

Bericht
des GKV–Spitzenverbandes
zum Hygienesonderprogramm
in den Förderjahren 2013 bis 2021

an das Bundesministerium für Gesundheit

Berlin, 30.06.2022

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	9
2.1 Gesetzliche Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes	9
2.2 Landesrechtliche Regelungen	15
2.3 Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz	16
2.3.1 Änderungen mit dem Krankenhausstrukturgesetz	17
2.3.2 Änderungen mit dem MDK-Reformgesetz (ab dem Jahr 2020).....	18
2.3.3 Fördertatbestände im Einzelnen	20
2.4 KRINKO-Empfehlungen	25
2.5 Weitere gesetzliche Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene	29
3. Ausgangssituation.....	30
3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes	30
3.2 Hygienefachpersonal in Krankenhäusern.....	32
4. Umsetzung des Förderprogramms zur Krankenhaushygiene 2013 bis 2021	37
4.1 Datenmeldungen	37
4.2 Inanspruchnahme der Förderung: Vereinbarungs- und Istdaten.....	38
4.2.1 Hochrechnung für das Jahr 2020	39
4.2.2 Vereinbarungs- und Istdaten gesamt	40
4.2.3 Verteilung der Finanzmittel	42
4.2.4 Neueinstellung, interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen (Vereinbarungs- und Istdaten).....	48
4.2.5 Fort- und Weiterbildungen (Vereinbarungs- und Istdaten).....	58
4.2.6 Beratungsleistungen (Vereinbarungs- und Istdaten)	63
4.3 Sonderentwicklung im Coronajahr 2020	68
5. Fazit: Rege Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms bis zum Jahr 2019, weitere Entwicklung in den Jahren 2020 und 2021 bleibt noch abzuwarten	72
Anlagen.....	76
Anlage 1 Regelungen auf Landesebene nach § 23 Absatz 8 IfSG	76
Anlage 2 Hygieneverordnungen der Länder: Vorgaben zur personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Hygienepersonal	77

Anlage 3	Finanzielle Förderung zur Erfüllung der Anforderungen des IfSG nach § 4 Absatz 9 KHEntgG	83
Anlage 4	Förderung gesamt 2013 bis 2017 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	86
Anlage 5	Förderung gesamt 2013 bis 2018 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	87
Anlage 6	Förderung gesamt 2013 bis 2019 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	88
Anlage 7	Förderung gesamt 2013 bis 2020 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	89
Anlage 8	Förderung gesamt 2013 bis 2021 summiert nach Ländern (in Mio. Euro).....	90
Anlage 9	Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2017 (nach Ländern).....	91
Anlage 10	Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2018 (nach Ländern).....	92
Anlage 11	Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2019 (nach Ländern).....	93
Anlage 12	Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2020 (nach Ländern).....	94
Anlage 13	Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2021 (nach Ländern).....	95
Anlage 14	Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2017 (in Tausend Euro)	96
Anlage 15	Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro)	97
Anlage 16	Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2019 (in Tausend Euro)	98
Anlage 17	Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2020 (in Tausend Euro)	99
Anlage 18	Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2021 (in Tausend Euro)	100
Anlage 19	Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2017 (in Tausend Euro).....	101
Anlage 20	Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro).....	102
Anlage 21	Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2019 (in Tausend Euro).....	103
Anlage 22	Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2020 (in Tausend Euro).....	104
Anlage 23	Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2021 (in Tausend Euro).....	105
Anlage 24	Undifferenzierte Beträge nach Ländern* (in Tausend Euro).....	106
Anlage 25	Istdaten nach Ländern, 2017 (in Tausend Euro)	107
Anlage 26	Istdaten nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro)	108
Anlage 27	Istdaten nach Ländern, 2019 (in Tausend Euro)	109

Anlage 28 Istdaten nach Ländern, 2020 (in Tausend Euro)	110
Abbildungsverzeichnis	111
Tabellenverzeichnis	111
Abkürzungsverzeichnis	112

1. Zusammenfassung

Der GKV-Spitzenverband legt hiermit den achten Bericht zur Umsetzung des Hygienesonderprogramms nach § 4 Absatz 9 Satz 6 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit § 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung¹ vor. Dargestellt wird die Inanspruchnahme der Förderung durch die Krankenhäuser im Zeitraum 2013 bis 2021. Bei der Bewertung der Umsetzung ist zu beachten, dass die Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen für das Jahr 2021 größtenteils und für das Jahr 2020 zu einem großen Teil aus verschiedenen Gründen (unter anderem Konflikte bei der Vereinbarung der Pflegebudgets, Coronapandemie) noch nicht abgeschlossen sind. So lagen zum Zeitpunkt der Datenmeldungen (13.04.2022) für weniger als die Hälfte der Krankenhäuser Budgetabschlüsse für das Jahr 2020 (45 %) und lediglich für 20 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser Budgetabschlüsse für das Jahr 2021 vor. Zum Vergleich sind für das Jahr 2019 85 % der Budgets vereinbart. Aus diesem Grunde kann die Inanspruchnahme des Hygiene-Förderprogramms im Jahr 2020 und 2021 anhand der vorliegenden Datenmeldungen noch nicht abschließend beurteilt werden. Auf Basis des gegenüber dem Vorjahresbericht aktualisierten Datenbestandes für das Jahr 2020 kann die weitere Entwicklung der Inanspruchnahme im Jahr 2020 aber zumindest näherungsweise über eine Hochrechnung auf die Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser nach Abschnitt 4.2.1 abgebildet werden.

Zur Inanspruchnahme im Förderjahr 2021 kann hingegen allenfalls ausschnittsweise ein erster Eindruck auf Basis von Vereinbarungsdaten gegeben werden. Eine Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser ist auf Basis des sehr geringfügigen Datenbestandes nicht sinnvoll möglich. Bezüglich der tatsächlichen Umsetzung auf Basis der Istdaten in den Jahren 2019 und 2020 können auch nur sehr eingeschränkte Bewertungen vorgenommen werden, da aufgrund der für das Jahr 2021 größtenteils und für das Jahr 2020 zu einem großen Teil noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen bislang auch nur eingeschränkt Testate der Jahresabschlussprüfer für die Jahre 2019 und 2020 vorliegen.

Das Hygienesonderprogramm umfasst drei Förderbereiche:

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

Die geförderten Bereiche gliedern sich auf in verschiedene Berufsbilder, deren Förderhöhe und -dauer variieren. Ab dem Jahr 2023 geht die krankenhausbegleitende Zuschlagsfinanzierung der Personalkosten von Hygienepersonal durch Einrechnung in die Landesbasisfallwerte in eine

¹ In der vor dem 01.01.2021 geltenden Fassung.

dauerhafte Zusatzfinanzierung bei allen Krankenhäusern über. Für Fördermaßnahmen der Fort- und Weiterbildung sowie Beratungsleistungen erfolgt die krankenhausesbezogene Finanzierung über Zuschläge bis maximal 2026.

In dem vorliegenden Bericht wird die Umsetzung der Förderung in den Jahren 2013 bis 2021 auf Basis von Krankenkassendaten dargestellt. Insgesamt wurden den Krankenhäusern im bisherigen Förderzeitraum durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) etwa 672,3 Mio. Euro für die Verbesserung der Ausstattung mit Hygienepersonal zusätzlich zur Verfügung gestellt. 1.403 Krankenhäuser haben seit dem Programmstart von diesen Mitteln profitiert. Im Vergleich mit den Vorjahresberichten liegt auch weiterhin der Schwerpunkt der Förderung mit ca. 502,2 Mio. Euro auf der Neueinstellung von Hygienepersonal, der internen Besetzung neu geschaffener Stellen sowie der Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen. Für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden rund 67,7 Mio. Euro und für externe Beratungsleistungen etwa 37,9 Mio. Euro vereinbart. Darüber hinaus sind Beträge in einer Höhe von rund 64,6 Mio. Euro infolge undifferenzierter Vereinbarungen und pauschaler Zuschläge an die Krankenhäuser geflossen.

Der vorliegende Bericht zeigt über die einzelnen Förderjahre hinweg nach einem zügigen Programmeinstieg bis zum Jahr 2019 eine stetig steigende Inanspruchnahme von Fördermitteln aus dem Hygienesonderprogramm. Die weitere Entwicklung der Inanspruchnahme in den Jahren 2020 und 2021 kann anhand der bisherigen Datenmeldungen noch nicht beurteilt werden. Bisher weisen die Datenmeldungen für 2020 und 2021 deutliche Rückgänge der Inanspruchnahme nach (- 49 % bzw. - 79 % gegenüber 2019). Die Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser ist nach bisherigem Datenmeldestand ebenfalls stark rückläufig. Auf Grundlage der gegenüber dem Vorjahr aktualisierten Datenbasis kann die Inanspruchnahme im Coronajahr 2020 durch eine Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser gemäß Abschnitt 4.2.1 aber zumindest näherungsweise betrachtet werden. Die Hochrechnung legt nahe, dass die tatsächliche Inanspruchnahme im Jahr 2020 bei etwa 133,6 Mio. Euro liegen dürfte. Damit ist auch für das Jahr 2020 mit dem Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen mit einer weiter steigenden Inanspruchnahme des Hygiene-Förderprogramms zu rechnen.

Die Daten aus den noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen bleiben abzuwarten, bevor die Inanspruchnahme in den Jahren 2020 und 2021 abschließend bewertet und eingeordnet werden kann. Eine Einschätzung hierzu erfolgt daher erst in den Folgeberichten.

Die insgesamt verausgabten Mittel liegen, wie in den Vorjahresberichten, oberhalb des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) prognostizierten Finanzvolumens für den Zeitraum 2013 bis 2020. Bestätigungen aus den Jahresabschlussprüfungen für die Jahre 2013 bis 2020 stehen bislang in begrenztem Umfang zur Verfügung, sprechen aber zumindest bis zum Jahr 2017 für einen stetigen Zuwachs an Hygienefachpersonal aller umfassten Berufsgruppen (mit

Ausnahme der hygienebeauftragten Ärzte², für die die Förderung im Jahr 2016 ausgelaufen ist). In den Jahren 2018 und 2019 ist das eingesetzte zusätzliche Hygienefachpersonal gegenüber dem Ausgangspersonalbestand in allen Berufsgruppen etwas rückläufig. Ab dem Jahr 2020 zeichnet sich anhand der vorliegenden Datenmeldungen ein Abwärtstrend ab (der Zuwachs an Hygienefachpersonal ist um 73 % bis 85 % rückläufig gegenüber dem Zuwachs an Hygienefachpersonal im Jahr 2019). Die Rückgänge sind nur für die Umsetzung von zusätzlichen Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie weniger stark (- 45 %). Die durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Beträge zeichnen ein ähnliches Bild (hier werden um 77 % bis 82 % niedrigere Beträge bestätigt als noch im Jahr 2019). Auch hier sind die Beträge für die Neueinstellung von Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie weniger stark rückläufig (- 58 %). Die Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und von externen Beratungsleistungen ist in den teilnehmenden Krankenhäusern bis 2019 relativ konstant geblieben. Im Coronajahr 2020 zeigen sich hier deutliche Rückgänge gegenüber der Inanspruchnahme im Jahr 2019 (- 89 % bzw. - 80 %). Legt man die Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser gemäß Abschnitt 4.2.1 zugrunde, sind die Rückgänge in allen Bereichen entsprechend weniger stark. Die Hochrechnung für 2020 deutet nur für die Umsetzung von zusätzlichen Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie eine gegenüber 2019 verstärkte Inanspruchnahme an. Die Umsetzung kann aber aufgrund der wenigen bisher vorliegenden Testate durch Jahresabschlussprüfer derzeit noch nicht bewertet werden.

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

In der Gesamtschau lässt sich festhalten, dass die Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms rege ausfällt und im Gesamtförderzeitraum bis zum Jahr 2019 die

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

³ Vergleiche Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2018 an das Bundesministerium für Gesundheit vom 28.06.2019, Seiten 55-66, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/hygiene/2019_06_28_KH_5.Bericht_Hygienesonderprogramm.pdf (Abruf am 20.05.2022).

Erwartungen des BMG deutlich übertrifft. Die Inanspruchnahme in den Jahren 2020 und 2021 kann mit den vorliegenden Datenmeldungen noch nicht beurteilt werden. Bisher konnte anhand der Datenlieferungen für das Jahr 2020 keine Übererfüllung festgestellt werden. Auf eine Ausweisung für das Jahr 2021 wird aufgrund des sehr geringen Datenmeldestandes und des Fehlens einer Prognose verzichtet. Es ist aber zu erwarten, dass mit Vorliegen der noch ausstehenden Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 in den Folgeberichten wieder eine deutliche Übererfüllung der Erwartungen nachgewiesen werden kann (eine Hochrechnung der bisher vorliegenden Daten für das Jahr 2020 auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser deutet auf eine Übererfüllungsquote von 120 % hin). Eine abschließende Beurteilung ist erst im Folgebericht für das Jahr 2022 möglich. In der Förderung werden Berufsgruppen adressiert, deren Expertise speziell in der Coronapandemie sehr gefragt ist. Dies sind insbesondere die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Auch durch die mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) erfolgte Ergänzung eines Schwerpunkts im Bereich der Infektiologie wurden Weichen für die Pandemiebewältigung gestellt. Im Vorbericht wurde die Annahme getroffen, dass gerade in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 verstärkt auf die fachliche Expertise aus diesen beiden Bereichen zurückgegriffen wurde. Eine verstärkte Inanspruchnahme im Coronajahr 2020 lässt sich anhand der bisherigen Datenmeldungen allerdings nicht erkennen. Die Vereinbarungsdaten für die spezifischen Berufsgruppen sind in allen Förderarten gegenüber dem Vorjahr rückläufig. Auch die durch Jahresabschlussprüfer bestätigte Umsetzung ist in allen Bereichen deutlich rückläufig.

Einzigste Ausnahme ist die Vereinbarungssumme für Beratungsleistungen durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, die sich gegenüber 2019 etwas mehr als verdoppelt hat. Eine verstärkte Inanspruchnahme situativer Beratungsleistungen in Pandemiezeiten erscheint durchaus plausibel. Eine tatsächliche Umsetzung der verstärkt vereinbarten Beratungsleistungen lässt sich bisher allerdings nicht nachweisen. Zieht man die Hochrechnung für 2020 heran, zeigt sich neben dem sehr starken Anstieg bei der Vereinbarung von externen Beratungsleistungen durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie eine verstärkte Inanspruchnahme bei den Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in den Förderarten 2 (Fort- und Weiterbildung) und 3 (externe Beratung) sowie bei der Stellenbesetzung durch Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in der Förderart 1. Eine verstärkte tatsächliche Umsetzung lässt sich aber auch aus der Hochrechnung bisher nicht ableiten. Die Entwicklung der Inanspruchnahme im Coronajahr 2020 ist in den Folgeberichten abschließend zu bewerten.

2. Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene

2.1 Gesetzliche Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes

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

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

⁴ Vergleiche Internetauftritt des RKI: Falldefinitionen, http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Falldefinition/falldefinition_node.html (Abruf am 20.05.2022).

⁵ Vergleiche Internetauftritt des RKI: Infektionsschutzgesetz (IfSG), http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg_node.html (Abruf am 20.05.2022).

⁶ Vergleiche Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze, Drucksache 17/5178 vom 22.03.2011, Seite 12, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/051/1705178.pdf> (Abruf am 20.05.2022).

Hygienepersonal nach § 4 Absatz 9 KHEntgG relevant. Diese werden in Abschnitt 2.4 ausführlich dargestellt.

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

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten (Bundestag-Drucksache 18/12604) wurden weitere Schritte zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen eingeleitet.⁹ So sieht das Gesetz vor, dass bis zum Jahr 2021 ein elektronisches Meldewesen durch das RKI aufzubauen ist. Zudem sollen weitere Anpassungen der Bestimmungen zu den Meldepflichten dazu beitragen, nosokomiale Infektionen, Kolonisationen und das Ausbruchsgeschehen künftig noch besser zu erfassen und zu managen. Mit dem am 01.01.2019 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (PpSG) wurde unter anderem die Liste der Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 IfSG, für welche die Empfehlungen der KRINKO und ART verbindlich sind, erweitert.¹⁰ Die gesetzlichen Meldepflichten werden stetig erweitert, z. B. mit dem Masernschutzgesetz (Bundestag-Drucksache 19/13452)¹¹ um die Erkrankung und den Tod in Bezug auf eine behandlungsbedürftige Tuberkulose, die *Clostridioides-difficile*-Infektion mit definiertem klinisch schwerem Verlauf oder das Erkranken oder Versterben an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis infolge einer Maserninfektion.

Im Zuge der Verbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 wurde das IfSG durch mehrere Gesetze geändert und ergänzt. Da es sich hierbei um tiefgreifende und zum Teil

⁷ Vergleiche 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 20.05.2022).

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

⁹ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nummer 49: Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten, vom 17.07.2017, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2615.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2615.pdf%27%5D_1525424167865 (Abruf am 20.05.2022).

¹⁰ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nummer 45: Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), vom 11.12.2018, Seiten 2400–02, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D_1554706562508 (Abruf am 20.05.2022).

¹¹ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nummer 6: Gesetz für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), vom 10.02.2020, Seite 148–57, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=%2F%2F%2A%5B%40attr_id=%27bgbl120s0148.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0148.pdf%27%5D_1652974717447 (Abruf am 20.05.2022).

strukturelle Änderungen handelt, werden diese im Folgenden über die für diesen Bericht besonders relevanten Aspekte hinaus in ihren Grundzügen erläutert.

Zu Beginn stellte der Deutsche Bundestag am 25.03.2020 mit Wirkung zum 28.03.2020 auf Grundlage der Neufassung der §§ 5 und 5a IfSG durch das Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite erstmals eine epidemische Lage von nationaler Tragweite fest.¹² Durch die Feststellung wird unter anderem das BMG ermächtigt, durch Anordnung oder Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates bestimmte Krisenreaktionsmaßnahmen zu ergreifen. Hierzu zählen z. B. die Anordnung von Einreisebestimmungen und Rechtsverordnungen zur Grundversorgung mit Arzneimitteln, einschließlich Betäubungsmitteln, Medizinprodukten, Labordiagnostik, Hilfsmitteln, Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung und Produkten zur Desinfektion, sowie zur Stärkung der personellen Ressourcen im Gesundheitswesen, z. B. auch durch Gestattung der Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten für definierte nichtärztliche Berufsgruppen. Darüber hinaus wird das RKI in den §§ 4 und 5 IfSG als nationale Behörde zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten aufgewertet und mit neuen Kooperations- und Koordinationsaufgaben betraut.

Ziel des Gesetzes ist, die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems in einem, die gesamte Bundesrepublik Deutschland betreffenden seuchenrechtlichen Notfall sicherzustellen und negative finanzielle Folgewirkungen abzumildern. Bislang konnten Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nur durch die nach Landesrecht zuständigen Behörden angeordnet werden und eine ergänzende Zuständigkeit des Bundes war auch im Krisenfall nicht vorgesehen. Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite enden mit Aufhebung der Feststellung oder spätestens nach Ablauf der Befristung zum 31.03.2021 (Bundestag-Drucksache 19/18111).¹³

Mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird das IfSG weiterentwickelt und präzisiert.¹⁴ Neu hinzugekommen ist beispielsweise eine dauerhafte gesetzliche namentliche Meldepflicht der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) in Bezug auf alle Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle einschließlich der Angaben zur Genesung und zum Serostatus nach § 6 Absatz 1 Satz 1

¹² Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nummer 14: Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27.03.2020, Seite 587,

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%5B@attr_id=%27bgbl120s0587.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s0587.pdf%27%5D_1625519144622 (Abruf am 16.05.2022).

¹³ Vergleiche Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, Drucksache 19/18111 vom 24.03.2020, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/181/1918111.pdf> (Abruf am 16.05.2022).

¹⁴ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nummer 23: Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19.05.2020, Seite 1018,

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%5B@attr_id=%27bgbl120s1018.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s1018.pdf%27%5D_1625519859785 (Abruf am 16.05.2022).

Nummer 1t in Verbindung mit § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1n IfSG sowie des Nachweises über den Krankheitserreger Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus (SARS-CoV) und Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 44a IfSG. Zusätzlich wird eine nichtnamentliche Meldepflicht der Untersuchungsergebnisse auch negativer Labortests im § 7 Absatz 4 IfSG eingeführt. Darüber hinaus kann das BMG im Rahmen einer Verordnungsermächtigung gemäß § 13 Absatz 4 IfSG für Zwecke der Überwachung der Verbreitung von Krankheitserregern bestimmte Meldepflichtige verpflichten, pseudonymisierte Daten über von ihnen untersuchte Proben in Bezug auf bestimmte Krankheitserreger an das RKI (laborbasierte Surveillance) zu übermitteln. Das Gesetz enthält zudem weitere Ergänzungen zu den Maßnahmen, die das BMG durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates erlassen kann, z. B. die Ergänzung um Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung mit Impfstoffen oder zu abweichenden Regelungen zur Ausbildung in definierten Gesundheitsfachberufen (Bundestag-Drucksache 19/18967).¹⁵

Mit dem Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wird das BMG im § 13 IfSG schließlich ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit bzw. ohne Zustimmung des Bundesrates neue Formen der Surveillance, darunter neben der bereits bestehenden molekularen die virologische Surveillance oder die syndromische Surveillance, beim RKI zu etablieren.¹⁶ Für die syndromische Surveillance können Meldepflichtige, wie z. B. Krankenhäuser, verpflichtet werden, Daten über von ihnen untersuchte Patienten in Bezug auf die Diagnose akuter respiratorischer Erkrankungen in pseudonymisierter Form zu übermitteln. Die nichtnamentliche Meldepflicht des Untersuchungsergebnisses im Hinblick auf einen negativen Nachweis einer SARS-CoV-2-Infektion im § 7 Absatz 4 IfSG wird zur Entlastung der Meldepflichtigen wieder aufgehoben (Bundestag-Drucksache 19/23944).¹⁷

Mit dem Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen wird sichergestellt, dass die Regelungen zu Anordnungen oder Rechtsverordnungen im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5

¹⁵ Vergleiche Deutscher Bundestag: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, Drucksache 19/18967 vom 05.05.2020, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/189/1918967.pdf> (Abruf am 16.05.2022).

