

Bericht
des GKV–Spitzenverbandes
zum Hygienesonderprogramm
in den Förderjahren 2013 bis 2016

an das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 30.06.2017

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



Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	5
2. Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene	7
2.1 Gesetzliche Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes	7
2.2 Landesrechtliche Regelungen	8
2.3 Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz	10
2.3.1 Änderungen mit dem Krankenhausstukturgesetz	10
2.3.2 Fördertatbestände im Einzelnen	12
2.4 KRINKO-Empfehlungen	16
2.5 Weitere gesetzliche Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene	20
3. Ausgangssituation	22
3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes	22
3.2 Hygienefachpersonal in Krankenhäusern	23
4. Umsetzung des Förderprogramms zur Krankenhaushygiene 2013 bis 2016	27
4.1 Datenmeldungen	27
4.2 Inanspruchnahme der Förderung: Vereinbarungs- und Istdaten	30
4.2.1 Vereinbarungs- und Istdaten gesamt	30
4.2.2 Verteilung der Finanzmittel	32
4.2.3 Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen (Vereinbarungs- und Istdaten)	35
4.2.4 Fort- und Weiterbildungen (Vereinbarungs- und Istdaten)	40
4.2.5 Beratungsleistungen (Vereinbarungs- und Istdaten)	45
4.2.6 Undifferenzierte Beträge (Vereinbarungen, vorläufige Zuschläge)	48
5. G-BA-Richtlinien zur Krankenhaushygiene	50
5.1 Angaben zur Krankenhaushygiene in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser	50
5.2 Qualitätsindikatoren zur Hygiene in der externen stationären Qualitätssicherung	51
5.3 Entwicklung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung	52
6. Andere Maßnahmen zu Hygiene und Infektionsprävention	55
6.1 Spezielle Leistungen im ambulanten Bereich zur Prävention und Bekämpfung von MRSA	55

6.2 Prävention der Weiterverbreitung von MRSA in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen	57
6.3 Sektorübergreifende Ansätze zur Bekämpfung multiresistenter Erreger	58
6.4 Förderung eines rationalen Antibiotikaeinsatzes	59
7. Fazit: Weiterhin rege Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms	63
Anlagen	65
Anlage 1 Regelungen auf Landesebene nach § 23 Abs. 8 IfSG	65
Anlage 2 Hygieneverordnungen der Länder: Vorgaben zur personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Hygienepersonal	66
Anlage 3 Finanzielle Förderung zur Erfüllung der Anforderungen des IfSG nach § 4 Abs. 9 KHEntgG.....	71
Anlage 4 Förderung gesamt 2013 nach Ländern (in Mio. Euro)	73
Anlage 5 Förderung gesamt 2013/2014 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	74
Anlage 6 Förderung gesamt 2013/2014/2015 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)	75
Anlage 7 Förderung gesamt 2013/2014/2015/2016 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	76
Anlage 8 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2013 (nach Ländern).....	77
Anlage 9 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2014 (nach Ländern).....	78
Anlage 10 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2015 (nach Ländern).....	79
Anlage 11 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2016 (nach Ländern).....	80
Anlage 12 Mitteilung der Kommission ART und des BMG	81
Anlage 13 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro).....	85
Anlage 14 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro).....	86
Anlage 15 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro).....	87
Anlage 16 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2016 (in Tausend Euro).....	88
Anlage 17 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro)	89
Anlage 18 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro)	90
Anlage 19 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro)	91

Anlage 20 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2016 (in Tausend Euro)	92
Anlage 21 Undifferenzierte Beträge nach Ländern (in Tausend Euro).....	93
Anlage 22 Istdaten nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro).....	94
Anlage 23 Istdaten nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro).....	95
Anlage 24 Istdaten nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro).....	96
Anlage 25 Hygienebezogene Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung	97
Abbildungsverzeichnis	98
Tabellenverzeichnis.....	98
Abkürzungsverzeichnis	99

1. Zusammenfassung

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

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

Das Hygienesonderprogramm umfasst drei Förderbereiche: die Förderung anteiliger Personalkosten bei Neueinstellungen, Aufstockungen oder interner Besetzung von Hygienepersonalstellen (Nr. 1), Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (Nr. 2) sowie externe Beratungsleistungen (Nr. 3). Die geförderten Bereiche gliedern sich auf in verschiedene Berufsbilder, deren Förderhöhe und -dauer variieren. Im Jahr 2020 geht die krankenhausbazogene Zuschlagsfinanzierung der Personalkosten von Hygienepersonal durch Einrechnung in die Landesbasisfallwerte in eine dauerhafte Zusatzfinanzierung bei allen Krankenhäusern über. Für Fördermaßnahmen der Fort- und Weiterbildung sowie Beratungsleistungen erfolgt die krankenhausbazogene Finanzierung über Zuschläge bis maximal 2023.

In dem vorliegenden Bericht wird die Umsetzung der Förderung in den Jahren 2013 bis 2016 auf Basis von Krankenkassendaten dargestellt. Insgesamt wurden den Krankenhäusern im bisherigen Förderzeitraum durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ca. 224,6 Mio. Euro für die Verbesserung der Ausstattung mit Hygienepersonal zusätzlich zur Verfügung gestellt.

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

1.275 Krankenhäuser haben seit dem Programmstart von diesen Mitteln profitiert. Im Vergleich mit den Vorberichten liegt auch weiterhin der Schwerpunkt der Förderung mit ca. 154,1 Mio. Euro auf der Neueinstellung von Hygienepersonal, der internen Besetzung neu geschaffener Stellen sowie der Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen. Für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden rund 33,2 Mio. Euro und für externe Beratungsleistungen etwa 13,9 Mio. Euro vereinbart. Darüber hinaus sind Beträge in einer Höhe von rund 23,5 Mio. Euro infolge undifferenzierter Vereinbarungen und pauschaler Zuschläge an die Krankenhäuser geflossen. Inwiefern Hygienepersonalstellen aus den Vereinbarungen erwachsen sind und Fördermittel für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen bzw. externe Beratungsleistungen tatsächlich in Anspruch genommen wurden, kann erst auf Basis von Jahresabschlussstaten beurteilt werden. Während im Vorbericht erstmalig Istdaten für die Jahre 2013 und 2014 vorlagen, können in diesem Bericht nun Aktualisierungen für diese Jahre sowie Istdaten für das Jahr 2015 betrachtet werden.

Krankenhaushygiene und Infektionsschutz sind aber nicht ausschließlich eine Frage zusätzlicher Finanzmittel, sondern stehen in enger Wechselwirkung mit den Gegebenheiten in anderen Versorgungsbereichen. Ergänzend werden in den Berichten zum Förderprogramm daher bereits seit dem ersten Bericht 2015 die Entwicklungen im Bereich der Qualitätssicherung und in angrenzenden Gebieten der Gesundheitsversorgung aufgegriffen und jährlich aktualisiert. Dies betrifft u. a. die hygienebezogenen Qualitätsindikatoren in der externen stationären Qualitätssicherung (esQS), die neuen sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren zur Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen und zu Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen und Leistungen im vertragsärztlichen Bereich. Weiterhin wird mit dem 10-Punkte-Plan der Bundesregierung², aus dem sich bereits einige Maßnahmen in der Umsetzung befinden, der besonderen Problematik resistenter Keime begegnet.

In dem vorliegenden Bericht zum Hygienesonderprogramm zeigt sich eine im Vergleich zu den Vorjahren weiterhin steigende Inanspruchnahme im Förderjahr 2016. Dabei liegen die insgesamt verausgabten Mittel oberhalb des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) prognostizierten Finanzvolumens für den Zeitraum 2013 bis 2016. Bestätigungen aus den Jahresabschlussprüfungen für die ersten Förderjahre stehen bislang in begrenztem Umfang zur Verfügung, sprechen aber für einen Zuwachs an Hygienefachpersonal sowie die Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und externen Beratungsleistungen in den teilnehmenden Krankenhäusern.

² Vgl. Internetauftritt des BMG: 10-Punkte-Plan zur Bekämpfung resistenter Erreger, www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/10-punkte-plan-zu-antibiotika-resistenzen.html (Abruf am 30.05.2017).

2. Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene

2.1 Gesetzliche Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes

Das IfSG trat am 01.01.2001 in Kraft und beinhaltet die gesetzlichen Vorgaben zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. Das Gesetz gibt einen Überblick zu meldepflichtigen Erkrankungen, den einzuhaltenden Meldewegen und regelt die Maßnahmen zur Vermeidung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten. Gleichzeitig mit Inkrafttreten des IfSG kam es zur Einführung von Falldefinitionen, nach denen die einheitliche Informationsübermittlung zu meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten im Rahmen der epidemiologischen Überwachung des RKI erfolgt.^{3, 4}

Zielrichtung des Gesetzes zur Änderung des IfSG vom 04.08.2011 war es, notwendige Nachjustierungen der gesetzlichen Vorgaben, u. a. zur Krankenhaushygiene, vorzunehmen und so die Verbesserung der Hygienequalität in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen stärker zu unterstützen. Infektionen durch Krankheitserreger, die gegen Antibiotika resistent sind, sollen deutlich reduziert werden. Das Vorhandensein von ärztlichem und pflegerischem Personal mit krankenhaushygienischen, infektiologischen und mikrobiologischen Kenntnissen wird in der Begründung zum Gesetzentwurf als eine Voraussetzung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen betont.⁵ Um dies zu erreichen, wurden auf Landesebene für die Krankenhäuser verbindliche Regelungen zum Umgang mit nosokomialen Infektionen geschaffen. Mit der Novellierung des IfSG wurden die Empfehlungen der Kommissionen KRINKO sowie ART beim RKI für Krankenhäuser und weitere in § 23 Abs. 3 IfSG benannte Einrichtungen verbindlich. Krankenhäuser sind demnach verpflichtet, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen zur Infektionsvermeidung und gegen resistente Erreger durchzuführen. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft wird nach § 23 Abs. 3 S. 2 IfSG dann vermutet, wenn die Empfehlungen der Kommissionen KRINKO und ART beachtet worden sind. Insbesondere die Empfehlungen der KRINKO zu den personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sind im Zusammenhang mit den seit August 2013 bestehenden Fördermöglichkeiten für Hygienepersonal nach § 4 Abs. 9 KHEntgG relevant. Diese werden in Abschnitt 2.4 ausführlich dargestellt.

³ Vgl. Internetauftritt des RKI: Falldefinitionen, http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html (Abruf am 30.05.2017).

⁴ Vgl. Internetauftritt des RKI: Infektionsschutzgesetz (IfSG), http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg_node.html (Abruf am 30.05.2017).

⁵ Vgl. Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze, Drucksache 17/5178 vom 22.03.2011, S. 12, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/051/1705178.pdf> (Abruf am 30.05.2017).

Eine weitere Aktualisierung des IfSG betrifft die Meldepflichten. Mit der IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung wurden die geltenden Meldepflichten an die epidemische Situation angeglichen.⁶ So wurden die Meldepflichten u. a. für den Nachweis von MRSA aus Blut oder Liquor ergänzt und außerdem ausgedehnt auf Clostridium difficile-Infektionen, deren Meldung an das Gesundheitsamt bei schweren Verläufen erfolgen muss. Die Verordnung trat am 01.05.2016 in Kraft.⁷

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (BT-Drucksache 455/17) werden weitere Schritte zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen eingeleitet. So sieht das Gesetz vor, dass bis zum Jahr 2021 ein elektronisches Meldewesen durch das RKI aufzubauen ist. Zudem sollen die Meldepflichten erweitert werden, sodass künftig bereits die Besiedlung der Haut mit Erregern nosokomialer Infektionen gemeldet werden muss.⁸ Das Gesetz wurde am 01.06.2017 im Bundestag verabschiedet und bedarf der Zustimmung durch den Bundesrat. Ein Inkrafttreten ist nach Verkündung vorgesehen.

2.2 Landesrechtliche Regelungen

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

Mit der Novellierung des IfSG wurden die verpflichtenden Regelungen zur Einhaltung der Infektionshygiene auf Landesebene in den § 23 Abs. 8 IfSG aufgenommen (vgl. Anlage 1). Die Landesregierungen wurden verpflichtet, bis zum 31.03.2012 durch Rechtsverordnung für

⁶ Vgl. Deutscher Bundesrat: Verordnung zur Anpassung der Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz an die epidemische Lage, Drucksache 75/16 vom 04.02.2016, https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2016/0001-0100/75-16.pdf;jsessionid=488A4819F1C0C1ECE34AD5EE33EB8E89.2_cid374?__blob=publicationFile&v=1 (Abruf am 30.05.2017).

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

⁸ Vgl. BMG: Pressemitteilung: Hermann Gröhe: „Schutz vor übertragbaren Krankheiten weiter verbessern“, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2016/4-quartal/ge-ueberwachung-uebertragbarer-krankheiten.html> (Abruf am 19.05.2017).

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 Krankenhaushygienikers⁹, die Bestellung hygienebeauftragter Ärzte, die Beschäftigung von Hygienefachkräften, die Fortbildung des Hygienepersonals, die Erstellung von Hygieneplänen und die Erfassung von Krankenhausinfektionen. In den übrigen Ländern waren Rechtsverordnungen vollständig neu zu erstellen. Alle Landesregierungen sind der Verpflichtung zum Erlass bzw. der Novellierung der entsprechenden Rechtsverordnungen nachgekommen, wenn auch nicht durchgängig im gesetzlich vorgegebenen Zeitrahmen.

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

Gemäß § 23 Abs. 8 IfSG sind in den Landeshygieneverordnungen Regelungen über die erforderliche Ausstattung mit Hygienepersonal einschließlich bis längstens zum 31.12.2016 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals zu treffen. Im Zuge des KHSG erfolgte mit der Verlängerung des Hygiene-Förderprogramms ebenfalls eine Anpassung dieser Übergangsvorschrift im IfSG bis zum 31.12.2019. Bisher wurde die Landeshygieneverordnung in Brandenburg, Niedersachsen, Hessen, Bayern

⁹ 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.

und Mecklenburg-Vorpommern dahingehend angepasst, das Vorgehen in den anderen Bundesländern bleibt abzuwarten.

2.3 Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz

Mit dem Beitragsschuldengesetz wurde zum 01.08.2013 ein spezielles Hygiene-Förderprogramm etabliert, um die Krankenhäuser im Zeitraum von 2013 bis 2016 bei der Erfüllung der Anforderungen des IfSG zu unterstützen. Für den Bereich der Hygienepersonalkosten war die gesetzliche Regelung zunächst auf die Förderung von Neueinstellungen und Aufstockungen bestehender Stellen ausgerichtet. Mit Inkrafttreten von Artikel 16b GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) am 25.07.2014 wurde die Förderung um die interne Besetzung neu geschaffener Stellen erweitert.

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

- die anteiligen Personalkosten bei Neueinstellung, interner Besetzung neu geschaffener Stellen und Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen bei ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal (§ 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 1 KHEntgG),
- die Fort- und Weiterbildung zu qualifiziertem Hygienepersonal (§ 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 2 und S. 2 Nr. 1 lit. a KHEntgG) sowie
- externe Beratungsleistungen durch Krankenhaushygieniker und Fachärzte mit infektiologischer Weiterbildung (§ 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 3 und S. 2 Nr. 1 lit. b KHEntgG).

Mit dem Ziel einer kurzfristigen Umsetzung der Förderung wurde die Abrechnung eines vorläufigen Zuschlags zu Beginn der Förderphase ermöglicht. Gesetzlich geregelt war die vorläufige Zuschlagserhebung durch einen Querverweis in § 4 Abs. 11 S. 5 KHEntgG a. F. auf die Regelung des Pflegesonderprogramms (§ 4 Abs. 10 S. 10 KHEntgG a. F.). Den durch die Abrechnung vorläufiger Zuschläge ggf. entstehenden Korrekturerfordernissen ist bei der späteren Vereinbarung der Zuschläge oder im Wege des Erlösausgleichs Rechnung zu tragen. Mit den Änderungen des KHEntgG durch das KHSG ist dieser Passus ab dem Jahr 2016 im Gesetzestext entfallen.

2.3.1 Änderungen mit dem Krankenhausstrukturgesetz

Das KHSG legt neben der Stärkung der Qualität der Krankenhausversorgung sowie der Pflegepersonalausstattung auch einen Schwerpunkt auf die Förderung von Hygienemaßnahmen. Mit Inkrafttreten zum 01.01.2016 wurde das Hygiene-Förderprogramm um weitere drei Jahre auf den Zeitraum 2017 bis 2019 verlängert. In der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit wird die Verlängerung dadurch begründet, dass die in den KRINKO-Empfehlungen benannten personellen Voraussetzungen in vielen Krankenhäusern bisher noch nicht im erforder-

derlichen Umfang geschaffen wurden.¹⁰ Entgegen der gesetzgeberischen Erwartung wird qualifiziertes Hygienepersonal bis Ende 2016 noch nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen, sodass die Förderung von Hygienepersonalmaßnahmen in den Jahren 2017 bis 2019 fortgeführt wird.

Eine Ausnahme von dieser Verlängerung bildet die Förderung hygienebeauftragter Ärzte. Auf Basis der vorhandenen Datenlage ist anzunehmen, dass die personelle Ausstattung voraussichtlich bis zum Ende des Jahres 2016 erreicht werden kann.¹¹ Im § 4 Abs. 9 S. 2 Nr. 2 KHEntgG wird darum die Förderung entsprechender Personalmaßnahmen nach § 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 1 lit. d KHEntgG sowie von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nach § 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 2 lit. e KHEntgG bis zum Jahr 2016 begrenzt. Die im Jahr 2016 abgerechneten Zuschläge werden in den Landesbasisfallwert 2020 einberechnet, um eine dauerhafte Förderung der Personalmaßnahmen im Bereich hygienebeauftragter Ärzte sicherzustellen.¹²

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

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

Dabei sind diese Weiterbildungen unabhängig von den Anforderungen des IfSG und der KRIN-KO-Empfehlungen zu fördern (§ 4 Abs. 9 S. 2 Nr. 1 KHEntgG). Der Ausschuss für Gesundheit führt hierzu an, dass eine ausreichende Anzahl von Ärzten mit infektiologischen Kenntnissen notwendig sei, um die Behandlungssituation von Patienten mit Infektionen dauerhaft zu verbessern. Aus diesem Grund wird die Förderung ebenfalls um vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen durch diese Berufsgruppen erweitert (§ 4 Abs. 9 S. 2 Nr. 1 lit. b KHEntgG).¹³

¹⁰ Vgl. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 18/6586 vom 04.11.2015, S. 92, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/065/1806586.pdf> (Abruf am 30.05.2017).

¹¹ Dto., S. 92.

¹² Dto., S. 96.

¹³ Dto., S. 92.

2.3.2 Fördertatbestände im Einzelnen

Die Förderarten unterscheiden sich nicht nur vom Ansatz her, sondern variieren auch hinsichtlich Dauer und Höhe der Förderung je nach Berufsgruppe. In den Jahren 2013 bis 2019 werden bestimmte Maßnahmen gefördert, wenn die Anforderungen des IfSG zur Qualifikation und zum Bedarf laut KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen eingehalten werden. Die gesetzliche Grundlage des § 4 Abs. 9 KHEntgG ist in Anlage 3 aufgeführt.

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

Die Mehrausgaben für den Förderzeitraum 2013 bis 2016 (maximal bis 2020) des ersten Förderpakets wurden vom BMG auf ca. 365 Mio. Euro geschätzt.¹⁴ Der Ausgabenanteil der GKV wird dabei mit ca. 82 % angegeben. Durch die Verlängerung des Hygiene-Förderprogramms werden in einer aktuellen Schätzung des BMG zusätzliche Mehrausgaben in Höhe von 102 Mio. Euro für das zweite Förderpaket (2016 bis 2019, maximal bis 2023) angenommen.¹⁵

¹⁴ Vgl. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, S. 34, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 30.05.2017).

¹⁵ Vgl. Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), S. 1121–39.

