zu können. Unter den gegebenen Bedingungen ist eine Umsetzung in den Regelbetrieb zurzeit nicht möglich.

²⁶ Vgl. AQUA-Institut (Hrsg.): „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen, Erweiterte Machbarkeitsprüfung“ (Stand: 31.10.2014).

²⁷ Vgl. AQUA-Institut (Hrsg.): „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen, Empirische Prüfung“ (Stand: 23.12.2014).

²⁸ Vgl. AQUA-Institut (Hrsg.): „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen, Erweiterte Machbarkeitsprüfung“ (Stand: 30.01.2015).

²⁹ Vgl. AQUA-Institut (Hrsg.): „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen, Empirische Prüfung“ (Stand: 30.01.2015).

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 Versorgungsansätze und -leistungen 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 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.³⁰ 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 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.

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.³¹ Diese Regelung knüpft u. a. an die zuvor beschriebene Regelung zur Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen zur Diagnostik und

³⁰ Vgl. www.gkv-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.

³¹ Vgl.: Beschluss des G-BA über eine Änderung der Anlage der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: MRSA-Eradikationstherapie vom 23.01.2014, www.g-ba.de/downloads/39-261-1920/2014-01-23_HKP-RL-MRSA-Eradikationstherapie_Banz.pdf und www.g-ba.de/downloads/40-268-2675/2014-01-23_HKP-RL-MRSA-Eradikationstherapie_TrG.pdf.

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 bei MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose und bestimmten Risikofaktoren zur Anwendung kommen. Die Maßnahmen sind ordnungsfähig im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von MRSA-Trägern.

6.2 Prävention der Weiterverbreitung von MRSA in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen

Die Kolonisation bzw. Infektion von Patienten mit multiresistenten Erregern, insbesondere MRSA, ist nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen verbreitet.

Mit der Novellierung des IfSG wurden nun auch Leiter von Einrichtungen der Rehabilitation mit in die Verantwortung genommen, um sicherzustellen, dass die erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und eine Weiterverbreitung zu vermeiden, sofern in den Rehabilitationseinrichtungen vergleichbare medizinische Leistungen wie in Krankenhäusern durchgeführt werden (§ 23 IfSG).

2014 hat die KRINKO zusätzlich aktualisierte „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“³² 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)³³, und Einrichtungen, deren Risikoprofil dem eines Pflegeheimes entspricht (hierfür wird keine zwingende Isolierung empfoh-

³² Vgl. 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, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2014. 57: S. 696 – 732.

³³ Dto., S. 696 – 732.

len)³⁴. 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 multiresistenten Erregern (MRE) bzw. MRSA (z. B. keine zwingenden Unterbringung im Einzelzimmer) unter anderem gezielte Maßnahmen zur Prävention von spezifischen nosokomialen Infektionen sowie Empfehlungen zur Mundhygiene beschrieben.³⁵ Die spezifischen Empfehlungen zur Vermeidung nosokomialer Infektionen betreffen die Prävention von Harnwegsinfektionen, Bakteriämie und Sepsis, Atemwegsinfektionen, Haut- und Weichteilinfektionen (z. B. Dekubitus) und gastrointestinalen Infektionen (z. B. bei Sondenernährung).

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

6.3 Sektorübergreifende Ansätze zur Bekämpfung multiresistenter Erreger

In den vergangenen zehn Jahren wurden in der gesamten Bundesrepublik etwa 35 bis 40 Netzwerke gegründet mit dem Ziel der Bekämpfung von MRSA bzw. weiteren MRE.³⁶ Eines der bekanntesten Beispiele und sozusagen die Geburtsstunde solcher Netzwerke ist das MRSA-net³⁷, welches bereits 2005 in der deutsch-niederländischen Grenzregion (Münsterland/Twente) ins Leben gerufen wurde. Wichtigste Präventionsstrategien des Programms zur Zielerreichung sind neben der Umsetzung der gültigen Empfehlungen im Bereich Hygiene ein frühzeitiges labordiagnostisches Screening der Patienten auf eine mögliche Besiedelung mit MRSA bei Krankenhausaufnahme sowie die Isolation und Therapie (Sanierung) aller MRSA-Träger und -Infizierten.