¹⁶ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2020 Teil I Nummer 52: Drittes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18.11.2020, Seite 2397, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=%2F%2F%2A%5B%40attr_id=%27bgbl120s2397.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl120s2397.pdf%27%5D__1625520258357 (Abruf am 16.05.2022).

¹⁷ Vergleiche Deutscher Bundestag: Entwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, Drucksache 19/23944 vom 03.11.2020, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/239/1923944.pdf?fbclid=IwAR1hA0qXzuTHUQysFOu5MXow33xll88yVu-KRMNzuhToSi0fRrreecsp22o> (Abruf am 16.05.2022).

IfSG grundsätzlich weiterhin bestehen bleiben.¹⁸ Die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite bzw. die Feststellung des Fortbestehens muss von nun an allerdings spätestens innerhalb von drei Monaten durch den Deutschen Bundestag bestätigt werden. Bisher auf den 31.03.2021 befristete Maßnahmen und die auf den 31.03.2022 befristete Rechtsverordnung über abweichende Regelungen von den Berufsgesetzen der Gesundheitsfachberufe werden damit entfristet und an die Feststellung bzw. Fortgeltung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite geknüpft. Das Fortbestehen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurde am 18.11.2020, am 04.03.2021, am 11.06.2021 sowie am 25.08.2021 durch den Deutschen Bundestag festgestellt.¹⁹ Sie endete mit Ablauf des 25.11.2021.²⁰ Darüber hinaus soll das Regelungsinstrument wissenschaftlich evaluiert werden und das Ergebnis der Evaluation inklusive einer Stellungnahme der Bundesregierung soll dem Deutschen Bundestag bis zum 31.03.2022 zur Verfügung gestellt werden (Bundestag Drucksache 19/26545).²¹

Mit dem Vierten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurden schließlich im § 28b IfSG bundesweit einheitliche Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit bei besonderem Infektionsgeschehen getroffen.²² Außerdem wurde im § 28c IfSG eine Verordnungsermächtigung der Bundesregierung ergänzt, wonach mittels Rechtsverordnung besondere Regelungen für Geimpfte, Getestete und vergleichbare Personen erlassen werden können. Das Gesetz wurde in Reaktion auf die gestiegene Infektionsdynamik durch das „Auftreten von eigenschaftsveränderten, ansteckenderen Virusvarianten, insbesondere der inzwischen in Deutschland mehrheitlich für das Infektionsgeschehen verantwortlichen Variante

¹⁸ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nummer 12: Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen vom 29.03.2021, Seite 370,
[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*\[@attr_id=%27bgbl121s0370.pdf%27\]#_bgbl_...%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s0370.pdf%27%5D__1625520515076](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*[@attr_id=%27bgbl121s0370.pdf%27]#_bgbl_...%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s0370.pdf%27%5D__1625520515076) (Abruf am 16.05.2022).

¹⁹ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nummer 61: Bekanntmachung des Beschlusses des Deutschen Bundestages über die Feststellung des Fortbestehens der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 31.08.2021, Seite 4072,
https://www.gesetze-im-internet.de/btpeifortbestbek_2021-08/BjNR407200021.html (Abruf am 15.06.2022).

²⁰ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nummer 79: Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, vom 22.11.2021, Seiten 4906–18,
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/IfSG-Aend_Bgbl_231121.pdf (Abruf am 20.05.2022).

²¹ Vergleiche Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen, Drucksache 19/26545 vom 09.02.2021, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/265/1926545.pdf> (Abruf am 05.05.2022).

²² Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nummer 18: Viertes Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 22.04.2021, Seite 802,
[https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*\[@attr_id=%27bgbl121s0802.pdf%27\]#_bgbl_...%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s0802.pdf%27%5D__1625520837482](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//*[@attr_id=%27bgbl121s0802.pdf%27]#_bgbl_...%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s0802.pdf%27%5D__1625520837482) (Abruf am 20.05.2022).

B.1.1.7²³ beschlossen, um unter anderem die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems weiterhin aufrechterhalten zu können (Bundestag-Drucksache 19/28444).²⁴

Weitere Änderungen am Infektionsschutzgesetz sind mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite am 24.11.2021 in Kraft getreten.²⁵ Hiermit wurde eine Anschlussregelung nach dem Auslaufen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite getroffen. Es wird ein neuer bundesweit einheitlicher Maßnahmenkatalog eingeführt, dessen Anwendung bis zum 19.03.2022 befristet wurde. Zudem wurden die landesrechtlichen Vorschriften im § 28a Absatz 7 IfSG angepasst, sodass eine je nach regionaler Situation differenzierte Anwendung möglich bleibt. Weitere Änderungen am Infektionsschutzgesetz betreffen z. B. die Datenverarbeitung zum Impf- und Serostatus der Beschäftigten in Bezug auf COVID-19 in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen oder die Verlängerung der Sonderregelungen beim Kinderkrankengeld (Bundestag-Drucksache 20/15).²⁶

Mit dem am 20.03.2022 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften wird der bundeseinheitliche Maßnahmenkatalog auf die Maskenpflicht im Luft- und Personenfernverkehr beschränkt.²⁷ Die Länder können nach einer Übergangszeit bis zum 02.04.2022 nur noch ausgewählte niedrigschwellige Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Gruppen anordnen. Zusätzliche Maßnahmen können in sogenannten Hotspots mit einer bedrohlichen Infektionslage verhängt werden, sofern eine Überlastung der Krankenhauskapazitäten droht. Voraussetzung hierfür ist die Feststellung durch die Länderparlamente. Die Maßnahmen treten mit Ablauf des 23.09.2022 außer Kraft. Der Gesetzgeber wird dann eine Anschlussregelung für den Herbst und Winter 2022/2023 treffen. Ebenfalls wird die vorgesehene Vorlage der wissenschaftlichen Evaluation auf den 30.06.2022 verschoben (Bundestag-Drucksache 20/958).²⁸

²³ Dito.

²⁴ Vergleiche Deutscher Bundestag: Entwurf eines Vierten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, Drucksache 19/28444 vom 13.04.2021, <https://dserver.bundestag.de/btd/19/284/1928444.pdf> (Abruf am 20.05.2022).

²⁵ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2021 Teil I Nummer 79: Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, vom 22.11.2021, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/1/IfSG-Aend_Bgbl_231121.pdf (Abruf am 05.05.2022).

²⁶ Vergleiche Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, Drucksache 20/15 vom 08.11.2021, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/000/2000015.pdf> (Abruf am 16.05.2022).

²⁷ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2022 Teil I Nummer 10: Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften, vom 18.03.2022, Seite 466, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBL&start=%2F%2F%2A%5B%40attr_id=%27bgbl122s0466.pdf%27%5D#__bgbl_%2F%2F%2A%5B%40attr_id%3D%27bgbl122s0466.pdf%27%5D__1652976031884 (Abruf am 20.05.2022).

²⁸ Vergleiche Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften, Drucksache 20/598 vom 10.03.2022, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000958.pdf?msckid=c72d4b31cc5f11ecaa63a171fd309fee> (Abruf am 05.05.2022).

2.2 Landesrechtliche Regelungen

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

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

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

In der Gesamtschau der aktuellen Hygieneverordnungen aller Bundesländer wird sichtbar, dass die Ausgestaltung der Rechtsverordnungen durchaus Unterschiede aufweist. In Entsprechung zum Regelungsauftrag gelten die Hygieneverordnungen stets für Krankenhäuser, während beispielsweise Praxen aufgrund der Kannregelung in § 23 Absatz 5 Satz 2 IfSG in einigen Ländern nicht von der Hygieneverordnung umfasst sind. Personelle Anforderungen für

Krankenhäuser beziehen sich stets auf die KRINKO-Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen. Abweichende Vorgaben, wie beispielsweise zu Hygienefachkräften und Hygieneingenieuren in Hessen, in Rheinland-Pfalz zum Fachrichtungsbezug bei hygienebeauftragten Ärzten, sind die Ausnahme (vergleiche Anlage 2).

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

2.3 Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz

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

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

Mit dem Ziel einer kurzfristigen Umsetzung der Förderung wurde die Abrechnung eines vorläufigen Zuschlags zu Beginn der Förderphase ermöglicht. Gesetzlich geregelt war die vorläufige Zuschlagserhebung durch einen Querverweis in § 4 Absatz 11 Satz 5 KHEntgG alte

²⁹ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nummer 38: Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, vom 15.07.2013, Seite 2423, [Bundesgesetzblatt \(bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Abruf am 09.06.2022)

³⁰ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2014 Teil I Nummer 33: Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung [GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)] vom 21.07.2014, Seite 1133, [Bundesgesetzblatt \(bgbl.de\)](http://www.bgbl.de) (Abruf am 09.06.2022)

Fassung auf die Regelung des Pflegesonderprogramms (§ 4 Absatz 10 Satz 10 KHEntgG alte Fassung). Den durch die Abrechnung vorläufiger Zuschläge gegebenenfalls entstehenden Korrekturerfordernissen ist bei der späteren Vereinbarung der Zuschläge oder im Wege des Erlösausgleichs Rechnung zu tragen. Mit den Änderungen des KHEntgG durch das KHSG ist dieser Passus ab dem Jahr 2016 im Gesetzestext entfallen. Durch die Änderungen des IfSG durch das PpSG³¹ wurde zum 01.01.2019 im § 4 Absatz 9 KHEntgG der Satz 7 ergänzt, welcher besagt, dass bei der Vereinbarung der Beträge nach Satz 4 keine Pflegepersonalkosten enthalten sein können, die über das Pflegebudget finanziert werden. Durch diese Neuregelung soll eine Doppelfinanzierung von Hygienefachkräften, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind, ausgeschlossen werden.³²

2.3.1 Änderungen mit dem Krankenhausstrukturgesetz

Das KHSG legt neben der Stärkung der Qualität der Krankenhausversorgung sowie der Pflegepersonalausstattung auch einen Schwerpunkt auf die Förderung von Hygienemaßnahmen. Mit Inkrafttreten zum 01.01.2016 wurde das Hygiene-Förderprogramm um weitere drei Jahre auf den Zeitraum 2017 bis 2019 verlängert. In der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit wird die Verlängerung dadurch begründet, dass die in den KRINKO-Empfehlungen benannten personellen Voraussetzungen in vielen Krankenhäusern bisher noch nicht im erforderlichen Umfang geschaffen wurden.³³ Entgegen der gesetzgeberischen Erwartung stand qualifiziertes Hygienepersonal bis Ende 2016 noch nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung, sodass die Förderung von Hygienepersonalmaßnahmen in den Jahren 2017 bis 2019 fortgeführt wird.

Eine Ausnahme von dieser Verlängerung bildet die Förderung hygienebeauftragter Ärzte. Auf Basis der vorhandenen Datenlage war anzunehmen, dass die personelle Ausstattung voraussichtlich bis zum Ende des Jahres 2016 erreicht werden konnte.³⁴ Im § 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 2 KHEntgG wird darum die Förderung entsprechender Personalmaßnahmen nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe d KHEntgG sowie von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Buchstabe e KHEntgG bis zum Jahr 2016 begrenzt. Die im Jahr 2016 abgerechneten Zuschläge werden in den

³¹ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nummer 45: Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG), vom 11.12.2018, https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D__1554706562508 (Abruf am 16.05.2022).

³² Vergleiche Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 05.10.2018 zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG (Bundestag-Drucksache19/4453), https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/2016_2020/20181005_GKV-SV_Stn_PpSG_final.pdf (Abruf am 16.05.2022).

³³ Vergleiche Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 18/6586 vom 04.11.2015, Seite 92, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/065/1806586.pdf> (Abruf am 16.05.2022).

³⁴ Dito, Seite 92.

Landesbasisfallwert 2020 einberechnet, um eine dauerhafte Förderung der
Personalmaßnahmen im Bereich hygienebeauftragter Ärzte sicherzustellen.³⁵

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

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

Dabei sind diese Weiterbildungen unabhängig von den Anforderungen des IfSG und der
KRINKO-Empfehlungen zu fördern (§ 4 Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 KHEntgG). Der Ausschuss
für Gesundheit führt hierzu an, dass eine ausreichende Anzahl von Ärzten mit
infektiologischen Kenntnissen notwendig sei, um die Behandlungssituation von Patienten mit
Infektionen dauerhaft zu verbessern. Aus diesem Grund wird die Förderung ebenfalls um
vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen durch diese Berufsgruppen erweitert (§ 4
Absatz 9 Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b KHEntgG).³⁶

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

Mit dem am 01.01.2020 in Kraft getretenen Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen
(MDK-Reformgesetz)³⁷ wurde das Hygiene-Förderprogramm größtenteils um weitere drei Jahre
verlängert und eine Reihe von Anpassungen der Förderung eingeführt. Diese gelten erstmalig
ab dem Budgetjahr 2020.

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

³⁵ Dito, Seite 96.

³⁶ Dito, Seite 92.

³⁷ Vergleiche Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nummer 51: Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-
Reformgesetz), vom 14.12.2019, Seite 2789, [Bundesgesetzblatt \(bgbl.de\)](http://www.bundesgesetzblatt.de) (Abruf am 09.06.2022)

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

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

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

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

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

Der Zeitraum für die bereits förderfähigen Beratungsleistungen wird bis zum Jahr 2026 verlängert. Darüber hinaus werden vertraglich vereinbarte externe Beratungsleistungen im Bereich Antibiotic Stewardship durch Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie oder mit

abgeschlossener Zusatzweiterbildung Infektiologie pauschal in Höhe von 400 Euro je Beratungstag bis zum Jahr 2026 finanziert.

2.3.3 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 2022 werden bestimmte Maßnahmen gefördert, wenn die Anforderungen des IfSG zur Qualifikation und zum Bedarf laut KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen eingehalten werden. Die gesetzliche Grundlage des § 4 Absatz 9 KHEntgG ist in Anlage 3 aufgeführt.

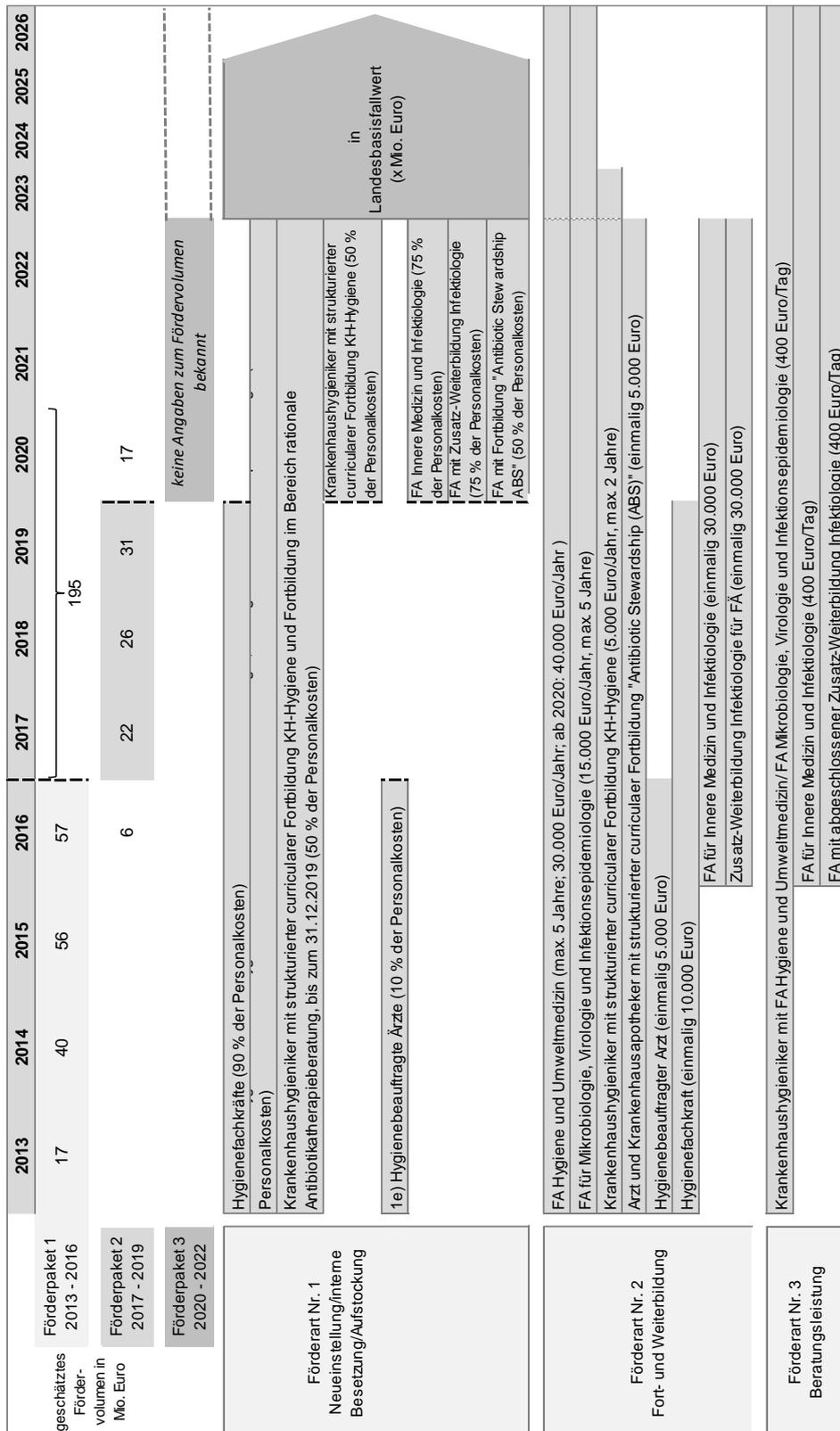
Einen Überblick zu den konkreten Förderanteilen bezogen auf die zusätzlich entstehenden Personalkosten bei Neueinstellungen, interner Besetzung neu geschaffener Stellen und Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen sowie Details zu den jeweiligen Förderhöhen der Weiterbildungsmaßnahmen und Beratungsleistungen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

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

³⁸ Vergleiche Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, Seite 34, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 20.05.2022).

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

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



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

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

Zudem wird die Förderung für die Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zu ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal nach den Vorgaben des IfSG aufgrund der gegenwärtigen Arbeitsmarktsituation gewährt. Die Förderbeträge für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen unterscheiden sich jeweils hinsichtlich Finanzierungsdauer (maximal fünf Jahre) und -höhe (von einmalig 5.000 Euro bis hin zu 40.000 Euro jährlich ab dem Jahr 2020). Am höchsten fällt die von den Krankenkassen zu leistende Förderung bei den fachärztlichen Qualifizierungsmaßnahmen aus. Bei Qualifizierungen zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin, zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zur Befähigung und zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene kann die Förderung über das Jahr 2022 hinaus andauern. Da Voraussetzung hierfür der Maßnahmenbeginn spätestens im Jahr 2022 ist, endet die Förderung der Facharztweiterbildungen spätestens im Jahr 2026, die Förderung der Fortbildung zum Krankenhaushygieniker spätestens im Jahr 2023. Im Unterschied dazu ist die Förderung bei den weiteren Qualifizierungen auf die Jahre 2013 bis 2022 begrenzt. 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 einmalig 30.000 Euro gefördert. Die Förderung der Fortbildungen zum hygienebeauftragten Arzt und zur Hygienefachkraft (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 2 Buchstaben e und f KHEntgG) werden gestrichen. Die Förderung des Personalaufbaus von Hygienefachkräften und hygienebeauftragten Ärzten ist im § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstaben a und e KHEntgG geregelt und endete im Jahr 2019 bzw. 2016.

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

⁴⁰ Vergleiche Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, Seite 32, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 16.05.2022).

Vereinbarungen mit Krankenhäusern

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

Nachweisführung durch die Krankenhäuser

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

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

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

vorzulegen. Zum Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung sind

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

vom Krankenhaus nachzuweisen.“⁴²

⁴¹ In der vor dem 01.01.2021 geltenden Fassung.

⁴² Vergleiche Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, Seite 34, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 16.05.2022).

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

Vereinbarung auf Landesebene

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

Die Finanzierungsbeträge, die insgesamt für das Jahr 2022 für die Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 Nummer 1 KHEntgG abgerechnet werden, sind gemäß § 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG in Höhe der von den Krankenhäusern im Land insgesamt abgerechneten Zuschläge in die ab 2023 geltenden Landesbasisfallwerte einzurechnen. Mit dem im Zuge des MDK-Reformgesetzes neu eingefügten Satz 6 im § 4 Absatz 9 KHEntgG wird klargestellt, dass „die Förderung von Neueinstellungen, interner Besetzungen neu geschaffener Stellen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen für die zum Jahresende 2019 auslaufende 90 prozentige Förderung der entstehenden Personalkosten von Hygienefachkräften (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a) und die bereits zum Jahresende 2016 ausgelaufene 10 prozentige Förderung der entstehenden Personalkosten von hygienebeauftragten Ärztinnen oder Ärzten (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe e) bis zur Überführung in den Landesbasisfallwert nach § 10 Absatz 12 Satz 2 weiterhin finanziert werden und daher bei der Ermittlung des krankenhausesindividuellen Finanzierungsbetrags unter Beachtung von Tariferhöhungen erhöhend zu berücksichtigen sind“⁴³. Analog zum ersten Pflegesonderprogramm (2009 bis 2011) wird damit die dauerhafte Zusatzfinanzierung gewährleistet.

