



Deutsche Gesellschaft
für Krankenhaushygiene e.V. DGKH

Geschäftsstelle
Joachimsthaler Straße 31-32
10719 Berlin
Telefon +49 30 8872737-30
Fax +49 30 8872737-37
E-Mail info@krankenhaushygiene.de

Vorstand

Präsident
Prof. Dr. Martin Exner, Bonn

*1. Vizepräsident, stellvertretender
Schatzmeister und Koordinator für
Internationale Beziehungen*
Prof. Dr. Walter Popp, Dortmund

2. Vizepräsidentin
PD Dr. med. habil. Sabine Gleich,
München

Schatzmeisterin
Dr. Friederike Lemm, Bochum

*Verantwortlicher für
Öffentlichkeitsarbeit*
Dr. Peter Walger, Bonn

Kritische Stellungnahme der DGKH zum Ersatz des Hygieneförderprogrammes zugunsten eines Infektiologieförderprogrammes

Adressat:

Bundesministerium der Gesundheit (BMG)

Einleitung:

Am 29.12.2022 ist das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) in Kraft getreten.

Eine Regelung, den Krankenhausbereich betreffend ist, dass das Hygieneförderprogramm als Infektiologieförderprogramm für drei Jahre weitergeführt wird, sodass die personelle Ausstattung in der Infektiologie finanziell unterstützt wird (1,2).

Die Coronapandemie habe die Bedeutung infektiologischer Expertise in den Kliniken gezeigt, heißt es in dem Änderungsantrag. Das Förderprogramm werde daher ab 2023 um weitere drei Jahre verlängert, inhaltlich jedoch auf die Infektiologie beschränkt und als sogenanntes „Infektiologie- Förderprogramm“ fortgeführt, so die Mitteilung aus dem Deutschen Ärzteblatt vom 08.11.2022.

Als weiterer Grund wird die Tatsache, dass mit Einführung des Facharztes für Innere Medizin und Infektiologie nach dem Beschluss auf dem 124. Deutschen Ärztetag (3) [Deutsches Ärzteblatt: Beschlussprotokoll 2021 \(aerzteblatt.de\)](https://www.aerzteblatt.de), die Zusatzweiterbildung Infektiologie am 31.12.2022 endet und durch das Förderprogramm der Schwerpunkt auf die Neueinstellung von Fachärzten für Innere Medizin und Infektiologie gelegt werden soll.

Amtsgericht Berlin Charlottenburg
Registernummer VR 34413 B

Str.-Nr. 27/663/63141
UID DE183129654

Bankverbindung
Weberbank Berlin
IBAN DE52101201006106852044
BIC WELADED1WBB

Internet
www.krankenhaushygiene.de



Hygieneförderprogramm 2013- 2022:

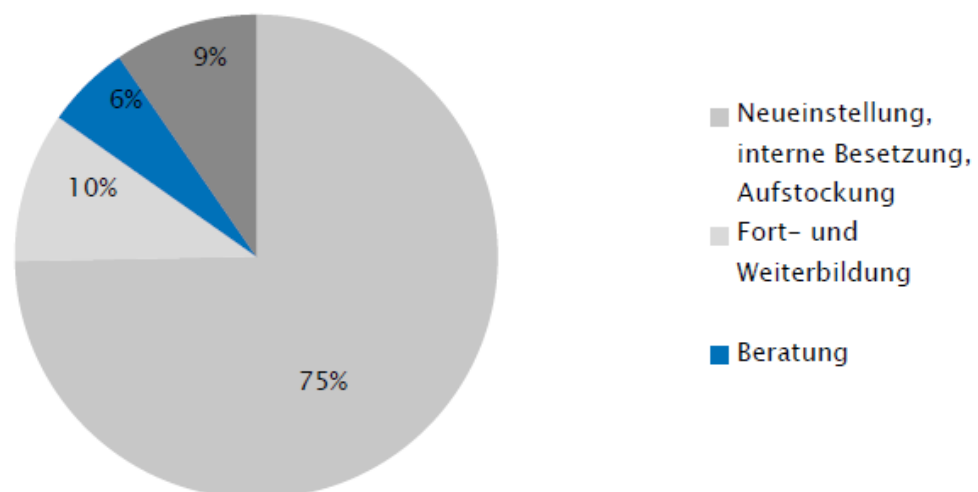
Laut Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ([bundesgesundheitsministerium.de](https://www.bundesgesundheitsministerium.de)) wurde das Hygieneförderprogramm im Jahr 2013 errichtet, um die Krankenhäuser bei der Erfüllung der Anforderungen, wie der Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen, zu unterstützen und um die entsprechende, von der Kommission für Krankenhaushygiene am Robert-Koch-Institut (KRINKO) geforderte Ausstattung mit Hygienefachpersonal zu ermöglichen (4,5).

