

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Inge Höger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

– Drucksache 18/11704 –

Hygienepersonal in den Krankenhäusern

Vorbemerkung der Fragesteller

Das Recherchenetzwerk CORRECTIV und das ARD-Magazin „Plusminus“ haben die Krankenhausqualitätsberichte des Jahres 2014 danach ausgewertet, ob die Krankenhäuser ausreichend Hygienepersonal beschäftigen (vgl. <https://correctiv.org/recherchen/keime/artikel/2017/01/11/schlampige-hygiene-im-krankenhaus-fuehrt-zu-mehr-toten-als-im-strassenverkehr/>). Grundlage für diese Beurteilung sind die entsprechenden Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI). Die Recherche kommt zu dem Ergebnis, dass in etwa einem Viertel der Krankenhäuser zu wenig Hygienepersonal arbeitet. Dabei muss berücksichtigt werden, dass es sich bei den Qualitätsberichten um Selbstauskünfte der Krankenhäuser handelt, die bemüht sind, ein nicht zu negatives Bild der Realität darzustellen.

Mit der Änderung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 2011 wurden die Empfehlungen des RKI verbindlich. Die Übergangsfrist, bis zu der die Krankenhäuser diese Empfehlungen verbindlich erfüllen mussten, ging bis zum Jahr 2016. Da sich jedoch abzeichnete, dass nicht alle Stellen des vorgesehenen Hygienepersonals besetzt werden konnten, wurde diese Frist in § 23 Absatz 8 IfSG mit dem Krankenhausstrukturgesetz auf 2019 verlängert, ebenso die Maßnahmen des Hygieneförderprogramms.

Nach Veröffentlichung der Recherchen gab es seitens vieler Krankenhausträger Kritik und erste juristische Schritte gegen die Veröffentlichung, insbesondere bezüglich Rechercheergebnissen zu einzelnen Krankenhäusern. Nach Auskunft von CORRECTIV wurde zur Vermeidung von Rechtsstreitigkeiten eine interaktive Karte offline genommen, auf der die Krankenhäuser mit roten, rosafarbenen und grünen Punkten bezüglich der Erfüllung der Hygienerichtlinien beurteilt wurden. Die Krankenhäuser begründeten die Missbilligung ihrer Beurteilung zumeist mit Fehlern in der Übermittlung von Daten oder veralteten Angaben in den Qualitätsberichten. Letztlich lägen dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) falsche Daten vor. Diese Einzelfälle änderten allerdings nichts an der grundsätzlichen Aussage der Recherchen, dass in etwa einem Viertel der Krankenhäuser die Richtlinien bezüglich Hygienepersonal nicht eingehalten würden.

Vor wenigen Monaten wurden die Richtlinien des RKI geändert. Sie orientieren sich nun nicht mehr relativ starr an der Bettenzahl, sondern flexibler an als unterschiedlich gefährlich eingeschätzten Bereichen/Abteilungen eines Krankenhauses. Dadurch ergeben sich andere Bedarfszahlen für jedes einzelne Haus.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Das IfSG legt fest, dass die am RKI angesiedelte Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) Empfehlungen zur Prävention von nosokomialen Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene gibt. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom RKI veröffentlicht. Sie dienen den Ländern als fachliche Grundlage für die Verordnungen, die die Länder auf der Grundlage von § 23 Absatz 8 IfSG zu erlassen haben. Diese enthalten die für die Krankenhäuser rechtsverbindlichen Anforderungen an die personelle Ausstattung mit qualifiziertem Hygienefachpersonal (Krankenhaushygieniker/-innen, Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte Ärzte und Ärztinnen). Gemäß den Empfehlungen der KRINKO richtet sich der Bedarf an Hygienefachpersonal nach dem Risikoprofil jedes einzelnen Krankenhauses und weiteren Kriterien und muss individuell ermittelt werden. Er ist nicht durch ein festes Verhältnis von der Bettenzahl abzuleiten.

Um die Krankenhäuser bei der Erfüllung der Anforderungen an die Ausstattung mit Hygienefachpersonal zu unterstützen, wurde das laufende Hygieneförderprogramm verlängert und auf den Bereich der Infektiologie erweitert. Personaleinstellungen, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Beratungsleistungen können finanziell gefördert werden. Für die gesamte Programmdauer werden Mittel von rund 460 Mio. Euro veranschlagt.