**Abbildung 1 Finanzierungsdauer und -höhe im Hygieneprogramm nach Förderarten
(§ 4 Abs. 9 KHEntG)**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
geschätztes Förder- volumen in Mio. Euro	17	40	56	57	195						
	Förderpaket 1 2013 - 2016				Förderpaket 2 2017 - 2019						
				6	22	26	31	17			
Förderart Nr. 1 Neueinstellung/interne Besetzung/Aufstockung	in Landesbasisfallwert (x Mio. Euro)										
	1a) Hygienefachkräfte (90 % der Personalkosten)										
	1b) Krankenhaushygieniker mit FA Hygiene und Umweltmedizin/FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (75 % der Personalkosten)										
	1c) Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung KH-Hygiene/Fortbildung im Bereich rationale Antibiotikatherapieberatung (50 % der Personalkosten)										
	1d) Hygienebeauftragte Ärzte (10 % der Personalkosten)										
	2a) FA Hygiene und Umweltmedizin (30.000 Euro/Jahr, max. 5 Jahre)										
Förderart Nr. 2 Fort- und Weiterbildung	2b) FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (15.000 Euro/Jahr, max. 5 Jahre)										
	2c) Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung KH-Hygiene (5.000 Euro/Jahr, max. 2 Jahre)										
	2d) Arzt und Krankenhausapotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotikatherapieberatung (einmalig 5.000 Euro)										
	2e) Hygienebeauftragter Arzt (einmalig 5.000 Euro)										
	2f) Hygienefachkraft (einmalig 10.000 Euro)										
	2g) FA für Innere Medizin und Infektiologie (einmalig 30.000 Euro)										
Förderart Nr. 3 Beratungsleistung	2h) Zusatz-Weiterbildung Infektiologie für IFÄ (einmalig 30.000 Euro)										
	3a) Krankenhaushygieniker mit FA Hygiene und Umweltmedizin/FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie (400 Euro/Tag)										
	3b) FA für Innere Medizin und Infektiologie (400 Euro/Tag)										
	3c) FA mit abgeschlossener Zusatz- Weiterbildung Infektiologie (400 Euro/Tag)										

Quelle: Eigene Darstellung mit Daten aus: § 4 Abs. 9 KHEntG; Beschlussempfehlung und Bericht des Gesundheitsausschusses, BT-
Drucksache 17/13947, S. 34; Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau (das Krankenhaus, 2015, 107 (12),
S. 1138).

Durch die unterschiedlichen Förderanteile wird „ein Schwerpunkt auf die Neueinstellung von Hygienefachkräften und in abgestufter Form auf die Neueinstellung von Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie gelegt“¹⁶. Zudem wird die Förderung für die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal nach den Vorgaben des IfSG aufgrund der gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation gewährt. Die Förderbeträge unterscheiden sich jeweils hinsichtlich Finanzierungsdauer (maximal fünf Jahre) und -höhe (von einmalig 5.000 Euro bis hin zu 30.000 Euro jährlich). Am höchsten fällt die von den Krankenkassen zu leistende Förderung bei den fachärztlichen Qualifizierungsmaßnahmen aus. Bei Qualifizierungen zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaus kann die Förderung über das Jahr 2019 hinaus andauern. Da Voraussetzung hierfür der Maßnahmenbeginn spätestens im Jahr 2019 ist, endet die Förderung der Facharztweiterbildungen spätestens im Jahr 2023, die Förderung der Fortbildung zum Krankenhaushygieniker spätestens im Jahr 2020. Im Unterschied dazu ist die Förderung bei den weiteren Qualifizierungen auf die Jahre 2013 bis 2019 begrenzt. Weiterhin ist seit dem Jahr 2016 die fachärztliche Weiterbildung Innere Medizin und Infektiologie sowie die Zusatzweiterbildung Infektiologie für Fachärzte vom Förderumfang umfasst. Beide Weiterbildungen werden durch einen pauschalen Zuschuss von 30.000 Euro gefördert. Zudem endete die Förderung der Weiterbildung zum hygienebeauftragten Arzt im Jahr 2016.

Ergänzend werden Beratungsleistungen durch externe Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie bis zum Jahr 2023 pauschal mit 400 Euro je Beratungstag gefördert. Bei gleicher Förderhöhe werden Beratungsleistungen durch die beiden neu hinzugekommenen Berufsgruppen aus dem Bereich der Infektiologie im Zeitraum 2016 bis 2019 gefördert. Die externen Beratungsleistungen müssen vertraglich vereinbart worden sein.

Vereinbarungen mit Krankenhäusern

Für die Förderung durch die Krankenkassen ist die Einhaltung der Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf, die in der KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen benannt werden, entscheidend (§ 4 Abs. 9 S. 1 KHEntgG). Die Förderbeträge werden zunächst über einen krankenhausbeko-

¹⁶ Vgl. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, S. 32, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 30.05.2017).

gen zu vereinbarenden Zuschlag gewährt (§ 4 Abs. 9 S. 4 und 5 KHEntgG). Wurde für ein Kalenderjahr bereits ein Zuschlag vereinbart, erhöht sich dieser im Folgejahr kumulativ bei einer erneuten Vereinbarung (§ 4 Abs. 8 S. 4 KHEntgG). Maßnahmen im Sinne dieser Förderung gelten auch dann als förderwürdig, wenn diese bereits nach dem Inkrafttreten der Änderung des IfSG am 04.08.2011 von einem Krankenhaus ergriffen wurden. Gefördert werden dabei die ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Förderprogramms (01.08.2013) entstehenden Kosten. Können sich Krankenhäuser und Krankenkassen im Rahmen der Budgetverhandlungen nicht einigen, kann die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) angerufen werden.

Nachweisführung durch die Krankenhäuser

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

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

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

vorzulegen. Zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung sind

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

vom Krankenhaus nachzuweisen.“¹⁷

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

Vereinbarung auf Landesebene

Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes sind die Zuschläge nach § 4 Abs. 9 KHEntgG von der absenkenden Berücksichtigung der Summe sonstiger Zuschläge ausgenommen (vgl.

¹⁷ Vgl. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, S. 34, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 30.05.2017).

§ 10 Abs. 3 S. 1 Nr. 6 KHEntgG). Diese Regelung stellt sicher, dass die Landespreise durch die vereinbarten Hygieneszuschläge nicht gemindert werden.

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

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des Hygienesonderprogramms

Mit § 4 Abs. 9 S. 6 KHEntgG wird auf die Regelung des Pflegesonderprogramms (§ 4 Abs. 8 S. 10 KHEntgG) verwiesen und damit die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zur jährlichen Berichterstattung über die Umsetzung des Hygienesonderprogramms gegenüber dem BMG festgeschrieben. Die für die Berichterstattung erforderlichen Informationen stellen die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung.

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

Für den hier vorliegenden Bericht zum Hygienesonderprogramm stehen Vereinbarungsdaten aus den Budgetverhandlungen 2013 bis 2016 zur Verfügung. Zudem können Auswertungen der Istdaten, die im Rahmen der Budgetverhandlungen übermittelt und durch Jahresabschluss-testate bestätigt werden müssen, vorgenommen werden.

2.4 KRINKO-Empfehlungen

Die KRINKO erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und entwickelt diese unter Berücksichtigung aktuel-

ler infektionsepidemiologischer Auswertungen kontinuierlich weiter.¹⁸ Neben der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention gibt es auch eine Reihe spezifischer Empfehlungen, die auf besonders infektionsgefährdete Bereiche zugeschnitten sind (z. B. „Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen“).

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

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

Die nach IfSG erforderliche personelle Ausstattung wird gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG gefördert, wenn die in der KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen benannten Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf eingehalten werden. Die aktuell gültige Fassung dieser KRINKO-Empfehlung wurde im Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 9/2009 am 20.08.2009 online publiziert.¹⁹ Die KRINKO-Empfehlung beschreibt u. a. die Aufgaben der für die Kran-

¹⁸ Die Empfehlungen sind abrufbar auf den Internetseiten des RKI unter www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission_node.html (Abruf am 30.05.2017).

¹⁹ Vgl. KRINKO-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2009, 52 (9), S. 951–62, http://edoc.rki.de/documents/rki_ab/reNAjm2Z2qm82/PDF/27ZtlaS9s0sxU.pdf (Abruf am 30.05.2017).

kenhaushygiene relevanten, spezifischen Berufsbilder. Konkrete Empfehlungen werden abgegeben

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

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

Tabelle 1 Hygienepersonal und Richtwerte

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
Hygienefachkraft	Bedarf wesentlich vom Risikoprofil des Krankenhauses bestimmt (vgl. Tabelle 2)
Hygienebeauftragter in der Pflege*	Funktion der hygienebeauftragten Pflegekraft für jede Station und in jedem Funktionsbereich empfohlen (auch auf ambulante Einrichtungen übertragbar)

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

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

Die Personalbedarfsermittlung für ein Krankenhaus muss in Abhängigkeit vom Risikoprofil der jeweiligen Station und dem individuellen Risikoprofil der Patienten hinsichtlich nosokomialer Infektionen erfolgen. Zu berücksichtigen sind bei der Risikobewertung nicht nur bettenführende Abteilungen, sondern auch teilstationäre und ambulante Bereiche des Krankenhauses sowie nicht bettenführende Abteilungen (u. a. Funktionsabteilungen). Maßnahmen und Patienten werden in Bezug auf das Infektionsrisiko in Risikogruppen eingestuft, für welche bei betten-

führenden Abteilungen explizit für Hygienefachkräfte auch ein Personalschlüssel angegeben wird (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2 Bedarf an Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung

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

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

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

Die Kriterien zur Ermittlung des Bedarfs an Hygienefachpersonal in Abhängigkeit vom Risikoprofil wurden bislang nur für die Hygienefachkräfte beschrieben. In der oben benannten KRINKO-Empfehlung wird jedoch angeführt, dass auch der Bedarf an Krankenhaushygienikern unabhängig von der benannten Richtgröße (vgl. Tabelle 1) vom Risikoprofil einer Einrichtung abhängig ist. Hieran anknüpfend wurde von der KRINKO im Jahr 2016 eine weitere Empfehlung herausgegeben, in der analog zur Berechnung des Bedarfs an Hygienefachkräften eine Bedarfsberechnung auch für die Krankenhaushygieniker erläutert wird.²⁰ Dabei erfolgt die Risikoeinstufung der Klinik ebenfalls in Abhängigkeit vom Leistungs- und Patientenprofil. In Tabelle 3 sind die Empfehlungen der KRINKO zum risikoabhängigen Bedarf an Krankenhaushygienikern zusammengefasst.

²⁰ Vgl. KRINKO-Empfehlung: Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2016, 59, S. 1183–1188, http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Betreuung_Krankenhaeuser.pdf?__blob=publicationFile (Abruf am 30.05.2017).

Tabelle 3 Bedarf an Krankenhaushygienikern pro Betten gemäß Risikoeinstufung

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

Quelle: KRINKO-Empfehlung: Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2016, 59, S. 1183–1188).

In Abhängigkeit von weiteren Faktoren, wie der Anzahl der zu beratenden bettenführenden Fachabteilungen und nicht bettenführenden Abteilungen, kann sich ggf. zusätzlicher Bedarf ergeben.

2.5 Weitere gesetzliche Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene

Mit der Novellierung des IfSG im Jahr 2011 wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Reihe von Aufgaben zur Sicherung der Hygienequalität übertragen. Die Aufgaben des G-BA zur Sicherung der Krankenhaushygiene sind in § 136 SGB V festgehalten. Der G-BA wurde durch den § 136a Abs. 1 SGB V beauftragt, in seinen Richtlinien erstmals zum 31.12.2016 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung festzulegen und insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität zu bestimmen. Zu berücksichtigen sind dabei bereits etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotikaverbrauch sowie die Empfehlungen der Kommissionen KRINKO und ART. Die mit den entsprechenden Indikatoren gemessenen Ergebnisse sollen – die erforderliche Eignung zur Veröffentlichung vorausgesetzt – Eingang in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser finden. Darüber hinaus sollen dem G-BA bereits zugängliche Erkenntnisse unverzüglich in die Qualitätsberichte einfließen und zusätzliche Anforderungen bezüglich der Qualitätsberichte zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene gestellt werden. Auf den Stand der Umsetzung der Aufgaben des G-BA im Bereich der Krankenhaushygiene wird in Kapitel 5 eingegangen.

Parallel wurde § 87 Abs. 2a SGB V dahingehend ergänzt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband im Jahr 2012 eine zunächst auf zwei Jahre befristete Vergütungsregelung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit MRSA treffen. Eine Anschlussregelung war bis 31.10.2013 zu treffen. Den derzeitigen Stand der Umsetzung greift

Abschnitt 6.1 auf. Strategien und Maßnahmen zum Infektionsschutz sind nicht auf den Krankenhausbereich begrenzt und sollten einen sektorübergreifenden Ansatz verfolgen. Kapitel 6 beleuchtet daher schlaglichtartig weitere Maßnahmen zur Hygiene und Infektionsprävention.

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

3. Ausgangssituation

3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Jahr 2015 belief sich laut Statistischem Bundesamt die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland auf 1.956. Diese untergliederten sich in 1.619 Allgemeinkrankenhäuser und 337 sonstige Krankenhäuser. Unter diesen befinden sich nicht nur Vertragskrankenhäuser nach § 108 SGB V. Die GKV finanziert die nach § 4 Abs. 9 KHEntgG relevanten Fördertatbestände jedoch ausschließlich in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern, die zugleich den Bestimmungen des KHEntgG unterliegen. Nach Angaben der Krankenkassen sind 1.522 Krankenhäuser im Sinne des Hygiene-Förderprogramms anspruchsberechtigt (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4 Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2016

	Krankenhäuser (KHEntgG)	Krankenhäuser mit Budgetabschluss 2016
Baden-Württemberg	165	148
Bayern	268	255
Berlin	48	28
Brandenburg	54	41
Bremen	12	10
Hamburg	35	9
Hessen	115	80
Mecklenburg-Vorpommern	32	21
Niedersachsen	154	152
Nordrhein-Westfalen	319	225
Rheinland-Pfalz	80	46
Saarland	21	20
Sachsen	77	73
Sachsen-Anhalt	45	29
Schleswig-Holstein	54	46
Thüringen	43	38
gesamt	1.522	1.221

Quelle: AOK, WIdO (Stand: April 2017).

3.2 Hygienefachpersonal in Krankenhäusern

Ausgangspersonalbestand per 04.08.2011

Wie im Abschnitt 2.3 in den Ausführungen zur Nachweisführung der Krankenhäuser bereits dargelegt, haben die teilnehmenden Krankenhäuser den Vertragspartnern die Stellenbesetzung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der IfSG-Novellierung am 04.08.2011 zu übermitteln. Im zweiten Bericht zum Hygiene-Förderprogramm lagen von weniger als einem Drittel aller Häuser mit Vereinbarungsdaten auch von Jahresabschlussprüfern bestätigte Istdaten vor, da hinsichtlich deren Verfügbarkeit in der Regel ein zweijähriger Zeitversatz festzustellen ist. Gleiches gilt auch für Angaben zum Ausgangspersonalbestand. Für den aktuellen Bericht lieferten 439 Krankenhäuser der 1.275 geförderten Häuser mindestens eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Angabe zum Ausgangspersonalbestand für mindestens eine der vier Berufsgruppen. 405 Häuser übermittelten Angaben zu Hygienefachkräften (Nr. 1a; 318 bestätigte Stellen), 187 Häuser zu Krankenhaushygienikern mit fachärztlicher Weiterbildung (Nr. 1b; 19 bestätigte Stellen), 165 Häuser zu Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung/Fortbildung Antibiotikatherapieberatung (Nr. 1c; 5 bestätigten Stellen) und 354 Häuser zu hygienebeauftragten Ärzten (Nr. 1d; 587 bestätigte Stellen). Der Datenmeldestand hat sich damit im Vergleich zum Vorbericht zwar erhöht, dennoch geben diese Angaben erst einen vorläufigen Überblick und ermöglichen keine differenzierte Beschreibung der Situation vor Beginn des Hygienesonderprogramms. Bisher sind nicht alle Krankenhäuser der gesetzlichen Nachweispflicht in notwendigem Maße nachgekommen, daher ist auch in den Folgejahren mit weiteren Mitteilungen zur Stellenbesetzung am 04.08.2011 zu rechnen.

Kennziffern zum Hygienefachpersonal in Krankenhäusern

Die Angaben des Statistischen Bundesamtes zum Hygienepersonal beziehen sich nicht speziell auf die anspruchsberechtigten Krankenhäuser und nicht auf den laut gesetzlicher Regelung relevanten Zeitpunkt. Im Weiteren wird daher in diesem Kapitel hilfsweise auf Daten des Statistischen Bundesamtes zu Allgemeinkrankenhäusern insgesamt zurückgegriffen, sonstige Krankenhäuser werden außer Acht gelassen.

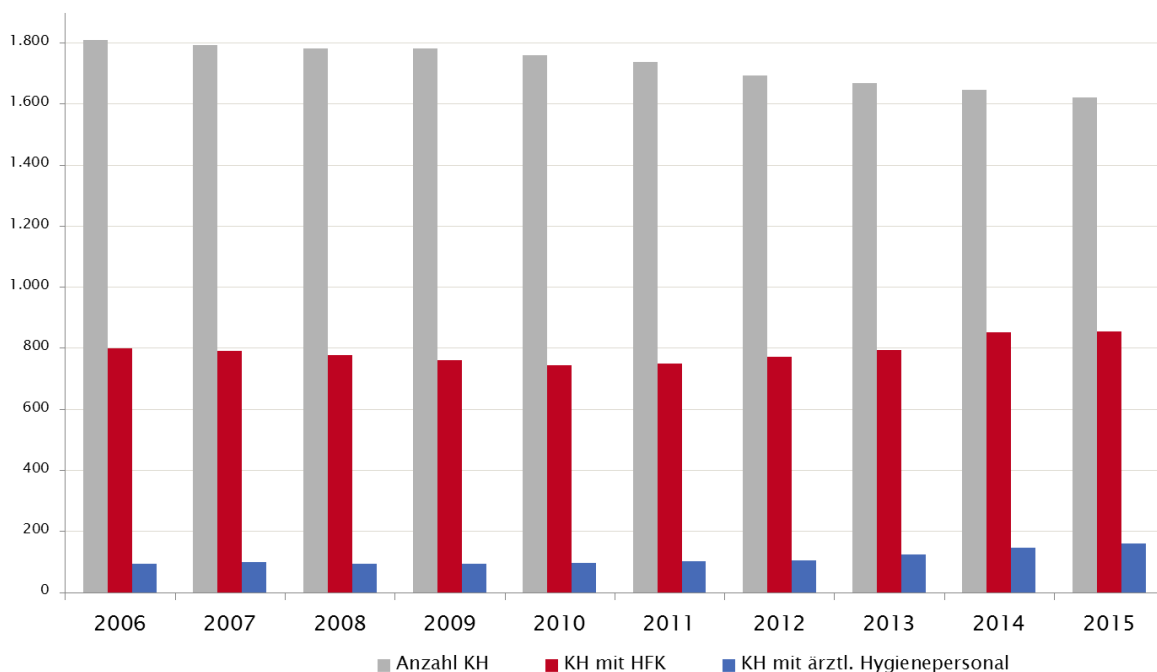
Das Statistische Bundesamt weist in der Fachserie 12 Reihe 6.1.1 für die Allgemeinkrankenhäuser

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

Zu a)

Im Betrachtungszeitraum sank die Zahl der Allgemeinkrankenhäuser, die Hygienefachkräfte beschäftigen, zunächst von 799 (44 %) im Jahr 2006 auf 744 (42 %) im Jahr 2010 (vgl. Abbildung 2). Seit dem Jahr 2011 stieg die Zahl der Krankenhäuser mit Hygienefachkräften kontinuierlich auf 855 (53 %) im Jahr 2015 an. Wenngleich ein moderater Zuwachs zu verzeichnen ist, zeigen die Daten des Statistischen Bundesamtes, dass im Jahr 2015 nur jedes zweite Allgemeinkrankenhaus Hygienefachkräfte beschäftigte. 159 Krankenhäuser beschäftigten im Jahr 2015 ärztliches Personal mit einer abgeschlossenen Weiterbildung für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie (ca. 41 % mehr als in 2006). Gemessen an der Gesamtzahl der Allgemeinkrankenhäuser bleibt ihr Anteil mit rund 10 % gering. Die Schnittmenge der Krankenhäuser, die sowohl Hygienefachkräfte als auch ärztliches Hygienepersonal beschäftigten, kann nicht festgestellt werden.