Hierzu wurde die Möglichkeit einer curricularen Weiterbildung in der Krankenhaushygiene für Fachärzte geschaffen, um den akuten Bedarf an Krankenhaushygienikern schnellstmöglich zu decken und parallel dazu neue Stellen für den Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin zu schaffen. Verlängerungen des Hygieneförderprogrammes erfolgten 2016 und 2019.

In der Ergebnisevaluation dieses Programmes (Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2021 an das Bundesministerium für Gesundheit Berlin, 30.06.2022) wird ausgeführt:

Insgesamt erfolgte eine Förderung in den Jahren 2013 bis 2021 (§ 4 Absatz 9 Satz 8 KHEntgG in Verbindung mit § 4 Absatz 8 Satz 10 KHEntgG alte Fassung) mit einem Gesamtbetrag von 672 Millionen Euro, die 1.403 Krankenhäusern zur Verbesserung der personellen Ausstattung mit Hygienepersonal erhalten haben.

Der Schwerpunkt der Inanspruchnahme lag mit ca. 502 Millionen Euro auf der Neueinstellung von Hygienepersonal, der internen Besetzung neu geschaffener Stellen sowie der Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen. Für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden rund 68 Millionen Euro beansprucht.



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

Abb. 1: Prozentuale Verteilung der Fördermittel (2013-2021)



Die Beraterkosten für externe Hygienefachberatung im Rahmen des Hygienesonderprogrammes, betragen für die letzten 9 Jahre (2013 bis 2021) nach Angaben der GKV 38 Millionen Euro (Abb.2).

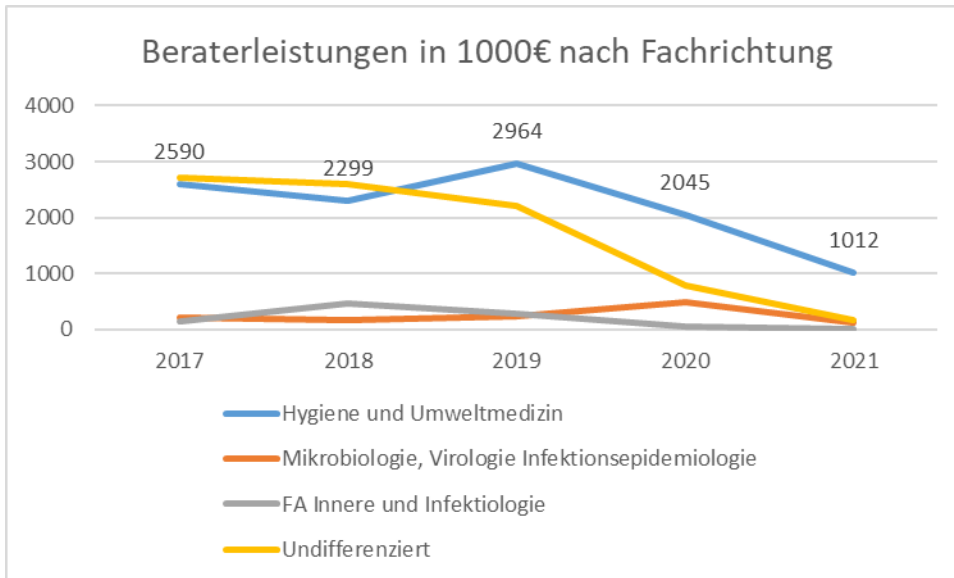


Abb.2: Beraterleistungen von 2017 bis 2021 nach Fachrichtung (Quelle: GKV Spitzenverband 2021)

Erkennbar ist hier der Rückgang der externen Beratungsleistung zugunsten festangestellter Mitarbeiter in der Krankenhaushygiene. Die mikrobiologische Beratungsleistung im Rahmen von ABS-Teams blieb davon unberührt.