Während der MRSA-Anteil an nosokomialen Staphylococcus-aureus-Infektionen seit Jahren rückläufig ist³⁸, nimmt die Anzahl multiresistenter Stämme unter den gramnegativen Stäbchenbakterien (MRGN) zu, z. B. bei den Escherichia coli-Erregern. Besonders kritisch ist dabei der Anstieg an 4MRGN (z. B. Acinetobacter baumannii)³⁹, welche eine Resistenz gegenüber allen

³⁴ Infektionsprävention in Heimen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2005. 48: S. 1061 – 1080.

³⁵ Dto.

³⁶ Vgl. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html;jsessionid=A297EBC120EFFF5A09191C47B1D698DD.2_cid363.

³⁷ Vgl. www.mrsa-net.org/.

³⁸ Vgl. Meyer et al.: Rückgang von nosokomialen MRSA-Infektionen in Deutschland: Analyse aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) der Jahre 2007–2012. Deutsches Ärzteblatt Int. 2014; 111(19): 331–6.

³⁹ Vgl. König, R.: „Abschied vom Händeschütteln“ und „Im Kampf gegen die Erreger“. kma, August 2014, S. 53 – 59.

vier klinisch relevanten Antibiotikagruppen aufweisen. Um die weitere Ausbreitung dieser besonders gefährlichen Erreger zu vermeiden, wurde Ende 2014 ein Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN im § 64c SGB V gesetzlich verankert. Darin ist festgehalten, dass die im § 115 Abs. 1 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 Modellvorhaben ist auf Risikopersonen nach Maßgabe der KRINKO-Empfehlungen⁴⁰ auszurichten und soll in mindestens einer Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt werden. Ein Modellvorhaben wurde im Jahr 2014 in Hamburg vereinbart.

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 Erreger⁴¹ 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 und die verpflichtende Fortbildung des medizinischen Personals im ambulanten und stationären Bereich, thematisiert. Forschungsvorhaben zu nosokomialen Infektionen und Antibiotikaresistenzen sollen verstärkt gefördert werden. Im Rahmen des sogenannten Pharmadialogs sollen Forschung und Entwicklung neuer Antibiotika Gegenstand sein. Anlässlich seiner G7-Präsidentschaft identifizierte Deutschland die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen als gemeinsame Aufgabe der internationalen Gemeinschaft. In der Abschlusserklärung zum G7-Gipfel vom 07./08.06.2015 wird u. a. die uneingeschränkte Unterstützung des globalen Aktionsplans der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Antibiotikaresistenzen zugesichert und die Zielrichtung formuliert, nationale Bemühungen zu bündeln, um den verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika zu fördern.⁴²

⁴⁰ Vgl. Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2012; 55: 1311 - 1354, und Ergänzung zu den "Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen" (2012) im Rahmen der Anpassung an die epidemiologische Situation. Epidemiologisches Bulletin 21/2014.

⁴¹ Vgl. www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html.

⁴² Vgl. Abschlusserklärung G7-Gipfel, 07./08.06.2015, www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/G8_G20/2015-06-08-q7-abschluss-deu.pdf?__blob=publicationFile&v=4.

6.4 Förderung eines rationalen Antibiotikaeinsatzes

Zur Prävention der weiteren Ausbreitung von multiresistenten Erregern sollte primär der unkritische Umgang mit Antibiotika angegangen werden. Das ABS-Programm⁴³ 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. Die einwöchigen Fortbildungskurse werden für vier verschiedene Niveaus (basics, fellow, advanced und expert) jeweils etwa zwei- bis viermal pro Jahr angeboten. Die Teilnehmer der ABS-Fortbildungskurse können sich zusätzlich über eine EDV-gestützte Informations- und Austauschplattform vernetzen. Zudem findet jedes Jahr ein nationales Netzwerktreffen statt, bei dem die verschiedenen ABS-Arbeitsgruppen die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und zur Planung von ABS-Aktivitäten haben. Im Rahmen des ABS-Programms wurde auch die S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ erarbeitet und Ende 2013 veröffentlicht.⁴⁴