Abbildung 2 Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal



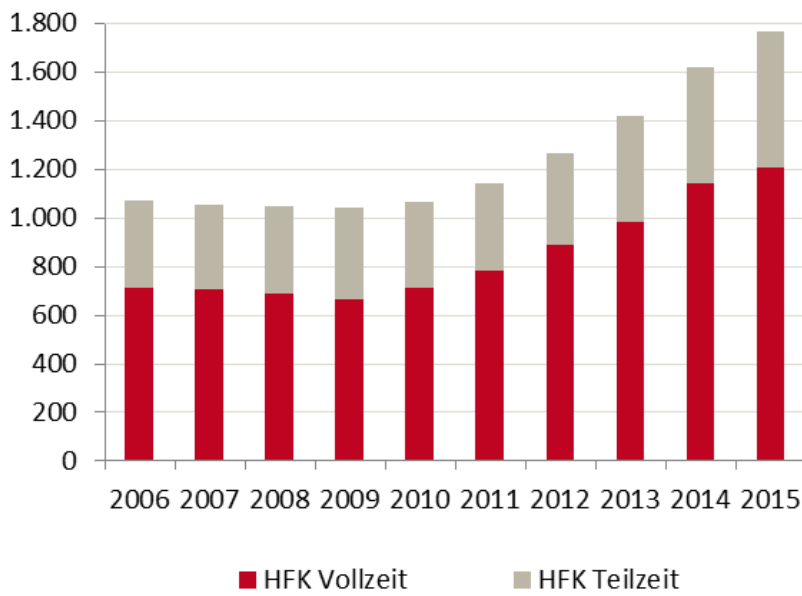
Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

Zu b)

Im Jahr 2015 waren an Allgemeinkrankenhäusern 1.761 Hygienefachkräfte beschäftigt, davon 559 in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte (vgl. Abbildung 3). Im Vergleich zu 2006 waren dies etwa 695 mehr, was einer Zunahme um mehr als ein Drittel entspricht. Der Anstieg begann im Jahr 2010 und setzt sich über den Zeitraum des Hygienesonderprogramms konstant fort. Der Anteil der Hygienefachkräfte, die ihre Tätigkeit in Teilzeit ausübten, liegt über

den Betrachtungszeitraum hinweg bei etwa einem Drittel, wobei sich der Anteil im Jahr 2015 im Vergleich zum Jahr 2013 leicht auf etwa 32 % erhöhte.

Abbildung 3 Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern

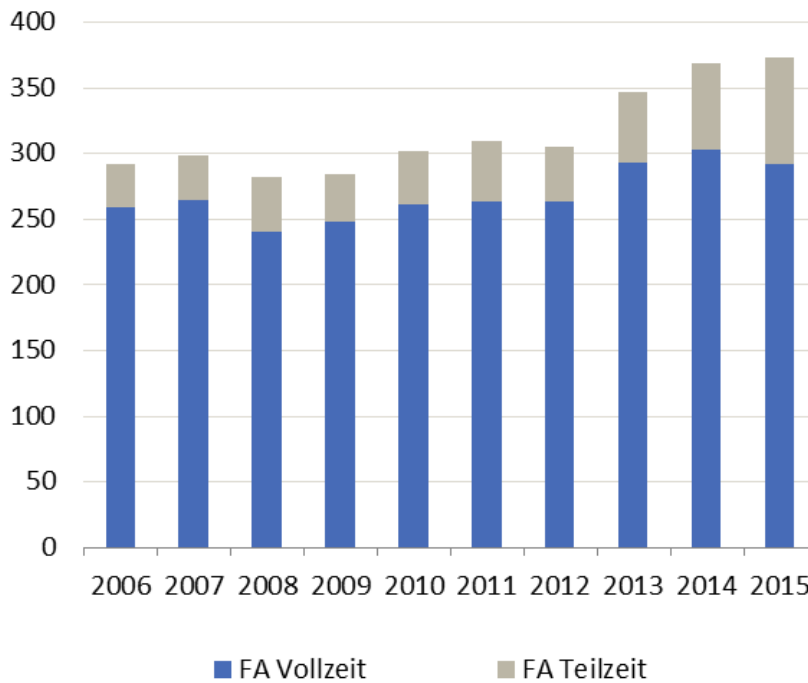


Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

Zu c)

Die Zahl der Ärzte mit einer für die Krankenhaushygiene relevanten Weiterbildung steigt erst ab dem Jahr 2013 sichtbar an (vgl. Abbildung 4). Im Jahr 2015 waren 373 Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern beschäftigt. Im Vergleich zu 2006 (292 Fachärzte) entspricht dies einem Anstieg um etwa 22 %. Der Anteil der Teilzeit- bzw. geringfügig Beschäftigten fällt bei diesen Fachärzten deutlich niedriger aus als beim pflegerischen Hygienepersonal. Auch für diese Berufsgruppe setzte im Jahr 2013 ein leichter Anstieg der Teilzeitquote auf etwa auf 22 % im Jahr 2015 ein. Die Schnittmenge der Krankenhäuser, die sowohl Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin als auch Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie beschäftigten, kann nicht festgestellt werden. Informationen zur Anzahl der Ärzte mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene liegen nicht vor.

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



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

4. Umsetzung des Förderprogramms zur Krankenhaushygiene 2013 bis 2016

4.1 Datenmeldungen

In den nun vorliegenden Bericht des GKV-Spitzenverbandes sind Datenmeldungen der Krankenkassen aus dem Jahr 2017 für die Jahre 2013 bis 2016 eingeflossen. Der vorhandene Datenpool umfasst dabei auch Meldungen zu Krankenhäusern, die nicht am Hygiene-Förderprogramm teilgenommen haben. In den Bericht einbezogen wurden Angaben zur Förderung der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG, die bis zum 15.04.2017 beim GKV-Spitzenverband eingegangen sind. Später übermittelte Daten konnten keine Berücksichtigung finden, gehen jedoch in den Folgebericht ein, der bis zum 30.06.2018 erstellt wird.

Die Auswertungen dieses Berichtes basieren auf einem gegenüber den vorangegangenen Berichten aktualisierten Datenbestand. Abweichungen zwischen den Auswertungen der Berichte sind auf Korrektur- und Nachmeldungen zu noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen zum Zeitpunkt der Berichterstellungen sowie auf Krankenhausfusionen zurückzuführen. Im Land Hamburg und in der Region Rheinland wurde in den Jahren 2015 und 2016 die Abrechnung pauschaler Zuschläge vereinbart. Zu den abgerechneten Zuschlägen sind Daten aus Hochrechnungen in den Bericht eingeflossen.

Vereinbarungsdaten

Es liegen Informationen für 1.594 Krankenhäuser in 2013, für 1.504 Krankenhäuser in 2014, für 1.338 Krankenhäuser in 2015 und für 1.335 Krankenhäuser in 2016 vor. Im Vergleich zum Vorbericht hat sich die Zahl der Krankenhäuser mit einer Vereinbarung zum Hygienesonderprogramm aufgrund von Korrektur- und Nachmeldungen in den beiden ersten Jahren erhöht, für 2013 von 645 auf 776 Krankenhäuser, in 2014 von 912 auf 935 Krankenhäuser und in 2015 von 990 auf 1.094 Krankenhäuser. 961 Häuser haben in den Budgetverhandlungen des Jahres 2016 Vereinbarungen zum Förderprogramm abgeschlossen.

Vorläufige Zuschlagserhebung

Im Jahr 2013 wurde von 484 Krankenhäusern das Instrument der vorläufigen Zuschlagserhebung vor Abschluss der Budgetvereinbarung genutzt. 507 Krankenhäuser erhoben in 2014 einen vorläufigen Zuschlag. Auch im Jahr 2015 nahmen noch 196 Krankenhäuser vorläufige Zuschläge in Anspruch, ebenso 136 Krankenhäuser im Jahr 2016.

In einigen Ländern wurden Landesvereinbarungen zur pauschalen Zuschlagserhebung geschlossen. In der Region Rheinland betrug die Höhe der auf Landesebene vereinbarten Zu-

schläge einheitlich 0,1 %. Insgesamt 139 Krankenhäuser im Rheinland haben im Förderjahr 2016 (vgl. Anlage 21) pauschale Zuschläge abgerechnet. Durch Hochrechnung ergibt sich ein Förderbetrag von rund 6,1 Mio. Euro für das Förderjahr 2016, der sowohl in den undifferenzierten Fördermitteln (vgl. Abschnitt 4.3.6 und Anlage 21) sowie in der Förderung gesamt berücksichtigt werden konnte. Nach Förderarten differenzierte Vereinbarungen wurden in Nordrhein-Westfalen hingegen mit den Krankenhäusern in Westfalen-Lippe getroffen, sodass diese Beträge krankenhausesbezogen übermittelt wurden. Auch im Land Hamburg wurde im Jahr 2016 in 19 Krankenhäusern ein pauschaler Hygienezuschlag abgerechnet. Durch Hochrechnung ergibt sich ein Förderbetrag in Höhe von etwa 1,7 Mio. Euro.

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

Istdaten

Istdaten zur tatsächlichen Umsetzung der Hygienepersonalmaßnahmen stehen für die Jahre 2013, 2014 und 2015 zur Verfügung. Es ist zu beachten, dass die Aussagekraft dieser Angaben zunächst begrenzt ist, da in den Folgejahren mit weiteren Datenmeldungen zu rechnen ist, die sowohl zusätzliche Meldungen als auch Korrekturen bestehender Datenmeldungen für die Vorjahre umfassen können. Die Angaben zur Umsetzung in diesem Bericht haben demgemäß zunächst vorläufigen Charakter.

Tabelle 5 gibt Aufschluss über den derzeitigen Meldestand zu den Krankenhäusern mit Vereinbarungen und mindestens einer bestätigten bzw. unbestätigten Istdaten-Angabe, differenziert nach Förderarten. Zu beachten ist, dass die Schnittmenge der Krankenhäuser, die Angaben zu mehreren Förderarten geliefert haben, aus dieser Tabelle nicht hervorgeht.

Tabelle 5 Gesamtüberblick zu Krankenhäusern mit Vereinbarungen und bestätigten und unbestätigten Istdaten-Angaben in 2013 bis 2015 nach Förderarten

		2013	2014	2015
		Anzahl Krankenhäuser		
	Vereinbarung	607	749	749
Förderart Nr. 1	Ist			
Einstellungen/ interne Besetzung	Angabe zusätzlicher Betrag (bestätigt)	305	352	246
neu geschaffener Stellen/ Aufstockung vorhan- dener Teilzeitstellen	Angabe zusätzlicher Betrag (inkl. unbestätigt)	356	404	320
	Angabe zusätzliche Stellen (bestätigt)	300	358	274
	Angabe zusätzliche Stellen (inkl. unbestätigt)	339	394	317
	Vereinbarung	536	572	460
Förderart Nr. 2	Ist			
Fort- und Weiterbildung	Angabe zusätzlicher Betrag (bestätigt)	270	265	148
	Angabe zusätzlicher Betrag (inkl. unbestätigt)	308	302	190
	Vereinbarung	568	686	669
Förderart Nr. 3	Ist			
Beratungsleistungen	Angabe zusätzlicher Betrag (bestätigt)	272	314	221
	Angabe zusätzlicher Betrag (inkl. unbestätigt)	318	356	279

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Deutlich wird, dass sich der Datenmeldebestand für die Jahre 2013 und 2014 im Vergleich zum Vorbericht leicht erhöht hat: Für jede Förderart liegen bisher von etwa der Hälfte aller Häuser mit Vereinbarung auch bestätigte Istangaben vor. Für das Jahr 2015 gilt dies für etwa ein Drittel der Häuser mit Vereinbarung. Da in der Regel hinsichtlich der Meldungen von Istdaten mit einem zweijährigen Versatz zu rechnen ist, können für das Jahr 2016 nur sehr wenige Meldungen zu durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben verzeichnet werden.

4.2 Inanspruchnahme der Förderung: Vereinbarungs- und Istdaten

4.2.1 Vereinbarungs- und Istdaten gesamt

Nachfolgend werden die Fördermaßnahmen nach § 4 Abs. 9 S. 1 Nrn. 1 bis 3 KHEntgG dargestellt. Bei diesen Angaben handelt es sich um tendenziell zu niedrige Werte, da in einigen Bundesländern mit Krankenhäusern Vereinbarungen ohne Differenzierung nach Förderarten geschlossen wurden. Stattdessen haben sich Krankenkassen und Krankenhäuser auf Gesamtbeträge ohne explizite Aufteilung verständigt. Auf diese pauschalen Beträge ohne differenzierte Zuordnung zu den einzelnen Förderarten wird im Abschnitt 4.3.5 und in Anlage 21 eingegangen.

Insgesamt sind in den Jahren 2013 bis 2016 etwa 224,6 Mio. Euro zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der personellen Situation an die Krankenhäuser geflossen (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6 Überblick zur Förderung der Krankenhaushygiene (in Mio. Euro)

Jahr	Beteiligte Krankenhäuser	Förderart Nr. 1 Neueinstellungen	Förderart Nr. 2 Fort- und Weiterbildung	Förderart Nr. 3 Beratungsleistungen	Undifferenziert	Betrag gesamt
2013	776	11,5	9,2	1,6	1,5	23,8
2014	935	39,6	10,0	4,1	4,1	57,8
2015	1.094	50,0	7,3	4,3	8,0	69,5
2016	961	53,0	6,6	3,9	10,0	73,6
2013 – 2016	1.275²¹	154,1	33,2²²	13,9	23,5	224,6

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Bereits in den Vorberichten wurde darauf hingewiesen, dass die Budgetverhandlungen des jeweiligen Vorjahres zum Zeitpunkt der Datenmeldungen noch nicht vollständig abgeschlossen waren und die Zahl der geförderten Häuser dadurch noch Veränderungen unterliegen kann. Im

²¹ Anmerkung: Dargestellt ist die Schnittmenge der Krankenhäuser, die die Förderung in mindestens einem der Förderjahre in Anspruch genommen haben.

²² Anmerkung: Abweichungen in der ersten Dezimalstelle sind in dieser und weiteren Tabellen in diesem Bericht auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen.

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

Im zweiten Hygienebericht reduzierten sich die undifferenzierten Beträge in den Jahren 2013 und 2014 im Vergleich zum ersten Bericht deutlich. Undifferenzierte Vereinbarungen stellten einen pragmatischen Ansatz für den schnellen Einstieg in die Förderung dar. Mit zunehmender Nachweisführung seitens der Krankenhäuser können diese den einzelnen Förderarten zugeordnet werden. Entgegen der im Vorbericht angestellten Erwartung, dass sich die undifferenzierten Beträge in den Folgejahren reduzieren werden, haben sich diese nach aktuellem Datenmeldestand in allen Förderjahren erhöht. Dies kann auf Korrektur- und Nachmeldungen zurückzuführen sein. Die zukünftigen Veränderungen dieser Werte bleiben abzuwarten.

Hinsichtlich der Istdaten gibt Tabelle 7 Aufschluss über die vereinbarten Beträge in 2013 bis 2015, zu Istbeträgen mit und ohne Bestätigung sowie durch Jahresabschlussprüfer bestätigte Beträge. Für jeweils etwa die Hälfte der nach Förderarten differenzierten vereinbarten Beträge liegen aktuell Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer vor. Zählt man die unbestätigten Beträge hinzu, erhöhen sich diese Angaben leicht.

Tabelle 7 Überblick zu den Istdaten nach Förderarten 2013 bis 2015 (in Mio. Euro)

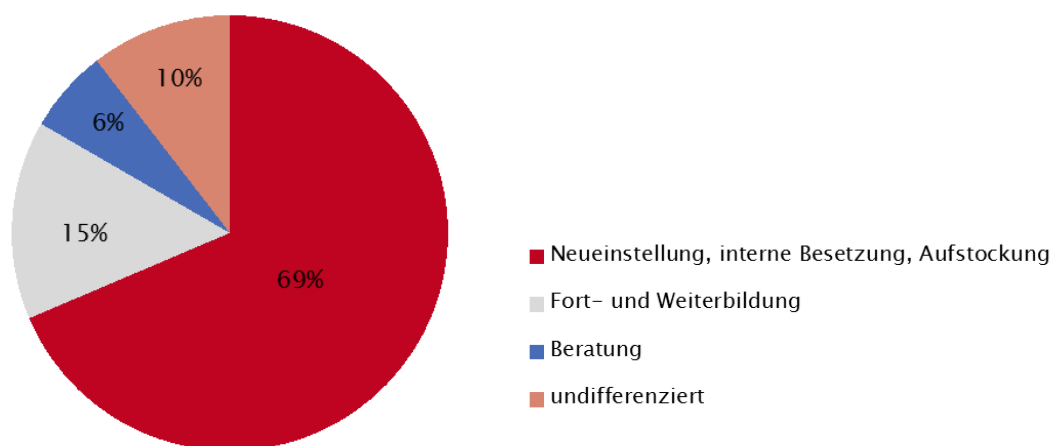
	Vereinbarungssumme gesamt 2013 – 2015	Bestätigt und unbestätigt	davon bestätigt
Förderart Nr. 1			
Einstellungen/ interne Besetzung neu geschaffener Stellen/ Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen	101,0	55,4	45,6
Förderart Nr. 2			
Fort- und Weiterbildung	26,5	14,1	12,1
Förderart Nr. 3			
Beratungsleistungen	10,0	5,3	4,5
undifferenziert	13,5	-	-
Betrag gesamt	151,0	74,8	62,2

Ein Überblick zu den vorliegenden Istbeträgen und den durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Beträgen nach Ländern für die Jahre 2013 bis 2015 wird in den Anlagen 22 bis 24 gegeben. Es wird ersichtlich, dass der Umfang der Datenmeldungen zwischen den Ländern variiert. Für eine Beurteilung der Umsetzung der Hygienefördermaßnahmen in den Ländern bleiben die künftigen Datenmeldungen abzuwarten.

4.2.2 Verteilung der Finanzmittel

In der Begründung zum Beitragsschuldengesetz werden 270 Mio. Euro für die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen und Aufstockung von Hygienepersonalstellen als größter Anteil ausgewiesen. Intendiert war, die Förderung vorrangig auf die Beschäftigung zusätzlichen Hygienepersonals sowie auf die interne Besetzung von Hygienepersonalstellen zu konzentrieren. Die Mittelverwendung ist in diesem Bereich mit rund 69 % der in 2013 bis 2016 verausgabten Mittel tatsächlich am höchsten (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5 Prozentuale Verteilung der Fördermittel (2013 bis 2016)

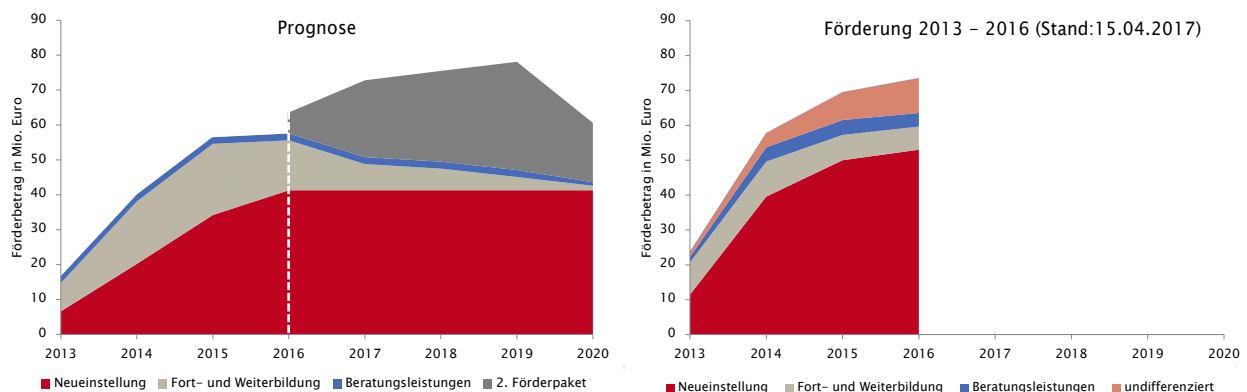


Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 15.04.2017), eigene Darstellung.

An zweiter Stelle stehen die Beträge für Fort- und Weiterbildung mit insgesamt ca. 33 Mio. Euro (15 %). Die Mittelverwendung für Beratungsleistungen umfasst rund 14 Mio. Euro (6 %), während auf die undifferenzierten Beträge (Vereinbarungen sowie vorläufige Zuschläge) 10 % der verausgabten Mittel entfallen. Die Größenordnungen der Förderung sind damit im Vergleich zum Vorjahresbericht unverändert geblieben.

Im Gesetzgebungsverfahren hatte das BMG Annahmen für die Verteilung der Fördermittel im Programmverlauf getroffen.²³ Wird dieser um eine Annahme für Beratungsleistungen und die geschätzten Finanzmittel des zweiten Förderpakets²⁴ ergänzte Erwartungshorizont den derzeit verfügbaren Informationen für die Jahre 2013 bis 2016 gegenübergestellt (vgl. Abbildung 6), so wird die Verteilung der Finanzmittel im Verlauf des Hygiene-Förderprogramms sichtbar.

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



Quelle: GKV-Spitzenverband (auf Basis der BMG-Annahmen^{25, 26}), eigene Darstellung (Anmerkung: „Neueinstellung“ umfasst auch interne Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen.).