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des Hygienesonderprogramms

Mit § 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG wird auf die Regelung des Pflegestellenförderprogramms (§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung⁴⁴) verwiesen und damit die Verpflichtung des GKV-Spitzenverbandes zur jährlichen Berichterstattung über die Umsetzung des Hygienesonderprogramms gegenüber dem BMG festgeschrieben. Die für die Berichterstattung erforderlichen Informationen stellen die Krankenkassen dem GKV-Spitzenverband zur Verfügung.

Für den hier vorliegenden Bericht zum Hygienesonderprogramm stehen Vereinbarungsdaten aus den Budgetverhandlungen 2013 bis 2021 zur Verfügung. Zudem können Auswertungen der Istdaten für die Jahre 2013 bis 2020, die im Rahmen der Budgetverhandlungen übermittelt und durch Jahresabschlussstate bestätigt werden müssen, vorgenommen werden. Hierbei

⁴³ Vergleiche Bundestag-Drucksache 19/14871, Seite 118.

⁴⁴ In der vor dem 01.01.2021 geltenden Fassung.

sind die Einschränkungen durch die für das Jahr 2021 größtenteils und für das Jahr 2020 zu einem großen Teil noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen zu berücksichtigen.

2.4 KRINKO-Empfehlungen

Die KRINKO erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und entwickelt diese unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen kontinuierlich weiter.⁴⁵ Neben der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention gibt es auch eine Reihe spezifischer Empfehlungen, die auf besonders infektionsgefährdete Bereiche zugeschnitten sind (z. B. „Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen“).

Im Juni 2014 wurden die „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ aktualisiert. Derzeit ist ungeklärt, ob ein generelles Screening und darauf aufbauende Maßnahmen effizienter vor MRSA-Infektionen schützen als ein risikoadaptiertes Screening mit entsprechenden Maßnahmen. Die KRINKO empfiehlt folgerichtig weiterhin die Durchführung des risikoadaptierten Screenings auf MRSA und benennt Kategorien von Patienten, für die ein erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer MRSA-Kolonisation bei Aufnahme in ein Krankenhaus besteht (unter anderem Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese, Patienten aus Regionen bzw. Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz, Dialysepatienten, Patienten, die regelmäßig (beruflich) direkten Kontakt zu MRSA haben, wie z. B. Personen mit Kontakt zu landwirtschaftlichen Nutztieren).⁴⁶

Eine weitere Empfehlung der KRINKO zur „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ wurde im September 2015 veröffentlicht.⁴⁷ 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.

⁴⁵ Die Empfehlungen sind abrufbar auf den Internetseiten des RKI unter www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission_node.html (Abruf am 16.05.2022).

⁴⁶ Vergleiche KRINKO-Empfehlung: Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2015, 58 (10), Seiten 1151–70.

⁴⁷ Vergleiche KRINKO-Empfehlung: Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2014, 57 (6), Seiten 696–732.

Die nach IfSG erforderliche personelle Ausstattung wird gemäß § 4 Absatz 9 KHEntgG gefördert, wenn die in der KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen benannten Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf eingehalten werden. Die aktuell gültige Fassung dieser KRINKO-Empfehlung wurde im Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 9/2009 am 20.08.2009 online publiziert.⁴⁸ Die KRINKO-Empfehlung beschreibt unter anderem die Aufgaben der für die Krankenhaushygiene relevanten, spezifischen Berufsbilder. Konkrete Empfehlungen werden abgegeben

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

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

⁴⁸ Vergleiche KRINKO-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2009, 52 (9), Seiten 951–62.

Tabelle 1 Hygienepersonal und Richtwerte

Hygienepersonal	Empfehlung
Krankenhausthygieniker	Richtgröße: ab 400 Betten ein hauptamtlicher Krankenhaushygieniker; der Bedarf wird wesentlich vom Risikoprofil einer Einrichtung bestimmt (vergleiche Tabelle 3)
Hygienebeauftragter Arzt	Berufung mindestens eines hygienebeauftragten Arztes je Krankenhaus; in Behandlungszentren mit organisatorisch getrennten Abteilungen mit speziellem Risikoprofil für nosokomiale Infektionen sollte jede Fachabteilung einen hygienebeauftragten Arzt benennen
Hygienefachkraft	Bedarf wesentlich vom Risikoprofil des Krankenhauses bestimmt (vergleiche Tabelle 2)
Hygienebeauftragter in der Pflege*	Funktion der hygienebeauftragten Pflegekraft für jede Station und in jedem Funktionsbereich empfohlen (auch auf ambulante Einrichtungen übertragbar)

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

Quelle: KRINKO-Empfehlung: Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2009, 52 (9), Seiten 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 (unter anderem Funktionsabteilungen). Maßnahmen und Patienten werden in Bezug auf das Infektionsrisiko in Risikogruppen eingestuft, für welche bei bettenführenden Abteilungen explizit für Hygienefachkräfte auch ein Personalschlüssel angegeben wird (vergleiche Tabelle 2).

Tabelle 2 Bedarf an Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung

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

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

Für spezielle Funktionsabteilungen und bettenferne Abteilungen sowie bei teilstationären und ambulanten Bereichen kann sich gegebenenfalls 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 (vergleiche 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.⁴⁹ Dabei erfolgt die Risikoeinstufung der Klinik ebenfalls in Abhängigkeit vom Leistungs- und Patientenprofil. In Tabelle 3 sind die Empfehlungen der KRINKO zum risikoabhängigen Bedarf an Krankenhaushygienikern zusammengefasst.

Tabelle 3 Bedarf an Krankenhaushygienikern pro Betten gemäß Risikoeinstufung

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

Quelle: KRINKO-Empfehlung: 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, Seiten 1183–88).

⁴⁹ Vergleiche 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, Seiten 1183–88.

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

2.5 Weitere gesetzliche Regelungen zur Förderung der Krankenhaushygiene

Mit der Novellierung des IfSG im Jahr 2011 wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Reihe von Aufgaben zur Sicherung der Hygienequalität übertragen. Die Aufgaben des G-BA zur Sicherung der Krankenhaushygiene sind in § 136 SGB V festgehalten. Der G-BA wurde durch den § 136a Absatz 1 SGB V beauftragt, in seinen Richtlinien erstmals zum 31.12.2016 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung festzulegen und insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität zu bestimmen. Zu berücksichtigen sind dabei bereits etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotikaverbrauch sowie die Empfehlungen der Kommissionen KRINKO und ART. Die mit den entsprechenden Indikatoren gemessenen Ergebnisse sollen, die erforderliche Eignung zur Veröffentlichung vorausgesetzt, Eingang in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser finden. Darüber hinaus sollen dem G-BA bereits zugängliche Erkenntnisse unverzüglich in die Qualitätsberichte einfließen und zusätzliche Anforderungen bezüglich der Qualitätsberichte zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene gestellt werden. Für weitere Details zu G-BA-Richtlinien mit Bezug zur Krankenhaushygiene und andere Maßnahmen zu Hygiene und Infektionsprävention wird auf die Ausführungen in den Kapiteln 5 und 6 im Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Jahren 2013 bis 2018⁵⁰ verwiesen.

⁵⁰ Vergleiche Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2018 an das Bundesministerium für Gesundheit vom 28.06.2019, Seiten 55-66, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/hygiene/2019_06_28_KH_5.Bericht_Hygienesonderprogramm.pdf (Abruf am 20.05.2022).

3. Ausgangssituation

3.1 Krankenhäuser im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes

Im Jahr 2020 belief sich laut Statistischem Bundesamt die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland auf 1.903. Diese untergliederten sich in 1.558 Allgemeinkrankenhäuser und 345 sonstige Krankenhäuser. Unter diesen befinden sich nicht nur Vertragskrankenhäuser nach § 108 SGB V. Die GKV finanziert die nach § 4 Absatz 9 KHEntgG relevanten Fördertatbestände jedoch ausschließlich in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern, die zugleich den Bestimmungen des KHEntgG unterliegen. Nach Angaben der Krankenkassen sind 1.428 Krankenhäuser im Sinne des Hygiene-Förderprogramms anspruchsberechtigt (vergleiche Tabelle 4).

Tabelle 4 Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2019 bis 2021

Bundesland	Jahr	Krankenhäuser (KHEntgG)	Krankenhäuser mit Budgetabschluss	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	2019	162	147	91
	2020	152	37	24
	2021	152	0	0
Bayern	2019	267	237	89
	2020	243	204	84
	2021	243	145	60
Berlin	2019	48	40	83
	2020	47	8	17
	2021	47	0	0
Brandenburg	2019	54	40	74
	2020	52	14	27
	2021	52	2	4
Bremen	2019	12	10	83
	2020	12	10	83
	2021	12	6	50
Hamburg	2019	34	17	50
	2020	33	0	0
	2021	33	0	0
Hessen	2019	119	91	76
	2020	111	28	25
	2021	111	5	5

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 31 von 112

Bundesland	Jahr	Krankenhäuser (KHEntgG)	Krankenhäuser mit Budgetabschluss	Anteil in Prozent
Mecklenburg-Vorpommern	2019	32	30	94
	2020	32	15	47
	2021	32	5	16
Niedersachsen	2019	161	142	88
	2020	145	66	46
	2021	145	37	26
Nordrhein-Westfalen	2019	317	268	85
	2020	299	83	28
	2021	299	22	7
Rheinland-Pfalz	2019	81	60	74
	2020	75	27	36
	2021	75	1	1
Saarland	2019	21	20	95
	2020	19	15	79
	2021	19	2	11
Sachsen	2019	76	71	93
	2020	74	61	82
	2021	74	40	55
Sachsen-Anhalt	2019	41	39	95
	2020	39	11	28
	2021	39	0	0
Schleswig-Holstein	2019	57	46	81
	2020	56	30	54
	2021	56	13	23
Thüringen	2019	40	40	100
	2020	39	33	85
	2021	39	11	28
gesamt	2019	1.522	1.298	85
	2020	1.428	642	45
	2021	1.428	289	20

Quelle: AOK, WIdO (Stand: 29.04.2022).

3.2 Hygienefachpersonal in Krankenhäusern

Ausgangspersonalbestand per 04.08.2011

Wie im Abschnitt 2.3 in den Ausführungen zur Nachweisführung der Krankenhäuser bereits dargelegt, haben die teilnehmenden Krankenhäuser den Vertragspartnern die Stellenbesetzung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der IfSG-Novellierung am 04.08.2011 zu übermitteln. In der Regel ist hinsichtlich der Verfügbarkeit der von Jahresabschlussprüfern bestätigten Istdaten ein zweijähriger Zeitversatz festzustellen. Gleiches gilt auch für Angaben zum Ausgangspersonalbestand. Für den aktuellen Bericht lieferten 795 Krankenhäuser mindestens eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Angabe zum Ausgangspersonalbestand für mindestens eine der acht Berufsgruppen. Im Datenjahr 2020 übermittelten 734 Häuser Angaben zu Hygienefachkräften (Satz 1 Nummer 1a; 571 bestätigte Stellen), 465 Häuser zu Krankenhaushygienikern mit fachärztlicher Weiterbildung (Satz 1 Nummer 1b; 51 bestätigte Stellen), 457 Häuser zu Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung/Fortbildung Antibiotikatherapieberatung (Satz 1 Nummer 1c; 8 bestätigte Stellen), 13 Krankenhäuser zu Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene (Satz 1 Nummer 1d; 6 bestätigte Stellen; ab 2020) und 666 Häuser zu hygienebeauftragten Ärzten (Satz 1 Nummer 1e; 1.124 bestätigte Stellen), 8 Krankenhäuser zu Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie (Satz 2 Nummer 1a; 4 bestätigte Stellen; ab 2020), 9 Krankenhäuser zu Fachärzten mit Zusatzweiterbildung für Infektiologie (Satz 2 Nummer 1b; 6 bestätigte Stellen; ab 2020) und 13 Krankenhäuser zu Fachärzten mit ABS-Fortbildung (Satz 2 Nummer 1c; 0 bestätigte Stellen; ab 2020). Diese Angaben ermöglichen keine differenzierte Beschreibung der Situation vor Beginn des Hygienesonderprogramms. Auch in den Folgejahren ist mit weiteren Mitteilungen zur Stellenbesetzung am 04.08.2011 zu rechnen.

Kennziffern zum Hygienefachpersonal in Krankenhäusern

Die Angaben des Statistischen 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 zurückgegriffen.⁵¹

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

⁵¹ Dito.

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

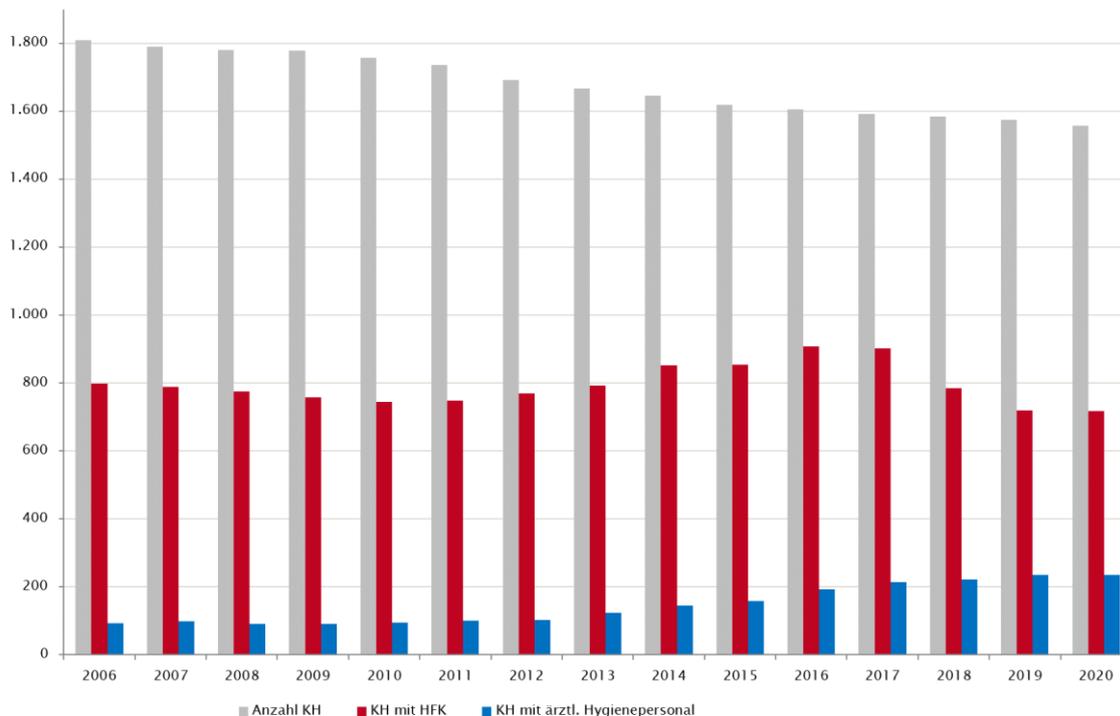
aus. Seit dem Jahr 2018 weist das Statistische Bundesamt die oben genannten Daten nur noch für alle Krankenhäuser insgesamt aus, sodass keine getrennte Auswertung mehr zur Verfügung steht. Das führt dazu, dass die ab dem Jahr 2018 ausgewiesenen Daten im Vergleich zu den bis 2017 herangezogenen Daten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

Zu a)

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

Im Jahr 2020 beschäftigten 236 (12 %) der Krankenhäuser ärztliches Personal mit einer abgeschlossenen Weiterbildung für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, was einem deutlichen Anstieg im Vergleich zum Ausgangswert entspricht (in 2006 betraf dies 94 (5 %) der Allgemeinkrankenhäuser). Aufgrund der Umstellung der Auswertungssystematik ab dem Jahr 2018 ist auch hier eine leichte Überschätzung der Zahl im Vergleich zu den Vorjahren nicht auszuschließen. Der steigende Trend zeigte sich aber auch schon im Jahr 2017 mit einer Anzahl von 214 (13 %) der Allgemeinkrankenhäuser, die ärztliches Hygienepersonal beschäftigten. Die Schnittmenge der Krankenhäuser, die sowohl Hygienefachkräfte als auch ärztliches Hygienepersonal beschäftigten, kann nicht festgestellt werden.

Abbildung 2 Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal

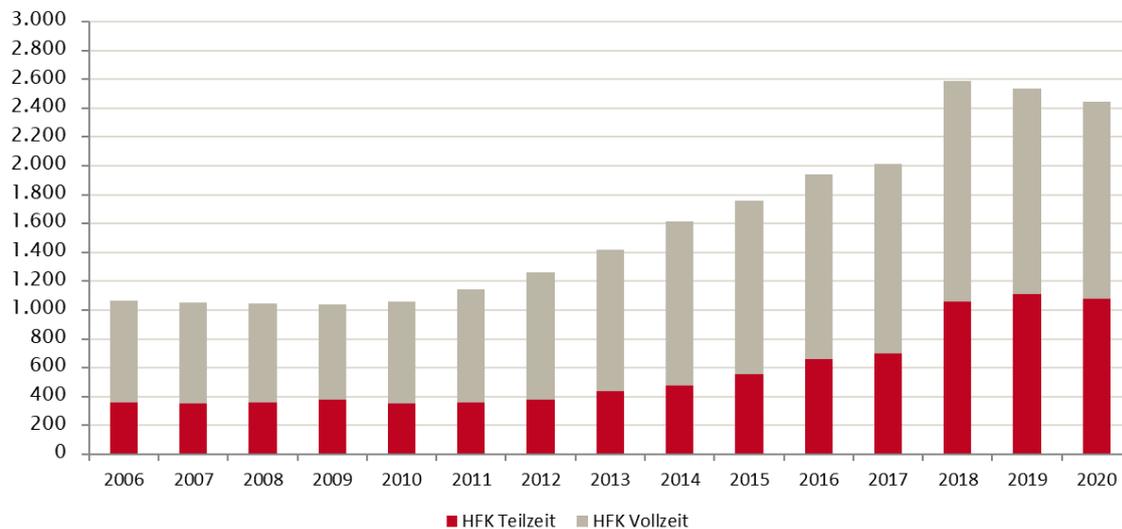


Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

Zu b)

Im Jahr 2020 waren in Krankenhäusern 2.442 Hygienefachkräfte beschäftigt, davon 1.079 in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte (vergleiche Abbildung 3). Damit hat sich die Zahl der Hygienefachkräfte in Krankenhäusern im Betrachtungszeitraum mehr als verdoppelt (Ausgangswert im Jahr 2006: 1.066 Hygienefachkräfte, davon 358 in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte). Der Anstieg begann im Jahr 2010 und setzte sich über den Zeitraum des Hygienesonderprogramms bis zum Jahr 2018 fort. Der Anteil der Hygienefachkräfte, die ihre Tätigkeit in Teilzeit ausübten, lag über den Betrachtungszeitraum hinweg konstant bei etwa einem Drittel und hat sich seit dem Jahr 2018 auf über 40 % erhöht (Anteil im Jahr 2020: 44 %).

Abbildung 3 Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern

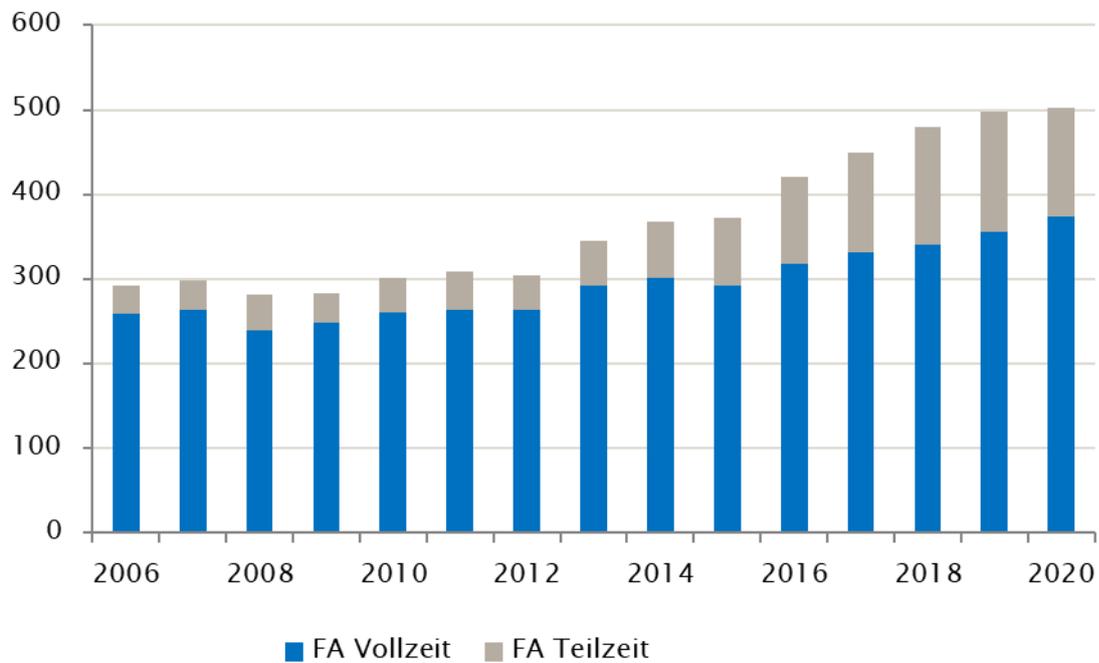


Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, eigene Darstellung.