Zudem wurden mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) wichtige Schritte zur Eindämmung von behandlungsassoziierten Infektionen und Antibiotika-Resistenzen im human- und veterinärmedizinischen Bereich eingeleitet. Der 10-Punkte-Plan zur Vermeidung behandlungsassoziiertes Infektionen und Antibiotika-Resistenzen bündelt verschiedene Maßnahmen der DART2020. Die in der DART2020 adressierten Maßnahmen legen einen besonderen Schwerpunkt auf die Stärkung der Sensibilisierung der Bevölkerung und des medizinischen Personals, den „One Health-Ansatz“, d. h. eine gemeinsame Betrachtung von Human-, Veterinärmedizin und Landwirtschaft, und den Ausbau der internationalen Zusammenarbeit in diesem Bereich.

Infolgedessen hat das Bundesministerium für Gesundheit das Thema Infektionsprävention als ein Schwerpunktthema im Rahmen des „2nd Patient Safety Summit“, der am 29./30. März 2017 in Bonn stattgefunden hat, festgelegt. 46 Delegationen, von denen 13 durch Minister geleitet wurden, und insgesamt ca. 350 Expertinnen und Experten haben daran teilgenommen. Die Vermeidung von Infektionen wurde insbesondere im Kontext nosokomialer Infektionen und Sepsis aber auch zur Reduktion der Notwendigkeit des Antibiotika-Einsatzes und dadurch der Vermeidung von antimikrobiellen Resistenzen (AMR) beraten. Die Bundesregierung hat sich dafür eingesetzt, dass Japan als Gastgeberland für den nächsten „Patient Safety Summit“ die Diskussion zu diesem wichtigen Thema weiterführt.

Darüber hinaus wurde das Thema Antibiotika-Resistenz auf die Agenda des G20-Gesundheitsministertreffens am 19./20. Mai 2017 in Berlin gesetzt. Neben der Stärkung von Forschung und Entwicklung und der Förderung des sachgerechten

Einsatzes von Antibiotika ist die Infektionsprävention ein zentrales Thema der G20-Gesundheitsminister. Nur bei konsequenter Behandlung des Themas auf allen Ebenen, kann langfristig ein Erfolg bei der Reduzierung von nosokomialen Infektionen und Resistenzen erreicht werden.

1. Decken sich die Ergebnisse der Recherche mit den Erkenntnissen der Bundesregierung?
2. Wenn nein, worin unterscheiden sich diese?

Die Fragen 1 und 2 werden gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hat ihre diesbezüglichen Erkenntnisse im Bericht der Bundesregierung über nosokomiale Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (Bundestagsdrucksache 18/3600, 18. Dezember 2014) veröffentlicht. Anhand der Ergebnisse ist erkennbar, dass ein zusätzlicher Bedarf an Hygienepersonal in allen Ländern vorliegt. In den begangenen Krankenhäusern entsprach die Betreuung durch eine/n Krankenhaushygieniker/in zu 37,2 Prozent bis 90,2 Prozent und durch Hygienefachkräfte zu 3,7 Prozent bis 85 Prozent dem Bedarf gemäß den medizinischen Hygieneverordnungen der Länder.

Um die Krankenhäuser bei der Erfüllung der Anforderungen an die Ausstattung mit Hygienefachpersonal zu unterstützen, wurde im Jahr 2013 das Hygieneförderprogramm eingerichtet. Das Programm mit Förderung von Personal-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Beratungsleitungen ist erfolgreich angefallen. Für die Jahre 2013 bis 2015 wurden den förderberechtigten Einrichtungen bereits insgesamt rund 131 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, so dass sich die Ausstattung mit qualifiziertem Hygienefachpersonal seit 2014 verbessert hat. Die begrenzten Ausbildungskapazitäten und teilweise langen Ausbildungszeiten führen aber dazu, dass sich die volle Wirkung des Programms erst mit einer Zeitverzögerung entfalten kann. Darüber hinaus wurde das Programm bei seiner Verlängerung auf den Bereich der Infektiologie ausgeweitet um den gestiegenen Bedarf nach entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten aufzugreifen.

3. Bis wann geht die Bundesregierung davon aus, dass die Empfehlungen des RKI zu Personalmindeststandards in der Hygiene in allen Krankenhäusern erfüllt sind?