Für die Jahre 2013 bis 2016 beträgt das insgesamt verausgabte Finanzvolumen der GKV 224,6 Mio. Euro und übersteigt damit das insgesamt prognostizierte Finanzvolumen (169 Mio. Euro, ohne Beratungsleistungen, inkl. 6 Mio. Euro des zweiten Förderpakets). Deutlich wird, dass in den Jahren 2013 und 2014 der zügige Programmeinstieg erfolgte: Die in diesen Jahren in Anspruch genommenen Finanzmittel liegen verglichen mit der Prognose auf einem deutlich höheren Niveau. Für das Förderjahr 2016 liegt, nach aktuellem Datenmeldestand, das insgesamt in Anspruch genommene Finanzvolumen in Höhe von 73,5 Mio. Euro über den Erwartungen (61,6 Mio. Euro). Die differenzierte Betrachtung innerhalb der Förderarten zeigt, dass auch im vierten Förderjahr die Finanzmittel im Bereich der Neueinstellungen, internen Besetzung und Aufstockung von Hygienepersonalstellen (53,0 Mio. Euro) die Vorausschätzungen (41,3 Mio. Euro) übersteigen. Im Bereich der Fort- und Weiterbildungen hingegen liegen die in

²³ Vgl. Erläuterungen des BMG zu dem in der Formulierungshilfe zur Krankenhausfinanzierung vorgesehenen Hygiene-Förderprogramm und zum Versorgungszuschlag (Stand: 22.04.2013), S. 2.

²⁴ Vgl. Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), S. 1121–39.

²⁵ Vgl. Erläuterungen des BMG zu dem in der Formulierungshilfe zur Krankenhausfinanzierung vorgesehenen Hygiene-Förderprogramm und zum Versorgungszuschlag (Stand: 22.04.2013), S. 2.

²⁶ Vgl. Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), S. 1121–39.

Anspruch genommenen Mittel in Höhe von 6,6 Mio. Euro auf einem erkennbar niedrigeren Niveau als erwartet (14,3 Mio. Euro). Im Bereich der Beratungsleistungen wurden im Jahr 2016 rund 3,9 Mio. Euro von der GKV verausgabt.

Die Zahl der geförderten Krankenhäuser hat von zunächst 776 in 2013 auf 1.094 im dritten Programmjahr 2015 deutlich zugenommen. Im Jahr 2016 haben 961 Krankenhäuser die Förderung in Anspruch genommen; von einer Veränderung dieser Zahl in Folgeberichten ist auszugehen. Mindestens in einem der vier Jahre haben insgesamt 1.275 Krankenhäuser die Förderung genutzt. In allen vier Jahren haben 339 der geförderten Krankenhäuser Vereinbarungen zu zwei Förderarten getroffen. 40 Krankenhäuser vereinbarten sich mit den Krankenkassen in allen vier Jahren zu allen drei Förderarten. Tabelle 8 gibt einen Überblick zur Inanspruchnahme des Hygiene-Förderprogramms in den Bundesländern.

Tabelle 8 Geförderte Krankenhäuser nach Ländern (2013 bis 2016)

	Anspruchsberechtigte Krankenhäuser	Geförderte Krankenhäuser	Anteil in Prozent	Summe Förderung 2013 – 2016 in Mio. Euro
Baden-Württemberg	165	142	86	27,8
Bayern	268	245	91	45,8
Berlin	48	29	60	4,7
Brandenburg	54	45	83	5,0
Bremen	12	12	100	5,3
Hamburg	35	19	54	3,1
Hessen	115	94	82	21,8
Mecklenburg-Vorpommern	32	23	72	4,4
Niedersachsen	154	131	85	20,8
Nordrhein-Westfalen	319	280	88	44,4
Rheinland-Pfalz	80	56	70	5,6
Saarland	21	20	95	2,8
Sachsen	77	59	77	10,2
Sachsen-Anhalt	45	41	91	7,4
Schleswig-Holstein	54	44	81	7,4
Thüringen	43	35	81	8,3
gesamt	1.522	1.275	84	224,6

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 15.04.2017).

Insgesamt nahmen im Zeitraum 2013 bis 2016 rund 84 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser eine Förderung im Rahmen des Hygiene-Förderprogramms in Anspruch. Auf Länderebene wird im Vergleich zu den Angaben der Vorberichte deutlich, dass sich der Anteil der in Anspruch nehmenden Häuser in den meisten Ländern erhöht hat. Die Budgetverhandlungen 2016 waren zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht vollständig abgeschlossen. Aus diesem Grund ist zu beachten, dass die dargestellten Angaben zu den geförderten Krankenhäusern nicht abschließend sind.

Die Aufteilung der Beträge nach Bundesländern und Förderart kann in den Anlagen 4 bis 7 nachvollzogen werden. Der Anteil geförderter Krankenhäuser fällt in Ländern mit langjährig bestehenden Hygieneverordnungen, die aufgrund der Novellierung des IfSG überarbeitet wurden (vgl. Abschnitt 2.2), keineswegs unterdurchschnittlich aus. Hier wird sichtbar, dass die ursprünglich in der Gesetzesbegründung zum IfSG getroffene Annahme, es entstünden in diesen Ländern keine zusätzlichen Anforderungen, nicht trägt.

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

Die Zahl der Neueinstellungen, internen Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen gliedert sich auf in vier verschiedene Berufsbilder bzw. Qualifikationswege. In allen Jahren wurden die meisten Vollkräften zu den beiden Berufsgruppen Hygienefachkräfte und hygienebeauftragte Ärzte vereinbart (Tabelle 9).

Tabelle 9 Vereinbarte Vollkräfte und Finanzbeträge im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung

	2013	2014	2015	2016	Summe 2013 – 2016
Anzahl Krankenhäuser mit Vereinbarung zu § 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 1 KHEntgG	607	749	749	686	
Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung von Hygienepersonal in Vollkräften (in VK)					
– Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	265,7	460,0	606,4	540,8	
– Krankenhaushygieniker mit ärztlicher Weiterbildung (Nr. 1b)	26,8	48,0	47,6	50,7	
– Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung/Fortbildung rationale Antibiotikatherapieberatung (Nr. 1c)	12,0	23,5	30,1	47,8	
– Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	819,5	1.131,3	1.296,6	1.282,5	
Zusätzlicher Finanzbetrag* in Mio. Euro	11,5	39,6	50,0	53,0	154,1

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 15.04.2017).

Aufgrund noch nicht abgeschlossener Budgetverhandlungen und nachträglicher Zuordnungen undifferenzierter Beträge auf die Förderarten sind in den Folgeberichten an dieser Stelle noch Veränderungen zu erwarten. Detaillierte Angaben zum Vereinbarungsgeschehen in den Bundesländern finden sich in den Anlagen 8 bis 10.

In den Tabellen 10 und 11 wird ein Überblick zu den derzeit vorliegenden Istdaten-Meldungen und Bestätigungen durch Jahresabschlussprüfer für diese Förderart in den Jahren 2013 bis 2015 gegeben. Wie bereits in Abschnitt 2.3.2 dargestellt, sind die von den Krankenhäusern zu erbringenden Nachweise über die Umsetzung des Hygiene-Förderprogramms und die Verwendung der Fördermittel gesetzlich geregelt. Die Nachweispflicht im Bereich der Förderart Nr. 1 gliedert sich in die Bereiche „Nachweise zu Personalstellen“ und „Nachweise zu Finanzbeträgen“. Zum Nachweis der Personalstellen sind konkret bestätigte Angaben zur Stellenbesetzung am 04.08.2011 (Ausgangspersonalbestand), zu zusätzlichem Hygienepersonal (differenziert nach den vier Qualifikationen) sowie zur Stellenbesetzung zum 31.12. des jeweiligen Förderjahres (jahresdurchschnittlicher Personalbestand) zu erbringen. In den aktuellen Datenmel-

dungen sind die von den Krankenhäusern vorgelegten Nachweise über Vollkräfte und Mittelverwendung nicht in jedem Fall deckungsgleich. Es ist darum zu beachten, dass in den bestätigten Angaben sowohl Häuser umfasst sind, für die alle notwendigen Nachweise zu zusätzlichen Stellen und Beträgen geliefert wurden, als auch Häuser, von denen nur eine der beiden Angaben vorliegt. Die Angaben zu Stellen und Beträgen sollten somit keinesfalls in ein Verhältnis gesetzt werden.

Auf Basis der aktuellen Datenmeldungen zeigt sich in Tabelle 10, dass für rund die Hälfte der im Jahr 2014 vereinbarten Hygienefachkräfte (Nr. 1a), Krankenhaushygieniker mit ärztlicher Weiterbildung (Nr. 1b) und Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung/Fortbildung rationale Antibiotikatherapieberatung (Nr. 1c) eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Angabe vorliegt. Die Nachweisführung für zusätzliche hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d) bewegt sich in diesem Jahr mit rund 65 % auf einem höheren Niveau. Für ebenfalls zwischen 50 % und 64 % der in diesem Jahr zu den vier Berufsgruppen vereinbarten Finanzbeträge wurde die zweckentsprechende Mittelverwendung durch Jahresabschlussprüfer bestätigt. Im Vergleich zum Vorbericht ist damit eine Zunahme der Bestätigungsquoten in den Jahren 2013 und 2014 zu verzeichnen.

**Tabelle 10 Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung
(zusätzliche Vollkräfte (VK))**

	Zusätzlich vereinbarte VK		Zusätzliche VK - Ist		
	Häuser mit Vereinbarung	Vereinbarte Anzahl VK	Häuser mit Istangabe	Anzahl VK unbestätigt und bestätigt	davon bestätigte Anzahl VK
2013					
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	371	265,7	237	161,1	141,6
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1b)	65	26,8	52	20,6	16,8
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1c)	18	12,0	12	19,0	5,4
Hygiene-beauftragte Ärzte (Nr. 1d)	372	819,5	245	541,4	492,8
2014					
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	548	460,0	329	271,1	244,5
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1b)	80	48,0	51	26,4	24,6
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1c)	36	23,5	18	12,0	12,0
Hygiene-beauftragte Ärzte (Nr. 1d)	474	1.131,3	290	809,3	733,0
2015					
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	571	606,4	280	271,1	226,5
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1b)	78	47,6	37	21,2	19,8
Krankenhaus-hygieniker (Nr. 1c)	56	30,1	36	21,3	17,5
Hygiene-beauftragte Ärzte (Nr. 1d)	489	1.296,6	229	748,9	591,4

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

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2013			
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	5,5	3,5	3,1
Krankenhausthygieniker (Nr. 1b)	1,2	0,9	0,8
Krankenhausthygieniker (Nr. 1c)	0,3	0,2	0,1
Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	4,2	2,8	2,6
undifferenziert	0,2		
2014			
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	20,9	11,7	10,3
Krankenhausthygieniker (Nr. 1b)	3,9	2,4	2,3
Krankenhausthygieniker (Nr. 1c)	1,1	0,7	0,7
Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	13,3	9,0	8,1
undifferenziert	0,5		
2015			
Hygienefachkräfte (Nr. 1a)	26,4	12,4	9,3
Krankenhausthygieniker (Nr. 1b)	5,0	1,9	1,6
Krankenhausthygieniker (Nr. 1c)	1,7	1,1	0,8
Hygienebeauftragte Ärzte (Nr. 1d)	16,2	8,7	6,0
undifferenziert	0,6		

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 15.04.2017).

Die für die Förderung nach § 4 Abs. 9 S. 1 Nr. 1 KHEntgG für das Jahr 2019 insgesamt abgerechneten Zuschläge werden im Jahr 2020 in die Landesbasisfallwerte eingerechnet und damit in eine dauerhafte Finanzierung überführt. Eine Ausnahme bilden die hygienebeauftragten Ärzte, deren Förderung im Jahr 2016 endet. Die insgesamt in 2016 für die hygienebeauftrag-

ten Ärzte abgerechneten Zuschläge fließen ab 2020 in den Landesbasisfallwert ein, bis dahin erfolgt weiterhin die krankenhausindividuelle Finanzierung der Personalmaßnahmen.²⁷ Analog zum ersten Pflegesonderprogramm (2009 bis 2011) werden damit erneut über den Landesbasisfallwert unabhängig von einer tatsächlichen Personalveränderung die im Programmverlauf zusätzlich bereitgestellten Mittel an alle Krankenhäuser ausgeschüttet.

4.2.4 Fort- und Weiterbildungen (Vereinbarungs- und Istdaten)

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

Um den durch die Änderung des IfSG entstandenen zusätzlichen Bedarf an Krankenhaushygienikern decken zu können, hat die Bundesärztekammer (BÄK) unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie und der Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin Ende 2011 eine strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene mit einem Umfang von 200 Stunden, bestehend aus sechs Modulen, entwickelt.²⁸ Zusätzlich verabschiedete die BÄK im Jahr 2013 ergänzende Rahmenbedingungen für die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene.²⁹ 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 Kran-

²⁷ Vgl. Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 18/6586 vom 04.11.2015, S. 96, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/065/1806586.pdf> (Abruf am 30.05.2017).

²⁸ Vgl. BÄK (Hrsg.): Strukturierte curriculare Fortbildung "Krankenhaushygiene" (Stand: Februar 2015), http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Krankenhaushygiene.pdf (Abruf am 27.06.2017).

²⁹ Vgl. BÄK: Ergänzende Rahmenbedingungen für die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene (Stand: 05.09.2013), www.bundesaerztekammer.de/downloads/StrukCurrFBKrankenhaushygieneRahmenbed20130905b.pdf (Abruf am 30.05.2017).

kenhaushygienikers künftig durch ausreichend verfügbare und in Krankenhaushygiene qualifizierte Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie wahrgenommen werden können“.³⁰ Zugleich werden u. a. Aussagen zu Teilnahmevoraussetzungen, zeitlicher Dauer, Hospitationen, Fallkonferenzen, Anforderungen an den Supervisor und zur Anerkennung der Kursanbieter durch die Landesärztekammern getroffen. Durch die GKV wird die curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene für maximal zwei Jahre durch einen pauschalen Betrag von jährlich 5.000 Euro bezuschusst (§ 4 Abs. 9 Nr. 2c KHEntgG).

Eine Fortbildung im Bereich rationale Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie wird durch die GKV bei Ärzten und Krankenhausapothekern durch einen pauschalen Zuschuss von 5.000 Euro gefördert. Antibiotic Stewardship (ABS) umfasst „Strategien bzw. Maßnahmen [...], die die Qualität der Antiinfektivbehandlung bezüglich Auswahl, Dosierung, Applikation und Anwendungsdauer sichern, um das beste klinische Behandlungsergebnis unter Beachtung einer minimalen Toxizität für den Patienten zu erreichen“.³¹ 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 12). Die Erarbeitung erfolgte mit der Zielsetzung, nur qualitativ hochwertige Fortbildungen bei der Mittelbereitstellung nach § 4 Abs. 9 Nr. 2d KHEntgG anerkennen zu lassen. Obwohl die Veröffentlichung bzw. Weiterleitung der Stellungnahme sowie des Anforderungskataloges vielfach erfolgte, stoßen die Krankenkassen in den Budgetverhandlungen häufig auf Schwierigkeiten, die entsprechenden Nachweise zu erhalten.

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

Die Weiterbildung zur Hygienefachkraft setzt eine abgeschlossene Berufsausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie den Nachweis mindestens dreijähriger Berufspraxis voraus. Die Weiterbildungsangebote weisen eine Dauer von einem Jahr in Vollzeit oder zwei Jahren in der berufsbegleitenden Variante aus.

³⁰ Dto., S. 1.

³¹ Vgl. Internetauftritt der ABS-Initiative, www.antibiotic-stewardship.de (Abruf am 30.05.2017).

Die Förderung nach KHEntgG erfolgt durch die Krankenkassen über einen pauschalen Zuschuss von 10.000 Euro.

Vorausschätzungen des Gesundheitsausschusses gehen für Fort- und Weiterbildungen gemäß § 4 Abs. 9 KHEntgG von insgesamt bis zu 80 Mio. Euro aus.³² Tabelle 12 gibt einen Überblick zu den vereinbarten Beträgen in diesem Förderbereich nach Ländern. Im Jahr 2013 wurde bei insgesamt 536 Krankenhäusern mit ca. 9,2 Mio. Euro die Fort- und Weiterbildung gefördert, im Jahr 2014 bei 572 Krankenhäusern mit ca. 10,0 Mio. Euro, im Jahr 2015 bei 460 Krankenhäusern mit ca. 7,3 Mio. Euro und im Jahr 2016 erfolgte bei 356 Krankenhäusern eine Förderung in Höhe von rund 6,6 Mio. Euro.

Bis auf wenige Ausnahmen reduzieren sich die vereinbarten Gesamtbeträge und die Zahl der Krankenhäuser mit Vereinbarungen zu Fort- und Weiterbildungen im Jahr 2015 und 2016 wieder, nachdem sie von 2013 auf 2014 angestiegen waren. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in den vorliegenden Bericht Datenmeldungen bis zum 13.04.2017 eingeflossen sind. Somit kann davon ausgegangen werden, dass noch nicht in allen Häusern die Budgetverhandlungen für das Jahr 2016 abgeschlossen waren und sich diese Angaben in den Folgeberichten noch verändern werden. Im Vergleich zu den Angaben des Vorberichtes zeigen sich in vielen Ländern für die Jahre 2013 bis 2015 überwiegend leichte Anstiege der gemeldeten Beträge und teilnehmenden Krankenhäuser mit Ausnahme der Länder Bayern, Hamburg, Sachsen und Thüringen. Detailliertere landesbezogene Angaben mit einer Differenzierung nach Berufsbildern können den Anlagen 13 bis 16 entnommen werden.

Mit in der Summe bislang vereinbarten rund 33 Mio. Euro sind damit etwa 42 % der für die Laufzeit der ersten Förderphase (maximal bis 2020) im Bereich Fort- und Weiterbildung veranschlagten Mittel geflossen. Auf eine Abschätzung der Personenzahl mit begonnener Weiterbildung wird an dieser Stelle verzichtet. Zum einen sind teilweise nicht nach Berufsbildern differenzierte Beträge vereinbart worden, zum anderen ist davon auszugehen, dass je nach Startzeitpunkt der Fort-/Weiterbildung auch Teilbeträge eingestellt wurden, sodass mit erheblichen Unschärfen zu rechnen wäre.

In Tabelle 13 dargestellt sind die in den Jahren 2013 bis 2015 vereinbarten Beträge zu den Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie die vorliegenden Istdaten in diesem Förderbereich.

³² Vgl. Deutscher Bundestag, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, S. 34, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 30.05.2017).

Tabelle 12 Vereinbarte Beträge im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (2013 bis 2016)

	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Sarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	gesamt
Betrag in 1.000 Euro																	
2013	918	1.425	890	515	100	0	912	207	1.099	1.611	274	42	224	359	330	332	9.240
2014	1.319	1.942	735	365	60	0	1.095	181	1.278	836	397	179	642	405	300	296	10.031
2015	998	2.145	245	230	35	0	710	196	762	640	205	65	278	317	181	247	7.254
2016	1.312	2.076	31	30	50	0	560	133	838	615	70	45	431	143	203	93	6.631
gesamt	4.547	7.588	1.901	1.140	245	0	3.277	717	3.977	3.702	946	331	1.575	1.224	1.014	968	33.156
Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme																	
2013	53	84	21	29	8	0	57	10	75	92	21	9	17	25	15	20	536
2014	75	103	17	24	4	0	61	12	83	64	20	15	30	26	16	22	572
2015	54	116	6	19	4	0	42	13	55	39	15	8	23	35	15	16	460
2016	59	99	2	5	5	0	30	4	45	36	7	5	28	13	10	8	356
gesamt	115	190	28	35	9	0	83	18	116	114	39	17	49	39	26	32	910

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 15.04.2017).

Tabelle 13 Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (in Tausend Euro)

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2013			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	643	576	546
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	276	250	235
Krankenhaushygieniker	379	249	219
Arzt und Krankenhausapotheker	479	270	215
Hygienebeauftragter Arzt	2.772	1.677	1.484
Hygienefachkraft	4.601	2.684	2.376
undifferenziert	90	39	39
2014			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	811	721	660
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	455	225	195
Krankenhaushygieniker	588	369	329
Arzt und Krankenhausapotheker	796	351	335
Hygienebeauftragter Arzt	3.918	1.984	1.614
Hygienefachkraft	3.342	1.625	1.356
undifferenziert	120	100	100
2015			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	756	450	330
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	505	165	135
Krankenhaushygieniker	396	130	100
Arzt und Krankenhausapotheker	662	435	330
Hygienebeauftragter Arzt	2.695	1.088	917
Hygienefachkraft	2.221	721	581
undifferenziert	18	31	5

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 15.04.2017).