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-Bericht⁴⁵ (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)⁴⁶ wurde festgestellt, dass der größte Teil der Antibiotikaverordnungen auf den ambulanten Bereich entfällt. Auch wenn in Deutschland der ambulante Antibiotikaverbrauch seit 2007 insgesamt stabil ist, wächst der Anteil der Reserve- und Breitspektrum-Antibiotika am Gesamtverbrauch. Da eine enge Beziehung zwischen nationalen Resistenzraten und ambulanten Verbrauch besteht, sind eine kritische Indikationsstellung und der indikationsgerechte Einsatz im ambulanten Bereich

⁴³ Vgl. www.antibiotic-stewardship.de.

⁴⁴ Vgl. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-0011_S3_Antibiotika_Anwendung_im_Krankenhaus_2013-12.pdf.

⁴⁵ Vgl. www.p-e-g.org/econtext/germap; Bericht erstmalig 2008 veröffentlicht, letzte Aktualisierung aus dem Jahr 2012.

⁴⁶ Vgl. DART 2020 - Antibiotikaresistenzen bekämpfen zum Wohl von Mensch und Tier (Stand: Mai 2015), www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/krankenhausinfektionen/antibiotika-resistenzstrategie.html.

von großer Bedeutung. Die DART 2020-Strategie sieht den weiteren Ausbau der Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance vor, um auf nationaler Ebene die Grundlage für Interventionsmaßnahmen zu bilden. Zudem sollen Konzepte zur Erstellung und Anwendung von infektiologischen Leitlinien erarbeitet werden.

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. 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.⁴⁷

⁴⁷ Dto., S. 15.

7. Fazit: Zusätzliche Finanzmittel fließen – Wirkung noch unklar

Der vorliegende Bericht zum Hygienesonderprogramm basiert auf Daten aus den Budgetverhandlungen der Jahre 2013 und 2014 hinsichtlich zusätzlicher Einstellungen von Hygienepersonal, interner Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen, der Durchführung von Fort- und Weiterbildungen sowie der Inanspruchnahme von externen Beratungsleistungen im Bereich Krankenhaushygiene. Die Zahl der geschlossenen Vereinbarungen fiel zunächst vergleichsweise gering aus, da das Beitragsschuldengesetz, welches die Förderung der Krankenhaushygiene im KHEntgG verankerte, erst zum 01.08.2013 in Kraft trat. Dennoch wurde durch Absprachen auf Landes- und Ortsebene sowie durch die Abrechnung vorläufiger Zuschläge ein zügiger Programmeinstieg in 2013/2014 erreicht.

Seit dem Start des Hygienesonderprogramms haben insgesamt 964 Krankenhäuser und somit etwa 61 % der förderfähigen Krankenhäuser die zusätzliche Finanzierungsmöglichkeit für Hygienepersonal 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 und 2014 wurde diesen Krankenhäusern durch die GKV insgesamt ein Finanzbetrag in Höhe von 66,6 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Damit bewegt sich die durch die GKV bereitgestellte Finanzsumme über den Erwartungen.

Bezogen auf die für die gesamte Programmdauer (bis zum Jahr 2020) veranschlagten zusätzlichen Mittel von 365 Mio. Euro ist damit eine Quote von ca. 18 % erreicht. Die Beträge 2013/2014 für Neueinstellungen, interne Besetzung und Aufstockung von Hygienepersonalstellen (37,42 Mio. Euro) übersteigen die Vorausschätzung (26,8 Mio. Euro), während die Mittel für Fort- und Weiterbildung (15 Mio. Euro) hinter den Erwartungen (26 Mio. Euro) zurückbleiben. Undifferenziert vereinbarte Beträge bzw. vorläufige Zuschläge liegen mit insgesamt knapp 10 Mio. Euro noch vor den Beratungsleistungen, die mit etwa 4 Mio. Euro den kleinsten Finanzierungsanteil bilden.