Der Gesetzgeber hat die Frist, innerhalb der die in den medizinischen Hygieneverordnungen der Länder vorgegebenen Ziele hinsichtlich der Ausstattung der Krankenhäuser mit Hygienefachpersonal erreicht sein müssen, bis Ende 2019 verlängert. Damit verbindet die Bundesregierung die Erwartung, dass bis zu diesem Termin durch Qualifikationsmaßnahmen in ausreichender Zahl Fachpersonal am Arbeitsmarkt und in den Krankenhäusern zur Verfügung stehen wird, um den sich aus den medizinischen Hygieneverordnungen der Länder ergebenden zusätzlichen Bedarf zu decken.

4. Welche Sanktionen haben Krankenhäuser zu erwarten, wenn sie diese Empfehlungen derzeit nicht erfüllen?

Wie viele Sanktionen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung – ggf. nach Abfrage bei den Ländern – verhängt?

Die von den Ländern seit dem Jahr 2011 auf der Grundlage von § 23 Absatz 8 IfSG erlassenen Rechtsverordnungen sehen derzeit hinsichtlich der erforderlichen personellen Ausstattung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern und der Bestellung von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten Übergangsfristen nach § 23 Absatz 8 Nummer 3 IfSG vor, die längstens bis zum 31. Dezember 2019 befristet sind. Die Übergangsfristen sind erforderlich, da eine ausreichende Zahl geeigneten Fachpersonals qualifiziert werden muss, bevor die Krankenhäuser den nach den Rechtsverordnungen der Länder festgelegten Bedarf an geeignetem Fachpersonal auf dem Arbeitsmarkt voll abdecken können. Solange und soweit nach der jeweiligen Rechtsverordnung für eine Anforderung an die personelle Ausstattung eine Übergangsvorschrift gilt, liegt noch keine Rechtspflicht vor, deren Nichteinhaltung mit einer Geldbuße geahndet werden könnte.

5. Welche Sanktionen haben Krankenhäuser nach Kenntnis der Bundesregierung zu erwarten, wenn sie die Empfehlungen ab 2020 nicht erfüllen?

Verstöße gegen Verpflichtungen aus einer Rechtsverordnung nach § 23 Absatz 8 Satz 1 oder Satz 2 IfSG stellen eine Ordnungswidrigkeit nach § 73 Absatz 1 Nummer 24 IfSG dar, soweit die Rechtsverordnung für einen bestimmten Tatbestand auf § 73 Absatz 1 Nummer 24 IfSG verweist. Die Ordnungswidrigkeit kann nach § 73 Absatz 2 IfSG mit einer Geldbuße von bis zu 25 000 Euro geahndet werden.

6. Aufgrund welcher Meldungen können nach Kenntnis der Bundesregierung solche Sanktionen erwirkt werden?

Welche Verfahren sind bei solchen Mängelmeldungen vorgesehen?

Das Gesundheitsamt informiert, wenn ihm Verstöße gegen eine Rechtsverordnung nach § 23 Absatz 8 Satz 1 oder Satz 2 IfSG etwa im Rahmen der infektiologischen Überwachung nach § 23 Absatz 6 Satz 1 IfSG zur Kenntnis gelangen, die zuständige Bußgeldstelle. Auch andere Personen können Ordnungswidrigkeiten gemäß § 46 Absatz 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten i. V. m. § 158 Absatz 1 Satz 1 der Strafprozessordnung bei der Bußgeldstelle zur Anzeige bringen.

7. Welche Evaluationen oder Studien sind der Bundesregierung bekannt, die den Outcome der Anstellung von Hygienepersonal in Krankenhäusern zum Thema hatten?

Was sind die Ergebnisse, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?

Nach Kenntnis der Bundesregierung gibt es wenige Studien, die den Effekt der Einstellung von zusätzlichem Hygienefachpersonal auf das Outcome, z. B. auf die Häufigkeit von nosokomialen Infektionen, gezielt untersucht haben. Da Studien mit dem Ziel der Reduktion der Rate nosokomialer Infektionen in der Regel mehrere Komponenten der Intervention umfassen (Maßnahmenbündel), ist eine

Aussage bezüglich einzelner Komponenten nur eingeschränkt möglich. Ungeachtet dessen hält die Bundesregierung daran fest, dass bei Beachtung der wissenschaftlich begründeten Empfehlungen der KRINKO der aktuelle Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse hinsichtlich krankenhaushygienischer Aspekte gewahrt ist.