Erwartungsgemäß liegt der Anteil der insgesamt bestätigten Beträge im Jahr 2013 auf einem leicht höheren Niveau als in den Folgejahren. Zudem variiert der Anteil an bestätigten Beträgen zwischen den Weiterbildungsmaßnahmen deutlich. So liegen für das Jahr 2013 für 85 % der für fachärztliche Weiterbildungsmaßnahmen vereinbarten Beträge durch Jahresabschlussprüfer bestätigte Angaben vor, während für die vier weiteren Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen jeweils rund die Hälfte der vereinbarten Beträge testiert ist.

4.2.5 Beratungsleistungen (Vereinbarungs- und Istdaten)

Ausweislich der BT-Drucksache 17/13947 (Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit) wird mit der Förderung von qualifizierten externen Beratungsleistungen dem Umstand Rechnung getragen, dass der Bedarf an zusätzlichen Krankenhaushygienikern mit der geforderten Facharztweiterbildung kurzfristig nicht ausreichend gedeckt werden kann. Um die Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit Infektionen zu verbessern, werden auch externe Beratungsleistungen durch Fachärzte mit einer Weiterbildung im Bereich der Infektiologie ab dem Jahr 2016 von der Förderung umfasst (BT-Drucksache 18/6586). In Tabelle 14 dargestellt sind die in den Jahren 2013 bis 2016 vereinbarten Beträge nach Ländern. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum externe Beratungsleistungen in Höhe von rund 13,9 Mio. Euro zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart.

**Tabelle 14 Vereinbarte Beträge im Förderbereich externe Beratungsleistungen
(2013 bis 2016)**

	Betrag in 1.000 Euro																
	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Sarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen	gesamt
2013	148	270	38	102	30	0	239	9	174	207	77	19	82	90	104	27	1.615
2014	360	653	98	274	41	0	577	91	493	561	122	115	199	193	243	79	4.099
2015	528	893	74	194	36	0	570	52	486	333	144	119	231	250	281	87	4.277
2016	584	1.144	50	109	27	0	340	50	435	303	85	110	178	215	176	92	3.897
gesamt	1.620	2.960	260	679	133	0	1.725	203	1.588	1.404	427	363	690	747	803	285	13.888
	Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme																
2013	83	124	10	25	7	0	67	6	52	77	26	12	21	25	19	14	568
2014	96	146	12	36	7	0	72	15	79	90	28	17	27	25	20	16	686
2015	102	170	9	29	6	0	64	11	62	56	34	17	35	32	26	16	669
2016	99	196	5	14	5	0	47	10	47	48	22	17	35	14	18	14	591
gesamt	116	215	15	39	7	0	83	18	98	102	50	18	38	36	30	19	884

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 15.04.2017).

Die Zahl der Krankenhäuser, die Beratungsleistungen vereinbarten, stieg nach vorliegenden Datenmeldungen von 568 Krankenhäusern in 2013 auf 686 Krankenhäuser im Jahr 2014 an und reduzierte sich wieder leicht auf 669 im Jahr 2015 bzw. 591 im Jahr 2016. Es kann angenommen werden, dass sich mit zunehmender Verfügbarkeit von Krankenhaushygienikern und Fachärzten mit einer Weiterbildung im Bereich der Infektiologie am Arbeitsmarkt der Anteil der Fördersumme für externe Beratungsleistungen im Laufe des Förderzeitraums verringern dürfte. Dieser Trend zeigt sich zwar in den Daten, wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten erwähnt, es ist aber auch in diesem Förderbereich von weiteren Anpassungen in den Folgejahren auszugehen.

Ausgehend von einem Tagessatz von 400 Euro wurden im Zeitraum 2013 bis 2016 insgesamt etwa 34.719 Beratungstage in die Vereinbarungen aufgenommen. Bezogen auf jedes Förderjahr wurden etwa 4.038 Beratungstage im Jahr 2013, etwa 10.248 im Jahr 2014, etwa 10.693 im Jahr 2015 und rund 9.743 im Jahr 2016 vereinbart. Detaillierte Angaben zu den Beratungsleistungen – soweit diese verfügbar waren – können den Anlagen 17 bis 20 entnommen werden. Gemessen an dem für die gesamte Laufzeit (maximal bis 2020) der ersten Förderphase vorgesehenen Betrag von etwa 15 Mio. Euro wurden bisher also annähernd 92 % verausgabt.

In Tabelle 15 dargestellt sind die in den Jahren 2013 bis 2015 vereinbarten Beträge zu den Beratungsleistungen sowie die vorliegenden Istdaten in diesem Förderbereich. In allen drei Jahren sind zwischen einem Drittel und der Hälfte der vereinbarten Beträge zu Beratungsleistungen durch die beiden Berufsgruppen sowie undifferenziert vereinbarten Beträge durch Jahresabschlussstate bestätigt worden. Ebenso wie in den anderen Förderbereichen wird auch eine Einschätzung der tatsächlichen Inanspruchnahme von Beratungsleistungen erst nach Abschluss des Förderzeitraums möglich sein. Für eine endgültige Beurteilung bleiben somit die künftigen Datenmeldungen abzuwarten.

Tabelle 15 Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen (in Tausend Euro)

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2013			
Krankenhaushygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	617	390	284
Krankenhaushygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	178	93	61
undifferenziert	820	478	461
2014			
Krankenhaushygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.541	856	728
Krankenhaushygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	470	266	196
undifferenziert	2.088	1.290	1.181
2015			
Krankenhaushygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.129	858	663
Krankenhaushygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	411	208	174
undifferenziert	1.737	878	767

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 15.04.2017).

4.2.6 Undifferenzierte Beträge (Vereinbarungen, vorläufige Zuschläge)

In einigen Ländern wurden einheitliche Zuschläge vereinbart oder mit Krankenhäusern Beträge zur Förderung der Krankenhaushygiene vereinbart, ohne diese explizit nach Förderarten zu differenzieren. Dies betrifft nach den vorliegenden Informationen Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein im Jahr 2016. Während in Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen in mindestens einem der ersten drei Förderjahre noch undifferenzierte Beträge vereinbart wurden, liegen für diese Länder im Förderjahr 2016 keine undifferenzierten Beträge mehr vor. In der Summe handelt es

sich für die Jahre 2013 bis 2016 um 23,5 Mio. Euro. Die Angaben zu den genannten Ländern sind in Anlage 21 hinterlegt. Verglichen mit den Angaben zu undifferenzierten Beträgen der Jahre 2013 und 2014 des ersten Berichtes (ca. 9,7 Mio. Euro) hat sich der Betrag für diese Jahre nach aktuellem Datenmeldestand deutlich reduziert. Es ist anzunehmen, dass sich die Zahl der Vereinbarungen ohne konkrete Benennung der Art der Förderung infolge der nachträglichen Zuordnung auf die Förderarten perspektivisch rückläufig entwickeln wird. Dennoch haben sich die undifferenzierten Beträge der ersten drei Förderjahre im Vergleich zum Vorjahresbericht für die Jahre 2013 bis 2015 leicht erhöht, was auf Korrektur- und Nachmeldungen zurückzuführen sein kann.

5. G-BA-Richtlinien zur Krankenhaushygiene

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

5.1 Angaben zur Krankenhaushygiene in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser

Seit 2005 sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, regelmäßig einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen. Das Ziel dieser gesetzlichen Regelung ist es, mehr Transparenz über die Qualität der Patientenversorgung in den Krankenhäusern zu schaffen.³³ Die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser werden jährlich im G-BA aktualisiert und veröffentlicht. Zunehmend sind von den Krankenhäusern auch Angaben zu hygienebezogenen Themen anzugeben. Diese werden im Teil A der Qualitätsberichte abgebildet. So müssen seit dem Berichtsjahr 2012 die Anzahl der beschäftigten Krankenhaushygieniker, hygienebeauftragten Fachärzte und Hygienefachkräfte sowie hygienebeauftragten Pflegekräften angegeben werden. Die jeweiligen Fachbezeichnungen orientieren sich dabei an den Empfehlungen der KRINKO³⁴ sowie an den Krankenhaushygieneverordnungen auf Landesebene. Seit dem Jahr 2014 enthalten die Qualitätsberichte zudem Angaben zum hygienebezogenen Risikomanagement. In diesem Bereich sind die folgenden hygienebezogenen Struktur- und Leistungsdaten auszuführen:

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

³³ Vgl. Internetauftritt des G-BA: Die Aufgaben des G-BA beim Thema Hygiene, www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/hygiene/aufgabe/ (Abruf am 30.05.2017).

³⁴ Vgl. KRINKO-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2009, 52, S. 951–62.

- Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit MRSA-/MRE-/Noroviren besiedelten Patienten
- Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen³⁵

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

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

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

5.2 Qualitätsindikatoren zur Hygiene in der externen stationären Qualitätssicherung

Die externe stationäre Qualitätssicherung ist in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) geregelt. Bei der externen stationären Qualitätssicherung handelt es sich um ein bundeseinheitliches Verfahren, wonach Krankenhäuser bestimmte qualitätsrelevante medizinische und pflegerische Daten dokumentieren müssen. Mithilfe dieser Daten, die 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.³⁶

Dies betrifft die Erfassung der Häufigkeit von Antibiotikaphylaxen im zeitlichen Umfeld von Operationen sowie das Auftreten von nosokomialen Infektionen, z. B. postoperative Wundinfektionen oder Sepsis. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Leistungsbereichen Orthopädie und Unfallchirurgie, Herz- und Gefäßchirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe sowie Neonato-

³⁵ Vgl. G-BA-Veröffentlichung zum Maschinenverwertbaren Qualitätsbericht 2014 – Änderungen gegenüber 2013 (Stand: 25.02.2015), Auswahlliste A-12.3.2 „Hygienebezogenes Risikomanagement“, www.g-ba.de/downloads/17-98-3902/2_6-1_3_2015-02-25_VA1i_Aenderunguebersicht_Qb2013-Qb2014.pdf (Abruf am 30.05.2017).

³⁶ Vgl. Internetauftritt des G-BA: Die Aufgaben des G-BA beim Thema Hygiene, www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/hygiene/aufgabe/ (Abruf am 30.05.2017).

logie.³⁷ Die Daten der Krankenhäuser zu den entsprechenden Qualitätsindikatoren werden landes- und bundesweit ausgewertet und den Krankenhäusern zurückgespiegelt. Bei rechnerischen Auffälligkeiten wird ein sogenannter Strukturierter Dialog durchgeführt, um ggf. qualitative Defizite zu identifizieren und Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität einzuleiten.

Die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung werden seit 2001 jährlich bundesweit anonymisiert und einrichtungsübergreifend zusammengefasst und in einem Qualitätsreport veröffentlicht. Seit dem Berichtsjahr 2012 enthält der jährlich erscheinende Qualitätsreport ein Kapitel zu nosokomialen Infektionen. Im Qualitätsreport 2015³⁸ wurden 22 Qualitätsindikatoren in dem entsprechenden Kapitel analysiert und im Vergleich zum Erfassungsjahr 2014 dargestellt. In dem Bericht wird jedoch darauf hingewiesen, dass umfassende Anpassungen in den Qualitätssicherungsverfahren ab dem Erfassungsjahr 2015 vorgenommen wurden, die beispielsweise den Einschluss weiterer Patientengruppen betreffen. Dies führt zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der aktuellen Ergebnisse mit den Werten der Vorjahre. Beispielhaft sei die aktuell dem Bericht zu entnehmende Reduktion der Gesamtzahl postoperativer Wundinfektionen im Vergleich des Jahres 2015 mit den Daten aus dem Jahr 2014 zu nennen. Dazu, inwiefern diese Entwicklung tatsächlich auf einer reduzierten Infektionsrate oder womöglich den neuen Auslösebedingungen beruht, liegen keine Analysen vor. Neben den Qualitätsindikatoren wurden auch einzelne Datenfelder³⁹ aus verschiedenen Leistungsbereichen mit direktem Bezug zur Krankenhaushygiene bundesweit ausgewertet. Einrichtungsbezogen sind im Teil C der Qualitätsberichte der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2015 insgesamt sieben Qualitätsindikatoren mit einem Bezug zur Hygiene im Krankenhaus abzubilden (vgl. Anlage 25).

5.3 Entwicklung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

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

³⁷ Vgl. AQUA-Institut: Qualitätsreport 2013, S. 223–32, www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2013/AQUA-Qualitaetsreport-2013.pdf (Abruf am 30.05.2017).

³⁸ Vgl. IQTIG: Qualitätsreport 2015, S. 168–179, <https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qualitaetsreport/IQTIG-Qualitaetsreport-2015.pdf> (Abruf am 20.05.2017).

³⁹ Datenfelder bilden primär nicht die Grundlage eines spezifischen Indikators, sondern gehen u. a. in die Berechnung zusammensender Indikatoren als Teil einer Summe ein.

Im Abschlussbericht des Qualitätssicherungsverfahrens zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen wurden von einem entsprechenden Expertenpanel für den stationären Bereich fünf Indikatoren und für den ambulanten Bereich drei Indikatoren vorgeschlagen.⁴⁰ 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 sowie Indikatoren zum Händedesinfektionsmittelverbrauch entwickelt. Dieser umfasst zwölf Komponenten (Indikatoren), u. a. die leitliniengestützte perioperative Antibiotikaphylaxe, die Überprüfung der Compliance bzgl. Händedesinfektion 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.⁴¹ Elf dieser 22 Indikatoren reflektieren die Ergebnisqualität, wovon zehn Indikatoren die Zentrale Venenkatheter (ZVK)-assoziierte primäre Sepsisrate abbilden. Des Weiteren umfasst das Indikatorenset Prozessindikatoren zur Indikation (z. B. Indikation zur Anlage eines konventionellen ZVK), zur Blutkulturdiagnostik (z. B. Blutkulturdiagnostik bei über ICD kodierter Sepsis) und zu allgemeinen und spezifischen Hygienemaßnahmen (z. B. Händedesinfektionsmittelverbrauch).

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

Die Machbarkeitsprüfung im Rahmen des Verfahrens zur Vermeidung von postoperativen Wundinfektionen⁴² wurde von März bis August 2014 durchgeführt. Im Ergebnis der Prüfung zeigten sich keine Implementierungshindernisse, ein vertretbarer Aufwand und insgesamt eine

⁴⁰ Vgl. AQUA-Institut: Abschlussbericht des AQUA-Instituts zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (Stand: 28.06.2013), S. 137, https://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/Abschlussbericht_Vermeidung_nosokomialer_Infektionen_Postoperative_Wundinfektionen.pdf (Abruf am 30.05.2017).

⁴¹ Vgl. AQUA-Institut: Abschlussbericht des AQUA-Instituts zur Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen (Stand: 20.12.2012), S. 14, https://sgg.aqua-institut.de/downloads/Entwicklung/Nosokomiale_Infektionen/Abschlussbericht_ZVK.pdf (Abruf am 30.05.2017).

⁴² Vgl. AQUA-Institut: Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen, Erweiterte Machbarkeitsprüfung (Stand: 10.03.2015), https://sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/NosI_WI_MP_Bericht_V02.pdf (Abruf am 30.05.2017).

gute Akzeptanz des Verfahrens. Mit Beschluss vom 17.12.2015 wurde die Qesü-RL um dieses Qualitätssicherungsverfahren ergänzt.⁴³ Dieses umfasst die Instrumente der fallbezogenen Dokumentation beim Leistungserbringer, die Auswertung von Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie eine jahresbezogene Einrichtungsbefragung in Krankenhäusern und ambulant operierenden Arztpraxen. Die Datenerhebung begann am 01.01.2017, wobei zunächst ein Erprobungszeitraum von fünf Jahren und die anschließende Überführung in den Regelbetrieb geplant sind. Der G-BA hat die Veröffentlichung des Indikatorensets und der Dokumentation Einrichtungsbefragung zu diesem Qualitätssicherungsverfahren beschlossen.⁴⁴

Die Machbarkeitsprüfung zu dem Verfahren zur Vermeidung Gefäßkatheter-assoziiertes Infektionen wurde zwischen Mai und September 2014 durchgeführt. Im Januar 2015 wurde der entsprechende Bericht⁴⁵ vorgelegt und parallel dazu der Abschlussbericht über die Ergebnisse der empirischen Prüfung der Sozialdaten⁴⁶. Das AQUA-Institut kommt zu dem Ergebnis, dass zahlreiche Modifikationen notwendig wären, um das Verfahren im Regelbetrieb etablieren zu können. Unter den gegebenen Bedingungen wird eine Umsetzung in den Regelbetrieb zurzeit nicht empfohlen. Eine Ausnahme hiervon bildet der Aspekt der Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen bei Neu- und Frühgeborenen, für den eine Integration in das existierende esQS-Verfahren „Neonatologie“ vorgeschlagen wird. Dementsprechend wurden für die Datenerfassung 2017 Datenfelder zur Erfassung von ZVK-Infektionen in den Leistungsbereich Neonatologie aufgenommen.⁴⁷

⁴³ Vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung: Änderung in Teil 2 (Stand: 17.12.2015), https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2433/2015-12-17_Qesue-RL_Aenderung-Teil-2-Themenspez-Bestimm-QS-Wl.pdf (Abruf am 30.05.2017).

⁴⁴ Vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Indikatorensets Version 3.1 und der Dokumentation Einrichtungsbefragung Version 3.1 zum QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperative Wundinfektionen (Stand: 16.06.2016), https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2635/2016-06-16_Qesue-RL_Ver%C3%B6ffentlichung_QI-Set_QS-Wl_EB_inkl.%20Anlagen.pdf (Abruf am 30.05.2017).

⁴⁵ Vgl. AQUA-Institut: Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen, Erweiterte Machbarkeitsprüfung (Stand: 30.04.2015), https://sqq.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/Nosl_ZVK_MP_Bericht_V03.pdf (Abruf am 30.05.2017).

⁴⁶ Vgl. AQUA-Institut: Vermeidung nosokomialer Infektionen: Gefäßkatheter-assoziierte Infektionen, Empirische Prüfung (Stand: 30.04.2015), https://sqq.aqua-institut.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Nosokomiale-Infektionen/Nosl_ZVK_EP_Bericht_V03.pdf (Abruf am 30.05.2017).

⁴⁷ Vgl. IQTIG: Übersicht der Änderungen in der Spezifikation (Stand: 09.12.2016), https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2017/V04/Paketinformationen/2017_Uebersicht_DBDelta_V04.pdf (Abruf am 22.06.2017).

6. Andere Maßnahmen zu Hygiene und Infektionsprävention

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

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

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

Der Bewertungsausschuss Ärzte hat am 14.12.2011 im Gefolge der Novellierung des IfSG eine vertragsärztliche Vergütungsvereinbarung gemäß § 87 Abs. 2a S. 3 SGB V für die diagnostische Untersuchung von Risikopatienten und die ambulante Sanierung von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten beschlossen.⁴⁸ Aufgrund der zweijährigen Befristung vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014 wurden die Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA zunächst nicht direkt in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen, sondern als Sonderabrechnungsziffern in einer eigenen Vergütungsvereinbarung geführt. Da sich in diesem Zeitraum die Leistungen zur ambulanten MRSA-Diagnostik und -Sanierung im vertragsärztlichen Bereich etabliert haben, wurden diese durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses unbefristet in einen eigenen Abschnitt 30.12 „Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA“ des EBM mit Wirkung zum 01.04.2014 überführt. Die Vergütung dieses Leistungsbereichs erfolgt derzeit extrabudgetär und beinhaltet damit die Möglichkeit der Leistungserbringung und -abrechnung ohne Mengengrenzung, wobei perspektivisch eine Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zu prüfen ist. Mit Wirkung zum 01.07.2017 erfolgte eine Anpassung der Definition eines MRSA-Risikopatienten in Abschnitt 30.12 des EBM in Anlehnung an die aktualisierten „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“⁴⁹ der KRINKO.⁵⁰

⁴⁸ Vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 S. 1 SGB V in seiner 275. Sitzung (Stand: 01.07.2012), spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/verguetung_und_leistungen/beschluesse_ba_eba_durchfuehrungsempfehlungen_eg/beschluesse_ba_eba_ab_2012_07_01/2012-07-01_275_BA_MRSA.pdf (Abruf am 30.05.2017).