Entwicklung nach Ärzteanzahl in der Krankenhaushygiene nach den Zahlen der Bundesärztekammer ([Ärztestatistik 2021 - Bundesärztekammer \(bundesaerztekammer.de\)](https://www.bundesaerztekammer.de))

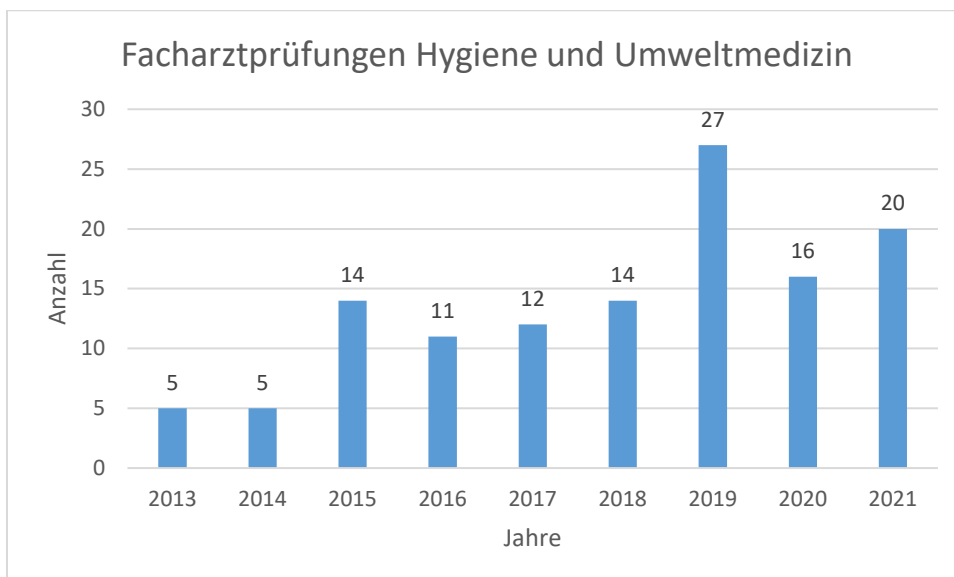


Abb.3: Ärztestatistik 2021 der Bundesärztekammer

Die Zahlen der Bundesärztekammer zur Entwicklung der Krankenhaushygiene durch das Hygienesonderprogramm zeigt einen deutlichen Effekt hinsichtlich der Anzahl der neu ausgebildeten Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin. Hinzuweisen ist auf die Gesamtweiterbildungszeit von 5 Jahren (inklusive eines klinischen Jahres) und die raren Weiterbildungsstellen (Abb. 3)

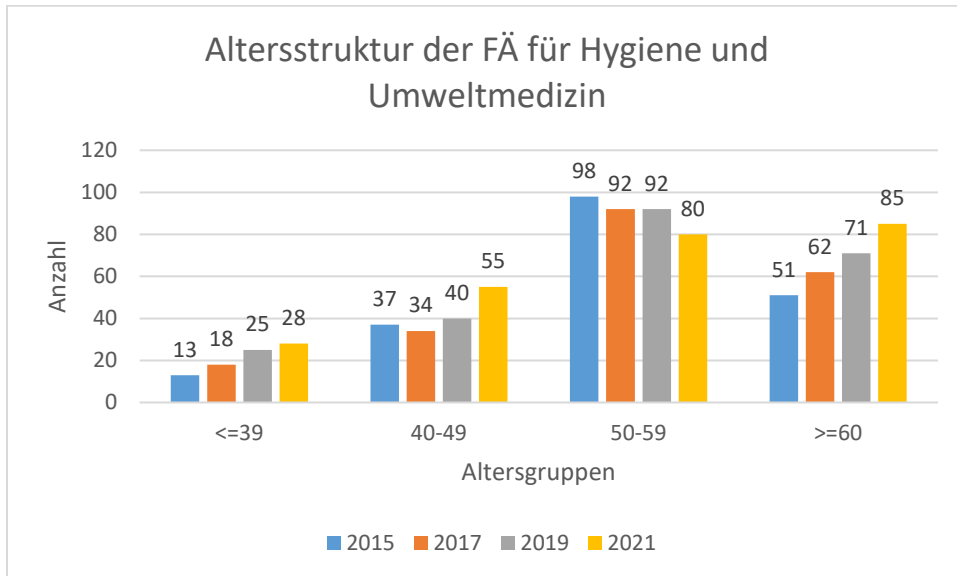


Abb. 4: Ärztestatistik 2021 der Bundesärztekammer

Auch die Altersstruktur, bei den aktuell im stationären Bereich tätigen Fachärzten, zeigt eine zunehmende Überalterung, jedoch einem Anstieg in der Altersgruppe <39 Jahre und 40-49 Jahre (Abb.4)