Zu c)

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

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



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

4. Umsetzung des Förderprogramms zur Krankenhaushygiene 2013 bis 2021

4.1 Datenmeldungen

In den nun vorliegenden Bericht des GKV-Spitzenverbandes sind Datenmeldungen der Krankenkassen aus dem Jahr 2022 für die Jahre 2013 bis 2021 eingeflossen. Der vorhandene Datenpool umfasst dabei auch Meldungen zu Krankenhäusern, die nicht am Hygienesonderprogramm teilgenommen haben. Wenn nicht anders angegeben, wurden in den Bericht Angaben zur Förderung der Krankenhaushygiene gemäß § 4 Absatz 9 KHEntgG einbezogen, die bis zum 13.04.2022 beim GKV-Spitzenverband eingegangen sind. Eine zum 20.04.2022 eingegangene Nachlieferung ist in den Auswertungen enthalten. Später übermittelte Daten gehen in den Folgebericht ein, der bis zum 30.06.2023 erstellt wird. In einem Fall mussten Daten aus dem Vorjahr verwendet werden.

Die Auswertungen dieses Berichtes basieren auf einem gegenüber den vorangegangenen Berichten aktualisierten Datenbestand. Abweichungen zwischen den Auswertungen der Berichte sind auf Korrektur- und Nachmeldungen zu noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen zum Zeitpunkt der Berichterstellung sowie auf Krankenhausfusionen zurückzuführen. Auf die Aktualisierung des Datenbestandes bis einschließlich zum Datenjahr 2016 in den Anlagen wird verzichtet, da sich für die ersten Förderjahre nur noch geringfügige Änderungen durch Korrektur- und Nachmeldungen ergeben.

Vorläufige Zuschlagserhebung

Das Instrument der vorläufigen Zuschlagserhebung wurde zunächst erwartungsgemäß in den Förderjahren immer weniger in Anspruch genommen. Die Zahl der Krankenhäuser, die einen vorläufigen Zuschlag vereinbart haben, hat sich von 437 Krankenhäusern im ersten Förderjahr und 463 Krankenhäusern im zweiten Förderjahr kontinuierlich auf 254 Krankenhäuser im Jahr 2017 reduziert. In den Jahren 2018 und 2019 zeigt sich allerdings ein leichter Anstieg auf 336 Krankenhäuser. Die bislang vorliegenden Daten für 2020 und 2021 belegen bisher, dass das Instrument nur noch von 52 bzw. 34 Krankenhäusern genutzt wird. Eine abschließende Bewertung kann aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen aber erst im Folgebericht vorgenommen werden.

Undifferenzierte Zuschlagserhebung

Das Instrument der undifferenzierten Zuschlagserhebung wurde entgegen den Erwartungen in den Förderjahren durch eine wachsende Zahl von Krankenhäusern mit stetig steigenden undifferenzierten Beträgen in Anspruch genommen. Krankenkassen und Krankenhäuser haben sich in diesen Fällen auf Gesamtbeträge ohne explizite Aufteilung nach Förderarten verständigt. Die undifferenzierten Beträge haben sich von 1,2 Mio. Euro im ersten Förderjahr

auf 14,3 Mio. Euro im Jahr 2019 erhöht. Da undifferenzierte Vereinbarungen einen pragmatischen Ansatz für den schnellen Einstieg in die Förderung darstellen, wäre zu erwarten gewesen, dass die Krankenhäuser mit zunehmender Nachweisführung den einzelnen Förderarten zugeordnet werden können. Für die Jahre 2020 und 2021 zeichnet sich anhand der vorliegenden Datenmeldungen bislang ein sehr starker Rückgang der undifferenzierten Beträge auf 2,0 Mio. Euro bzw. 1,5 Mio. Euro ab. Nur noch für 24 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen und drei Krankenhäuser in Hamburg (2020) bzw. für neun Krankenhäuser in Bayern und zwei Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen (2021) wird ein pauschaler Zuschlag erhoben. Die entsprechenden pauschalen Förderbeträge sind sowohl in den undifferenzierten Fördermitteln (vergleiche Anlage 21) sowie in der Förderung gesamt berücksichtigt. Eine abschließende Bewertung kann aber auch hier aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen erst im Folgebericht vorgenommen werden. Eine Abschätzung der durch vorläufige Zuschläge erlösten Beträge auf Krankenseite war außerdem nicht durchgängig in allen Bundesländern möglich, sodass eine gewisse Fehlschätzung des Finanzflusses anzunehmen ist.

Istdaten

Istdaten zur tatsächlichen Umsetzung der Hygienepersonalmaßnahmen stehen für die Jahre 2013 bis 2020 zur Verfügung. Es ist zu beachten, dass die Aussagekraft dieser Angaben zunächst begrenzt ist, da in den Folgejahren mit weiteren Datenmeldungen zu rechnen ist, die sowohl zusätzliche Meldungen als auch Korrekturen bestehender Datenmeldungen für die Vorjahre umfassen können. Die Angaben zur Umsetzung in diesem Bericht haben demgemäß zunächst vorläufigen Charakter.

Da in der Regel hinsichtlich der Meldungen von Istdaten mit einem zweijährigen Versatz zu rechnen ist, können für das Jahr 2021 nur sehr wenige Meldungen zu durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben verzeichnet werden. Auf eine Ausweisung wird daher verzichtet. Durch die vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen für das Jahr 2021 liegen bislang auch nur wenige Testate der Jahresabschlussprüfer für das Jahr 2020 vor, sodass die Ausweisungen für das Jahr 2020 allenfalls einen ersten Eindruck über die Umsetzung im Jahr 2020 vermitteln und keine allgemeinen Schlussfolgerungen hieraus gezogen werden können. Über die Umsetzung im Jahr 2019 können zwar aktualisierte Daten berichtet werden. Es liegen aber weiterhin weniger als die Hälfte der Budgetvereinbarungen für 2020 und damit bislang auch nur eingeschränkte Testate für 2019 vor.

4.2 Inanspruchnahme der Förderung: Vereinbarungs- und Istdaten

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

4.2.1 Hochrechnung für das Jahr 2020

Die Budgetverhandlungen sind in den Jahren 2020 und 2021 vielerorts noch nicht abgeschlossen (vergleiche Tabelle 4). So liegen zum Zeitpunkt der Berichterstellung für das Jahr 2020 45 % und für das Jahr 2021 lediglich 20 % der Budgetabschlüsse vor. Aus diesem Grunde kann die tatsächliche Inanspruchnahme des Hygiene-Förderprogramms in den Jahren 2020 und 2021 im vorliegenden Bericht noch nicht abschließend beurteilt werden. Eine Bewertung ist erst mit Vorliegen fortschreitender Budgetabschlüsse in den Folgeberichten möglich. Für das Jahr 2020 lässt sich allerdings aufgrund des aktualisierten Datenbestandes gegenüber dem Vorjahresbericht die tatsächliche Inanspruchnahme zumindest näherungsweise über eine Hochrechnung der Gesamtförderbeträge aus den Vereinbarungsdaten auf die Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser ableiten. Die Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser weist einen geringfügig überschätzten Wert aus, da in der Realität nicht alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser auch eine Förderung in Anspruch nehmen. Der Anteil der an der Förderung teilnehmenden Krankenhäuser liegt aber kumuliert über alle Förderjahre in der Regel deutlich über 90 %. Die Hochrechnung ermöglicht damit einen weitergehenden Ausblick auf die Inanspruchnahme im Coronajahr 2020. Eine Hochrechnung auf Ebene der einzelnen Förderarten und Einzelmaßnahmen ist hingegen aufgrund der unterschiedlichen Verteilung auf Krankenhausebene nicht sinnvoll. Sie wird lediglich punktuell zur Veranschaulichung insbesondere im Abschnitt 4.3 zur Sonderentwicklung im Coronajahr 2020 vorgenommen. Somit kann hier ein erster Eindruck über eine mögliche verstärkte Inanspruchnahme bestimmter Berufsgruppen im Coronajahr 2020 beschrieben werden. Die Aussagekraft ist hier allerdings nur eingeschränkt.

Für das Jahr 2021 kann eine Hochrechnung hingegen nicht sinnvoll vorgenommen werden. Die vorliegenden Daten zeigen, dass die kumulierte Fördersumme im Jahr 2021 in knapp der Hälfte der Bundesländer gegenüber dem Vorjahr nicht angewachsen ist (Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt). In den betreffenden Bundesländern liegen bisher keine oder nur sehr wenige Budgetabschlüsse für das Jahr 2021 vor. Insgesamt kann nach bisherigem Datenmeldestand nur ein geringfügiger Zuwachs der kumulierten Förderbeträge 2021 um 3,8 % nachgewiesen werden. Nur für Bayern zeigt sich hier ein überdurchschnittlicher Anstieg von über 10 % (zugleich liegen für Bayern mit 60 % die meisten Budgetabschlüsse 2021 vor). Eine Hochrechnung der Gesamtförderbeträge für das Jahr 2021 auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser wäre aus diesem Grunde nicht sinnvoll und würde lediglich die regionale Situation in Bayern widerspiegeln. Auf eine Hochrechnung für 2021 wird daher verzichtet. Eine Beurteilung der Inanspruchnahme für 2021 kann erst in den Folgeberichten vorgenommen werden.

Durch die Aktualisierung des Datenbestandes für 2020 ergibt sich hier ein günstigeres Bild. Die kumulierte Fördersumme ist nach bisherigem Datenmeldestand gegenüber dem Vorjahr um durchschnittlich 10 % angewachsen. Bremen und Sachsen zeigen im Jahr 2020 überdurchschnittliche Anstiege von ca. 25 %, gefolgt von Bayern und Thüringen mit knapp unter 20 %. Budgetabschlüsse liegen in diesen Bundesländern für 82 % bis 85 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser vor. Eine Hochrechnung der Gesamtförderbeträge liefert damit ein breiteres Abbild der Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser und lässt damit weitergehende Schlussfolgerungen zur tatsächlichen Inanspruchnahme im Jahr 2020 zu.

4.2.2 Vereinbarungs- und Istdaten gesamt

Nachfolgend werden die Fördermaßnahmen nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummern 1 bis 3 KHEntgG dargestellt. Insgesamt sind in den Jahren 2013 bis 2021 etwa 672,3 Mio. Euro zur Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der personellen Situation an die Krankenhäuser geflossen (vergleiche Tabelle 5). Nach einem kontinuierlichen Anstieg der Gesamtförderbeträge bis zum Jahr 2019 (von 24,0 Mio. Euro auf ca. 117,9 Mio. Euro) kann die weitere Entwicklung der Gesamtförderbeträge in den Jahren 2020 und 2021 auf Basis der vorliegenden Datenmeldungen noch nicht beurteilt werden. Diese weist bislang für die Jahre 2020 und 2021 anhand der bisherigen Datenmeldungen deutliche Rückgänge der Gesamtförderbeträge gegenüber 2019 um 49 % bzw. 79 % aus. Die im Abschnitt 4.2.1 beschriebene Hochrechnung für das Jahr 2020 zeigt, dass mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen auch für das Jahr 2020 mit einem weiter steigenden Gesamtförderbetrag auf etwa 133,6 Mio. Euro zu rechnen ist. Die tatsächliche Entwicklung der Inanspruchnahme kann erst nach Vorliegen der fehlenden Budgetvereinbarungen in den Folgeberichten eingeordnet werden.

Tabelle 5 Überblick zur Förderung der Krankenhaushygiene 2013 bis 2021 (in Mio. Euro)

Jahr	Beteiligte Krankenhäuser	Förderart Nummer 1 Neueinstellungen	Förderart Nummer 2 Fort- und Weiterbildung	Förderart Nummer 3 Beratungsleistungen	Undifferenziert	Betrag gesamt
2013	880	11,6	9,5	1,6	1,2	24,0
2014	1.059	40,2	10,3	4,2	3,6	58,4
2015	1.118	57,2	8,2	5,2	7,0	77,6
2016	1.143	69,1	9,4	5,4	10,6	94,5
2017	1.110	81,3	7,2	5,7	11,3	105,5
2018	1.161	83,5	7,7	5,5	13,0	109,7

Jahr	Beteiligte Krankenhäuser	Förderart Nummer 1 Neueinstellungen	Förderart Nummer 2 Fort- und Weiterbildung	Förderart Nummer 3 Beratungsleistungen	Undifferenziert	Betrag gesamt
2019	1.139	88,1	9,8	5,7	14,3	117,9
2020	459	50,3	4,4	3,4	2,0	60,1
2021	238	20,8	1,1	1,3	1,5	24,7
2013 – 2021	1.403⁵²	502,2	67,7	37,9	64,6	672,3⁵³

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Bereits in den Vorjahresberichten wurde darauf hingewiesen, dass die Budgetverhandlungen des jeweiligen Vorjahres zum Zeitpunkt der Datenmeldungen noch nicht vollständig abgeschlossen waren und die Zahl der geförderten Häuser durch entsprechende Nachmeldungen, aber auch durch Korrekturmeldungen noch Veränderungen unterliegen kann. Dies gilt insbesondere für die Jahre 2020 und 2021. Für 2020 sind nach aktuellem Meldestand 45 % der Budgets und für das Jahr 2021 erst 20 % der Budgets vereinbart worden.

Hinsichtlich der Istdaten gibt Tabelle 6 Aufschluss über die vereinbarten Beträge von 2013 bis 2020, zu Istbeträgen mit und ohne Bestätigung sowie zu den durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Beträgen. Da in der Regel hinsichtlich der Meldungen von Istdaten mit einem zweijährigen Versatz zu rechnen ist, können für das Jahr 2021 nur sehr wenige Meldungen zu durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben verzeichnet werden. Auf eine Ausweisung wird daher verzichtet. Aufgrund der bislang nur wenigen vorliegenden Testate der Jahresabschlussprüfer für das Jahr 2020 können die Angaben insbesondere für das Jahr 2020 nur einen vorläufigen Eindruck vermitteln. Für jeweils zwischen 43 und 48 % der nach Förderarten differenzierten vereinbarten Beträge liegen aktuell Bestätigungen der Jahresabschlussprüfer vor. Zählt man die unbestätigten Beträge hinzu, erhöhen sich diese Angaben leicht auf knapp über die Hälfte (51 bis 58 %).

⁵² Anmerkung: Dargestellt ist die Schnittmenge der Krankenhäuser, die die Förderung in mindestens einem der Förderjahre in Anspruch genommen haben.

⁵³ Anmerkung: Abweichungen in der ersten Dezimalstelle sind in dieser und weiteren Tabellen in diesem Bericht auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen.

Tabelle 6 Überblick zu den Istdaten nach Förderarten 2013 bis 2020 (in Mio. Euro)

	Vereinbarungssumme gesamt 2013 bis 2020	bestätigt und unbestätigt	davon bestätigt
Förderart Nummer 1 Einstellungen/ interne Besetzung neu geschaffener Stellen/ Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen	481,4	271,0	228,2
Förderart Nummer 2 Fort- und Weiterbildung	66,6	38,6	31,9
Förderart Nummer 3 Beratungsleistungen	36,6	20,2	16,0
undifferenziert	63,0	0	0
Betrag gesamt	647,6	329,8	276,1

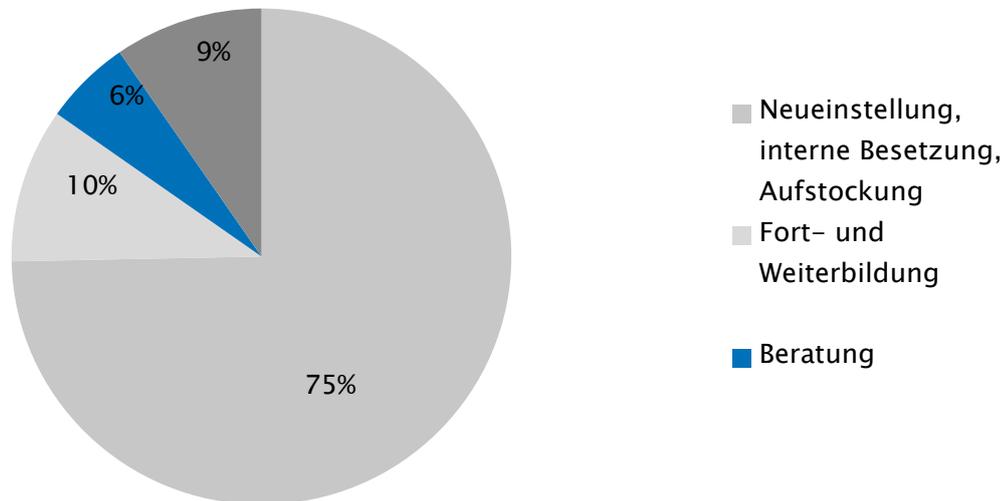
Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Ein Überblick zu den vorliegenden Istbeträgen und den durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Beträgen nach Ländern für die Jahre 2017 bis 2020 wird in den Anlagen 26 bis 29 gegeben. Es wird ersichtlich, dass der Umfang der Datenmeldungen zwischen den Ländern variiert. Für eine abschließende Beurteilung der Umsetzung der Hygiene-Fördermaßnahmen in den Ländern bleiben die künftigen Datenmeldungen abzuwarten.

4.2.3 Verteilung der Finanzmittel

In der Begründung zum Beitragsschuldengesetz werden 270 Mio. Euro für die Förderung von Neueinstellungen, internen Besetzungen und Aufstockung von Hygienepersonalstellen als größter Anteil ausgewiesen. Intendiert war, die Förderung vorrangig auf die Beschäftigung zusätzlichen Hygienepersonals sowie auf die interne Besetzung von Hygienepersonalstellen zu konzentrieren. Die Mittelverwendung ist in diesem Bereich mit 75 % der 2013 bis 2021 verausgabten Mittel tatsächlich am höchsten (vergleiche Abbildung 5).

Abbildung 5 Prozentuale Verteilung der Fördermittel (2013 bis 2021)



Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.04.2022), eigene Darstellung.

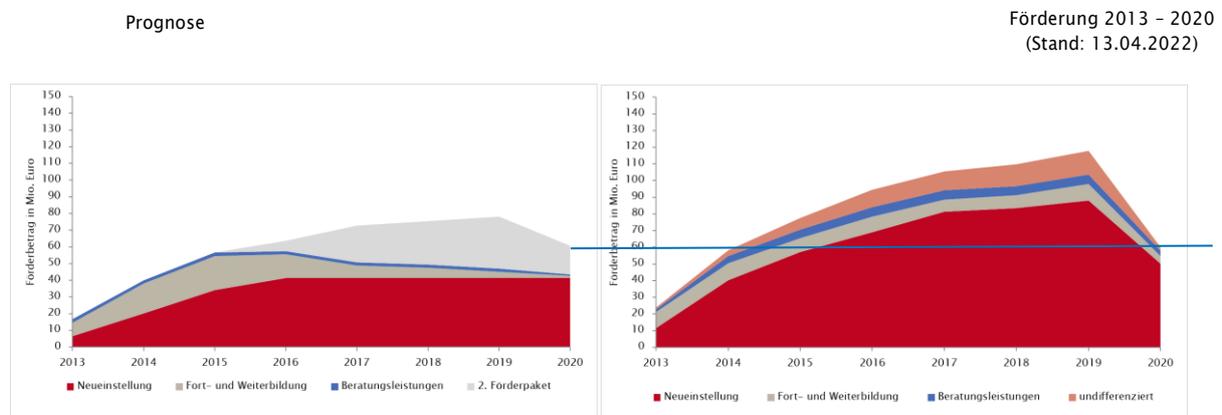
An zweiter Stelle stehen die Beträge für Fort- und Weiterbildung mit ca. 67,7 Mio. Euro (Vereinbarungen sowie vorläufige Zuschläge), was einem Anteil von 10 % der verausgabten Mittel entspricht, dicht gefolgt von den undifferenzierten Beträgen mit insgesamt ca. 64,6 Mio. Euro (9 %). Die Mittelverwendung für Beratungsleistungen umfasst rund 37,9 Mio. Euro (6 %). Die Größenordnungen der Förderung sind damit im Vergleich zum Vorjahresbericht nahezu unverändert geblieben.

Im Gesetzgebungsverfahren zum Beitragsschuldengesetz hatte das BMG Annahmen für die Verteilung der Fördermittel im Programmverlauf getroffen.⁵⁴ Wird dieser um eine Annahme für Beratungsleistungen und die geschätzten Finanzmittel des zweiten Förderpakets⁵⁵ ergänzte Erwartungshorizont den derzeit verfügbaren Informationen für die Jahre 2013 bis 2020 gegenübergestellt (vergleiche Abbildungen 6a und 6b), so wird die Verteilung der Finanzmittel im Verlauf des Hygiene-Förderprogramms sichtbar.

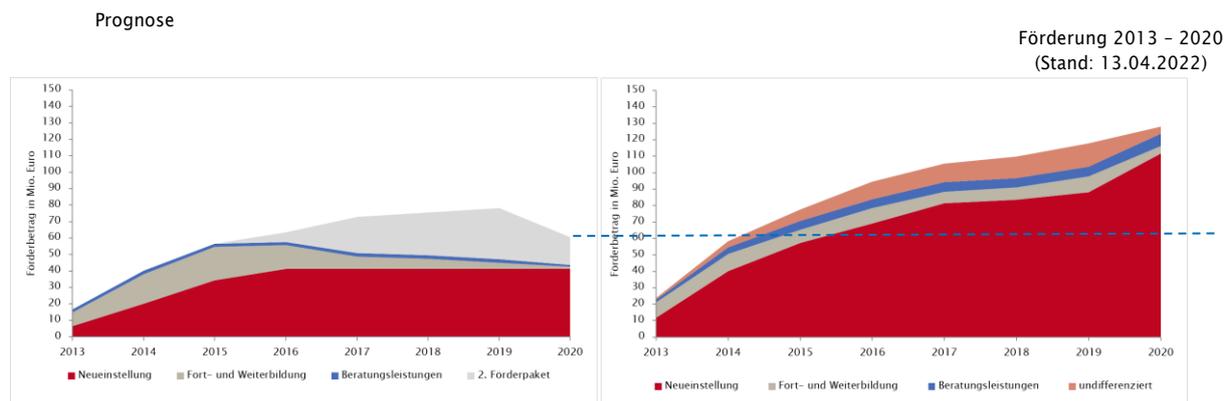
⁵⁴ Vergleiche Erläuterungen des BMG zu dem in der Formulierungshilfe zur Krankenhausfinanzierung vorgesehenen Hygiene-Förderprogramm und zum Versorgungszuschlag (Stand: 22.04.2013), Seite 2.