⁴⁹ Vgl. KRINKO-Empfehlung: Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprä-

Die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen zur ambulanten MRSA-Diagnostik und -Sanierung wurden zunächst in dem Anhang zum Abschnitt 30.12 des EBM geregelt. Mit Wirkung zum 01.07.2016 wurde dieser Anhang in eine Qualitätssicherungsvereinbarung⁵¹ überführt (gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) und damit in die Anlage 3 des Bundesmantelvertrages aufgenommen. Gemäß dieser Vereinbarung ist von den teilnehmenden Ärzten der Nachweis über eine Zusatzweiterbildung im Bereich Infektiologie und/oder der Teilnahme an einem von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten Fortbildungsseminar zu erbringen. Eine weitere Voraussetzung zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen zur ambulanten MRSA-Diagnostik und -Sanierung ist je nach regionalen Gegebenheiten die Mitwirkung des Arztes in einem sektorübergreifenden MRSA-Netzwerk (vgl. Abschnitt 6.3) oder die Inanspruchnahme einer entsprechenden Beratung durch geeignete Stellen.

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

Der G-BA hat mit einem Beschluss vom 23.01.2014 zur Änderung der Anlage der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) die Voraussetzung dafür geschaffen, dass die MRSA-Sanierungsbehandlung in der häuslichen Krankenpflege künftig eine GKV-Leistung ist.⁵² Diese Regelung knüpft u. a. an die zuvor beschriebene Regelung zur Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von MRSA-Trägern gemäß § 87 Abs. 2a SGB V an. Gemäß Nummer 26a des Leistungsverzeichnisses der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie umfassen die Maßnahmen je nach ärztlichem Sanierungsplan z. B. die antiseptische Behandlung der Nase, des Mund- und Rachenraumes oder der Haut. Diese Maßnahmen können grundsätzlich bei MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose und bestimmten Risikofaktoren zur Anwendung kommen. Die Maßnahmen sind ordnungsfähig im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von MRSA-Trägern. Der G-BA führt derzeit eine Evaluation seines Beschlusses durch.

vention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2014, 57 (6), S. 696–732.

⁵⁰ Vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-06-21_ba397_5.pdf (Abruf am 29.06.2017) sowie die Entscheidungserheblichen Gründe zum Beschluss, https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-06-21_ba397_eeg_5.pdf (Abruf am 29.06.2017).

⁵¹ Vgl. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA), https://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/qs/qs_mrsa.pdf (Abruf am 30.05.2017).

⁵² Vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie: MRSA-Eradikationstherapie (Stand: 23.01.2014), www.g-ba.de/downloads/39-261-1920/2014-01-23_HKP-RL-MRSA-Eradikationstherapie_Banz.pdf sowie die Tragenden Gründe zum Beschluss (Stand: 23.01.2014), www.g-ba.de/downloads/40-268-2675/2014-01-23_HKP-RL-MRSA-Eradikationstherapie_TrG.pdf (Abruf am 30.05.2017).

6.2 Prävention der Weiterverbreitung von MRSA in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen

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

2014 hat die KRINKO zusätzlich aktualisierte „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“⁵³ 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)⁵⁴, und Einrichtungen, deren Risikoprofil dem eines Pflegeheimes entspricht (hierfür wird keine zwingende Isolierung empfohlen)⁵⁵. Durch die geänderten Empfehlungen der KRINKO soll der Zugang von MRSA-besiedelten Patienten in die stationäre Rehabilitation vereinfacht werden.

Im Bereich der Pflege werden von der KRINKO neben den bereits erwähnten Empfehlungen zum Umgang mit MRE bzw. MRSA (z. B. keine zwingende Unterbringung im Einzelzimmer) u. a. gezielte Maßnahmen zur Prävention von spezifischen nosokomialen Infektionen sowie Empfehlungen zur Mundhygiene beschrieben.⁵⁶ 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).

⁵³ Vgl. KRINKO-Empfehlung: Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2014, 57 (6), S. 696–732.

⁵⁴ Dto.

⁵⁵ Vgl. KRINKO-Empfehlung: Infektionsprävention in Heimen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2005, 48 (9), S. 1061–80.

⁵⁶ Dto.

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

6.3 Sektorübergreifende Ansätze zur Bekämpfung multiresistenter Erreger

In den vergangenen Jahren wurden in der gesamten Bundesrepublik etwa 100 Netzwerke gegründet mit dem Ziel der Bekämpfung von MRSA bzw. weiteren MRE.⁵⁷ Eines der bekanntesten Beispiele und sozusagen die Geburtsstunde solcher Netzwerke ist das MRSA-net⁵⁸, welches bereits 2005 in der deutsch-niederländischen Grenzregion (Münsterland/Twente) ins Leben gerufen wurde. Regelmäßig treffen sich die Netzwerk-Moderatoren zum Erfahrungsaustausch. Im Dezember 2014 fand das 4. Treffen der Moderatoren der regionalen MRE-Netzwerke in Wernigerode statt, bei dem Erfahrungen ausgetauscht und insbesondere auch die positiven Weiterentwicklungen der Netzwerkaktivitäten im Verlauf des zehnjährigen Bestehens hervorgehoben wurden. Hierzu zählen insbesondere das umfassende Informations- und Weiterbildungsangebot sowie Erhebungen zum Auftreten von MRE in unterschiedlichen Sektoren und der gesunden Bevölkerung, durch die ein Überblick zu der aktuellen Resistenzsituation im Gesundheitswesen ermöglicht wird.⁵⁹ Zudem wurden weitere Erreger neben MRSA in die Aktivitäten der Netzwerke einbezogen. So ist zwar der MRSA-Anteil an nosokomialen *Staphylococcus aureus*-Infektionen seit Jahren rückläufig^{60, 61}, die Anzahl multiresistenter Stämme unter den gramnegativen Stäbchenbakterien (MRGN), z. B. bei den *Escherichia coli*-Erregern, nimmt jedoch zu. Besonders kritisch ist dabei der Anstieg an 4MRGN (z. B. *Acinetobacter baumannii*)⁶², welche eine Resistenz gegenüber allen vier klinisch relevanten Antibiotikagruppen aufweisen. Im Zuge dieses 4. Netzwerktreffens fand ein Austausch hinsichtlich entsprechender Meldepflichten und Screeningmaßnahmen zur Eindämmung dieser Erregergruppe statt. Im November

⁵⁷ Vgl. Internetauftritt des RKI: Regionale MRE-Netzwerke, http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html;jsessionid=A297EBC120EFF5A09191C47B1D698DD.2_cid363 (Abruf am: 30.05.2017).

⁵⁸ Vgl. Internetauftritt des Netzwerkes MRSA.net, www.mrsa-net.org/ (Abruf am: 30.05.2017).

⁵⁹ Vgl. RKI: Wo stehen wir 10 Jahre nach dem ersten Treffen am RKI? – Neue Herausforderung 4 MRGN, in: *Epidemiologisches Bulletin* 6/2016, S. 45–52.

⁶⁰ Vgl. Meyer, E., Schröder, C., Gastmeier, P., Geffers, C.: Rückgang von nosokomialen MRSA-Infektionen in Deutschland: Analyse aus dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) der Jahre 2007–2012, in: *Deutsches Ärzteblatt Int.*, 2014, 111 (19), S. 331–6.

⁶¹ Vgl. RKI: Eigenschaften, Häufigkeit und Verbreitung von MRSA in Deutschland – Update 2013/2014, in: *Epidemiologisches Bulletin* 31/2015, S. 303–8.

⁶² Vgl. König, R.: Abschied vom Händeschütteln sowie Im Kampf gegen die Erreger, in: *kma Das Gesundheitswirtschaftsmagazin*, August 2014, 19 (8): 52–59.

2016 fand das nunmehr 5. Netzwerktreffen in Wernigerode statt, in dem als zentrale Themen u. a. die aktuelle epidemische Lage und Erfahrungen mit der Meldepflicht erörtert wurden.⁶³

Um die weitere Ausbreitung dieser besonders gefährlichen Erreger zu vermeiden, wurde Ende 2014 ein Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN im § 64c SGB V gesetzlich verankert. Darin ist festgehalten, dass die im § 115 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Vertragspartner gemeinsam und einheitlich im Einvernehmen mit dem RKI die Durchführung eines Modellvorhabens vereinbaren, um Erkenntnisse zur Effektivität und zum Aufwand eines Screenings auf 4MRGN im Vorfeld eines planbaren Krankenhausaufenthaltes zu gewinnen. Das Modellvorhaben ist auf Risikopersonen nach Maßgabe der KRINKO-Empfehlungen^{64, 65} auszurichten und soll in mindestens einer Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt werden. Ein Modellvorhaben wurde im Jahr 2014 in Hamburg vereinbart und befindet sich derzeit in der Evaluationsphase.

6.4 Förderung eines rationalen Antibiotikaeinsatzes

Zur Prävention der weiteren Ausbreitung von MRE sollte primär der unkritische Umgang mit Antibiotika angegangen werden. Das ABS-Programm⁶⁶ ist dabei das bekannteste nationale Projekt zur Förderung der rationalen Antibiotikatherapie. Hierbei handelt es sich um eine Fortbildungsinitiative mit Expertennetzwerk mit dem Ziel der Verbesserung und Sicherstellung einer rationalen Antiinfektiva-Verordnungspraxis. Im Rahmen des ABS-Programms wurde auch die S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ erarbeitet und Ende 2013 veröffentlicht.⁶⁷

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 S. 2 IfSG) sowie auf Verlangen dem zuständigen Gesundheitsamt Ein-

⁶³ Vgl. Internetauftritt des RKI: Regionale MRE-Netzwerke, http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html;jsessionid=A297EBC120EFF5A09191C47B1D698DD.2_cid363 (Abruf am: 30.05.2017).

⁶⁴ Vgl. KRINKO-Empfehlung, Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2012, 55 (10), S. 1311-54.

⁶⁵ Vgl. RKI, Ergänzung zu den "Hygienemaßnahmen bei Infektionen oder Besiedlung mit multiresistenten gramnegativen Stäbchen" (2012) im Rahmen der Anpassung an die epidemiologische Situation, in: Epidemiologisches Bulletin 21/2014.

⁶⁶ Vgl. Internetauftritt der ABS-Initiative, www.antibiotic-stewardship.de (Abruf am 30.05.2017).

⁶⁷ Vgl. AWMF: S3-Leitlinie Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus (Stand: 07.12.2016), http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/092-0011_S3_Antibiotika_Anwendung_im_Krankenhaus_2013-verlaengert.pdf (Abruf am 30.05.2017).

sicht in die Aufzeichnungen gewähren müssen (§ 23 Abs. 4 S. 4 IfSG).⁶⁸ Jedoch besteht keine Pflicht zur Übermittlung von Daten zum Antibiotikagebrauch an nationale Auswertungsstellen, wie z. B. dem RKI. Somit fehlen bislang repräsentative Daten zum stationären Antibiotikaverbrauch auf Bundesebene. Bundesweite Daten zum durchschnittlichen Antibiotikaverbrauch im Krankenhaus sind zwar dem GERMAP-Bericht⁶⁹ (ein Antibiotikaverbrauchs- und -resistenz-atlas) zu entnehmen. Allerdings beruhen diese Daten derzeit auf einer Stichprobe von weniger als 10 % aller Akutkliniken und bieten somit keine zuverlässige Aussage, wenngleich sich die Datenbasis im aktuellen GERMAP-Bericht 2015 im Vergleich zum Vorbericht (2012) verbessert hat.

Im Rahmen der Deutschen Antibiotikaresistenzstrategie 2020 (DART 2020)⁷⁰ 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 ambulantem Verbrauch besteht, sind eine kritische Indikationsstellung und der indikationsgerechte Einsatz im ambulanten Bereich von großer Bedeutung. Die DART 2020-Strategie sieht den weiteren Ausbau der Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance (AVS) vor, um auf nationaler Ebene die Grundlage für Interventionsmaßnahmen zu bilden. Seit der Etablierung im Jahr 2014 erhöhte sich die Zahl der teilnehmenden Labore kontinuierlich. Derzeit nehmen 282 Krankenhäuser an der AVS teil.⁷¹ Auch die Datenlage zum Auftreten und zur Verbreitung antibiotikaresistenter Infektionserreger soll durch die Einrichtung der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) verbessert werden. Im Zwischenbericht zur DART 2020 wird festgestellt, dass sich die Zahl der teilnehmenden Labore von 2014 bis 2015 um fast 70 % erhöht hat und dies einen wichtigen Schritt zur Gewinnung repräsentativer Daten zu Resistenzentwicklungen darstellt.⁷²

Der hohe Antibiotikaverbrauch in der Veterinärmedizin wird zunehmend zu einem Problem. Da eine Übertragung resistenter Bakterien zwischen Tier und Mensch möglich ist, sollten Bemü-

⁶⁸ Zum Zeitpunkt der Berichterstellung war das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten noch nicht in Kraft getreten. Zukünftig werden auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, in diesem Abschnitt des IfSG umfasst sein.

⁶⁹ Vgl. Internetauftritt der Paul-Ehrlich-Gemeinschaft für Chemotherapie e. V., www.p-e-g.org/econtext/germap (Abruf am 30.05.2017); Bericht erstmalig 2008 veröffentlicht, letzte Aktualisierung aus dem Jahr 2015.

⁷⁰ Vgl. Internetauftritt des BMG: Die Bundesregierung (Hrsg.): DART 2020 – Antibiotikaresistenzen bekämpfen zum Wohl von Mensch und Tier (1. Auflage, Stand: Mai 2015), www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/krankenhausinfektionen/antibiotika-resistenzstrategie.html (Abruf am 30.05.2017).

⁷¹ Vgl. Internetauftritt des BMG: Die Bundesregierung (Hrsg.): DART 2020, 2. Zwischenbericht 2017 (Stand: Mai 2017), https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/DART_2020/DART2020_Zwischenbericht_2017.pdf (Abruf am 26.06.2017).

⁷² Dto.

hungen zur Förderung einer rationalen Antibiotika-Verordnungspraxis sowohl die Humanmedizin als auch die Veterinärmedizin einbeziehen („One-Health“-Ansatz). Daher werden im GERMAP-Bericht Antibiotikaverbrauchs- und -resistenzdaten in beiden Bereichen erfasst. Sektorübergreifende Maßnahmen werden zudem in der DART-Strategie adressiert. In der aktualisierten DART-Strategie 2020 wird beispielsweise eine Erneuerung der Forschungsvorhaben zu Zoonosen geplant. Des Weiteren wurde im Bereich Veterinärmedizin/Landwirtschaft mit der 16. Novelle des Arzneimittelgesetzes (16. AMGÄndG) ein Benchmarking-System mit bundesweiter Ermittlung von Kennzahlen zur Häufigkeit der Antibiotikatherapie bei Masttieren eingeführt.⁷³ Ein wichtiger Schritt zur Förderung eines rationalen Antibiotikaeinsatzes in der Landwirtschaft auf internationaler Ebene konnte auf dem G20-Treffen der Agrarminister im Januar 2017 erreicht werden. Dort gehörte die Problematik der Antibiotikaresistenzen zu den drei prioritären Beratungsthemen. Der verantwortliche Umgang mit Antibiotika in der Landwirtschaft wurde als gemeinsames Ziel hervorgehoben und konkret eine Verschreibungspflicht für den Antibiotikaeinsatz bei Tieren sowie der „Ausstieg aus dem Einsatz von Antibiotika zur Wachstumsförderung bei Lebensmittel liefernden Tieren bis 2020“⁷⁴ vereinbart.⁷⁵

Eine Reihe von Maßnahmen des 10-Punkte-Plans der Bundesregierung zur Bekämpfung resistenter Erreger zielt auf die Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen ab. Hierzu gehört u. a., die Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika zu ermöglichen. Diese Zielsetzung fand Eingang in den Pharmadialog, der unter Beteiligung von Vertretern aus Wissenschaft, Industrie, Gewerkschaft, der Bundesregierung und der pharmazeutischen Verbände stattfindet und in dem die Rahmenbedingungen für die Arzneimittelversorgung in Deutschland diskutiert werden. Der Bericht zum Treffen am 21.01.2016 fasst die Ergebnisse des 4. Pharmadialogs zusammen, in dem die Dialogpartner u. a. Maßnahmen zur Verzögerung von Resistenzbildung und zur Erforschung und Entwicklung neuer Antibiotika vereinbarten. Um Forschungs- und Entwicklungsprozesse zielgerichtet entsprechend den tatsächlichen Bedarfen zu gestalten, wurde beispielsweise die Erstellung einer Liste verabredet, auf der die weltweit wichtigsten bakteriellen Erreger und Resistenzen zusammengetragen werden sollen (List of threat organisms).⁷⁶ Das BMG fördert zudem die versorgungsnahe Forschung zu nosokomialen Infektio-

⁷³ Vgl. Internetauftritt des BMG: Die Bundesregierung (Hrsg.): DART 2020 – Antibiotikaresistenzen bekämpfen zum Wohl von Mensch und Tier (1. Auflage, Stand: Mai 2015), http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Ministerium/Broschueren/BMG_DART_2020_Bericht_dt.pdf (Abruf am 30.05.2017).

⁷⁴ Vgl. Internetauftritt der Bundesregierung: G20 Agrarminister Aktionsplan 2017, https://www.g20.org/Content/DE/_Anlagen/G7_G20/2017-01-22-g20-agrarminister-aktionsplan-deu.pdf;jsessionid=474616AB636164C0D722F5866E182DA1.s3t1?_blob=publicationFile&v=1 (Abruf am 26.06.2017).

⁷⁵ Vgl. Internetauftritt des Bundesministeriums für Landwirtschaft: „Meilenstein zur Reduzierung von Antibiotikaresistenzen“, <https://www.bmel.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/2017/009-G20Antibiotikaresistenzen.html> (Abruf am 26.06.2017).

⁷⁶ Vgl. Internetauftritt des BMG: BMG, BMWi, BMBF (Hrsg.): Bericht zu den Ergebnissen des Pharmadialogs (Stand: 12.06.2016), S. 20, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pharmadialog/Pharmadialog_Abschlussbericht.pdf (Abruf am 30.05.2017).

nen und Antibiotikaresistenzen im Rahmen der Ressortforschung. In einer entsprechenden öffentlichen Bekanntmachung vom 14.01.2016 wird u. a. auf die Förderung von Projekten zur Beurteilung der Effektivität bereits bestehender Maßnahmen zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen und nosokomialen Infektionen abgestellt.⁷⁷

Zudem identifizierte Deutschland anlässlich seiner G7-Präsidentschaft die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen als gemeinsame Aufgabe der internationalen Gemeinschaft. Auf dem Gesundheitsministertreffen am 08./09.10.2015 in Berlin beschlossen die G7-Gesundheitsminister wesentliche Maßnahmen zur Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen, die in der „Berliner Erklärung zu Antibiotikaresistenzen“ festgehalten wurden.⁷⁸ Hierzu zählen u. a. die Verbesserung von Infektionsprävention und -bekämpfung, die Bewahrung der Wirksamkeit vorhandener und künftiger Antibiotika sowie entsprechende Forschungsanstrengungen. Die getroffenen Vereinbarungen sind „ein wichtiger Grundstein für weitere Aktionen, die sich in naher Zukunft anschließen“⁷⁹. So führt die Bundesregierung auch im Zuge der G20-Präsidentschaft im Jahr 2017 die begonnenen Maßnahmen fort und thematisierte die Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen als ein Schwerpunktthema auf dem Treffen der Gesundheitsminister am 19./20.05.2017 in Berlin.

⁷⁷ Vgl. Öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Rahmen der Ressortforschung zum Thema „Antibiotika-Resistenz und nosokomiale Infektionen“, veröffentlicht am 14.01.2016, http://www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Resources/a_dokumente/gesundheitsforschung/160114_BK_ANNIE_BMG_final.pdf (Abruf am 30.05.2017).

⁷⁸ Vgl. BMG: Erklärung der G7-Gesundheitsministerinnen und -minister vom 8.-9. Oktober 2015 in Berlin, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/G7/G7_Gesundheitsminister_Erklärung_AMR_Ebola_DE.pdf (Abruf am 30.05.2017).

⁷⁹ Vgl. Internetauftritt des BMG: Die Bundesregierung (Hrsg.): DART 2020, Zwischenbericht anlässlich der WHA 2016 (Stand: Mai 2016), S. 4, https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMELV/DART2020Zwischenbericht_7924034.html (Abruf am 30.05.2017).

7. Fazit: Weiterhin rege Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms

Der vorliegende Bericht basiert auf Daten aus den Budgetverhandlungen der Jahre 2013 bis 2016 zu der Inanspruchnahme von Finanzmitteln aus dem Hygiene-Förderprogramm. Die Fördermaßnahmen umfassen zusätzliche Einstellungen von Hygienepersonal, interne Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen, die Durchführung von Fort- und Weiterbildungen sowie die Inanspruchnahme von externen Beratungsleistungen im Bereich Krankenhaushygiene. Für die Jahre 2013 bis 2015 wurden umfassende Korrektur- und Nachmeldungen vorgenommen, sodass sich die Angaben zum Vereinbarungsgeschehen dieser Jahre im Vergleich zu den Vorberichten an vielen Stellen geändert haben. Die vorliegenden Datenmeldungen belegen die weiterhin rege Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms durch die Krankenhäuser.