8. Wie haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen in den einschlägigen Ausbildungen (Krankenhaushygienikerin/-hygieniker sowie Hygienefachkräfte) in den vergangenen zehn Jahren entwickelt (bitte Angabe für jedes Jahr)?

Die Bundesregierung hat im Bericht über nosokomiale Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen im Jahr 2014 (Bundestagsdrucksache 18/3600, 18. Dezember 2014) zur Frage der Absolventinnen und Absolventen in den einschlägigen Ausbildungen Stellung genommen. Aktuellere Zahlen liegen der Bundesregierung nicht vor.

9. Wie viele Krankenhaushygienikerinnen und -hygieniker waren nach Kenntnis der Bundesregierung in den vergangenen zehn Jahren in den Krankenhäusern tätig (bitte Angabe für jedes Jahr)?
10. Wie viele Hygienefachkräfte waren nach Kenntnis der Bundesregierung in den vergangenen zehn Jahren in den Krankenhäusern tätig (bitte Angabe für jedes Jahr)?
11. Wie viele hygienebeauftragte Pflegekräfte sowie Ärztinnen und Ärzte waren nach Kenntnis der Bundesregierung in den vergangenen zehn Jahren in den Krankenhäusern tätig (bitte Angabe für jedes Jahr)?

Die Fragen 9 bis 11 werden gemeinsam beantwortet.

Die Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Zahl der in Krankenhäusern tätigen Fachärzte und Fachärztinnen für Krankenhaushygiene und Hygienefachkräfte sind in Tabelle 1 dargestellt. Angaben zur Anzahl der hygienebeauftragten Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte liegen dem Statistischen Bundesamt nicht vor.

Tabelle 1. Anzahl der Fachärzte/-ärztinnen für Hygiene und Umweltmedizin bzw. Hygienefachkräfte in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 2007 – 2015

Anzahl an / im Jahr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Krankenhäuser insgesamt in Deutschland	2087	2083	2084	2064	2045	2017	1996	1980	1956
Krankenhäuser, die einen Facharzt/-ärztin für Hygiene und Umweltmedizin beschäftigen	40	38	34	36	46	50	70	90	104
Fachärzte/-ärztinnen für Hygiene und Umweltmedizin, die in einem Krankenhaus tätig sind	80	79	75	83	97	89	127	154	156
Krankenhäuser, die eine nichtärztliche Hygienefachkraft beschäftigen	849	833	815	796	798	829	851	920	922
Nichtärztliche Hygienefachkräfte, die in einem Krankenhaus tätig sind	1116	1107	1100	1123	1197	1338	1489	1695	1844

Quelle: Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser

Darüber hinaus wurden für den Bericht der Bundesregierung über nosokomiale Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen (Bundestagsdrucksache

18/3600, 18. Dezember 2014) Angaben im Rahmen einer Länderabfrage zu den einzelnen Berufsgruppen erhoben.

12. Ist es aus Sicht der Bundesregierung ausreichend, wenn ein Krankenhaus, das nach den RKI-Empfehlungen eine Krankenhaushygienikerin bzw. einen Krankenhaushygieniker beschäftigen muss, diese Anforderung dergestalt erfüllt, dass es eine Krankenhaushygienikerin bzw. einen Krankenhaushygieniker beauftragt, die bzw. der dieser Arbeit gleichzeitig noch in anderen Krankenhäusern nachgeht und die Vorgaben des RKI so in mehreren Krankenhäusern durch insgesamt nur eine Krankenhaushygienikerin bzw. einen Krankenhaushygieniker umgesetzt werden sollen?
13. Ist es nach Einschätzung der Bundesregierung ausreichend, wenn, wie in dem Artikel von CORRECTIV berichtet, eine Krankenhaushygienikerin bzw. ein Krankenhaushygieniker sieben, zwölf oder 37 Krankenhäuser betreut?

Wie wird bei freiberuflichen Hygienikerinnen und Hygienikern gewährleistet, dass sie die notwendige und vereinbarte Arbeitszeit für ein Krankenhaus überhaupt erfüllen können?
14. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung gewährleistet, dass eine Krankenhaushygienikerin bzw. ein Krankenhaushygieniker die nach den RKI-Empfehlungen notwendige Anzahl von Stunden pro Woche auch tatsächlich arbeitet bzw. vor Ort ist?
15. Genügt es nach Einschätzung der Bundesregierung zur Erfüllung der RKI-Empfehlungen, wenn eine Krankenhaushygienikerin bzw. ein Krankenhaushygieniker nur einen kleinen Teil der Arbeitszeit vor Ort im Krankenhaus ist?