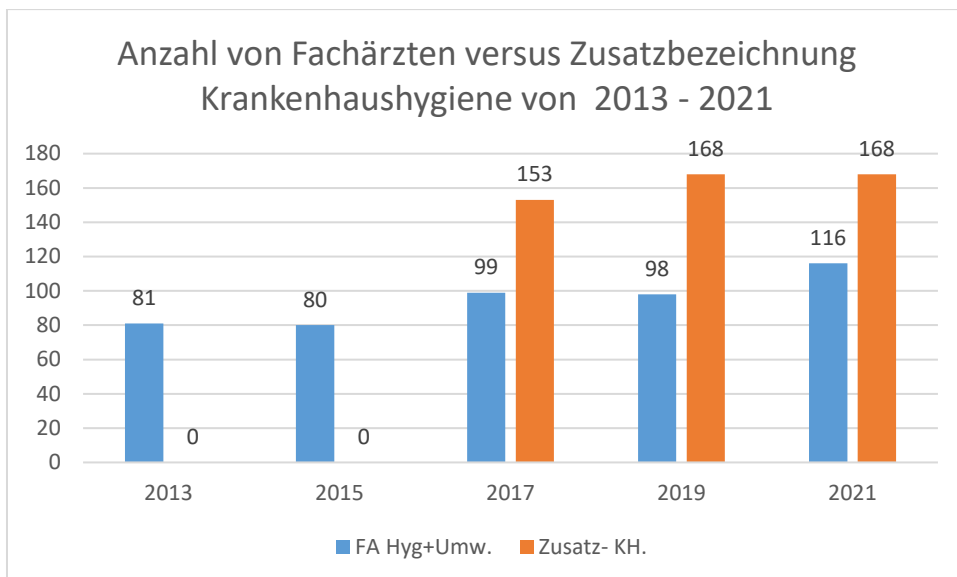


Abb. 5: Ärztestatistik 2021 der Bundesärztekammer

Die Anzahl der Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin im Vergleich zu den curricular Weitergebildeten mit Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene, zeigt im Jahresverlauf von 2013 bis 2021 nur eine geringe Steigerung der stationär tätigen Krankenhaushygieniker. Die Anzahl der curricularen Krankenhaushygieniker mit Zusatzbezeichnung ist ab 2017 relativ konstant (Abb. 5).

Betrachtet man die Entwicklung der Zusatzbezeichnung Infektiologie versus der Entwicklung der Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene, sieht man eine deutliche Differenz zugunsten der Anzahl der Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie und das auch schon ohne Förderprogramm.