Im bisherigen Förderzeitraum haben 1.275 Krankenhäuser und somit etwa 84 % der förderfähigen Krankenhäuser die zusätzliche Finanzierungsmöglichkeit genutzt. Diese haben Vereinbarungen entweder differenziert zu mindestens einer Maßnahme (Personalaufstockung, Fort- und Weiterbildung, externe Beratungsleistungen) oder undifferenziert geschlossen oder aber pauschal einen vorläufigen Zuschlag abgerechnet. In den Jahren 2013 bis 2016 wurde diesen Krankenhäusern durch die GKV insgesamt ein Finanzbetrag in Höhe von rund 225 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Damit bewegt sich die durch die GKV insgesamt bereitgestellte Finanzsumme, wie auch in den letzten Berichten festgestellt, über den Erwartungen (169 Mio. Euro, ohne Beratungsleistungen, inkl. 6 Mio. Euro des zweiten Förderpakets). Für das Förderjahr 2016 übersteigt das insgesamt in Anspruch genommene Finanzvolumen (73,5 Mio. Euro) die Prognose (61,6 Mio. Euro), wobei insbesondere im Bereich der Fort- und Weiterbildung deutlich weniger Fördermittel vereinbart wurden als angenommen. Gleiches gilt für die insgesamt von 2013 bis 2016 vereinbarten Beträge: Während diese für Neueinstellungen, interne Besetzung und Aufstockung von Hygienepersonalstellen (154,1 Mio. Euro) die Vorausschätzung (102,3 Mio. Euro) übersteigen, wurde bislang nur etwa die Hälfte der erwarteten Beträge für Fort- und Weiterbildung (60,7 Mio. Euro) in Anspruch genommen (33,2 Mio. Euro). Auf die Inanspruchnahme externer Beratungsleistungen entfällt ein Finanzierungsanteil von etwa 13,9 Mio. Euro, während undifferenziert vereinbarte Beträge rund 23,5 Mio. Euro ausmachen. Bezogen auf die einzelnen Bundesländer fällt die Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms durch die Krankenhäuser zwar immer noch unterschiedlich aus, dennoch zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahresberichten ein homogener werdendes Bild.

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

zweiten Förderpakets ist damit eine Quote von ca. 48 % erreicht. Gemessen am prognostizierten Programmverlauf zeigt sich nach einem zügigen Programmeinstieg in den Jahren 2013 bis 2014 im Jahr 2016 eine weiterhin steigende Inanspruchnahme des Programms.

Die vorliegenden Bestätigungen aus den Jahresabschlussprüfungen belegen, dass die Vereinbarungen zunehmend in konkrete Maßnahmen in den teilnehmenden Krankenhäusern münden. Zum derzeitigen Meldestand zeigt sich beispielsweise, dass aus der für das Jahr 2014 vereinbarten Förderung bislang zusätzliche Vollkraftstellen für 244 Hygienefachkräfte und 733 hygienebeauftragte Ärzte erwachsen sind. Damit liegt auch weiterhin ein Schwerpunkt der Förderung im Bereich der Neueinstellungen, Aufstockungen oder internen Besetzung von Hygienepersonalstellen auf diesen beiden Berufsgruppen. Jeweils etwa die Hälfte der in diesem Jahr vereinbarten Finanzbeträge für die drei Förderarten wurde zweckentsprechend verwendet.

Dennoch sind Istdaten für die ersten Förderjahre bislang noch nicht vollständig verfügbar, sodass es sich hierbei zunächst um vorläufige Bewertungen handelt. Auf der aktuellen Datenbasis kann noch nicht umfassend beurteilt werden, inwiefern tatsächlich Auswirkungen auf den Bestand an Hygienepersonal und die Hygienequalität in Krankenhäusern erreicht werden konnten. Denkbar wäre künftig eine ergänzende Betrachtung der Angaben zum Hygienepersonal bzw. zu hygienebezogenen Qualitätsindikatoren (z. B. Raten von nosokomialen Infektionen) aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Ebenso bleibt abzuwarten, inwiefern sich künftig mögliche Auswirkungen des Förderprogramms auf die Hygienequalität in den bundesweiten Auswertungen der externen stationären Qualitätssicherung zu hygienebezogenen Indikatoren zeigen werden. Hierbei sind regelmäßige Anpassungen innerhalb der einzelnen Qualitätssicherungsverfahren und deren Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse einzelner Erfassungsjahre über den Zeitverlauf zu berücksichtigen.

Nosokomiale Infektionen werden auch durch andere Faktoren beeinflusst. Perspektivisch sollte der Nachweis angestrebt werden, inwiefern das Hygienesonderprogramm auch zu einer Verbesserung der hygienebezogenen Prozess- und Ergebnisqualität beiträgt, besonders in Bezug auf das Auftreten von nosokomialen Infektionen. Für eine umfassende Förderung der Hygienequalität sind weitere Maßnahmen (z. B. MRSA-Netzwerke) und andere Sektoren (ambulante Versorgung, Pflege, Rehabilitation) sowie die Verbesserung des Einsatzes von Antiinfektiva im Krankenhaus, in der ambulanten Versorgung und auch in der Tiermedizin in die Betrachtung einzubeziehen. Sektorenübergreifende Verfahren zur Sicherung und Verbesserung der Hygienequalität (z. B. Entwicklung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, Modellvorhaben zum Screening auf 4MRGN) stehen dabei noch am Anfang und müssen in den kommenden Jahren fortlaufend evaluiert und weiterentwickelt werden.

Anlagen

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

„(8) Die Landesregierungen haben bis zum 31. März 2012 durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über

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

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

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Baden-Württemberg	Beschäftigung eines 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	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
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	✓

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2016 (§ 4 Abs. 9 S. 6 KHEntgG) vom 30.06.2017

Seite 67 von 100

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Brandenburg	Beratung zu gewährleisten; Bedarf von Infektionsrisiko innerhalb des Krankenhauses abhängig; KRINKO-Empfehlung ist verbindlicher Orientierungsmaßstab	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil ein hygienebeauftragter Arzt zu bestellen; KRINKO-Empfehlung ist verbindlicher Orientierungsmaßstab	Personalbedarf unter Berücksichtigung von Behandlungsspektrum und Risikoprofil festzustellen; Bedarfsermittlung auf Grundlage der Risikobewertung gemäß KRINKO-Empfehlung	mindestens ein Hygienebeauftragter in der Pflege je Krankenhaus; bei mehreren Fachabteilungen mit besonderem Risikoprofil soll je ein gesonderter Beauftragter pro Fachabteilung bestellt werden; KRINKO-Empfehlung verbindlicher Orientierungsmaßstab	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
Bremen	ab 400 Betten mindestens einen Hygieniker beschäftigen oder beauftragen; bei < 400 Betten Tätigkeitsumfang in Relation „aufgestellte Betten : 400“	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil soll ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden; KRINKO-Empfehlung ist Maßstab	Personalbedarf muss Behandlungsspektrum und Risikoprofil berücksichtigen; Bedarfsermittlung auf Grundlage der Risikobewertung gemäß KRINKO-Empfehlung	keine Angabe	✓
Hamburg	ab > 400 Betten und mittlerem/hohem nosokomialen Infektionsrisiko mindestens ein Hygieniker in Vollzeit	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachabteilung mit besonderem Risikoprofil sollte ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden	Personalbedarf muss Behandlungsspektrum und Risikoprofil berücksichtigen; Bedarfsermittlung auf Grundlage der Risikobewertung gemäß KRINKO-Empfehlung	in allen Stationen oder sonstigen Funktionsbereichen sollen Hygienebeauftragte in der Pflege bestellt werden	✓
Hessen	ab 400 Betten mindestens ein Hygieniker zu beschäftigen; bei < 400 Betten Beschäftigung oder Beauftragung möglich; Tätigkeitsumfang in Relation „aufgestellte Betten : 400“	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; pro Abteilung mit speziellem Infektionsrisiko Bestellung eines weiteren hygienebeauftragten Arztes	0,5 VK HFK/100 aufgestellte Betten; ab 600 Betten ein Hygieneingenieur in Vollzeit	keine Angabe	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2016 (§ 4 Abs. 9 S. 6 KHEntgG) vom 30.06.2017

Seite 68 von 100

	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	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
Niedersachsen	Fachpersonal in ausreichender Zahl einsetzen; Zahl richtet sich nach einem Risikoprofil, das sich aus Behandlungsspektrum und der Gefahr für Patienten ergibt, sich nosokomial zu infizieren; Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen; Hygieniker und Hygienefachkräfte müssen nicht zum Personal der Einrichtung gehören			keine Angabe	✓ Verlängerung der Übergangsregelung bis zum 31.12.2019
Nordrhein-Westfalen	Beratung durch Hygieniker im Sinne der KRINKO-Empfehlung	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; jede Fachabteilung mit besonderem Risiko für nosokomiale Infektionen benennt einen hygienebeauftragten Arzt	Mindestzahl ergibt sich aus Anwendung der KRINKO-Empfehlungen; Bestimmungen gelten entsprechend bei einrichtungsübergreifender Beschäftigung	Benennung als konkrete Kontaktperson auf jeder Station und in jedem Funktionsbereich	keine Angabe
Rheinland-Pfalz	ab > 400 Betten und mittlerem/hohem nosokomialen Infektionsrisiko mindestens ein Hygieniker in Vollzeit; i. Ü. Beratung durch einrichtungsangehörige oder externe Krankenhaushygieniker möglich	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; je Fachrichtungen mit hohem Risiko für nosokomiale Infektionen soll ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden; KRINKO-Empfehlung als Orientierungsmaßstab	Bedarf maßgeblich von Infektionsrisiko innerhalb Krankenhaus abhängig; KRINKO-Empfehlung als Orientierungsmaßstab	sollen in allen Stationen oder sonstigen Funktionsbereichen bestellt werden	✓

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2016 (§ 4 Abs. 9 S. 6 KHEntgG) vom 30.06.2017

Seite 69 von 100

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

	Krankenhausthygieniker	Hygienebeauftragter Arzt	Hygienefachkräfte	Hygienebeauftragte in der Pflege	Übergangsregelung bis 31.12.2016*
Schleswig-Holstein	bei Schwerpunkt- und Maximalversorgung ein hauptamtlicher Hygieniker; sonst externe Beratung möglich; bei hauptamtlicher Beschäftigung Kooperation mit anderen Krankenhäusern möglich; bei Maximalversorgung mindestens ein Hygieniker pro Standort in Vollzeit (unterstützt durch Assistenzärzte)	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; bei mehreren Fachabteilungen mit besonderem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen soll für jede Fachabteilung ein hygienebeauftragter Arzt bestellt werden	sind in einer der Risikoeinstufung entsprechenden Anzahl zu beschäftigen; KRINKO-Empfehlung ist anzuwenden; Zusammen-schlüsse von Krankenhäusern können einrichtungsübergreifend Hygienefachkräfte beschäftigen	in der Verordnung Hygienebeauftragte in der Pflege und bei medizinischem Assistenzpersonal benannt als Ansprechpartner, aber keine gesonderte Vorgabe	✓
Thüringen	ab 400 Betten mindestens ein Hygieniker zu beschäftigen; bei < 400 Betten auch Beauftragung möglich; Tätigkeitsumfang in Relation „aufgestellte Betten : 400“	mindestens ein hygienebeauftragter Arzt; mindestens einen weiteren hygienebeauftragten Arzt für jede Fachabteilung mit speziellem Risiko für nosokomiale Infektionen	in einer der Risikoeinstufung entsprechenden Anzahl zu beschäftigen; KRINKO-Empfehlung gilt	keine Angabe	✓

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

Quelle: Hygieneverordnungen der Länder.

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

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

1. bei Neueinstellungen, interner Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von
 - a) Hygienefachkräften in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
 - b) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Höhe von 75 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
 - c) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
 - d) hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten in Höhe von 10 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten,
2. bei Fort- und Weiterbildungen
 - a) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 30 000 Euro,
 - b) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 15 000 Euro,
 - c) zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich 5 000 Euro,
 - d) zur Ärztin oder zum Arzt und zur Krankenhausapothekerin oder zum Krankenhausapotheker mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung

nung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro,

e) zur hygienebeauftragten Ärztin oder zum hygienebeauftragten Arzt durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 5 000 Euro und

f) zur Hygienefachkraft durch einen pauschalen Zuschuss von 10 000 Euro,

3. bei vertraglich vereinbarten externen Beratungsleistungen durch Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag;

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

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

Kosten im Rahmen von Satz 1 werden auch gefördert, wenn diese ab dem 1. August 2013 für erforderliche Neueinstellungen, Aufstockungen, Beratungen oder Fort- und Weiterbildungen zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes entstehen, die nach dem 4. August 2011 vorgenommen wurden. Für Maßnahmen nach den Sätzen 1 bis 3 haben die Vertragsparteien jährlich einen zusätzlichen Betrag als Prozentsatz des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 zu vereinbaren. Der dem Krankenhaus nach Satz 4 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a finanziert; der Zuschlag wird gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Absatz 8 Satz 4 und 7 bis 11 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 gelten entsprechend, wobei der Nachweis über die Stellenbesetzung und die zweckentsprechende Mittelverwendung berufsbildspezifisch zu erbringen ist.“

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

	1	2	3	4	5 (Summe 1 – 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme Spalte 1 – 4)
Baden-Württemberg	1,6	0,9	0,1	0,0	2,6	102
Bayern	2,2	1,4	0,3	0,0	3,9	150
Berlin	0,4	0,9	0,0	0,0	1,4	25
Brandenburg	0,2	0,5	0,1	0,0	0,8	36
Bremen	0,4	0,1	0,0	0,0	0,5	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
Hessen	1,6	0,9	0,2	0,0	2,8	82
Mecklenburg-Vorpommern	0,2	0,2	0,0	0,1	0,5	11
Niedersachsen	1,1	1,1	0,2	0,0	2,4	95
Nordrhein-Westfalen	1,7	1,6	0,2	1,0	4,5	121
Rheinland-Pfalz	0,3	0,3	0,1	0,0	0,7	34
Saarland	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	16
Sachsen	0,4	0,2	0,1	0,0	0,7	42
Sachsen-Anhalt	0,4	0,4	0,1	0,0	0,9	1
Schleswig-Holstein	0,3	0,3	0,1	0,2	1,0	22
Thüringen	0,4	0,3	0,0	0,0	0,7	26
gesamt	11,5	9,2	1,6	1,4	23,8	776

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

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

	1	2	3	4	5 (Summe 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	6,6	2,2	0,5	0,0	9,4	125
Bayern	10,0	3,4	0,9	0,0	14,2	185
Berlin	1,5	1,6	0,1	0,0	3,2	27
Brandenburg	1,2	0,9	0,4	0,0	2,5	44
Bremen	1,5	0,2	0,1	0,0	1,8	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	1
Hessen	6,6	2,0	0,8	0,0	9,4	88
Mecklenburg-Vorpommern	1,2	0,4	0,1	0,1	1,8	20
Niedersachsen	5,6	2,4	0,7	0,1	8,7	123
Nordrhein-Westfalen	8,0	2,4	0,8	4,2	15,4	131
Rheinland-Pfalz	1,3	0,7	0,2	0,1	2,2	41
Saarland	0,7	0,2	0,1	0,0	1,1	20
Sachsen	1,6	0,9	0,3	0,3	3,1	50
Sachsen-Anhalt	2,0	0,8	0,3	0,0	3,0	38
Schleswig-Holstein	1,5	0,6	0,3	0,4	2,9	34
Thüringen	1,9	0,6	0,1	0,0	2,6	32
gesamt	51,0	19,3	5,7	5,5	81,5	971

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

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

	1	2	3	4	5 (Summe 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	13,7	3,2	1,0	0,0	18,0	140
Bayern	20,9	5,5	1,8	0,0	28,2	234
Berlin	2,4	1,9	0,2	0,0	4,4	29
Brandenburg	2,4	1,1	0,6	0,0	4,1	44
Bremen	3,1	0,2	0,1	0,0	3,4	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	1,4	1,4	19
Hessen	12,5	2,7	1,4	0,0	16,6	91
Mecklenburg-Vorpommern	2,4	0,6	0,2	0,1	3,2	22
Niedersachsen	10,4	3,1	1,2	0,1	14,8	128
Nordrhein-Westfalen	13,7	3,1	1,1	10,7	28,5	278
Rheinland-Pfalz	3,2	0,9	0,3	0,1	4,5	56
Saarland	1,3	0,3	0,3	0,0	1,9	20
Sachsen	4,0	1,1	0,5	0,7	6,4	59
Sachsen-Anhalt	3,8	1,1	0,5	0,0	5,4	40
Schleswig-Holstein	3,2	0,8	0,6	0,4	5,1	42
Thüringen	4,1	0,9	0,2	0,0	5,1	35
gesamt	101,0	26,5	10,0	13,5	151,0	1.249

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

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

	1	2	3	4	5 (Summe 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	21,6	4,5	1,6	0,0	27,8	142
Bayern	35,2	7,6	3,0	0,0	45,8	245
Berlin	2,5	1,9	0,3	0,0	4,7	29
Brandenburg	3,2	1,1	0,7	0,0	5,0	45
Bremen	4,9	0,2	0,1	0,0	5,3	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	3,1	3,1	19
Hessen	16,8	3,3	1,7	0,0	21,8	94
Mecklenburg-Vorpommern	3,4	0,7	0,2	0,1	4,4	23
Niedersachsen	15,1	4,0	1,6	0,1	20,8	131
Nordrhein-Westfalen	20,4	3,7	1,4	18,9	44,4	280
Rheinland-Pfalz	4,2	0,9	0,4	0,1	5,6	56
Saarland	2,1	0,3	0,4	0,0	2,8	20
Sachsen	7,2	1,6	0,7	0,7	10,2	59
Sachsen-Anhalt	5,5	1,2	0,7	0,0	7,4	41
Schleswig-Holstein	5,1	1,0	0,8	0,5	7,4	44
Thüringen	7,0	1,0	0,3	0,0	8,3	35
gesamt	154,1	33,2	13,9	23,5	224,6	1.275

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 8 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2013 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Hygienebeauftragte Ärzte	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 4	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 4
	Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften				Mio. Euro	Anzahl
Baden-Württemberg	34,7	4,8	0,6	117,0	1,6	75
Bayern	56,8	3,9	0,0	171,3	2,2	121
Berlin	11,9	2,0	0,0	22,0	0,4	18
Brandenburg	3,0	1,1	1,0	15,3	0,2	19
Bremen	9,2	1,0	1,0	33,3	0,4	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	27,7	6,0	4,3	105,3	1,6	62
Mecklenburg-Vorpommern	2,3	1,0	0,0	11,9	0,2	9
Niedersachsen	30,0	3,6	0,0	89,2	1,1	70
Nordrhein-Westfalen	35,4	1,6	4,6	118,0	1,7	96
Rheinland-Pfalz	7,4	0,0	0,0	15,8	0,3	24
Saarland	4,0	0,0	0,0	10,6	0,1	11
Sachsen	14,4	0,8	0,0	16,0	0,4	27
Sachsen-Anhalt	5,3	0,7	0,6	17,3	0,4	29
Schleswig-Holstein	11,8	0,0	0,0	36,0	0,3	15
Thüringen	11,9	0,3	0,0	40,8	0,4	19
gesamt	265,7	26,8	12,0	819,5	11,5	607

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung mit derzeit noch geringen Summen verzichtet.

Anlage 9 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2014 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Hygienebeauftragte Ärzte	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 4	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 4
	Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften				Mio. Euro	Anzahl
Baden-Württemberg	58,3	9,4	1,0	137,7	5,0	89
Bayern	100,9	7,2	1,5	206,8	7,8	148
Berlin	15,3	3,0	0,0	24,0	1,0	20
Brandenburg	8,4	3,0	0,0	46,4	1,0	27
Bremen	11,9	1,0	1,0	33,3	1,1	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	52,4	6,8	5,8	138,0	5,0	74
Mecklenburg-Vorpommern	5,3	0,0	0,0	33,6	1,0	16
Niedersachsen	47,9	7,0	6,7	98,3	4,4	94
Nordrhein-Westfalen	65,8	4,6	4,3	196,6	6,3	108
Rheinland-Pfalz	5,7	1,0	0,0	19,5	0,9	29
Saarland	7,4	0,0	0,3	16,4	0,6	17
Sachsen	21,6	0,1	1,0	29,1	1,3	35
Sachsen-Anhalt	15,8	2,3	1,1	55,4	1,5	34
Schleswig-Holstein	22,5	1,5	0,0	41,1	1,2	22
Thüringen	20,8	1,1	0,8	55,1	1,5	24
gesamt	460,0	48,0	23,5	1.131,3	39,6	749

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung mit derzeit noch geringen Summen verzichtet.