Die Fragen 12 bis 15 werden gemeinsam beantwortet.

In den Empfehlungen der KRINKO zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen und zur Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/-innen wird der Personalbedarf für Hygienefachpersonal anhand der Bettenzahl sowie dem Risikoprofil der Einrichtung und dem Risikoprofil der dort behandelten Patienten festgelegt. Zudem beschreiben die Empfehlungen die Aufgaben des jeweiligen Hygienefachpersonals. Leiter/-innen von medizinischen Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die Vorgaben in Bezug auf Personalbedarf und Aufgaben umgesetzt werden. Dazu sind profunde Kenntnisse der lokalen und regionalen Situation des Krankenhauses, seiner Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterinnen und Prozesse nötig. Die Überprüfung der Umsetzung der KRINKO Empfehlungen muss im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung durch die Länder sichergestellt werden.

16. Wie viele Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker in Vollzeit wären nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland notwendig, um die aktuellen vom Risikoprofil der Einrichtungen abhängigen Bedarfsberechnungen des RKI zu erfüllen?

Gibt es ausreichend Personal dafür, und wenn nein, wann ist dies zu erwarten?

19. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Bedarf an Hygienefachkräften in Deutschland gemäß der risikoabhängigen Bedarfsberechnungen des RKI?

Gibt es ausreichend Personal dafür, und wenn nein, wann ist dies zu erwarten, und welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung?

Die Fragen 16 und 19 werden gemeinsam beantwortet.

Zum Bedarf an Hygienefachpersonal wird auf die Antwort zu Frage 1 und die Ergebnisse des Berichts der Bundesregierung über nosokomiale Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen (Bundestagsdrucksache 18/3600, 18. Dezember 2014) verwiesen.

Zudem wird aktuell mit der Ausbildung von curricular fortgebildeten Ärztinnen und Ärzten für Krankenhaushygiene zusätzliches ärztliches Fachpersonal fortgebildet, um den personellen Engpass bei Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin bzw. medizinische Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zu überbrücken.

17. Wie wirkt sich nach Einschätzung der Bundesregierung die aktuelle Überarbeitung der RKI-Empfehlungen auf den Personalbedarf der einschlägigen Berufe aus (bitte für die Berufe einzeln angeben)?

Wird der Bedarf höher oder niedriger als zuvor?

Wird das Ziel, bis 2020 die Vorgaben zu erfüllen, dadurch besser erreichbar?

In der aktuellen „Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/-innen“ von 2016 wird für die Berechnung des Bedarfs an Krankenhaushygienikern zusätzlich zur Bettenzahl auch das Risikoprofil der Einrichtung und der Patienten und Patientinnen einbezogen. Für die anderen Berufsgruppen war dies gemäß der Empfehlung von 2009 bereits gegeben. Inwieweit die neue Berechnungsgrundlage zu einem höheren oder niedrigeren errechneten Bedarf an Krankenhaushygienikern und -hygienikerinnen führt, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht eingeschätzt werden.

18. Wann ist nach Kenntnis der Bundesregierung die nächste Überarbeitung der Empfehlungen des RKI zu erwarten?

Die KRINKO stellte bei der Erstellung der „Empfehlung zum Kapazitätsumfang für die Betreuung von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen durch Krankenhaushygieniker/-innen“ von 2016 fest, dass auch die 2009 zugrunde gelegten Kriterien in Details überarbeitet werden sollen. Ein Zeitpunkt für diese Überarbeitung ist noch nicht festgelegt.

20. Wie wird nach Kenntnis der Bundesregierung sichergestellt, dass die Reinigung von Flächen entsprechend den „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ des RKI durchgeführt wird, insbesondere angesichts der Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der oftmals ausgelagerten Dienstleistungen?

Die KRINKO hat in ihrer Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ entsprechende Anforderungen zusammengestellt. Leiter/-innen von medizinischen Einrichtungen haben sicherzustellen, dass diese Vorgaben umgesetzt werden. Die Überprüfung der Umsetzung der KRINKO Empfehlungen muss im Rahmen der infektionshygienischen Überwachung durch die Länder sichergestellt werden.

21. Sind die Daten der Qualitätsberichte beim G-BA nach Kenntnis der Bundesregierung zuverlässig?

Wie wird die Qualität der Krankenhausqualitätsberichte gewährleistet?