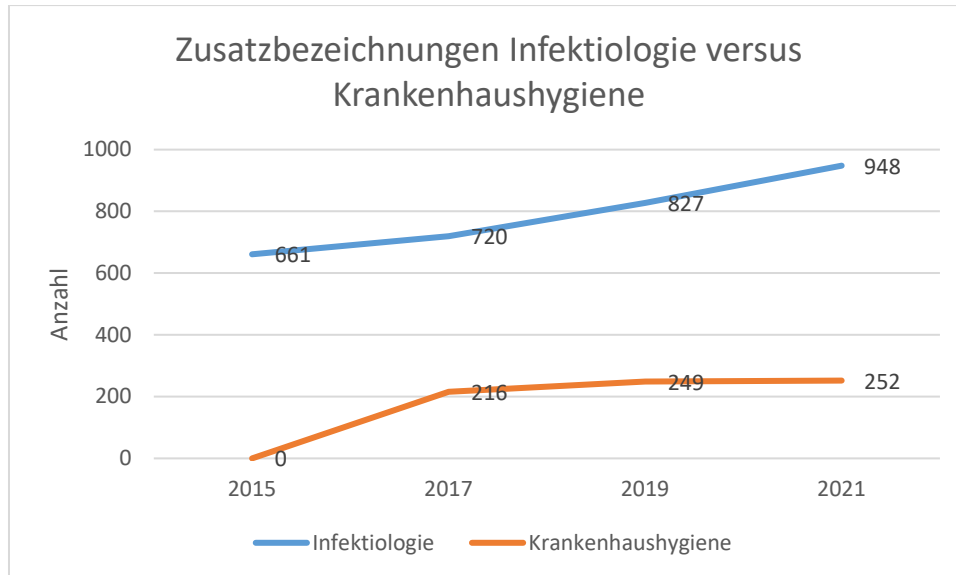


Abb. 5: Ärztestatistik 2021 der Bundesärztekammer

Hier zeigt sich auch ohne Förderprogramm ein stetiger Anstieg der Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie obschon der Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie erst beim 124. Deutschen Ärztetag beschlossen wurde und weitere Infektiologen aus den Bereichen Kinderheilkunde und Tropenmedizin hinzukommen (Abb. 5).

Erwähnenswert ist die hohe Anzahl an Qualifikationen im Bereich Antibiotic-Stewardship mit langen Wartelisten bei den etablierten deutschlandweiten Kursen (DGKH-, DGI- ABS-Kursen). Die notwendige Qualifikation und die Aufgaben eines Krankenhaushygienikers beinhalten, folgend dem §23 des Infektionsschutzgesetzes und der aktuellen KRINKO-Empfehlung, die Kenntnis im Bereich Surveillance und Bewertung von Antiinfektiva Verbräuchen und deren Anwendungen. Eine weitere Förderung im Bereich Krankenhaushygiene beinhaltet daher synergistisch auch die Qualifikation in Antibiotic-Stewardship. Genau diese Doppelfunktion der Hygienebeauftragten und ABS-Beauftragten ist es, die in den Fachbereichen die Infektionsprävention und die rationale Antibiotikagabe am Patienten umsetzen.

Grunddaten der Krankenhäuser- Statistisches Bundesamt (Destatis), 2022

Personelle Entwicklung in der Krankenhaushygiene

Betrachtet man die Entwicklung der stationär tätigen Hygienefachkräfte und Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin, lässt sich auch ein deutlicher Anstieg seit 2010 erkennen (Abb. 6, 7). Gründe hierfür ist die KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen (5) und die Nutzung des Förderprogrammes durch die Krankenhausträger.

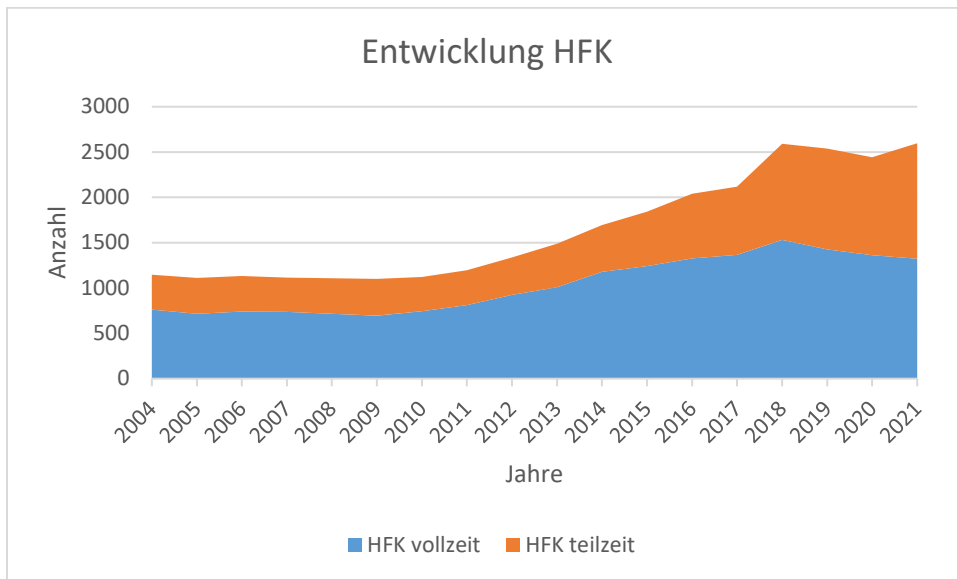


Abb. 6: Grunddaten der Krankenhäuser – Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022