⁵⁵ Vergleiche Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), Seiten 1121–39.

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



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



Quelle: GKV-Spitzenverband (auf Basis der BMG-Annahmen^{56, 57}), eigene Darstellung (Anmerkung:
„Neueinstellung“ umfasst auch interne Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen).

Das insgesamt verausgabte Finanzvolumen für die Jahre 2013 bis 2020 kann aufgrund des unvollständigen Datenbestandes auf Basis der vorliegenden Datenmeldungen für das Jahr 2020 nicht im Verhältnis zum insgesamt prognostizierten Finanzvolumen beurteilt werden. Auf Grundlage der Datenmeldungen wird hier ein Betrag von 647,6 Mio. Euro und damit oberhalb des insgesamt prognostizierten Finanzvolumens ausgewiesen (464,0 Mio. Euro inkl. 102 Mio. Euro des zweiten Förderpakets). Die Hochrechnung nach Abschnitt 4.2.1 auf die Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser zeigt, dass das verausgabte Finanzvolumen mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen das insgesamt prognostizierte Finanzvolumen noch weiter überschreiten wird (721,1 Mio. Euro). Nach einem

⁵⁶ Vergleiche Erläuterungen des BMG zu dem in der Formulierungshilfe zur Krankenhausfinanzierung vorgesehenen Hygiene-Förderprogramm und zum Versorgungszuschlag (Stand: 22.04.2013), Seite 2.

⁵⁷ Vergleiche Rau, F.: Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau, in: das Krankenhaus, 2015, 107 (12), Seiten 1121–39.

zügigen Programmeinstieg lagen die in Anspruch genommenen Finanzmittel in den einzelnen Förderjahren bis zum Jahr 2019 mit 37 % bis 51 % deutlich über den Erwartungen. Der Höhepunkt der Übererfüllung wird im Jahr 2019 erreicht. Die Inanspruchnahme im Jahr 2020 kann anhand der vorliegenden Datenmeldungen aufgrund der mehrheitlich noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen nicht beurteilt werden. Bisher konnte anhand des aktuellen Datenmeldestandes für das Jahr 2020 mit 60,1 Mio. Euro keine Übererfüllung der Erwartungen festgestellt werden. Eine Hochrechnung der bisherigen Datenmeldungen auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser nach Abschnitt 4.2.1 zeigt aber, dass mit Vorliegen der noch ausstehenden Budgetvereinbarungen für das Jahr 2020 in den Folgeberichten wieder mit einer deutlichen Übererfüllung der Erwartungen gerechnet werden kann (die Hochrechnung ergibt eine Übererfüllungsquote von 120 %). Eine abschließende Beurteilung ist erst im Folgebericht für das Jahr 2022 möglich. Für das Jahr 2021 zeichnet sich ein deutlicher Rückgang auf nur noch 24,7 Mio. Euro ab. Eine detailliertere Aufschlüsselung und Bewertung erfolgt aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen für das Jahr 2021 im Folgejahr.

Die Zahl der geförderten Krankenhäuser hat sich bis zum Jahr 2016 kontinuierlich von 880 auf 1.143 erhöht. Nach einem leichten Rückgang im Jahr 2017 auf 1.110 hat sich die Zahl der beteiligten Krankenhäuser in den Jahren 2018 und 2019 auf einem leicht erhöhten Niveau stabilisiert (1.161 bzw. 1.139). Aufgrund der bislang unvollständigen Datenbasis kann die Beteiligung am Hygiene-Förderprogramm in den Jahren 2020 und 2021 noch nicht beurteilt werden. Die bisherigen Datenmeldungen weisen einen Rückgang der beteiligten Krankenhäuser in den Jahren 2020 und 2021 auf 459 (- 60 %) bzw. 238 (- 79 %) nach. Eine Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser gemäß Abschnitt 4.2.1 zeigt, dass der Rückgang der beteiligten Krankenhäuser im Jahr 2020 mit Vorliegen von fortschreitenden Budgetvereinbarungen deutlich weniger stark ausfallen sollte (1.020). Eine abschließende Beurteilung kann erst mit dem Vorliegen der ausstehenden Budgetvereinbarungen in den Folgeberichten vorgenommen werden. Mindestens in einem der acht Jahre haben insgesamt 1.174 Krankenhäuser die Förderung genutzt. In allen acht Jahren haben dabei 96 der geförderten Krankenhäuser Vereinbarungen zu mindestens einer Förderart bzw. 59 der Krankenhäuser Vereinbarungen zu zwei Förderarten getroffen. Ein Krankenhaus traf mit den Krankenkassen in allen acht Jahren zu allen drei Förderarten Vereinbarungen. Im Jahr 2020 kam nach bisherigem Datenmeldestand ein neues Krankenhaus und im Jahr 2021 kein neues Krankenhaus dazu, dass erstmals eine Förderung in mindestens einer Förderart in Anspruch genommen hat. Tabelle 7 gibt einen Überblick zur Inanspruchnahme des Hygiene-Förderprogramms in den Bundesländern.

Tabelle 7 Geförderte Krankenhäuser nach Ländern (2013 bis 2021)

Bundesland	Jahr	Anspruchsberechtigte Krankenhäuser*	Geförderte Krankenhäuser	Anteil in Prozent	Summe Förderung in Mio. Euro (2013 bis jeweiliges Jahr)
Baden- Württemberg	2019	162	146	90	65,1
	2020	152	146	96	70,3
	2021	152	146	96	70,3
Bayern	2019	267	244	91	108,8
	2020	243	244	100	129,3
	2021	243	253	104	145,0
Berlin	2019	48	39	81	20,2
	2020	47	39	83	22,9
	2021	47	39	83	22,9
Brandenburg	2019	54	50	93	15,3
	2020	52	50	96	15,9
	2021	52	50	96	15,9
Bremen	2019	12	12	100	11,1
	2020	12	12	100	13,8
	2021	12	12	100	14,8
Hamburg	2019	34	28	82	12,0
	2020	33	28	85	12,1
	2021	33	28	85	12,1
Hessen	2019	119	100	84	53,4
	2020	111	101	91	55,3
	2021	111	101	91	55,5
Mecklenburg- Vorpommern	2019	32	29	91	11,1
	2020	32	29	91	12,1
	2021	32	29	91	12,3
Niedersachsen	2019	161	142	88	54,4
	2020	145	142	98	57,5
	2021	145	142	98	59,2
Nordrhein- Westfalen	2019	317	308	97	122,9
	2020	299	310	104	132,3
	2021	299	310	104	133,9

Bundesland	Jahr	Anspruchsberechtigte Krankenhäuser*	Geförderte Krankenhäuser	Anteil in Prozent	Summe Förderung in Mio. Euro (2013 bis jeweiliges Jahr)
Rheinland-Pfalz	2019	81	70	86	26,1
	2020	75	70	93	27,6
	2021	75	70	93	27,6
Saarland	2019	21	23	110	6,1
	2020	19	23	121	6,9
	2021	19	23	121	6,9
Sachsen	2019	76	64	84	23,3
	2020	74	64	86	29,0
	2021	74	64	86	31,5
Sachsen-Anhalt	2019	41	42	102	20,2
	2020	39	42	108	21,2
	2021	39	42	108	21,2
Schleswig- Holstein	2019	57	55	96	17,9
	2020	56	55	98	18,2
	2021	56	55	98	18,2
Thüringen	2019	40	39	98	19,6
	2020	39	39	100	23,1
	2021	39	39	100	24,9
gesamt	2019	1.522	1.391	91	587,5
	2020	1.428	1.394	98	647,6
	2021	1.428	1.403	98	672,3

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.04.2022); inkl. undifferenzierte Vereinbarungen, * Quelle: AOK, WIdO (Stand: 29.04.2022). Eine Förderquote über 100 % ist auf spätere Fusionen oder Schließungen einzelner Krankenhäuser zurückzuführen, die in der Gesamtschau der Förderung 2013 bis 2021 noch enthalten, aber in der Anzahl der anspruchsberechtigten Krankenhäuser weggefallen sind.

Insgesamt nahmen von 2013 bis 2021 rund 98 % der anspruchsberechtigten Krankenhäuser eine Förderung im Rahmen des Hygiene-Förderprogramms in Anspruch. Auf Länderebene wird im Vergleich zu den Angaben der Vorjahresberichte deutlich, dass der Anteil der in Anspruch nehmenden Häuser in den meisten Ländern relativ konstant geblieben ist. Ein Großteil der Budgetverhandlungen 2020 und 2021 war zum Zeitpunkt der Datenübermittlung noch nicht

vollständig abgeschlossen, sodass die dargestellten Angaben zu den geförderten Krankenhäusern nicht abschließend sind.

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

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

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

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

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Summe in Mio. Euro 2013 - 2021*
Anzahl Krankenhäuser mit Vereinbarung zu § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 und ab 2020 zu Satz 2 Nummer 1 KHEntgG**	602	742	835	843	877	846	830	414	179	
Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung von Hygienepersonal in Vollkräften (VK)**										
- Hygienefachkräfte (Satz 1 Nummer 1a)**	267	465	681	682	765	791	767	292	89	
- Krankenhaushygieniker mit ärztlicher Weiterbildung (Satz 1 Nummer 1b)**	27	50	53	60	69	73	81	59	16	
- Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene/ Fortbildung rationale Antibiotika-therapieberatung (Satz 1 Nummer 1c)**	13	26	35	64	106	97	104	64	24	

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Summe in Mio. Euro 2013 – 2021*
– Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene (Satz 1 Nummer 1d)**								9	8	
– Hygienebeauftragte Ärzte (Satz 1 Nummer 1e)**	821	1.149	1.433	1.592	1.265	1.274	1.254	531	136	
– Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie (Satz 2 Nummer 1a)**								11	3	
– Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Infektiologie (Satz 2 Nummer 1b)**								8	3	
– Fachärzte mit strukturierter curricularer Fortbildung Antibiotic Stewardship – ABS (Satz 2 Nummer 1c)**								15	6	
Zusätzlicher Finanzbetrag*** in Mio. Euro	11,6	40,2	57,2	69,1	81,3	83,5	88,1	50,3	20,8	502,2

* Summe in Mio. Euro 2013–2021 kann nur für den zusätzlichen Finanzbetrag in Mio. Euro ausgewiesen werden. ** Fachärzte nach § 4 Absatz 9 Satz 2 Nr. 1a bis c KHEntgG werden erst ab dem Jahr 2020 gefördert. *** maximal bis zur Förderhöhe gemäß § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1a – d und Satz 2 Nummer 1a – c KHEntgG

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.04.2022).

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

In den Tabellen 9 und 10 wird ein Überblick zu den derzeit vorliegenden Istdaten-Meldungen und Bestätigungen durch Jahresabschlussprüfer für diese Förderart in Bezug auf zusätzliche Vollkräfte und Finanzbeträge in den Jahren 2013 bis 2020 gegeben. Die Nachweispflicht im Bereich der Förderart Nummer 1 gliedert sich in die Bereiche „Nachweise zu Personalstellen“ und „Nachweise zu Finanzbeträgen“. In den aktuellen Datenmeldungen sind die von den Krankenhäusern vorgelegten Nachweise über Vollkräfte und Mittelverwendung nicht in jedem Fall deckungsgleich. Es ist darum zu beachten, dass in den bestätigten Angaben sowohl Häuser umfasst sind, für die alle notwendigen Nachweise zu zusätzlichen Stellen und Beträgen geliefert wurden, als auch Häuser, von denen nur eine der beiden Angaben vorliegt. Die Angaben zu Stellen und Beträgen sollten somit keinesfalls in ein Verhältnis gesetzt werden.

Auf Basis der aktuellen Datenmeldungen zeigt sich, dass in den frühen Förderjahren in der Regel für mehr als die Hälfte bis zu zwei Drittel des vereinbarten Hygienepersonals eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Angabe vorliegt. Im Förderjahr 2017 wurden zwischen 73 % und 100 % der vereinbarten Stellen auch tatsächlich mit Hygienefachpersonal besetzt. Im Förderjahr 2018 liegt der Wert bei 70 % bis 86 %, während im Förderjahr 2019 meist knapp über die Hälfte der vereinbarten Stellen auch tatsächlich besetzt wurden. Nur für Krankenhaushygieniker gemäß § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1c KHEntgG wird noch fast ein Wert von zwei Dritteln erreicht. Auf Basis der verfügbaren Datenbasis zeichnet sich für das Förderjahr 2020 weiterhin ein rückläufiger Trend ab. Die Umsetzungsquote erreicht in der Regel nur noch 13 % bis 37 %. Die beiden Berufsgruppen mit infektiologischem Schwerpunkt weisen mit knapp 45 bis 50 % einen etwas höheren Umsetzungsgrad auf: Der Stellenaufbau ist hier in absoluten Zahlen aber noch überschaubar. Auffällig ist, dass im Förderjahr 2020 doppelt so viele Stellen mit Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung für Krankenhaushygiene (§ 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1d KHEntgG) umgesetzt worden sind als ursprünglich vereinbart. Eine abschließende Bewertung kann erst in den Folgeberichten vorgenommen werden, da aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen für das Jahr 2021 bislang auch nur wenige Testate der Jahresabschlussprüfer für das Jahr 2020 vorliegen.

**Tabelle 9 Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung
2013 bis 2020 (zusätzliche Vollkräfte (VK))**

	Zusätzlich vereinbarte VK		Zusätzliche VK - Ist		
	Häuser mit Vereinbarung	Vereinbarte Anzahl VK	Häuser mit Istangabe	Anzahl VK unbestätigt und bestätigt	davon bestätigte Anzahl VK
2013					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	372	267	250	175	155
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	66	27	53	21	17
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	19	13	16	23	9
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	368	821	259	574	523
2014					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	541	465	359	303	274
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	81	50	55	30	28
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	39	25	22	15	15
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	469	1.148	317	909	829
2015					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	628	681	405	408	360
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	84	53	53	34	32
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	66	35	59	40	35
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	542	1.433	334	1.073	939
2016					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	643	682	502	574	544
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	94	60	70	45	44
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	92	64	81	59	56
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	533	1.592	417	1.474	1.398

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 53 von 112

	Zusätzlich vereinbarte VK		Zusätzliche VK - Ist		
	Häuser mit Vereinbarung	Vereinbarte Anzahl VK	Häuser mit Istangabe	Anzahl VK unbestätigt und bestätigt	davon bestätigte Anzahl VK
2017					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	673	765	496	609	585
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	104	69	74	75	71
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	146	106	93	79	77
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	399	1.265	389	1.391	1.290
2018					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	650	791	446	586	549
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	107	73	78	58	52
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	141	96	98	81	72
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	392	1.274	336	1.314	1.093
2019					
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	611	767	328	450	406
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	122	81	60	48	40
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	151	104	91	73	67
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	367	1.254	211	828	746
2020					
Hygienefachkräfte (Satz 1 Nummer 1a)	205	292	62	73	60
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1b)	69	59	41	34	22
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1c)	89	64	34	21	18
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1d)	12	9	10	18	18

	Zusätzlich vereinbarte VK		Zusätzliche VK - Ist		
	Häuser mit Vereinbarung	Vereinbarte Anzahl VK	Häuser mit Istangabe	Anzahl VK unbestätigt und bestätigt	davon bestätigte Anzahl VK
Hygienebeauftragte Ärzte (Satz 1 Nummer 1e)	139	531	39	137	114
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1a)	5	11	1	5	5
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1b)	11	8	7	4	4
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1c)	21	15	4	2	2

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.04.2022).

**Tabelle 10 Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung
2013 bis 2020 (Finanzbeträge in Mio. Euro)**

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

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2017			
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	43,9	27,0	22,8
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	7,8	4,3	3,9
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	6,8	4,2	4,0
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	22,5	15,4	13,2
undifferenziert	0,3	0	0
gesamt	81,3	51,0	43,9
2018			
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	46,0	26,6	22,6
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	8,8	5,1	4,2
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	7,3	5,7	5,6
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	21,4	14,1	11,5
undifferenziert	0	0	0
gesamt	83,5	51,5	43,8
2019			
Hygienefachkräfte (Nummer 1a)	49,0	21,8	17,9
Krankenhausthygieniker (Nummer 1b)	10,5	4,6	3,6
Krankenhausthygieniker (Nummer 1c)	7,8	4,5	3,8
Hygienebeauftragte Ärzte (Nummer 1d)	20,8	9,7	7,7
undifferenziert	0	0	0
gesamt	88,1	40,5	32,9
2020			
Hygienefachkräfte (Satz 1 Nummer 1a)	24,4	6,0	3,3
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1b)	6,8	2,1	1,5
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1c)	4,4	1,4	0,9
Krankenhausthygieniker (Satz 1 Nummer 1d)	0,8	0,2	0,1
Hygienebeauftragte Ärzte (Satz 1 Nummer 1e)	11,2	2,3	1,5

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 57 von 112

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1a)	0,8	0	0
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1b)	0,7	0	0
Fachärzte (Satz 2 Nummer 1c)	1,4	0,2	0,1
undifferenziert	0	0	0
gesamt	50,3	12,1	7,3

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.04.2022).

4.2.5 Fort- und Weiterbildungen (Vereinbarungs- und Istdaten)⁵⁸

Vorausschätzungen des Gesundheitsausschusses gehen für Fort- und Weiterbildungen gemäß § 4 Absatz 9 KHEntgG von insgesamt bis zu 80 Mio. Euro bis zum Jahr 2020 im Rahmen des ersten Förderpakets aus.⁵⁹ Tabelle 11 gibt einen Überblick zu den vereinbarten Beträgen in diesem Förderbereich nach Ländern für die Jahre 2013 bis 2021. Die Fördersumme für Fort- und Weiterbildung schwankte im bisherigen Programmverlauf bis zum Jahr 2019 zwischen 7,2 Mio. Euro im Jahr 2017 und 10,3 Mio. Euro im Jahr 2014. Nach dem zügigen Programmeinstieg ging die Zahl der geförderten Krankenhäuser von 572 im Jahr 2014 auf 299 Krankenhäuser im Jahr 2017 zurück und stabilisierte sich bis zum Jahr 2019 auf knapp über 300 Krankenhäuser. Nach dem bisherigen Datenstand waren sowohl die Anzahl der geförderten Krankenhäuser (112 bzw. 37 Krankenhäuser) als auch die Fördersumme (4,4 Mio. Euro bzw. 1,1 Mio. Euro) in den Jahren 2020 und 2021 stark rückläufig. Die rückläufige Entwicklung kann aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen in den Jahren 2020 und 2021 bislang nicht beurteilt werden. Es ist zu erwarten, dass sich die Angaben in den Folgeberichten noch verändern werden. Zum Beispiel zeigt die Hochrechnung in Abschnitt 4.2.1 auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser, dass mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen für 2020 die Fördersumme für Fort- und Weiterbildungen wieder das Niveau des Jahres 2019 erreichen dürfte. Detailliertere landesbezogene Angaben mit einer Differenzierung nach Berufsbildern können den Anlagen 14 bis 18 entnommen werden.

Mit in der Summe bislang vereinbarten rund 67,7 Mio. Euro sind damit etwa 85 % der für die Laufzeit der ersten Förderphase (maximal bis 2020) im Bereich Fort- und Weiterbildung veranschlagten Mittel geflossen. Unter Einbezug der Hochrechnung aus Abschnitt 4.2.1 erhöht sich der Anteil auf 91 %. 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 der Tabelle 11 sind die in den Jahren 2013 bis 2021 vereinbarten Beträge zu den Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie in der Tabelle 12 die vorliegenden Istdaten für die Jahre 2013 bis 2020 in diesem Förderbereich dargestellt.

⁵⁸ Für weitere Details zu den Fort- und Weiterbildungsmodalitäten im Rahmen des Hygiene-Förderprogramms wird auf die Ausführungen im Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Jahren 2013 bis 2019 vom 31.07.2020, Seiten 44-6 und Anlage 18, verwiesen, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/hygiene/2020_07_31_KH_Hygienesonderprogramm_6_Bericht_2013-19.pdf (Abruf am 16.05.2022).