Gemessen am prognostizierten Programmverlauf ist der Einstieg in die Zusatzfinanzierung als gelungen zu betrachten. 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. Der von Jahresabschlussprüfern zu testierende Nachweis über die tatsächliche Umsetzung der getroffenen Vereinbarungen steht noch weitestgehend aus; hier gibt es erheblichen Nachholbedarf bei den geförderten Krankenhäusern.

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. 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.

Für eine umfassende Förderung der Hygienequalität sind weitere Maßnahmen (z. B. MRSA-Netzwerke) und andere Sektoren (ambulante Versorgung, Pflege, Rehabilitation) in die Betrachtung einzubeziehen. Sektorenübergreifende Verfahren zur Sicherung der Hygienequalität (z. B. Qesü-RL, Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN) stehen dabei noch am Anfang und müssen in den kommenden Jahren fortlaufend evaluiert und weiterentwickelt werden.

Anlagen

Anlage 1 Hygieneverordnungen der Länder: Vorgaben zur personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Hygienepersonal

	Krankenhaushygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016
Baden-Württemberg	Beschäftigung eines Krankenhaushygienikers oder Sicherstellung der Beratung; erforderlichenfalls in Vollzeit; Orientierungsmaßstab KRINKO-Empfehlung, Infektionsrisiko innerhalb der Einrichtung zu berücksichtigen	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil soll ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden; Orientierungsmaßstab KRINKO-Empfehlung	Ermittlung Personalbedarf unter Berücksichtigung Behandlungsspektrum und Risikoprofil gemäß KRINKO-Empfehlung	keine Angabe	✓
Bayern	Beratung durch Krankenhaushygieniker zu gewährleisten; Krankenhäuser der 2. und 3. Versorgungsstufe hauptamtlich ein Hygieniker in Vollzeit (in diesen Krankenhäusern nur FA für Hygiene/Umweltmedizin oder für Mikrobiologie/Virologie/Infektionsepidemiologie)	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil sollte ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden; Orientierungsmaßstab KRINKO-Empfehlung	Ermittlung Personalbedarf unter Berücksichtigung Behandlungsspektrum und Risikoprofil gemäß KRINKO-Empfehlung	mindestens ein Hygienebeauftragter in der Pflege auf jeder Station zu bestellen; Bedarf richtet sich nach Behandlungsspektrum und Risikoprofil	✓
Berlin	Mitarbeit mindestens eines Krankenhaushygienikers sicherstellen; Krankenhäuser > 400 Betten müssen mindestens einen Krankenhaushygieniker beschäftigen	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; Bedarf stellt Hygienekommission fest; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil soll ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden	mindestens eine Hygienefachkraft zu beschäftigen; genauen Bedarf stellt Hygienekommission fest	keine Angabe	✓

	Krankenhaustygiener	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	✓
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 zur Förderung der Krankenhaushygiene
in den Jahren 2013/2014 (§ 4 Abs. 11 Satz 5 KHEntgG) vom 30.06.2015

Seite 49 von 70

	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	✓

	Krankenhaushygieniker	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	✓

Quelle: Hygieneverordnungen der Länder.

Anlage 2 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	1,37	0,90	0,13	0,00	2,40	63
Bayern	2,14	1,41	0,24	0,00	3,79	139
Berlin	0,35	0,81	0,03	0,00	1,18	18
Brandenburg	0,18	0,49	0,15	0,00	0,83	28
Bremen	0,41	0,10	0,03	0,00	0,54	0
Hamburg	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Hessen	0,64	0,47	0,09	0,06	1,26	36
Mecklenburg-Vorpommern	0,01	0,01	0,00	0,00	0,03	3
Niedersachsen	0,91	0,95	0,17	0,01	2,05	80
Nordrhein-Westfalen	0,83	0,81	0,14	1,89	3,68	87
Rheinland-Pfalz	0,24	0,22	0,07	0,00	0,54	21
Saarland	0,11	0,04	0,02	0,04	0,22	15
Sachsen	0,26	0,23	0,08	0,07	0,64	39
Sachsen-Anhalt	0,34	0,28	0,07	0,00	0,68	25
Schleswig-Holstein	0,20	0,16	0,05	0,32	0,73	24
Thüringen	0,33	0,31	0,02	0,00	0,66	22
gesamt	8,31	7,21	1,29	2,40	19,22	600

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 22.04.2015).