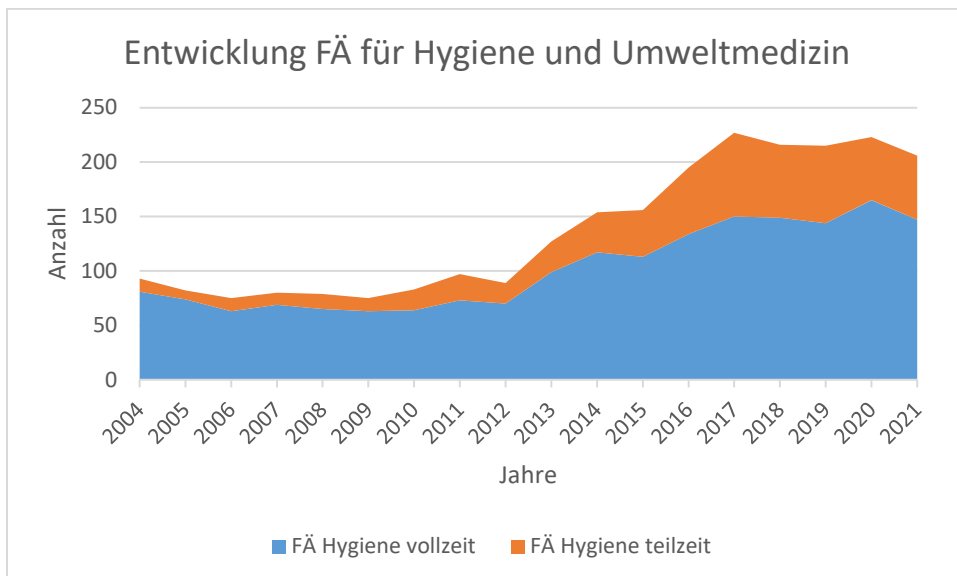


Abb. 7: Grunddaten der Krankenhäuser – Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022:

Im Gegensatz dazu die Entwicklung der Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, die einzig einen leichten Anstieg in der Teilzeitanstellung seit 2018 zu verzeichnen hatten (Abb. 8).

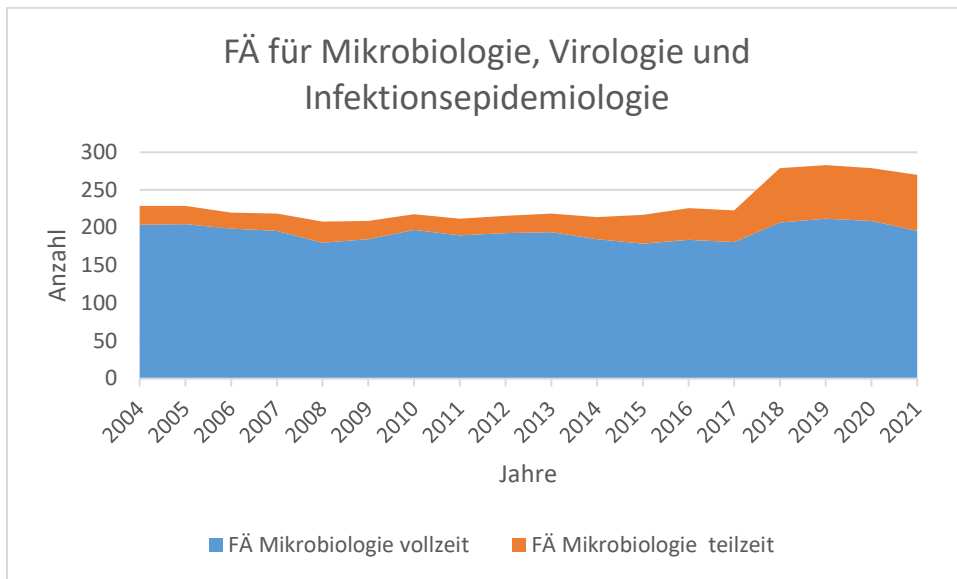


Abb. 8: Grunddaten der Krankenhäuser – Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022

Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser

Bei der Gesamtzahl der Krankenhäuser kam es in dem 10 Jahresintervall zu einem Rückgang von 2045 (2011) auf 1887 (2021) Krankenhäusern. Interessanterweise blieb die Anzahl der Krankenhäuser mit größer oder gleich 400 Betten im Zeitraum von 2011 bis 2021 aber nahezu konstant (388 zu 401 Krankenhäuser) (Abb. 9).