⁵⁹ Vergleiche Deutscher Bundestag: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Drucksache 17/13947 vom 12.06.2013, Seite 34, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/139/1713947.pdf> (Abruf am 16.05.2022).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 59 von 112

Tabelle 11 Vereinbarte Beträge im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (2013 bis 2021)

	Baden- Württemberg	Bayern	Berlin	Branden- burg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklen- burg- Vor- pommern	Nieder- sachsen	Nord- rhein- West- falen	Rhein- land- Pfalz	Saar- land	Sach- sen	Sachsen- Anhalt	Schles- wig- Holstein	Thüringen	gesamt
Betrag in 1.000 Euro																	
2013	918	1.425	880	510	100	0	937	277	1.169	1.731	274	42	224	359	330	332	9.510
2014	1.319	1.942	760	365	60	0	1.160	198	1.303	1.001	413	179	642	405	300	296	10.344
2015	1.013	2.205	480	250	35	0	740	187	877	1.115	235	65	278	317	181	247	8.224
2016	1.652	2.126	919	280	50	0	795	181	1.018	1.235	307	0	431	143	198	98	9.432
2017	1.176	1.585	857	170	60	0	765	202	513	720	345	115	203	136	209	133	7.188
2018	1.505	1.395	1.208	160	70	0	710	167	406	909	325	212	206	135	224	55	7.687
2019	1.550	1.655	1.569	137	85	0	710	164	790	1.015	361	460	397	200	635	75	9.803
2020	1.078	845	800	0	220	0	10	100	288	140	5	30	619	90	5	185	4.415
2021	0	776	0	0	15	0	0	10	25	10	0	0	100	0	0	160	1.096
gesamt	10.211	13.954	7.473	1.872	695	0	5.827	1.486	6.389	7.876	2.265	1.103	3.100	1.785	2.082	1.581	66.829
Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme																	
2013	51	84	20	28	8	0	58	17	76	86	20	9	16	25	15	20	533
2014	72	101	19	24	4	0	63	14	79	67	21	15	29	26	16	22	572
2015	54	118	15	22	4	0	45	13	61	59	19	8	23	34	15	16	506
2016	64	102	11	16	5	0	40	7	64	58	18	0	27	13	13	9	447
2017	43	72	9	7	2	0	27	9	23	44	16	2	13	14	7	11	299
2018	45	82	12	8	4	0	31	10	21	37	16	6	16	9	9	6	312
2019	44	81	19	8	4	0	27	7	46	32	17	7	15	11	12	8	338
2020	12	35	2	0	6	0	2	6	9	15	1	3	15	2	1	3	112
2021	0	21	0	0	2	0	0	1	4	2	0	0	5	0	0	2	37

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.04.2022).

**Tabelle 12 Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung 2013 bis 2020
(in Tausend Euro)**

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

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 61 von 112

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2016			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.254	905	815
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	720	605	575
Krankenhausthygieniker	442	455	345
Arzt und Krankenhausapotheker	1.008	745	675
Hygienebeauftragter Arzt	2.857	1.800	1.395
Hygienefachkraft	1.878	1.215	837
FA für Innere Medizin und Infektiologie	664	427	422
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	400	306	216
undifferenziert	210	31	30
2017			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.170	1.050	720
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	720	470	440
Krankenhausthygieniker	436	193	125
Arzt und Krankenhausapotheker	1.508	1.104	851
Hygienebeauftragter Arzt	100	140	100
Hygienefachkraft	1.665	869	579
FA für Innere Medizin und Infektiologie	1.005	720	570
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	585	120	120
2018			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.749	932	752
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	902	415	340
Krankenhausthygieniker	362	181	151
Arzt und Krankenhausapotheker	2.241	1.490	1.151
Hygienebeauftragter Arzt	125	25	15

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
Hygienefachkraft	1.431	786	496
FA für Innere Medizin und Infektiologie	505	764	540
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	372	132	130
2019			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.884	1.052	902
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	1.104	454	319
Krankenhausthygieniker	381	161	126
Arzt und Krankenhausapotheker	2.518	1.275	1.090
Hygienebeauftragter Arzt	350	192	192
Hygienefachkraft	1.902	774	520
FA für Innere Medizin und Infektiologie	852	870	840
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	810	310	155
2020			
FA für Hygiene und Umweltmedizin	1.448	200	200
FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	623	105	105
Krankenhausthygieniker	169	74	35
Arzt und Krankenhausapotheker	545	145	95
Hygienebeauftragter Arzt	0	0	0
Hygienefachkraft	15	0	0
Arzt und Krankenhausapotheker (ABS)	600	20	5
FA für Innere Medizin und Infektiologie	390	30	30
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	615	0	0
undifferenziert	10	0	0

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.04.2022).

Erwartungsgemäß liegt der Anteil der insgesamt bestätigten Beträge in den ersten Förderjahren auf einem etwas höheren Niveau als in den Folgejahren. Zudem variiert der Anteil an bestätigten Beträgen, deren zweckentsprechende Verwendung damit nachgewiesen wird, zwischen den Weiterbildungsmaßnahmen deutlich. Bis zum Jahr 2017 lagen für knapp die Hälfte bis über zwei Drittel der vereinbarten fachärztlichen Weiterbildungsmaßnahmen durch Jahresabschlussprüfer bestätigte Beträge vor. Die Quoten reichen vereinzelt an 100 % heran. In den Jahren 2018 und 2019 sinken die Umsetzungsquoten etwas ab (Umsetzungsquoten von 12 bis 82 % bzw. 19 bis 55 %). In beiden Jahren kann nur für Fachärzte für Innere Medizin und Infektiologie eine Umsetzung von etwa 100 % erreicht werden. Im Jahr 2020 sinken die Bestätigungsquoten deutlich. Die höchste Umsetzungsquote erreichen die Krankenhaushygieniker durch strukturierte curriculare Fortbildung mit gerade einmal 21 %. Aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen für das Jahr 2021 kann hier zunächst nur ein vorläufiger Einblick in das Testierungsgeschehen gegeben und die Beurteilung der Entwicklung kann erst in Folgeberichten vorgenommen werden.

4.2.6 Beratungsleistungen (Vereinbarungs- und Istdaten)⁶⁰

In Tabelle 13 sind die in den Jahren 2013 bis 2021 vereinbarten Beträge nach Ländern dargestellt. Insgesamt wurden in diesem Zeitraum externe Beratungsleistungen in Höhe von rund 37,9 Mio. Euro zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vereinbart.

⁶⁰ Für weitere Details zu den Hintergründen der Förderung von Beratungsleistungen wird auf den Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Jahren 2013 bis 2019, Seite 50, verwiesen.

Tabelle 13 Vereinbarte Beträge im Förderbereich externe Beratungsleistungen (2013 bis 2021)

	Baden- Württem- berg	Bayern	Berlin	Branden- burg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklen- burg-Vor- pommern	Nieder- sachsen	Nord- rhein- West- falen	Rhein- land- Pfalz	Saar- land	Sachsen	Sachsen- Anhalt	Schles- wig- Holstein	Thüringen	gesamt
Betrag in 1.000 Euro																	
2013	148	270	38	108	30	0	240	24	176	204	77	19	82	90	104	27	1.635
2014	360	653	101	296	41	0	582	107	493	589	122	115	199	193	243	79	4.173
2015	600	1.042	119	311	36	0	603	103	538	638	190	119	231	250	281	87	5.149
2016	697	1.161	124	312	27	0	545	103	574	593	572	0	178	215	223	92	5.416
2017	738	1.178	162	324	10	0	531	104	865	691	267	54	135	276	253	76	5.663
2018	816	1.153	192	215	20	0	494	121	800	570	243	137	194	281	227	64	5.529
2019	844	1.314	132	246	44	0	450	124	858	510	243	153	217	229	240	72	5.676
2020	225	1.273	47	69	53	0	109	89	354	467	113	62	225	130	95	48	3.359
2021	0	807	0	0	44	0	9	26	152	94	0	0	163	0	0	13	1.307
gesamt	4.428	8.852	914	1.881	304	0	3.564	800	4.808	4.357	1.826	660	1.624	1.664	1.665	559	37.906
Anzahl Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme																	
2013	80	122	0	27	7	0	69	9	53	72	26	12	21	24	19	14	565
2014	93	143	14	38	7	0	75	17	78	88	28	17	27	24	20	16	685
2015	101	178	18	36	6	0	72	18	68	88	41	17	35	31	25	16	750
2016	104	192	18	34	5	0	72	19	72	81	47	0	35	14	22	14	729
2017	107	190	25	35	3	0	67	22	73	79	49	3	33	14	24	12	736
2018	110	189	25	31	3	0	65	21	71	67	49	14	35	21	24	11	736
2019	112	180	19	28	3	0	54	23	76	58	38	15	36	20	24	13	699
2020	17	142	3	7	3	0	13	14	32	37	15	5	34	8	6	8	344
2021	0	97	0	0	3	0	3	5	15	13	0	0	23	0	0	2	161

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.04.2022).

Nach einem Anstieg bis 2015 von 565 auf 752 Krankenhäuser ging die Zahl der Krankenhäuser, die Beratungsleistungen vereinbarten, im Jahr 2019 auf 699 zurück. In den Jahren 2020 und 2021 ist ein weiterer deutlicher Rückgang auf 344 bzw. 161 Krankenhäuser zu verzeichnen. Hinsichtlich des vereinbarten Fördervolumens steigt die Fördersumme von 1,6 Mio. Euro im Jahr 2013 auf 5,7 Mio. Euro im Jahr 2019. Für das Jahr 2020 kann anhand der vorliegenden Datenmeldungen nur noch ein vereinbartes Fördervolumen von 3,4 Mio. Euro nachgewiesen werden. Bei Berücksichtigung der Hochrechnung für das Jahr 2020 auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser gemäß Abschnitt 4.2.1 zeigt sich, dass mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen die vereinbarte Fördersumme für Beratungsleistungen im Jahr 2020 höher liegen dürfte als im Jahr 2019. Für das Jahr 2021 kann aufgrund des sehr geringen Datenbestandes nur eine Vereinbarungssumme in Höhe von 1,3 Mio. Euro und damit unterhalb des Ausgangsniveaus 2013 nachgewiesen werden. Eine abschließende Einschätzung kann erst in den Folgeberichten vorgenommen werden. Bereits in den Berichten der Vorjahre wurde angenommen, dass sich mit zunehmender Verfügbarkeit von Krankenhaushygienikern und Fachärzten mit einer Weiterbildung im Bereich der Infektiologie am Arbeitsmarkt der Anteil der Fördersumme für externe Beratungsleistungen im Laufe des Förderzeitraums verringern dürfte. Dieser Trend zeigt sich aktuell nicht in den Daten. Wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten erwähnt, ist aber auch in diesem Förderbereich insbesondere für die Jahre 2020 und 2021 von weiteren Anpassungen in den Folgejahren auszugehen.

Ausgehend von einem Tagessatz von 400 Euro wurden im Zeitraum 2013 bis 2021 insgesamt 94.764 Beratungstage in die Vereinbarungen aufgenommen. Im Jahr 2020 wurden nach derzeitigem Datenmeldestand noch 8.396 Beratungstage und im Jahr 2021 3.267 Beratungstage vereinbart.⁶¹ Detaillierte Angaben zu den Beratungsleistungen können den Anlagen 19 bis 23 entnommen werden.

In der Tabelle 14 sind die in den Jahren 2013 bis 2020 vereinbarten Beträge zu den Beratungsleistungen sowie die vorliegenden Istdaten in diesem Förderbereich dargestellt. In den Förderjahren 2013 bis 2019 sind insgesamt etwa knapp über einem Drittel bis hin zu vereinzelt bis zu zwei Drittel der vereinbarten Beträge zu Beratungsleistungen sowie undifferenziert vereinbarten Beträge durch Jahresabschlussstate bestätigt worden. In den Jahren 2017 und 2018 wurden die vereinbarten Beträge zu Beratungsleistungen durch Krankenhaushygieniker mit fachärztlicher Weiterbildung für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sogar zu mehr als 100 % übererfüllt. Im Jahr 2019 ist ein Rückgang der Bestätigungsquote auf 24 bis 38 % zu verzeichnen. Nur bei den Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie wird noch eine Bestätigungsquote von etwa 44 % erreicht. Für das Jahr 2020 lassen sich anhand der bisherigen Datenmeldungen nur

⁶¹ Bei den Angaben zu den ermittelten Beratungstagen handelt es sich um gerundete Werte.

noch Bestätigungsquoten von 3 bis 18 % nachweisen. Die oben genannten Fachärzte weisen jetzt entgegen dem ursprünglichen Trend die mit 3 % niedrigste Bestätigungsquote auf.

Ebenso wie in den anderen Förderbereichen wird auch eine Einschätzung der tatsächlichen Inanspruchnahme von Beratungsleistungen erst nach Abschluss des Förderzeitraums möglich sein. Für eine endgültige Beurteilung des Testierungsgeschehens bleiben insbesondere aufgrund der vielerorts noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlungen für die Jahre 2020 und 2021 somit die künftigen Datenmeldungen abzuwarten.

**Tabelle 14 Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen 2013 bis 2020
(in Tausend Euro)**

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

	Vereinbarer Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2016			
Krankenhaustygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.569	2.102	1.524
Krankenhaustygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	434	296	208
FA für Innere Medizin und Infektiologie	76	17	17
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	12	0	0
undifferenziert	2.326	1.276	1.099
2017			
Krankenhaustygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.590	1.737	1.436
Krankenhaustygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	219	259	232
FA für Innere Medizin und Infektiologie	151	95	95
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	2.703	1.344	973
2018			
Krankenhaustygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.299	1.827	1.342
Krankenhaustygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	174	316	188
FA für Innere Medizin und Infektiologie	466	117	113
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	2.591	1.128	967

	Vereinbarter Betrag	Istbeträge unbestätigt und bestätigt	davon bestätigt durch Jahresabschlussprüfer
2019			
Krankenhaustygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.964	1.353	1.130
Krankenhaustygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	225	203	99
FA für Innere Medizin und Infektiologie	274	113	98
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	2.213	728	526
2020			
Krankenhaustygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	2.045	491	230
Krankenhaustygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	478	109	14
FA für Innere Medizin und Infektiologie	52	10	10
FA mit Zusatzweiterbildung Infektiologie	0	0	0
undifferenziert	776	155	112

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.04.2022).

4.3 Sonderentwicklung im Coronajahr 2020

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

Bei der Bewertung ist zu beachten, dass es zahlreiche coronabedingte Förderungen gibt, die in direkter Konkurrenz zum Hygiene-Förderprogramm stehen. Zu nennen ist hier unter anderem die Corona-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung für Zuschläge nach § 5 Absatz 3i KHEntgG. Hiermit werden den Krankenhäusern nicht anderweitig finanzierte Mehrkosten über Zuschläge finanziert, die aufgrund des Virus SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung von Patienten entstehen. Die Höhe des vorläufigen Zuschlags hat sich im Zeitverlauf von 50 Euro je Fall im 4. Quartal 2020 auf 40 Euro je Fall im 1. und

2. Quartal 2021 bzw. 20 Euro je Fall im 3. und 4. Quartal 2021 reduziert. Bei infizierten Patientinnen und Patienten war jeweils ein Zuschlag in Höhe des doppelten Betrages vorgesehen. In der Corona-Mehrkosten-Vereinbarung vom 21.12.2021 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene die näheren Vorgaben zu den Kostenarten und den Anforderungen an den Nachweis festgelegt. Den Vertragsparteien vor Ort wird empfohlen, die vom 01.10.2020 bis zum 31.12.2021 gezahlten Beträge als pauschale Abgeltung der coronabedingten Mehrkosten zu vereinbaren. Die Datengrundlage für das Jahr 2020 ist bisher noch zu dünn, um eine allgemeine Aussage über eine mögliche verstärkte Inanspruchnahme der oben genannten Berufsgruppen im Hygienesonderprogramm treffen zu können. Auf Basis der vorliegenden, unvollständigen Datenmeldungen kann lediglich ausschnittsweise ein vorläufiger Eindruck über die besondere Inanspruchnahme dieser Berufsgruppen im Coronajahr 2020 gegeben werden. Anhand der Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser soll eine mögliche verstärkte Inanspruchnahme realitätsnaher eingeschätzt werden als anhand der bisher unvollständigen Datenbasis möglich wäre.

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

In der Tabelle 15 sind die Vereinbarungsdaten für in der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppen in den drei durch das Hygienesonderprogramm adressierten Förderarten für die Jahre 2019 bis 2021 inklusive einer Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser für das Jahr 2020 gemäß Abschnitt 4.2.1 dargestellt. Die vereinbarten Vollkräfte für die Fördersumme 1 sowie die Vereinbarungssummen für die Förderarten 2 und 3 sind für alle relevanten Berufsgruppen im Coronajahr 2020 gegenüber dem Vorjahr 2019 rückläufig. Einzige Ausnahme ist die Vereinbarungssumme für Beratungsleistungen durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, die sich gegenüber 2019 etwas mehr als verdoppelt hat. Damit wird das Ausgangsniveau im Jahr 2014 nahezu wieder erreicht, nachdem die vereinbarten Beratungsleistungen für diese Berufsgruppe seither bis 2018 sukzessive zurückgegangen sind. In Pandemiezeiten scheint eine verstärkte Inanspruchnahme von flexibel einsetzbaren Beratungsleistungen in diesem Bereich durchaus plausibel. Weiterhin kann anhand des bisherigen Datenstandes festgestellt werden, dass die Rückgänge in den Vereinbarungsdaten für die spezifischen Berufsgruppen der Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in der Regel etwas weniger stark rückläufig sind als für die anderen Berufsgruppen.

Zieht man die Hochrechnung gemäß Abschnitt 4.2.1 heran, um sich der tatsächlichen Inanspruchnahme durch die Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser anzunähern, zeigt sich neben dem sehr starken Anstieg bei der Beratung durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie erwartungsgemäß eine verstärkte Inanspruchnahme bei den Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie,

Virologie und Infektionsepidemiologie in den Förderarten 1 (Fort- und Weiterbildung) und 2 (externe Beratung) sowie bei der Stellenbesetzung durch Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in der Förderart 1. Eine abschließende Bewertung kann erst in den Folgeberichten vorgenommen werden.

In der Tabelle 16 sind die Istdaten für die betreffenden Berufsgruppen für die Jahre 2019 bis 2021 dargestellt. Auch die Istdaten sind für alle relevanten Berufsgruppen im Coronajahr 2020 gegenüber dem Vorjahr rückläufig. Dies gilt auch für die tatsächliche Umsetzung der im Jahr 2020 verstärkt vereinbarten Beratungsleistungen durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Nach derzeitiger Datenlage wurden die hierfür vereinbarten Beratungsleistungen nur in geringem Umfang durch Jahresabschlussprüfer bestätigt (3 % der Vereinbarungssumme). Auch unter Hinzuziehung der Hochrechnung zeigt sich bei der tatsächlichen Umsetzung bisher keine verstärkte Inanspruchnahme im Jahr 2020. Für die infektiologischen Berufsgruppen wird anhand des bisherigen Datenmeldestandes bisher keine durch Jahresabschlussprüfer bestätigte Umsetzung nachgewiesen. Eine Bewertung der tatsächlichen Inanspruchnahme kann erst in den Folgeberichten vorgenommen werden.

Tabelle 15 Vereinbarungsdaten für in der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppen in den Förderarten 1 bis 3 für die Jahre 2019 bis 2021 inkl. Hochrechnung (HR)

		Krankenhaus- hygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	Krankenhausthygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	FA mit Zusatz- weiterbildung Infektiologie
Stellenbesetzung in VK für Förderart 1	2019		81,4	0	0
	2020		58,7	11,5	8,5
	HR 2020		130,4	25,6	18,9
	2021		16,4	3,2	2,7
Vereinbarte Fördersumme in Mio. Euro für Förderart 2	2019	1,9	1,1	0,9	0
	2020	1,4	0,6	0,4	0,6
	HR 2020	3,1	1,3	0,9	1,3
	2021	0,4	0,2	0,2	0,1
Vereinbarte Fördersumme in Mio. Euro für Förderart 3	2019	3,0	0,2	0,3	0
	2020	2,0	0,5	0,1	0
	HR 2020	4,4	1,1	0,2	0
	2021	1,0	0,1	0	0

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.04.2022).

Tabelle 16 Istdaten für in der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppen in den Förderarten 1 bis 3 für die Jahre 2019 bis 2020 inkl. Hochrechnung (HR)

		Krankenhaus- hygieniker mit FA für Hygiene und Umweltmedizin	Krankenhausthygieniker mit FA für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	FA mit Zusatz- weiterbildung Infektiologie
Bestätigte umgesetzte Stellenbesetzung in VK für Förderart 1	2019		3,6	0	0
	2020		1,5	0	0
	HR 2020		3,3	0	0
Bestätigter umgesetzter Betrag für Förderart 2	2019	0,9	0,3	0,8	0
	2020	0,2	0,1	0	0
	HR 2020	0,4	0,2	0	0
Bestätigter umgesetzter Betrag für Förderart 3	2019	1,1	0,1	0,1	0
	2020	0,2	0	0	0
	HR 2020	0,4	0	0	0

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldung (Stand: 13.04.2022).

5. Fazit: Rege Inanspruchnahme des Hygienesonderprogramms bis zum Jahr 2019, weitere Entwicklung in den Jahren 2020 und 2021 bleibt noch abzuwarten

Der vorliegende Bericht basiert auf Daten aus den Budgetverhandlungen der Jahre 2013 bis 2021 zu der Inanspruchnahme von Finanzmitteln aus dem Hygienesonderprogramm. Die Fördermaßnahmen umfassen zusätzliche Einstellungen von Hygienepersonal, interne Besetzungen und Aufstockungen von Teilzeitstellen, die Durchführung von Fort- und Weiterbildungen sowie die Inanspruchnahme von externen Beratungsleistungen im Bereich Krankenhaushygiene. Für die Jahre 2017 bis 2021 wurden Korrektur- und Nachmeldungen vorgenommen, sodass sich die Angaben zum Vereinbarungsgeschehen dieser Jahre im Vergleich zu den Vorjahresberichten an einigen Stellen geändert haben. Auf die Aktualisierung des Datenbestandes bis einschließlich zum Datenjahr 2016 in den Anlagen wird verzichtet, da sich für die ersten Förderjahre nur noch geringfügige Änderungen ergeben.