Anlage 3 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	5,95	2,14	0,46	0,00	8,55	111
Bayern	9,66	3,31	0,80	0,00	13,76	177
Berlin	0,95	1,22	0,07	0,00	2,24	18
Brandenburg	0,58	0,76	0,35	0,00	1,70	34
Bremen	1,54	0,16	0,07	0,00	1,77	12
Hamburg	0,00	0,00	0,00	0,24	0,24	12
Hessen	2,46	1,00	0,32	0,99	4,77	50
Mecklenburg-Vorpommern	0,30	0,09	0,06	0,00	0,45	12
Niedersachsen	4,63	2,03	0,62	0,26	7,54	111
Nordrhein-Westfalen	4,23	1,24	0,48	7,22	13,17	251
Rheinland-Pfalz	0,73	0,48	0,16	0,06	1,42	27
Saarland	0,67	0,22	0,13	0,04	1,07	19
Sachsen	1,36	0,87	0,27	0,07	2,57	48
Sachsen-Anhalt	1,60	0,61	0,23	0,00	2,44	27
Schleswig-Holstein	1,00	0,33	0,23	0,85	2,41	26
Thüringen	1,76	0,60	0,09	0,00	2,44	29
gesamt	37,43	15,04	4,34	9,74	66,55	964

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 22.04.2015).

Anlage 4 Vereinbarte Förderung nach § 4 Abs. 11 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 Vollkräfte				Mio. Euro	Anzahl
Baden-Württemberg	29,5	5,8	0,6	89,1	1,37	63
Bayern	51,5	3,9	0,0	158,4	2,14	117
Berlin	6,8	0,8	0,0	16,0	0,35	11
Brandenburg	2,5	0,1	1,0	8,5	0,18	16
Bremen	9,2	1,0	1,0	33,3	0,41	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0
Hessen	9,4	1,9	2,2	34,1	0,64	25
Mecklenburg-Vorpommern	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01	2
Niedersachsen	25	2,6	0,0	66,6	0,91	56
Nordrhein-Westfalen	18,9	2,5	3,3	51,9	0,83	54
Rheinland-Pfalz	7,4	0,0	0,0	12,8	0,24	16
Saarland	3,5	0,0	0,0	7,6	0,11	10
Sachsen	13,4	0,2	0,0	11,2	0,26	26
Sachsen-Anhalt	3,7	0,7	0,2	13,5	0,34	22
Schleswig-Holstein	9,0	0,0	0,0	14,0	0,20	9
Thüringen	10,8	0,1	0,0	40,3	0,33	18
gesamt	200,5	19,6	8,3	557,3	8,31	457

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 22.04.2015).

Anlage 5 Vereinbarte Förderung nach § 4 Abs. 11 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 Vollkräfte				Mio. Euro	Anzahl
Baden-Württemberg	54,5	6,4	0,6	115,4	4,59	77
Bayern	94,0	7,2	1,5	197,6	7,52	141
Berlin	7,4	2,0	0,0	16,0	0,60	6
Brandenburg	4,5	1,1	0,0	16,3	0,40	14
Bremen	11,9	1,0	1,0	33,3	1,13	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00	0
Hessen	12,1	1,4	2,2	32,3	1,82	29
Mecklenburg-Vorpommern	0,4	0,0	0,0	0,0	0,29	8
Niedersachsen	44,5	6,0	6,7	68,0	3,72	83
Nordrhein-Westfalen	35,8	4,8	1,2	100,9	3,40	65
Rheinland-Pfalz	4,5	0,8	0,0	14,5	0,48	18
Saarland	7,4	0,0	0,3	16,4	0,56	17
Sachsen	20,6	0,0	0,0	26,0	1,10	33
Sachsen-Anhalt	14,0	2,3	0,5	42,3	1,27	27
Schleswig-Holstein	15,9	1,5	0,0	21,5	0,80	14
Thüringen	20,0	1,1	0,8	53,1	1,43	22
gesamt	347,5	35,6	14,7	753,4	29,12	566

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 22.04.2015).