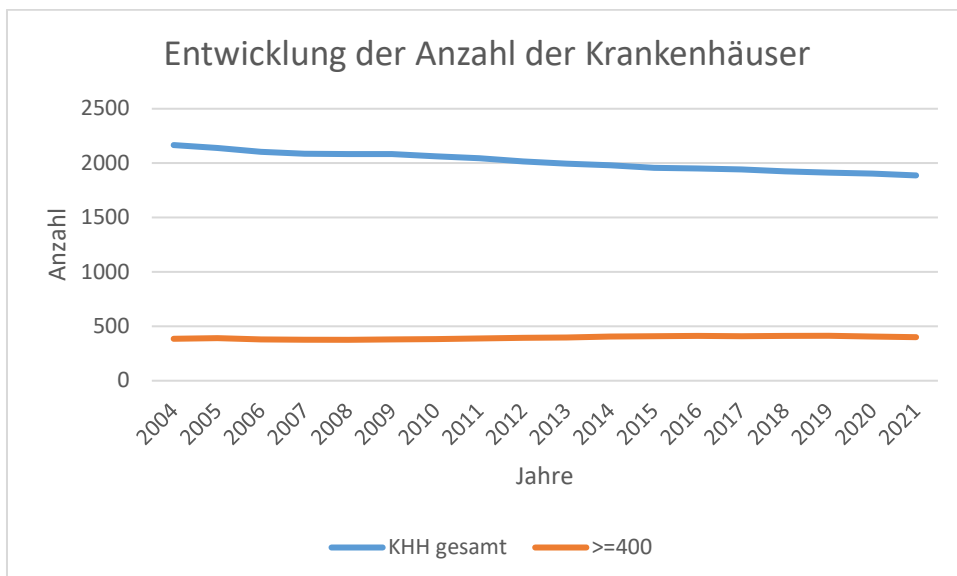


Abb. 9: Grunddaten der Krankenhäuser – Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022

Legt man die erste Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) von 2009 zur personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen zugrunde, wird für jedes Haus mit mehr als 400 Betten ein hauptamtlicher



Krankenhaushygieniker als sinnvoll erachtet (5). Auch die Berechnung analog der folgenden KRINKO Empfehlungen zum Kapazitätsumfang von Krankenhaushygienikern von 2016 (6) bestätigen, mit entsprechendem Komplexitätszuschlag, den Richtwert von etwa einem Krankenhaushygieniker pro 400 Betten (7).

Wenn man nur für jedes Krankenhaus mit 400 Betten oder mehr, nur einen hauptamtlichen Krankenhaushygieniker fordert und die aktuelle KRINKO Empfehlung personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen von 2023 berücksichtigt, ist der Bedarf an Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin, insbesondere für Maximalversorger und Universitätsklinika samt Stellvertretung weiterhin konstant hoch (7). Dies kann aktuell auch nicht durch die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie ausgeglichen werden.

Zusammenfassung

Das Hygieneförderprogramm von 2013 bis aktuell Ende 2022 hat, nicht zuletzt durch die hohen Fördersummen von mehr als 672 Mio. €, zu einer deutlichen Steigerung der in der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention tätigen Mitarbeiter geführt. Die Anzahl curricular ausgebildeter Krankenhaushygieniker (aktuell der Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene) sowie die Anzahl an Hygienefachkräften, hatten über den Förderzeitraum die höchsten Zuwachsraten. In Anbetracht der wenigen Fortbildungsstellen und der Weiterbildungsdauer, konnte die Anzahl der Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin ebenfalls einen deutlichen, wenn auch geringeren Anstieg verzeichnen. Gerade diese Expertise ist aber erforderlich, um die Anforderungen der KRINKO-Empfehlungen zur Infektionsprävention und zur personellen Ausstattung von Krankenhäusern zu erfüllen. Hier sind neben der Infektionsprävention insbesondere die Bauhygiene, Umwelt- und Wasserhygiene, aber auch epidemiologische Fragestellungen von hoher Relevanz. Die Anzahl der als Interim gedachten curricular ausgebildeten Krankenhaushygieniker mit aktueller Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene sind nach einem Anstieg seit 2015 in den letzten zwei Jahren konstant. Ein Grund dafür liegt in der fehlenden Perspektive zum Quereinstieg von Fachärzten mit der Zusatzausbildung Krankenhaushygiene in die Facharztausbildung Hygiene und Umweltmedizin.