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

Hervorzuheben ist, dass im Hygiene-Förderprogramm Berufsgruppen adressiert werden, deren Expertise speziell in der Coronapandemie sehr gefragt ist. Dies sind insbesondere die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Auch durch die Ergänzung eines Schwerpunkts im Bereich der Infektiologie mit dem KHSG wurden Weichen für die Pandemiebewältigung gestellt. Im Vorbericht wurde die Annahme getroffen, dass gerade in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 verstärkt auf die fachliche Expertise aus diesen beiden Bereichen zurückgegriffen wurde. Eine verstärkte Inanspruchnahme im Coronajahr 2020 lässt sich anhand der bisherigen Datenmeldungen allerdings nicht erkennen. Die Vereinbarungsdaten für die spezifischen Berufsgruppen sind in allen Förderarten gegenüber

dem Vorjahr rückläufig. Auch die durch Jahresabschlussprüfer bestätigte Umsetzung ist in allen Bereichen rückläufig.

Einzigste Ausnahme ist die Vereinbarungssumme für Beratungsleistungen durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, die sich gegenüber 2019 etwas mehr als verdoppelt hat. Eine verstärkte Inanspruchnahme situativer Beratungsleistungen in Pandemiezeiten erscheint durchaus plausibel. Eine tatsächliche Umsetzung der verstärkt vereinbarten Beratungsleistungen lässt sich bisher allerdings nicht nachweisen. Zieht man die Hochrechnung für 2020 heran, zeigt sich neben dem sehr starken Anstieg bei der Vereinbarung von externen Beratungsleistungen durch Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie eine leicht verstärkte Inanspruchnahme bei den Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin in den Förderarten 2 (Fort- und Weiterbildung) und 3 (externe Beratung) sowie bei der Stellenbesetzung durch Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in der Förderart 1. Eine verstärkte tatsächliche Umsetzung lässt sich aber auch aus der Hochrechnung bisher nicht ableiten. Für das Jahr 2021 können bisher keine Aussagen getroffen werden. Die Entwicklung der Inanspruchnahme in den Coronajahren 2020 und 2021 ist in den Folgeberichten abschließend zu bewerten.

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

Im bisherigen Förderzeitraum haben 1.403 Krankenhäuser und somit etwa 98 % der förderfähigen Krankenhäuser die zusätzliche Finanzierungsmöglichkeit genutzt. Diese haben Vereinbarungen entweder differenziert zu mindestens einer Maßnahme (Personalaufstockung, Fort- und Weiterbildung, externe Beratungsleistungen) oder undifferenziert geschlossen. In den Jahren 2013 bis 2021 wurde diesen Krankenhäusern durch die GKV insgesamt ein Finanzbetrag in Höhe von rund 672,3 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Für die Jahre 2013 bis 2020 wird auf Grundlage der Datenmeldungen ein Betrag von 647,6 Mio. Euro ausgewiesen. Gemäß der Hochrechnung nach Abschnitt 4.2.1 auf die Grundgesamtheit aller anspruchsberechtigten Krankenhäuser wird das insgesamt verausgabte Finanzvolumen mit Vorliegen fortschreitender Budgetvereinbarungen noch höher liegen (721,1 Mio. Euro). Damit bewegt sich die durch die GKV insgesamt bereitgestellte Finanzsumme, wie auch in den letzten Berichten festgestellt, weiterhin über den Erwartungen (464,0 Mio. Euro inkl. 102 Mio. Euro des zweiten Förderpakets).

In der Verteilung der insgesamt im Zeitraum 2013 bis 2021 vereinbarten Beträge bestätigt sich der Trend der Vorjahre weiterhin: Während diese für Neueinstellungen, interne Besetzung und Aufstockung von Hygienepersonalstellen (502,2 Mio. Euro) die Vorausschätzung (267,5 Mio. Euro) übersteigen, wurden bislang für Fort- und Weiterbildung nur 85 % (67,7 Mio. Euro) der erwarteten Beträge (79,5 Mio. Euro) in Anspruch genommen. Auf die Inanspruchnahme externer Beratungsleistungen entfällt ein Finanzierungsanteil von etwa 37,9 Mio. Euro, während undifferenziert vereinbarte Beträge rund 64,6 Mio. Euro ausmachen.

Der vorliegende Bericht zeigt über die einzelnen Förderjahre hinweg nach einem zügigen Programmeinstieg bis zum Jahr 2019 eine stetig steigende Inanspruchnahme von Fördermitteln aus dem Hygienesonderprogramm. Die weitere Entwicklung der Inanspruchnahme in den Jahren 2020 und 2021 bleibt abzuwarten. Bisher weisen die Datenmeldungen für die Jahre 2020 und 2021 deutliche Rückgänge sowohl im Hinblick auf die Fördersummen als auch die Anzahl der beteiligten Krankenhäuser nach. Der Rückgang kann auf Basis der vorliegenden unvollständigen Datenbasis bislang nicht beurteilt werden. Auf Grundlage der gegenüber dem Vorjahr aktualisierten Datenbasis kann die Inanspruchnahme im Coronajahr 2020 durch eine Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser aber zumindest näherungsweise betrachtet werden. Die Hochrechnung legt nahe, dass die tatsächliche Inanspruchnahme entsprechend dem Trend auch im Jahr 2020 weiter angestiegen ist. Eine abschließende Beurteilung ist erst im Folgebericht für das Jahr 2022 möglich.

Gemessen am prognostizierten Programmverlauf zeigt sich, dass die Inanspruchnahme in jedem Programmjahr bis einschließlich 2019 deutlich oberhalb der Erwartungen lag. Die Übererfüllungsquote lag stets zwischen 37 % und 51 % (der Höhepunkt wird im Jahr 2019 erreicht). Die Inanspruchnahme in den Jahren 2020 und 2021 kann mit den vorliegenden Daten noch nicht beurteilt werden. Bisher konnte anhand der Datenlieferungen für das Jahr 2020 mit 60,1 Mio. Euro keine Übererfüllung festgestellt werden. Es ist aber zu erwarten, dass mit Vorliegen der noch ausstehenden Budgetvereinbarungen in den Folgeberichten eine sehr deutliche Übererfüllung der Erwartungen nachgewiesen werden kann (die Hochrechnung der bisher vorliegenden Daten für das Jahr 2020 auf alle anspruchsberechtigten Krankenhäuser nach Abschnitt 4.2.1 deutet auf eine Übererfüllungsquote von 120 % hin). Auf eine Ausweisung für das Jahr 2021 wird aufgrund des sehr geringen Datenmeldestandes und des Fehlens einer Prognose verzichtet. Eine abschließende Beurteilung ist erst im Folgebericht für das Jahr 2022 möglich. Der in den Vorjahresberichten beschriebene Trend, dass die Finanzmittel im Bereich der Neueinstellungen, internen Besetzung und Aufstockung von Hygienepersonalstellen die Vorausschätzungen sehr deutlich übersteigen, zeigt sich bis zum Jahr 2019, in dem der Höhepunkt der Übererfüllung erreicht wird (+ 113 %). Bisher konnte für die Förderart 1 anhand der Datenmeldungen eine deutlich niedrigere Übererfüllungsquote von ca. 22 % nachgewiesen werden. Aufgrund der mehrheitlich noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen ist der Wert aber auch hier deutlich unterschätzt. Eine Hochrechnung auf alle anspruchsberechtigten

Krankenhäuser zeigt, dass hier mit einer weiter gegenüber den Vorjahren ansteigenden Übererfüllungsquote zu rechnen ist (+ 171 %). Eine detaillierte Aufschlüsselung und Beurteilung, wie sich die Inanspruchnahme im Jahr 2020 tatsächlich entwickelt hat, kann allerdings erst in den Folgeberichten vorgenommen werden.

Die vorliegenden Bestätigungen aus den Jahresabschlussprüfungen belegen, dass die Vereinbarungen zunehmend in konkrete Maßnahmen in den teilnehmenden Krankenhäusern münden. Zum derzeitigen Meldestand zeigt sich beispielsweise, dass aus der für das Jahr 2019 vereinbarten Förderung bislang zusätzliche Vollkraftstellen für 406 Hygienefachkräfte und 746 hygienebeauftragte Ärzte erwachsen sind. Damit liegt auch weiterhin ein Schwerpunkt der Förderung im Bereich der Neueinstellungen, Aufstockungen oder internen Besetzung von Hygienepersonalstellen auf diesen beiden Berufsgruppen. Für etwa 51 % der in den Jahren 2013 bis 2019 vereinbarten Finanzbeträge (430,6 Mio. Euro) liegen aktuell Bestätigungen von Jahresabschlussprüfern vor (220,9 Mio. Euro). Zählt man die unbestätigten Beträge (Selbstangabe der Krankenhäuser, ohne Testat) hinzu, erhöhen sich diese Angaben entsprechend auf 258,9 Mio. Euro. Die jüngsten Förderjahre 2020 und 2021 werden bei dieser Bewertung nicht berücksichtigt, da für beide Jahre nur sehr wenige Meldungen zu durch Jahresabschlussprüfer bestätigten Angaben vorliegen. In der Regel ist hinsichtlich der Meldungen von Istdaten mit einem zweijährigen Versatz zu rechnen.

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

Anlagen

Anlage 1 Regelungen auf Landesebene nach § 23 Absatz 8 IfSG

„(8) Die Landesregierungen haben 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

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

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 78 von 112

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

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 79 von 112

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

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 80 von 112

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

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 81 von 112

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

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 82 von 112

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

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

Quelle: Hygieneverordnungen der Länder.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 4 Förderung gesamt 2013 bis 2017 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	32,1	6,1	2,5	0,0	40,7	141
Bayern	52,8	9,3	4,3	0,0	66,3	238
Berlin	6,7	3,0	0,5	0,0	10,2	36
Brandenburg	7,4	1,6	1,4	0,0	10,4	49
Bremen	6,8	0,3	0,1	0,0	7,2	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	6,4	6,4	22
Hessen	29,2	4,4	2,5	0,0	36,1	99
Mecklenburg-Vorpommern	5,6	1,0	0,4	0,0	7,1	28
Niedersachsen	26,2	4,9	2,6	0,1	33,8	138
Nordrhein-Westfalen	41,1	5,8	2,7	26,0	75,6	266
Rheinland-Pfalz	11,7	1,6	1,2	0,1	14,6	66
Saarland	1,6	0,4	0,3	0,0	2,3	23
Sachsen	10,8	1,8	0,8	0,7	14,1	59
Sachsen-Anhalt	8,8	1,4	1,0	0,0	11,1	42
Schleswig-Holstein	7,9	1,2	1,1	0,5	10,7	52
Thüringen	10,4	1,1	0,4	0,0	11,9	35
gesamt	259,4	44,7	22,0	33,8	360,0	1.311

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 5 Förderung gesamt 2013 bis 2018 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)

	1	2	3	4	5 (Summe 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	41,7	7,6	3,4	0,0	52,6	144
Bayern	70,7	10,7	5,5	0,0	86,8	244
Berlin	9,7	5,1	0,7	0,0	15,5	38
Brandenburg	9,5	1,7	1,6	0,0	12,8	50
Bremen	8,6	0,4	0,2	0,0	9,1	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	8,9	8,9	28
Hessen	37,5	5,1	3,0	0,0	45,6	100
Mecklenburg-Vorpommern	7,3	1,2	0,6	0,0	9,1	29
Niedersachsen	33,4	5,3	3,4	0,1	42,3	140
Nordrhein-Westfalen	52,4	6,7	3,3	36,3	98,7	293
Rheinland-Pfalz	17,1	1,9	1,5	0,1	20,5	70
Saarland	3,0	0,6	0,4	0,0	4,1	23
Sachsen	14,7	2,0	1,0	0,7	18,5	62
Sachsen-Anhalt	12,8	1,5	1,3	0,0	15,6	42
Schleswig-Holstein	10,7	1,4	1,3	0,5	14,0	55
Thüringen	13,9	1,2	0,4	0,0	15,5	38
gesamt	342,9	52,4	27,6	46,7	469,6	1.368

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 6 Förderung gesamt 2013 bis 2019 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)

	1	2	3	4	5 (Summe 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	51,7	9,1	4,2	0,0	65,1	146
Bayern	89,6	12,3	6,8	0,0	108,8	244
Berlin	12,6	6,7	0,9	0,0	20,2	39
Brandenburg	11,6	1,9	1,8	0,0	15,3	50
Bremen	10,4	0,5	0,2	0,0	11,1	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	12,0	12,0	28
Hessen	44,1	5,8	3,4	0,0	53,4	100
Mecklenburg-Vorpommern	9,1	1,4	0,7	0,0	11,1	29
Niedersachsen	43,9	6,1	4,3	0,1	54,4	142
Nordrhein-Westfalen	63,8	7,7	3,8	47,6	122,9	308
Rheinland-Pfalz	22,0	2,3	1,7	0,1	26,1	70
Saarland	4,4	1,1	0,6	0,0	6,1	23
Sachsen	19,0	2,4	1,2	0,7	23,3	64
Sachsen-Anhalt	16,9	1,7	1,5	0,0	20,2	42
Schleswig-Holstein	13,8	2,1	1,6	0,5	17,9	55
Thüringen	17,9	1,2	0,5	0,0	19,6	39
gesamt	431,1	62,2	33,2	61,0	587,5	1.391

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 7 Förderung gesamt 2013 bis 2020 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)

	1	2	3	4	5 (Summe 1 - 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 - 4
Baden-Württemberg	55,7	10,2	4,4	0,0	70,3	146
Bayern	108,1	13,2	8,0	0,0	129,3	244
Berlin	14,5	7,5	0,9	0,0	22,9	39
Brandenburg	12,1	1,9	1,9	0,0	15,9	50
Bremen	12,9	0,7	0,3	0,0	13,8	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	12,1	12,1	28
Hessen	45,9	5,8	3,6	0,0	55,3	101
Mecklenburg-Vorpommern	9,9	1,5	0,8	0,0	12,1	29
Niedersachsen	46,3	6,4	4,7	0,1	57,5	142
Nordrhein-Westfalen	70,7	7,9	4,3	49,5	132,3	310
Rheinland-Pfalz	23,4	2,3	1,8	0,1	27,6	70
Saarland	5,1	1,1	0,7	0,0	6,9	23
Sachsen	23,8	3,0	1,5	0,7	29,0	64
Sachsen-Anhalt	17,8	1,8	1,7	0,0	21,2	42
Schleswig-Holstein	14,0	2,1	1,7	0,5	18,2	55
Thüringen	21,2	1,4	0,5	0,0	23,1	39
gesamt	481,4	66,6	36,6	63,0	647,6	1.394

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 8 Förderung gesamt 2013 bis 2021 summiert nach Ländern (in Mio. Euro)

	1	2	3	4	5 (Summe 1 – 4)	6
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	un- differenziert	gesamt	Anzahl Krankenhäuser (mindestens eine Maßnahme) Spalte 1 – 4
Baden-Württemberg	55,7	10,2	4,4	0,0	70,3	146
Bayern	120,7	14,0	8,9	1,5	145,0	253
Berlin	14,5	7,5	0,9	0,0	22,9	39
Brandenburg	12,1	1,9	1,9	0,0	15,9	50
Bremen	13,8	0,7	0,3	0,0	14,8	12
Hamburg	0,0	0,0	0,0	12,1	12,1	28
Hessen	46,1	5,8	3,6	0,0	55,5	101
Mecklenburg-Vorpommern	10,0	1,5	0,8	0,0	12,3	29
Niedersachsen	47,9	6,4	4,8	0,1	59,2	142
Nordrhein-Westfalen	72,1	7,9	4,4	49,6	133,9	310
Rheinland-Pfalz	23,4	2,3	1,8	0,1	27,6	70
Saarland	5,1	1,1	0,7	0,0	6,9	23
Sachsen	26,1	3,1	1,6	0,7	31,5	64
Sachsen-Anhalt	17,8	1,8	1,7	0,0	21,2	42
Schleswig-Holstein	14,0	2,1	1,7	0,5	18,2	55
Thüringen	22,8	1,6	0,6	0,0	24,9	39
gesamt	502,2	67,7	37,9	64,6	672,3	1.403

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 9 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2017 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhausthygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Hygienebeauftragte Ärzte*	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 4	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 4
	Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften				Mio. Euro	Anzahl
Baden-Württemberg	99,9	14,2	5,0	185,4	9,9	98
Bayern	185,5	15,6	16,3	99,3	16,2	193
Berlin	33,3	3,5	0,0	5,7	2,3	28
Brandenburg	25,8	4,8	3,3	49,2	2,4	34
Bremen	13,8	3,3	2,5	48,1	1,9	10
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	78,9	7,7	22,3	170,0	8,2	79
Mecklenburg-Vorpommern	18,9	0,0	2,0	54,0	1,7	25
Niedersachsen	44,0	3,3	3,4	73,9	8,3	102
Nordrhein-Westfalen	120,1	5,9	26,2	272,2	12,5	111
Rheinland-Pfalz	3,3	0,0	0,0	0,0	5,0	59
Saarland	5,4	0,6	0,0	10,9	0,3	5
Sachsen	38,8	4,3	3,6	93,8	3,6	50
Sachsen-Anhalt	29,8	2,1	8,4	70,5	3,3	30
Schleswig-Holstein	32,3	0,6	4,5	51,2	2,6	23
Thüringen	34,9	3,7	9,0	80,4	3,2	30
gesamt	764,5	69,4	106,4	1.264,6	81,3	877

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

Anlage 10 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2018 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Weiterbildung	Hygienebeauftragte Ärzte*	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 4	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 4
	Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften				Mio. Euro	Anzahl
Baden-Württemberg	110,1	12,2	5,9	188,7	9,6	96
Bayern	198,4	16,8	15,8	138,8	17,9	191
Berlin	36,8	4,5	0,0	8,7	2,6	28
Brandenburg	21,7	2,6	3,8	49,5	2,0	29
Bremen	12,4	3,0	2,5	48,1	1,8	10
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	92,2	8,3	19,0	151,0	8,2	77
Mecklenburg-Vorpommern	20,3	0,0	1,0	61,9	1,7	24
Niedersachsen	41,5	3,0	1,4	56,6	7,3	82
Nordrhein-Westfalen	104,9	9,2	23,7	232,5	11,3	87
Rheinland-Pfalz	1,0	0,0	0,0	0,0	5,4	60
Saarland	0,7	0,0	0,0	2,9	1,5	19
Sachsen	44,2	4,0	3,4	96,1	3,9	53
Sachsen-Anhalt	39,7	4,2	8,0	103,9	4,1	37
Schleswig-Holstein	34,9	1,6	4,3	36,3	2,8	26
Thüringen	32,4	3,9	7,7	99,5	3,5	27
gesamt	791,0	73,2	96,5	1274,4	83,5	846

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

Anlage 11 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2019 (nach Ländern)

	1	2	3	4	5	6
	Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung	Krankenhausthygieniker 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	112,0	12,1	5,2	183,7	10,1	97
Bayern	161,6	17,1	17,2	129,5	19,0	190
Berlin	40,6	5,3	1,5	7,3	3,0	25
Brandenburg	21,8	2,5	4,1	46,6	2,1	26
Bremen	12,4	3,2	3,0	48,1	1,9	10
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	74,4	7,7	13,9	116,8	6,7	63
Mecklenburg-Vorpommern	25,0	1,5	2,3	76,5	1,8	23
Niedersachsen	53,0	7,9	2,0	111,2	10,5	97
Nordrhein-Westfalen	107,6	10,0	25,3	194,0	11,4	78
Rheinland-Pfalz	1,5	0,0	0,5	3,3	4,9	53
Saarland	0,7	0,0	0,0	0,0	1,4	21
Sachsen	47,0	3,4	6,8	96,0	4,2	54
Sachsen-Anhalt	32,1	3,9	7,9	97,4	4,1	35
Schleswig-Holstein	39,6	2,6	4,7	35,6	3,1	26
Thüringen	38,1	4,3	9,8	108,5	4,0	32
gesamt	767,1	81,4	104,2	1.254,3	88,1	830

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

Anlage 12 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2020 (nach Ländern)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abge- schlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung (bis 31.12.2019)	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung (ab 01.01.2020)	Hygiene- beauftragte Ärzte*	Facharzt Innere Medizin und Infektiologie	Facharzt mit Zusatzweiter- bildung Infektiologie	Facharzt mit Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 8	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 8	
Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften								Mio. Euro	Anzahl	
Baden- Württemberg	38,7	9,5	4,3	3,6	24,8	8,7	2,0	0,0	4,0	21
Bayern	39,9	24,0	16,6	1,9	81,1	1,8	2,0	3,2	18,4	160
Berlin	8,2	4,4	0,0	0,0	22,0	0,0	3,0	2,5	1,9	3
Brandenburg	3,7	0,0	1,8	0,0	17,5	0,0	0,0	0,0	0,5	6
Bremen	42,4	5,1	2,0	0,5	51,1	0,0	0,0	4,8	2,5	10
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	17,4	1,3	7,5	0,0	26,6	0,0	0,0	0,0	1,7	15
Mecklenburg- Vorpommern	4,4	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0	0,8	12
Niedersachsen	9,6	0,8	2,4	0,0	30,0	0,0	0,0	0,5	2,4	32
Nordrhein- Westfalen	42,9	4,6	13,6	1,9	55,2	1,0	0,0	2,3	6,9	42
Rheinland-Pfalz	0,5	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	1,4	18
Saarland	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	8
Sachsen	44,6	4,2	5,8	1,4	97,0	0,0	1,5	2,1	4,8	51
Sachsen-Anhalt	9,8	1,0	1,8	0,0	21,7	0,0	0,0	0,0	0,8	10
Schleswig- Holstein	2,6	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0	0,2	4
Thüringen	27,7	3,9	8,3	0,0	93,0	0,0	0,0	0,0	3,3	22
gesamt	292,4	58,7	64,1	9,2	530,7	11,5	8,5	15,5	50,3	414

* Die

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

Anlage 13 Vereinbarte Förderung für Neueinstellungen, Aufstockungen oder interne Besetzung von Hygienepersonalstellen, 2021 (nach Ländern)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hygiene- fachkraft	Krankenhaus- hygieniker mit abge- schlossener Weiterbildung	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung (bis 31.12.2019)	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung (ab 01.01.2020)	Hygiene- beauftragte Ärzte*	Facharzt Innere Medizin und Infektiologie	Facharzt mit Zusatzweiter- bildung Infektiologie	Facharzt mit Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“	Betrag für Vollkräfte gemäß Spalte 1 – 8	Krankenhäuser mit mindestens einer Maßnahme Spalte 1 – 8
Neueinstellungen/interne Besetzung neu geschaffener Stellen/Aufstockung Teilzeitstellen in Vollkräften								Mio. Euro	Anzahl
Baden- Württemberg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Bayern	3,1	11,0	3,0	4,9	0,0	3,2	2,7	0,6	103
Berlin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Brandenburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Bremen	34,7	1,3	2,0	0,9	13,3	0,0	0,0	1,5	6
Hamburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Hessen	2,5	0,0	1,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	3
Mecklenburg- Vorpommern	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5
Niedersachsen	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15
Nordrhein- Westfalen	8,1	0,1	10,2	0,5	10,4	0,0	0,0	1,0	9
Rheinland-Pfalz	0,0	0,0	0,0	0,0	23,0	0,0	0,0	0,0	0
Saarland	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Sachsen	22,3	0,7	4,3	1,5	36,0	0,0	0,0	2,9	31
Sachsen-Anhalt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Schleswig- Holstein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
Thüringen	9,9	3,4	3,2	0,0	52,9	0,0	0,0	0,0	7
gesamt	89,0	16,4	24,2	7,8	136,1	3,2	2,7	5,9	179

* Die

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022). Auf die Angabe der Beträge für die einzelnen Berufsbilder wurde infolge der kleinteiligen Förderung verzichtet.