Anlage 6 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 Fördergelder 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 Zeitrahmen 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 7 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	257	341	30	903	44
Bayern	30	60	35	90	300	890	10	1.415	80
Berlin	330	0	5	10	295	170	0	810	14
Brandenburg	0	0	66	25	160	240	0	491	26
Bremen	0	15	0	0	5	80	0	100	8
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	43	51	32	0	142	203	0	471	24
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	15	0	15	3
Niedersachsen	30	15	30	55	329	490	0	949	59
Nordrhein-Westfalen	0	0	40	45	190	482	50	807	49
Rheinland-Pfalz	30	15	5	15	79	80	0	224	16
Saarland	0	0	0	0	19	23	0	42	9
Sachsen	0	0	15	22	91	101	0	230	17
Sachsen-Anhalt	0	0	26	20	106	128	0	279	19
Schleswig-Holstein	0	0	5	26	25	104	0	160	10
Thüringen	0	0	35	25	34	217	0	312	19
gesamt	583	276	294	369	2.033	3.565	90	7.209	397

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 22.04.2015).

Anlage 8 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	29	74	351	357	120	1.237	64
Bayern	90	135	65	105	850	647	0	1.892	95
Berlin	210	0	5	0	110	80	0	405	9
Brandenburg	0	30	20	25	155	40	0	270	16
Bremen	0	15	5	5	5	30	0	60	4
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	60	60	40	35	185	145	0	525	24
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	5	0	35	40	0	80	8
Niedersachsen	30	15	38	110	548	334	0	1.076	67
Nordrhein-Westfalen	0	0	55	80	192	104	0	431	33
Rheinland-Pfalz	30	15	10	50	30	117	0	252	11
Saarland	0	0	5	0	79	95	0	179	15
Sachsen	0	0	25	35	378	204	0	642	30
Sachsen-Anhalt	30	0	35	35	90	140	0	330	19
Schleswig-Holstein	0	0	5	46	61	55	0	167	11
Thüringen	0	0	45	5	150	86	0	286	21
gesamt	601	425	388	605	3.218	2.475	120	7.832	427

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 22.04.2015).

Anlage 9 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	Undifferenziert	Betrag 2013 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	46	38	45	129	63
Bayern	186	50	7	242	110
Berlin	22	0	5	26	5
Brandenburg	109	13	32	154	21
Bremen	17	13	0	30	7
Hamburg	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	93	93	25
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	3	3	2
Niedersachsen	116	41	13	170	48
Nordrhein-Westfalen	0	0	143	143	50
Rheinland-Pfalz	0	0	67	67	18
Saarland	6	2	11	19	11
Sachsen	0	0	76	76	19
Sachsen-Anhalt	2	4	63	69	18
Schleswig-Holstein	32	20	0	52	13
Thüringen	0	0	19	19	9
gesamt	536	180	576	1.292	419

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 22.04.2015).

Anlage 10 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, im Jahr 2014 und 2013/2014 gesamt (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	Undifferenziert	Betrag 2014 gesamt	Anzahl Krankenhäuser	Betrag 2013/2014 gesamt
Baden-Württemberg	100	106	124	330	75	458
Bayern	446	93	20	559	134	801
Berlin	40	0	5	44	3	71
Brandenburg	168	0	28	196	21	350
Bremen	20	21	0	41	7	71
Hamburg	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	222	222	28	316
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	54	54	10	56
Niedersachsen	339	108	0	448	75	618
Nordrhein-Westfalen	0	0	341	341	53	484
Rheinland-Pfalz	0	0	92	92	18	159
Saarland	26	56	33	115	17	134
Sachsen	0	0	191	191	25	267
Sachsen-Anhalt	4	8	148	160	18	229
Schleswig-Holstein	135	46	0	181	15	234
Thüringen	0	0	71	71	14	90
gesamt	1.277	438	1.329	3.045	513	4.337

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 22.04.2015).