Anlage 10 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2015 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Hygienebeauftragte Ärzte	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 4	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 4
	Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften				Mio. Euro	Anzahl
Baden-Württemberg	81,1	10,8	1,1	166,7	7,1	99
Bayern	208,7	9,1	2,1	313,6	10,9	179
Berlin	11,9	2,0	0,0	17,0	0,9	10
Brandenburg	16,3	3,0	1,2	35,6	1,2	28
Bremen	13,7	1,1	2,0	50,2	1,6	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hessen	56,6	6,1	8,6	134,7	5,9	71
Mecklenburg-Vorpommern	8,1	0,0	0,0	31,0	1,2	14
Niedersachsen	38,0	4,2	2,7	103,2	4,9	75
Nordrhein-Westfalen	62,3	5,0	4,5	159,8	5,7	74
Rheinland-Pfalz	1,5	0,0	0,0	5,0	1,9	36
Saarland	7,1	0,0	1,0	18,9	0,6	18
Sachsen	34,9	3,2	1,1	78,1	2,3	45
Sachsen-Anhalt	14,3	2,1	2,1	49,4	1,8	35
Schleswig-Holstein	27,2	0,0	1,4	45,3	1,7	25
Thüringen	24,8	1,1	2,4	88,2	2,2	28
gesamt	606,4	47,6	30,1	1.296,6	50,0	749

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung mit derzeit noch geringen Summen verzichtet.

Anlage 11 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2016 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Hygienebeauftragte Ärzte	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 4	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 4
	Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften				Mio. Euro	Anzahl
Baden-Württemberg	86,5	19,1	0,7	183,1	7,9	100
Bayern	170,1	12,4	5,2	355,8	14,3	198
Berlin	4,3	0,0	0,0	0,0	0,2	4
Brandenburg	7,2	1,1	1,0	13,3	0,7	15
Bremen	15,4	2,6	2,3	49,8	1,8	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hessen	37,7	1,8	13,2	72,9	4,3	50
Mecklenburg-Vorpommern	1,8	0,0	0,0	0,0	1,0	13
Niedersachsen	37,8	4,0	1,7	92,9	4,7	63
Nordrhein-Westfalen	62,8	3,8	9,5	181,8	6,7	74
Rheinland-Pfalz	2,8	0,0	0,0	14,0	1,0	22
Saarland	9,5	0,0	1,0	20,2	0,8	18
Sachsen	37,3	3,4	1,5	96,1	3,2	47
Sachsen-Anhalt	14,4	0,8	3,6	30,3	1,7	22
Schleswig-Holstein	24,9	0,0	3,3	49,5	1,9	20
Thüringen	28,3	1,8	4,9	122,8	2,9	28
gesamt	540,8	50,7	47,8	1.282,5	53,0	686

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung mit derzeit noch geringen Summen verzichtet.

Anlage 12 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	<p>Teil 4 Expertkurs (40 Std.) + Expertpraktikum (ca. 6 Wo.) Antibiotikastrategien mit Praktikum: ABS-Strukturen, -Maßnahmen & -Controlling</p> <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 <p>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.</p>
	Teil 1 Basiskurs (40 h)	
	<p>Antibioprophylaxe: Grundlagen, Mikrobiologie, Pharmakologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotikawirkung und Resistenzentstehung • Klinische Pharmakologie von Antibioprophylaxe (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 Antibioprophylaxe • Pharmakoökonomie • Therapiestrategien 	
	Teil 2 Fellowkurs (40 Std.)	
	<p>Infektiologie: Epidemiologie, Diagnostik, Leitlinien, Prävention</p> <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 	
2	Zeitraumen	<p>Mindestens 160 Stunden</p>
3	Teilnehmerzahl	<p>Maximal 30 Teilnehmer</p>
4	Qualifikation der Dozentinnen und Dozenten	<p>Fachärzte/innen oder Fachapotheker/innen, die infektiologisch besonders qualifiziert sind, dies sind insbesondere</p> <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 <p>Verantwortliche Kursleitung: Facharzt/ärztin mit Anerkennung als Infektiologe/in durch die Landesärztekammer oder die DGI</p>
5	Finanzierung	<p>Frei von Industriesponsoring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finanzierung der Kursorganisation • Finanzierung von Kursplätzen
1	Teil 3 Advancedkurs (40 Std.)	<p>ABS im Krankenhaus: Ziele, Voraussetzungen, Surveillance, Interventionen, Qualitätsmanagement</p> <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

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

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FA für Hygiene/ Umweltmedizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotika- therapieberatung	Hygiene- beauftragter Arzt	Hygiene- fachkraft	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 - 7
Baden-Württemberg	121	120	0	35	262	351	30	918	53
Bayern	30	60	35	90	310	890	10	1.425	84
Berlin	330	0	5	15	340	200	0	890	21
Brandenburg	0	0	65	30	170	250	0	515	29
Bremen	0	15	0	0	5	80	0	100	8
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	43	51	80	25	267	447	0	912	57
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	145	62	0	207	10
Niedersachsen	30	15	25	70	374	585	0	1.099	75
Nordrhein-Westfalen	30	0	58	80	475	918	50	1.611	92
Rheinland-Pfalz	30	15	5	15	99	110	0	274	21
Saarland	0	0	0	0	19	23	0	42	9
Sachsen	0	0	15	22	91	95	0	224	17
Sachsen-Anhalt	0	0	36	20	146	158	0	359	25
Schleswig-Holstein	30	0	20	51	35	194	0	330	15
Thüringen	0	0	35	25	34	237	0	332	20
gesamt	643	276	379	479	2.772	4.601	90	9.240	536

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 14 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FA für Hygiene/ Umweltmedizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapieberatung	Hygiene- beauftragter Arzt	Hygiene- fachkraft	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 - 7
Baden-Württemberg	151	155	30	90	376	397	120	1.319	75
Bayern	90	135	70	105	855	687	0	1.942	103
Berlin	330	0	5	5	225	170	0	735	17
Brandenburg	0	30	40	40	195	60	0	365	24
Bremen	0	15	5	5	5	30	0	60	4
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	60	60	130	105	365	375	0	1.095	61
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	10	0	115	56	0	181	12
Niedersachsen	30	30	53	115	643	407	0	1.278	83
Nordrhein-Westfalen	30	0	85	110	307	304	0	836	64
Rheinland-Pfalz	30	30	10	70	60	197	0	397	20
Saarland	0	0	5	0	79	95	0	179	15
Sachsen	0	0	25	35	388	194	0	642	30
Sachsen-Anhalt	60	0	45	40	100	160	0	405	26
Schleswig-Holstein	30	0	20	71	56	124	0	300	16
Thüringen	0	0	55	5	150	86	0	296	22
gesamt	811	455	588	796	3.918	3.342	120	10.031	572

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 15 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	FA für Hygiene/ Umweltmedizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapieberatung	Hygiene- beauftragter Arzt	Hygiene- fachkraft	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 - 7
Baden-Württemberg	91	135	37	150	310	275	0	998	54
Bayern	240	195	100	120	710	780	0	2.145	116
Berlin	150	0	5	0	50	40	0	245	6
Brandenburg	0	30	15	10	105	70	0	230	19
Bremen	0	0	20	5	10	0	0	35	4
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	90	30	60	55	305	170	0	710	42
Mecklenburg-Vorpommern	30	0	0	15	70	63	18	196	13
Niedersachsen	60	70	39	70	325	198	0	762	55
Nordrhein-Westfalen	30	15	25	95	340	135	0	640	39
Rheinland-Pfalz	30	30	15	20	30	80	0	205	15
Saarland	0	0	0	10	15	40	0	65	8
Sachsen	5	0	15	55	100	103	0	278	23
Sachsen-Anhalt	0	0	30	22	134	130	0	317	35
Schleswig-Holstein	30	0	15	25	26	85	0	181	15
Thüringen	0	0	20	10	165	52	0	247	16
gesamt	756	505	396	662	2.695	2.221	18	7.254	460

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 16 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2016 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapiebera-	Hygiene- beauftragter Arzt	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter- bildungen Infek- tiologie für FA	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme 1 - 7
Baden-Württemberg	182	180	20	160	470	150	0	90	60	1.312	59
Bayern	210	135	84	185	757	495	120	60	30	2.076	99
Berlin	30	0	1	0	0	0	0	0	0	31	2
Brandenburg	0	0	0	5	15	10	0	0	0	30	5
Bremen	0	0	10	0	10	0	0	0	30	50	5
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	90	45	5	115	165	80	60	0	0	560	30
Mecklenburg- Vorpommern	60	0	0	15	56	2	0	0	0	133	4
Niedersachsen	60	45	25	60	281	337	30	0	0	838	45
Nordrhein-Westfalen	30	30	60	90	195	150	60	0	0	615	36
Rheinland-Pfalz	0	0	15	20	35	0	0	0	0	70	7
Saarland	0	0	0	0	25	20	0	0	0	45	5
Sachsen	0	30	5	20	130	66	0	180	0	431	28
Sachsen-Anhalt	0	0	5	8	90	40	0	0	0	143	13
Schleswig-Holstein	60	15	5	5	40	78	0	0	0	203	10
Thüringen	0	0	5	25	63	0	0	0	0	93	8
gesamt	722	480	241	708	2.332	1.429	270	330	120	6.631	356

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 17 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	undifferenziert	Betrag 2013 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	69	25	54	148	83
Bayern	210	56	5	270	124
Berlin	22	6	10	38	10
Brandenburg	52	6	44	102	25
Bremen	17	13	0	30	7
Hamburg	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	239	239	67
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	9	9	6
Niedersachsen	140	35	0	174	52
Nordrhein-Westfalen	0	0	207	207	77
Rheinland-Pfalz	0	1	76	77	26
Saarland	6	2	11	19	12
Sachsen	0	0	82	82	21
Sachsen-Anhalt	17	10	63	90	25
Schleswig-Holstein	84	20	0	104	19
Thüringen	2	4	20	27	14
gesamt	617	178	820	1.615	568

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 18 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	undifferenziert	Betrag 2014 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	174	78	108	360	96
Bayern	513	121	19	653	146
Berlin	40	5	54	98	12
Brandenburg	168	0	106	274	36
Bremen	20	21	0	41	7
Hamburg	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	577	577	72
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	91	91	15
Niedersachsen	384	108	0	493	79
Nordrhein-Westfalen	0	0	561	561	90
Rheinland-Pfalz	0	2	121	122	28
Saarland	26	56	33	115	17
Sachsen	0	0	199	199	27
Sachsen-Anhalt	21	23	148	193	25
Schleswig-Holstein	194	49	0	243	20
Thüringen	0	8	71	79	16
gesamt	1.541	470	2.088	4.099	686

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 19 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	undifferenziert	Betrag 2015 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	407	59	62	528	102
Bayern	771	123	0	893	170
Berlin	4	0	70	74	9
Brandenburg	24	22	148	194	29
Bremen	16	20	0	36	6
Hamburg	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	570	570	64
Mecklenburg-Vorpommern	6	0	46	52	11
Niedersachsen	398	22	65	486	62
Nordrhein-Westfalen	2	0	330	333	56
Rheinland-Pfalz	0	0	144	144	34
Saarland	118	0	2	119	17
Sachsen	0	0	231	231	35
Sachsen-Anhalt	116	65	70	250	32
Schleswig-Holstein	235	45	1	281	26
Thüringen	32	55	0	87	16
gesamt	2.129	411	1.737	4.277	669

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 20 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2016 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2015 gesamt	Anzahl Krankenhäuser	Beträge 2013 – 2016 gesamt
Baden-Württemberg	476	12	4	3	89	584	99	1.620
Bayern	987	157	0	0	0	1.144	196	2.960
Berlin	49	1	0	0	0	50	5	260
Brandenburg	49	3	3	0	54	109	14	679
Bremen	8	18	0	0	0	27	5	133
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	0	0	340	340	47	1.725
Mecklenburg- Vorpommern	2	0	0	0	48	50	10	203
Niedersachsen	324	66	43	0	2	435	47	1.588
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	303	303	48	1.404
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	85	85	22	427
Saarland	94	0	12	0	4	110	17	363
Sachsen	0	0	0	0	178	178	35	690
Sachsen-Anhalt	123	83	8	0	0	215	14	747
Schleswig-Holstein	167	8	0	0	0	176	18	803
Thüringen	0	0	0	0	92	92	14	285
gesamt	2.279	349	70	3	1.196	3.897	591	13.888

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 21 Undifferenzierte Beträge nach Ländern (in Tausend Euro)

	2013		2014		2015		2016	
	Anzahl Krankenhäuser	Betrag	Anzahl Krankenhäuser	Betrag	Anzahl Krankenhäuser	Betrag	Anzahl Krankenhäuser	Betrag
Hamburg	2	40	11	261	19	1.064	19	1.700
Hessen	1	12	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	6	72	1	24	0	0	0	0
Niedersachsen	1	30	1	70	0	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	112	974	142	3.246	194	6.451	186	8.238
Rheinland-Pfalz	0	0	1	58	0	0	0	0
Saarland	2	44	0	0	0	0	0	0
Sachsen	1	47	1	235	2	458	0	0
Schleswig-Holstein	1	230	1	185	0	0	1	59
gesamt	126	1.449	158	4.079	215	7.974	206	9.996

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 22 Istdaten nach Ländern, 2013 (in Tausend Euro)

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Meldung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	55	39	63	988	673	119	870	617	109
Bayern	14	7	11	166	105	13	166	95	9
Berlin	5	6	2	187	670	5	187	655	5
Brandenburg	15	18	18	127	325	78	127	325	61
Bremen	12	8	7	405	100	30	119	30	11
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	35	33	37	1.095	525	157	1.095	505	157
Mecklenburg-Vorpommern	9	10	6	239	242	9	190	215	5
Niedersachsen	31	24	21	466	378	75	386	322	69
Nordrhein-Westfalen	93	91	74	2.177	1.616	211	2.130	1.606	207
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	10	7	11	120	32	15	120	22	14
Sachsen	25	16	20	373	212	80	283	162	45
Sachsen-Anhalt	22	20	19	417	305	77	359	220	69
Schleswig-Holstein	12	10	15	268	253	67	142	128	34
Thüringen	18	19	14	406	308	27	376	212	12
gesamt	356	308	318	7.434	5.744	962	6.552	5.113	807

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 23 Istdaten nach Ländern, 2014 (in Tausend Euro)

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Lieferung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	72	62	78	3.735	1.136	314	3.551	1.136	312
Bayern	1	0	1	13	0	1	13	0	0
Berlin	5	5	2	563	590	20	563	590	20
Brandenburg	14	11	18	478	220	179	478	215	179
Bremen	12	4	7	1.130	60	41	300	15	14
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	40	33	39	3.094	610	375	3.094	610	375
Mecklenburg-Vorpommern	17	10	15	1.032	258	88	748	33	29
Niedersachsen	29	22	25	1.555	320	215	1.424	233	170
Nordrhein-Westfalen	106	68	92	6.931	865	593	6.896	865	590
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	11	7	10	294	70	55	294	55	38
Sachsen	36	29	24	1.554	561	174	1.341	396	111
Sachsen-Anhalt	23	16	18	1.183	201	181	894	171	165
Schleswig-Holstein	16	13	14	832	185	103	497	94	75
Thüringen	22	22	13	1.449	298	74	1.357	175	29
gesamt	404	302	356	23.843	5.375	2.412	21.452	4.588	2.106

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 24 Istdaten nach Ländern, 2015 (in Tausend Euro)

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Lieferung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	79	46	86	5.224	886	458	4.710	781	435
Bayern	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Berlin	1	1	2	33	10	40	0	10	40
Brandenburg	7	5	8	264	45	93	264	45	57
Bremen	12	4	6	1.557	35	36	0	0	0
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	33	27	29	2.870	490	292	2.870	490	276
Mecklenburg-Vorpommern	14	13	11	1.170	196	52	102	26	16
Niedersachsen	18	13	18	1.386	215	134	1.207	101	112
Nordrhein-Westfalen	56	32	42	4.953	525	244	4.937	525	235
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	16	7	16	528	45	126	528	40	121
Sachsen	34	17	27	2.138	223	152	1.208	140	124
Sachsen-Anhalt	20	15	14	1.281	190	208	917	160	117
Schleswig-Holstein	11	5	13	961	91	91	518	35	58
Thüringen	19	5	7	1.733	70	20	348	45	14
gesamt	320	190	279	24.098	3.021	1.945	17.608	2.398	1.604

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 15.04.2017).

Anlage 25 Hygienebezogene Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung⁸⁰

Folgende Indikatoren wurden vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung im Teil C des Qualitätsberichtes geeignet bewertet:	
1	QI-ID 51994: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff (Leistungsbereich Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)
2	QI-ID 51085: Kinder mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie)
3	QI-ID 50060: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie)
4	QI-ID 51086: Anzahl nosokomialer Infektionen pro 100 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie)
5	QI-ID 50061: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder) (Leistungsbereich Neonatologie)
6	QI-ID 50045: perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung (Leistungsbereich Geburtshilfe)
7	QI-ID 52002: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff (Leistungsbereich implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation)

⁸⁰ Vgl. Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, Anhang 3 zu Anlage 1 (Stand: 24.11.2016), Tabelle A, https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1365/Qb-R_2016-11-24_iK-2016-12-23.pdf (Abruf: 31.05.2017).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Finanzierungsdauer und -höhe im Hygieneprogramm nach Förderarten (§ 4 Abs. 9 KHEntgG)	13
Abbildung 2	Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal	24
Abbildung 3	Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern	25
Abbildung 4	Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern	26
Abbildung 5	Prozentuale Verteilung der Fördermittel (2013 bis 2016)	32
Abbildung 6	Verteilung der Finanzmittel im Programmverlauf (2013 bis 2020)	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Hygienepersonal und Richtwerte	18
Tabelle 2	Bedarf an Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung	19
Tabelle 3	Bedarf an Krankenhaushygienikern pro Betten gemäß Risikoeinstufung	20
Tabelle 4	Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2016	22
Tabelle 5	Gesamtüberblick zu Krankenhäusern mit Vereinbarungen und bestätigten und unbestätigten Istdaten-Angaben in 2013 bis 2015 nach Förderarten	29
Tabelle 6	Überblick zur Förderung der Krankenhaushygiene (in Mio. Euro)	30
Tabelle 7	Überblick zu den Istdaten nach Förderarten 2013 bis 2015 (in Mio. Euro)	31
Tabelle 8	Geförderte Krankenhäuser nach Ländern (2013 bis 2016)	34
Tabelle 9	Vereinbarte Vollkräfte und Finanzbeträge im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung	36
Tabelle 10	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung (zusätzliche Vollkräfte (VK))	38
Tabelle 11	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung (Finanzbeträge in Mio. Euro)	39
Tabelle 12	Vereinbarte Beträge im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (2013 bis 2015)	43
Tabelle 13	Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (in Tausend Euro)	44
Tabelle 14	Vereinbarte Beträge im Förderbereich externe Beratungsleistungen (2013 bis 2015)	46
Tabelle 15	Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen (in Tausend Euro)	48

Abkürzungsverzeichnis

4MRGN	Multiresistente gramnegative Erreger mit Resistenz gegen alle vier Antibiotikagruppen
ABS	Antibiotic Stewardship
Abs.	Absatz
AMGÄndG	Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQUA-Institut	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ARS	Antibiotika-Resistenz-Surveillance
ART	Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie
AVS	Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance
BÄK	Bundesärztekammer
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BT	Bundestag
DART	Deutsche Antibiotikaresistenzstrategie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
esQS	externe stationäre Qualitätssicherung
FA	Facharzt/Fachärztin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz
HFK	Hygienefachkraft
Hrsg.	Herausgeber
i. V. m.	in Verbindung mit
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
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz

KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
Mio.	Millionen
MRE	multiresistente Erreger
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MRSA-KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
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
S.	Satz
SGB	Sozialgesetzbuch
VK	Vollkräfte
WHA	World Health Assembly (Weltgesundheitsversammlung)
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
z. B.	zum Beispiel
ZVK	Zentraler Venenkatheter