Im Vergleich dazu steigen die Ärztezahlen mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie stetig. Diese Fachärzte verfügen jedoch aufgrund ihrer spezifischen Ausbildungsinhalte in der Infektiologie *nicht* über das erforderliche Fachwissen in der Hygiene und Infektionsprävention.

Diskutabel ist die Aussage, dass die Coronapandemie die Bedeutung infektiologischer Expertise in den Kliniken gezeigt habe. Dies als Begründung für ein Infektiologieförderprogramm zu verwenden, und aufgrund dessen das Hygieneförderprogramm einzustellen, verkennt die maßgebliche Leistung und Expertise der Krankenhaushygiene im Rahmen der Coronapandemie. Kein anderer Fachbereich hat sich durch strukturierte Maßnahmen, fachübergreifende Hygienestrategien in der Praxis, Ausbruchsmanagement mit Beratung und Betreuung der Krisenstäbe, Patienten und Besucher mehr hervorgetan, als die Mitarbeiter in der Krankenhaushygiene. Dies war und ist die Basis für die Aufrechterhaltung der stationären Versorgungsstrukturen in Deutschlands Krankenhäusern. Die infektiologische Expertise lag, wenn überhaupt, in der Beratung und Festlegung patientenbezogener Therapien.



Forderung

Die Fortführung des Hygieneförderprogrammes führte zu einer Verbesserung der personellen Versorgung deutscher Krankenhäuser in der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Der größte Anteil war im Bereich der curricular weitergebildeten Ärzte (aktuell Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene) und Hygienefachkräfte zu verzeichnen. Ziel muss es sein, die Facharztstruktur im Bereich der Hygiene und Umweltmedizin weiter substantiell zu stärken. Dies ist erforderlich, um die Anforderungen und Empfehlungen der KRINKO in den Kliniken umzusetzen. Hier bedarf es eines klaren Willensbekenntnisses der Politik und der ärztlichen Standesvertretungen, um die Möglichkeiten der Facharztweiterbildung mit zusätzlichen Weiterbildungsstellen, unabhängig vom Eigenbedarf, weiter zu fördern. Weiterhin muss Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene, aber auch den Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, die hauptamtlich in der Krankenhaushygiene tätig sind, ein Quereinstieg in die Facharztausbildung ohne direkte Anstellung an einer Weiterbildungsstelle ermöglicht werden. Die Umwidmung des Hygieneförderprogrammes zugunsten eines Infektiologieförderprogrammes ist daher aus unserer Sicht nicht sinnvoll. Es sollte weiterhin ein separates Förderprogramm für die personelle Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal geben. Ein gleichzeitiges Infektiologieförderprogramm ist aus unserer Sicht, für Patienten nur dann erfolversprechend, wenn eine Unterstützung im Rahmen von lokalen ABS-Teams mit entsprechend mandatierten Stellenkontingenten, analog der S-3 Leitlinie der AWMF, resultiert (8).

Die Qualitätsverbesserungen in der Behandlung von stationären Patienten in den letzten Jahren sind unzweifelhaft auch ein Verdienst aller in der Krankenhaushygiene tätigen Mitarbeiter, die durch Surveillance und Etablierung von infektionspräventiven Maßnahmen zu mehr Patientensicherheit beigetragen haben.

Vorstand der DGKH

Literatur:

1. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2022 Teil I Nr. 56, ausgegeben zu Bonn am 28. Dezember 2022
2. [Krankenhauspflegeentlastungsgesetz \(KHPfLEG\) \(bundesgesundheitsministerium.de\)](https://www.bundesgesundheitsministerium.de)
3. [Deutsches Ärzteblatt: Beschlussprotokoll 2021 \(aerzteblatt.de\)](https://www.aerzteblatt.de), Top IIIb
4. [Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2020 an das Bundesministerium für Gesundheit vom 30.08.2021](https://www.bundesgesundheitsministerium.de)
5. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Bundesgesundheitsbl. 2009;52:951–96;
6. Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/innen. Bundesgesundheitsbl 2016 59:1183–1188)
7. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:332–351
8. S-3 Leitlinie Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendungen im Krankenhaus. AWMF 092/001 – update 2018