**Anlage 11 Undifferenzierte Beträge nach Ländern
(in Tausend Euro)**

	2013		2014		2013/2014
	Anzahl Krankenhäuser	Betrag	Anzahl Krankenhäuser	Betrag	Betrag gesamt
Hamburg	0	0	12	241	241
Hessen	2	59	8	933	992
Niedersachsen	2	15	6	250	265
Nordrhein-Westfalen	57	1.894	201	5.323	7.217
Rheinland-Pfalz	0	0	1	58	58
Saarland	2	44	0	0	44
Sachsen	2	74	0	0	74
Schleswig-Holstein	5	319	4	535	854
gesamt	70	2.404	232	7.340	9.744

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 22.04.2015).

Anlage 12 Hygienebezogene Qualitätsindikatoren aus der Externen stationären Qualitätssicherung⁴⁸

Folgende Indikatoren wurden vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung im Teil C des Qualitätsberichtes geeignet bewertet:	
1	QI-ID 2274: postoperative Wundinfektion (Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur)
2	QI-ID 50889: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen (Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur)
3	QI-ID 452: postoperative Wundinfektion (Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation)
4	QI-ID 50929: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen (Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation)
5	QI-ID 286: postoperative Wundinfektionen (Leistungsbereich Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation)
6	QI-ID 51019: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen (Leistungsbereich Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation)
7	QI-ID 51085: Kinder mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie) ⁴⁹

⁴⁸ 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, in Kraft getreten am 16.04.2015, www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/.

⁴⁹ 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.

8	QI-ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie) ⁵⁰
9	QI-ID 51086: Anzahl nosokomialer Infektionen pro 100 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie) ⁵¹
10	QI-ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie) ⁵²
11	QI-ID 50045: perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung (Leistungsbereich Geburtshilfe)
12	QI-ID 10364: perioperative Antibiotikaphylaxe bei endoprothetischer Versorgung (Leistungsbereich Hüftgelenknahe Femurfraktur)
13	QI-ID 265: perioperative Antibiotikaphylaxe (Leistungsbereich Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation)
14	QI-ID 270: perioperative Antibiotikaphylaxe (Leistungsbereich Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)
15	QI-ID 277: perioperative Antibiotikaphylaxe (Leistungsbereich Knie-Endoprothesen-Erstimplantation)
16	QI-ID 292: perioperative Antibiotikaphylaxe (Leistungsbereich Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)
17	QI-ID 52002: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff (Leistungsbereich implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation)

⁵⁰ 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.

⁵¹ Dto.

⁵² Dto.

Folgende Indikatoren wurden vom G-BA als <u>nicht</u> zur Veröffentlichung im Teil C des Qualitätsberichtes geeignet empfohlen ⁵³ :	
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 ⁵⁴) (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)

⁵³ Neben diesen Indikatoren, welche im Kapitel zu nosokomialen Infektionen des AQUA-Qualitätsreports 2013 berücksichtigt sind, wird zusätzlich der Indikator QI-ID 51994: „Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff (Leistungsbereich Herz-schrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)“ in einem anderen Kapitel des AQUA-Reports erwähnt.

⁵⁴ 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 Förderarten nach § 4 Abs. 11 KHEntgG	11
Abbildung 2 Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal	19
Abbildung 3 Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern	19
Abbildung 4 Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern	20
Abbildung 5 Prozentuale Verteilung der Fördermittel 2013/2014	24
Abbildung 6 Verteilung der Finanzmittel im Programmverlauf (2013 - 2020)	25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Hygienepersonal und Richtwerte	14
Tabelle 2 Bedarf an Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung	15
Tabelle 3 Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2014 (April 2015)	17
Tabelle 4 Krankenhäuser mit vorläufigem Zuschlag	22
Tabelle 5 Überblick zur Förderung der Krankenhaushygiene (in Mio. Euro)	24
Tabelle 6 Geförderte Krankenhäuser nach Ländern 2013/2014	26
Tabelle 7 Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung	27
Tabelle 8 Fort- und Weiterbildung 2013/2014	30
Tabelle 9 Externe Beratungsleistungen 2013/2014	31

Abkürzungsverzeichnis

4MRGN	resistent 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
ASH	Aktion „Saubere Hände“
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
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
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
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