Anlage 14 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2017 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturiertes curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapie- beratung	Hygiene- beauftragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter- bildungen Infektiologie für FA	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 9
Baden-Württemberg	180	270	45	275	40	216	150	0	0	1.176	43
Bayern	180	135	120	340	0	450	300	0	60	1.585	72
Berlin	390	0	10	107	0	50	120	0	180	857	9
Brandenburg	0	45	0	0	0	90	0	0	35	170	7
Bremen	0	0	0	0	0	30	30	0	0	60	2
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	120	60	45	250	10	150	130	0	0	765	27
Mecklenburg-Vorpommern	60	0	5	75	15	47	0	0	0	202	9
Niedersachsen	90	30	10	60	0	163	30	0	130	513	23
Nordrhein-Westfalen	90	45	65	180	15	175	60	0	90	720	44
Rheinland-Pfalz	0	75	60	100	15	60	35	0	0	345	16
Saarland	30	15	5	15	0	20	0	0	30	115	2
Sachsen	0	0	29	21	0	63	30	0	60	203	13
Sachsen-Anhalt	30	0	10	35	5	56	0	0	0	136	14
Schleswig-Holstein	0	30	9	10	0	40	120	0	0	209	7
Thüringen	0	15	23	40	0	55	0	0	0	133	11
gesamt	1.170	720	436	1.508	100	1.665	1.005	0	585	7.188	299

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 15 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturiertes curricularer Weiterbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapie- beratung	Hygiene- beauftragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter- bildungen Infektiologie für FA	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 9
Baden-Württemberg	272	270	35	500	0	218	150	0	60	1.505	45
Bayern	150	135	80	435	10	515	70	0	0	1.395	82
Berlin	668	0	5	386	0	50	10	0	90	1.208	12
Brandenburg	0	45	0	25	10	80	0	0	0	160	8
Bremen	0	0	0	20	20	30	0	0	0	70	4
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	180	105	75	250	10	60	30	0	0	710	31
Mecklenburg-Vorpommern	60	15	5	45	10	30	0	0	2	167	10
Niedersachsen	30	30	5	70	0	111	30	0	130	406	21
Nordrhein-Westfalen	300	60	60	240	45	114	60	0	30	909	37
Rheinland-Pfalz	30	60	25	150	0	60	0	0	0	325	16
Saarland	0	150	5	12	20	20	5	0	0	212	6
Sachsen	30	2	25	23	0	65	0	0	60	206	16
Sachsen-Anhalt	30	0	15	30	0	30	30	0	0	135	9
Schleswig-Holstein	0	30	17	30	0	27	120	0	0	224	9
Thüringen	0	0	10	25	0	20	0	0	0	55	6
gesamt	1.749	902	362	2.241	125	1.431	505	0	372	7.687	312

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 98 von 112

Anlage 16 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2019 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturiertes curricularer Fortbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapie- beratung	Hygiene- beauftragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter- bildungen Infektiologie für FA	undiffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 9
Baden-Württemberg	242	319	65	305	60	224	155	0	180	1.550	44
Bayern	220	141	80	500	0	560	153	0	0	1.655	81
Berlin	450	15	0	440	5	90	59	0	510	1.569	19
Brandenburg	0	72	0	25	0	40	0	0	0	137	8
Bremen	30	0	15	10	0	30	0	0	0	85	4
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	180	90	60	275	5	70	30	0	0	710	27
Mecklenburg-Vorpommern	90	15	10	45	0	4	0	0	0	164	7
Niedersachsen	193	47	30	196	5	200	120	0	0	790	46
Nordrhein-Westfalen	300	45	35	310	0	175	30	0	120	1.015	32
Rheinland-Pfalz	0	75	31	65	20	170	0	0	0	361	17
Saarland	0	240	0	170	0	50	0	0	0	460	7
Sachsen	30	0	15	75	0	127	150	0	0	397	15
Sachsen-Anhalt	30	15	15	30	0	50	60	0	0	200	11
Schleswig-Holstein	120	30	15	48	255	72	95	0	0	635	12
Thüringen	0	0	10	25	0	40	0	0	0	75	8
gesamt	1.884	1.104	381	2.518	350	1.902	852	0	810	9.803	338

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 17 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2020 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapie- beratung	Arzt/ Apotheker mit strukturierter curricularer Fortbildung „ABS“	Hygiene- beauf- tragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter- bildungen Infek- tiologie für FA	Un- diffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 10
Baden-Württemberg	320	278	20	155	10	0	10	150	135	0	1.078	12
Bayern	240	180	65	235	5	0	0	30	90	0	845	35
Berlin	350	30	0	0	210	0	0	0	210	0	800	2
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	80	0	0	0	110	0	0	0	30	0	220	6
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	5	5	0	0	0	0	0	0	10	2
Mecklenburg-Vorpommern	40	30	20	0	5	0	5	0	0	0	100	6
Niedersachsen	68	0	5	65	0	0	0	0	150	0	288	9
Nordrhein-Westfalen	0	30	10	75	15	0	0	0	0	10	140	15
Rheinland-Pfalz	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	5	1
Saarland	0	0	5	5	20	0	0	0	0	0	30	3
Sachsen	240	30	34	0	195	0	0	120	0	0	619	15
Sachsen-Anhalt	30	0	0	0	0	0	0	60	0	0	90	2
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	5	1
Thüringen	80	45	5	0	25	0	0	30	0	0	185	3
gesamt	1.448	623	169	545	600	0	15	390	615	10	4.415	112

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 18 Vereinbarte Beträge für Fort- und Weiterbildungen nach Ländern, 2021 (in Tausend Euro)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	FA für Hygiene/ Umwelt- medizin	FA für Mikrobiologie/ Virologie/ Infektions- epidemiologie	Krankenhaus- hygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung	Arzt/Apotheker mit Fortbildung im Bereich rationale Antibiotika- therapie- beratung	Arzt/ Apotheker mit strukturierter curricularer Fortbildung „ABS“	Hygiene- beauf- tragter Arzt*	Hygiene- fachkraft	FA für Innere Medizin und Infek- tiologie	Zusatz- weiter- bildungen Infek- tiologie für FA	un- diffe- renziert	Summe Betrag	Anzahl Kranken- häuser mit mindestens einer Maßnahme 1 – 10
Baden-Württemberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bayern	281	120	25	160	10	0	0	150	30	0	776	21
Berlin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	15	2
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	10	1
Niedersachsen	0	0	5	15	5	0	0	0	0	0	25	4
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	10	2
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	0	0	10	0	30	0	0	0	60	0	100	5
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	80	45	0	0	5	0	0	30	0	0	160	2
gesamt	361	165	40	185	75	0	0	180	90	0	1.096	37

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

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 19 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2017 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2017 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	609	24	47	0	58	738	107
Bayern	1.172	0	0	0	6	1.178	190
Berlin	20	67	10	0	65	162	25
Brandenburg	140	50	1	0	132	324	35
Bremen	5	5	0	0	0	10	3
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	0	0	0	0	531	531	67
Mecklenburg- Vorpommern	20	0	0	0	85	104	22
Niedersachsen	335	18	89	0	423	865	73
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	691	691	79
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	267	267	49
Saarland	0	0	0	0	54	54	3
Sachsen	0	0	0	0	135	135	33
Sachsen-Anhalt	78	13	4	0	181	276	14
Schleswig-Holstein	210	42	0	0	0	253	24
Thüringen	0	0	0	0	76	76	12
gesamt	2.590	219	151	0	2.703	5.663	736

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 102 von 112

Anlage 20 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2018 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2018 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	683	52	58	0	23	816	110
Bayern	966	0	0	0	187	1.153	189
Berlin	72	43	10	0	67	192	25
Brandenburg	87	12	1	0	114	215	31
Bremen	15	6	0	0	0	20	3
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	51	0	0	0	443	494	65
Mecklenburg- Vorpommern	8	0	0	0	113	121	21
Niedersachsen	67	27	271	0	435	800	71
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	570	570	67
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	243	243	49
Saarland	40	0	0	0	97	137	14
Sachsen	0	0	0	0	194	194	35
Sachsen-Anhalt	135	11	96	0	40	281	21
Schleswig-Holstein	174	22	30	0	0	227	24
Thüringen	0	0	0	0	64	64	11
gesamt	2.299	174	466	0	2.591	5.529	736

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 21 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2019 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2019 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	679	16	25	0	124	844	112
Bayern	1.285	1	0	0	28	1.314	180
Berlin	84	17	10	0	21	132	19
Brandenburg	82	0	0	0	164	246	28
Bremen	39	5	0	0	0	44	3
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	192	0	9	0	249	450	54
Mecklenburg- Vorpommern	0	16	5	0	103	124	23
Niedersachsen	269	16	178	0	394	858	76
Nordrhein-Westfalen	0	0	0	0	510	510	58
Rheinland-Pfalz	128	0	4	0	110	243	38
Saarland	0	1	2	0	150	153	15
Sachsen	0	0	0	0	217	217	36
Sachsen-Anhalt	99	68	5	0	57	229	20
Schleswig-Holstein	106	85	35	0	14	240	24
Thüringen	0	0	0	0	72	72	13
gesamt	2.964	225	274	0	2.213	5.676	699

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 22 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2020 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2020 gesamt	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	225	0	0	0	0	225	17
Bayern	1.054	219	0	0	0	1.273	142
Berlin	16	10	0	0	21	47	3
Brandenburg	44	0	25	0	0	69	7
Bremen	39	5	10	0	0	53	3
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	91	0	0	0	17	109	13
Mecklenburg-Vorpommern	32	19	0	0	39	89	14
Niedersachsen	141	99	0	7	107	354	32
Nordrhein-Westfalen	0	5	0	0	462	467	37
Rheinland-Pfalz	113	0	0	0	0	113	15
Saarland	60	0	2	0	0	62	5
Sachsen	159	66	0	0	0	225	34
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	130	8
Schleswig-Holstein	45	34	16	0	0	95	6
Thüringen	27	22	0	0	0	48	8
gesamt	2.045	478	52	7	776	3.359	344

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Anlage 23 Vereinbarte Beratungsleistungen nach Ländern, 2021 (in Tausend Euro)

	Hygiene und Umweltmedizin	Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	Zusatzweiterbildungen Infektiologie für FA	undifferenziert	Betrag 2021 gesamt	Anzahl Krankenhäuser	Beträge 2013 – 2020 gesamt
Baden-Württemberg	0	0	0	0	0	0	0	4.428
Bayern	788	0	0	0	19	807	97	8.852
Berlin	0	0	0	0	0	0	0	914
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	1.881
Bremen	39	5	0	0	0	44	3	304
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	9	0	0	0	0	9	3	3.564
Mecklenburg- Vorpommern	2	0	0	0	24	26	5	800
Niedersachsen	50	50	8	0	43	152	15	4.808
Nordrhein-Westfalen	10	6	0	0	78	94	13	4.357
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	1.826
Saarland	0	0	2	0	0	0	0	660
Sachsen	108	55	0	0	0	163	23	1.624
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	1.664
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	1.665
Thüringen	6	7	0	0	0	13	2	559
gesamt	1.012	123	8	0	164	1.307	161	37.906

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 106 von 112

Anlage 24 Undifferenzierte Beträge nach Ländern* (in Tausend Euro)

	2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag	Anzahl KH	Betrag
Bayern	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	9	1.471
Hamburg	2	40	11	261	22	1.143	24	2.475	22	2.440	18	2.580	24	3.092	3	73	0	0
Hessen	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nieder- sachsen	1	30	1	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nordrhein- Westfalen	108	794	129	2.811	133	5.418	135	8.076	131	8.865	155	10.361	164	11.230	24	1.946	2	67
Rheinland- Pfalz	0	0	1	58	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	2	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	1	47	1	235	2	458	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig- Holstein	1	230	1	185	0	0	1	59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gesamt	116	1.197	144	3.620	157	7.019	160	10.609	153	11.305	174	12.948	188	14.322	27	2.019	11	1.538

* Es werden nur diejenigen Länder aufgeführt, in denen in den Jahren 2013 bis 2021 für mindestens ein Jahr ein undifferenzierter Betrag vereinbart worden ist.

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)

Seite 107 von 112

Anlage 25 Istdaten nach Ländern, 2017 (in Tausend Euro)

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Lieferung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	94	36	99	8.628	1.125	619	6.411	975	569
Bayern	116	52	138	9.960	968	735	8.302	590	486
Berlin	10	4	9	1.456	755	74	1.134	335	73
Brandenburg	19	5	29	1.076	42	308	838	0	151
Bremen	9	2	2	1.643	30	16	1.643	30	16
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	38	10	30	4.167	465	258	4.167	465	258
Mecklenburg-Vorpommern	23	7	20	1.957	157	80	1.172	55	35
Niedersachsen	38	8	36	2.982	146	486	2.860	146	385
Nordrhein-Westfalen	93	42	69	12.783	719	657	12.517	719	631
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	35	9	24	3.011	126	96	2.370	76	69
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	7	2	6	1.021	35	56	651	35	30
Thüringen	21	8	10	2.285	98	52	1.866	80	34
gesamt	503	185	472	50.968	4.666	3.435	43.930	3.506	2.736

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm
in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit
§ 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung)
Seite 108 von 112

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

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Lieferung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	84	37	106	7.668	1.189	704	5.374	987	627
Bayern	95	42	91	9.615	895	592	7.649	435	409
Berlin	9	4	12	1.465	1.081	112	1.382	1.080	78
Brandenburg	10	7	19	1.007	105	209	943	45	45
Bremen	10	4	3	1.781	70	20	1.752	70	19
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	23	5	17	2.178	195	176	2.178	195	176
Mecklenburg-Vorpommern	19	8	16	1.605	152	90	1.000	20	53
Niedersachsen	28	5	27	2.088	50	338	1.936	20	219
Nordrhein-Westfalen	69	32	52	12.280	535	577	11.759	435	573
Rheinland-Pfalz	1	0	1	52	0	6	52	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	39	13	27	3.525	100	105	2.950	90	75
Sachsen-Anhalt	33	9	19	3.821	135	269	3.036	115	241
Schleswig-Holstein	16	7	12	2.182	158	137	1.860	38	47
Thüringen	15	4	11	2.233	60	52	1.947	45	47
gesamt	452	177	413	51.500	4.724	3.388	43.819	3.575	2.609

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

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

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Lieferung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	34	19	29	4.795	1.196	276	4.445	726	213
Bayern	84	42	88	9.874	925	637	7.819	790	545
Berlin	4	3	5	1.433	1.325	58	1.384	1.320	50
Brandenburg	5	3	9	874	30	58	811	20	22
Bremen	8	3	2	1.514	70	3	1.514	70	3
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	12	3	8	990	30	110	990	30	110
Mecklenburg-Vorpommern	19	6	20	1.475	109	108	35	0	2
Niedersachsen	16	5	20	1.378	40	288	950	20	246
Nordrhein-Westfalen	49	27	43	8.714	725	347	7.606	705	295
Rheinland-Pfalz	9	2	5	637	95	30	0	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	51	15	34	4.272	280	198	3.579	230	184
Sachsen-Anhalt	9	2	7	694	45	124	527	35	28
Schleswig-Holstein	8	2	10	753	112	104	595	102	104
Thüringen	23	6	11	3.104	105	58	2.618	95	52
gesamt	331	138	291	40.507	5.087	2.398	32.874	4.144	1.853

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

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

	Anzahl Häuser mit einer Istdaten-Lieferung			Istbeträge unbestätigt und bestätigt			davon Istbeträge bestätigt durch Jahresabschlussprüfer		
	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung	Zusätzliche/ intern besetzte Stellen	Fort-/ Weiter- bildung	Beratung
Baden-Württemberg	0	0	1	0	0	5	0	0	5
Bayern	65	12	48	6.723	345	381	3.280	275	179
Berlin	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bremen	2	0	1	165	0	50	165	0	50
Hamburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hessen	1	0	0	105	0	0	105	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	7	2	8	263	10	44	0	0	0
Niedersachsen	2	0	3	336	0	74	182	0	0
Nordrhein-Westfalen	14	5	13	2.144	30	114	1.991	25	92
Rheinland-Pfalz	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saarland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sachsen	19	5	15	852	34	83	508	15	32
Sachsen-Anhalt	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thüringen	7	1	2	1.536	155	13	1.056	155	7
gesamt	117	25	91	12.123	574	765	7.288	470	365

Quelle: GKV-Spitzenverband, Datenmeldungen (Stand: 13.04.2022).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Finanzierungsdauer und -höhe im Hygienesonderprogramm nach Förderarten (§ 4 Absatz 9 KHEntgG)	21
Abbildung 2	Allgemeinkrankenhäuser mit pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal.....	34
Abbildung 3	Hygienefachkräfte (HFK) an Allgemeinkrankenhäusern	35
Abbildung 4	Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie an Allgemeinkrankenhäusern	36
Abbildung 5	Prozentuale Verteilung der Fördermittel (2013 bis 2021).....	43
Abbildung 6a	Verteilung der Finanzmittel im Programmverlauf nach Datenmeldestand (2013 bis 2020).....	44
Abbildung 6b	Verteilung der Finanzmittel im Programmverlauf nach Hochrechnung (2013 bis 2020).....	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Hygienepersonal und Richtwerte.....	27
Tabelle 2	Bedarf an Hygienefachkräften pro Betten gemäß Risikoeinstufung	28
Tabelle 3	Bedarf an Krankenhaushygienikern pro Betten gemäß Risikoeinstufung	28
Tabelle 4	Krankenhäuser nach § 108 SGB V im Geltungsbereich des KHEntgG, Verhandlungsstand zum Budget 2019 bis 2021	30
Tabelle 5	Überblick zur Förderung der Krankenhaushygiene 2013 bis 2021 (in Mio. Euro).....	40
Tabelle 6	Überblick zu den Istdaten nach Förderarten 2013 bis 2020 (in Mio. Euro).....	42
Tabelle 7	Geförderte Krankenhäuser nach Ländern (2013 bis 2021).....	46
Tabelle 8	Vereinbarte Vollkräfte und Finanzbeträge im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung	49
Tabelle 9	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung 2013 bis 2020 (zusätzliche Vollkräfte (VK))	52
Tabelle 10	Istdaten im Förderbereich Neueinstellung, interne Besetzung oder Aufstockung 2013 bis 2020 (Finanzbeträge in Mio. Euro).....	55
Tabelle 11	Vereinbarte Beträge im Förderbereich Fort- und Weiterbildung (2013 bis 2021).....	59
Tabelle 12	Istdaten im Förderbereich Fort- und Weiterbildung 2013 bis 2020 (in Tausend Euro)	60

Tabelle 13	Vereinbarte Beträge im Förderbereich externe Beratungsleistungen (2013 bis 2021).....	64
Tabelle 14	Istdaten im Förderbereich externe Beratungsleistungen 2013 bis 2020 (in Tausend Euro)	66
Tabelle 15	Vereinbarungsdaten für in der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppen in den Förderarten 1 bis 3 für die Jahre 2019 bis 2021 inkl. Hochrechnung	70
Tabelle 16	Istdaten für in der Coronapandemie besonders relevante Berufsgruppen in den Förderarten 1 bis 3 für die Jahre 2019 bis 2020 inkl. Hochrechnung ...	71

Abkürzungsverzeichnis

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