Welche Sanktionen sind vorgesehen, falls Krankenhäuser fehlerhafte oder unvollständige Daten angeben?

Der G-BA erhält die Daten zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, die im Rahmen des Berichtsverfahrens von den Krankenhäusern zunächst an die zuständige Datenannahmestelle übermittelt werden. Die Annahmestelle prüft die eingegangenen Datensätze auf Grundlage eines festgelegten Datenschemas auf Vollständigkeit und Übereinstimmung mit den Anforderungen. Den Krankenhäusern wird das Prüfergebnis elektronisch mitgeteilt, sie können, sofern ihnen Fehler und Unvollständigkeiten in den übermittelten Daten auffallen, Daten nachliefern oder austauschen.

Die Daten der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung, über die u. a. im Qualitätsbericht informiert wird, werden vom G-BA nach den Regelungen der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern regelmäßig durch Stichprobenprüfungen auf ihre Zuverlässigkeit hin überprüft.

Die Regelungen des G-BA zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) sehen Sanktionen in Folge von nicht ordnungsgemäßer Lieferung der Qualitätsberichte vor (vgl. § 8 Qb-R). So wird jährlich eine Liste der Krankenhäuser veröffentlicht, die den Qualitätsbericht nicht ordnungsgemäß geliefert haben. Zudem können finanzielle Abschlüsse vorgenommen werden.

22. Wie sieht die Bundesregierung derzeit gewährleistet, dass sich eine Patientin oder ein Patient durch die Daten der Qualitätsberichte bei einem planbaren Eingriff zuvor einfach und möglichst barrierefrei über die Einhaltung von Richtlinien zum Hygienepersonal informieren und basierend darauf eine Entscheidung für ein Krankenhaus treffen kann?

Gibt es diese Daten vergleichbar, in geeigneter Form durch eine unabhängige Stelle aufgearbeitet und an öffentlicher Stelle kostenfrei einsehbar?

Wenn nein, wird sich die Bundesregierung dafür einsetzen?

Aus Sicht der Bundesregierung bieten die Daten der Qualitätsberichte eine gute Grundlage, damit sich Patientinnen und Patienten vor einem geplanten Eingriff auch über die Einhaltung von Richtlinien zum Hygienepersonal informieren und das für sie geeignete Krankenhaus auswählen können. Um die Lesbarkeit und die Verständlichkeit der Qualitätsberichte weiter zu verbessern, hat der Gesetzgeber

mit dem Krankenhausstrukturgesetz den G-BA dazu verpflichtet, in seinen Anforderungen an die Qualitätsberichte festzulegen, dass in einem speziellen Berichtsteil der Qualitätsberichte besonders patientenrelevante Informationen, wie beispielsweise zur Einhaltung von Hygienestandards, in übersichtlicher Form und allgemein verständlich zusammenzufassen sind (vgl. § 136b Absatz 6 Satz 5 und 6 SGB V).

Die Informationen der Qualitätsberichte werden über zahlreiche Krankenhaus-Suchmaschinen von Krankenkassen und ihren Verbänden, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, aber auch von Patientenorganisationen und unabhängigen Verbraucherberatungen (wie beispielsweise über das Portal der „Weißen Liste“ der Bertelsmann Stiftung) kostenfrei im Internet zur Verfügung gestellt. Auf diesem Weg können Patientinnen und Patienten vor einem Eingriff gezielt nach bestimmten Informationen, wie beispielsweise zum Hygienepersonal und zum Hygienestandard, suchen und Krankenhäuser miteinander vergleichen.

In der öffentlich zugänglichen Referenzdatenbank des G-BA, in der die Daten der Qualitätsberichte im Fließtext abgebildet werden, können außerdem Interessierte die in den Internetsuchmaschinen gefundenen Daten noch einmal überprüfen oder dort nicht erfasste Detailinformationen zu einzelnen Qualitätsaspekten finden.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber dem G-BA mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz eine weitere Aufgabe übertragen, durch die die Transparenz über die Qualität für Patientinnen und Patienten zusätzlich gestärkt werden soll. Danach soll das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen vom G-BA beauftragt werden, auf Grundlage der Daten aus den Qualitätsberichten einrichtungsbezogen vergleichende risikoadjustierte Übersichten über die Qualität maßgeblicher Bereiche der stationären Versorgung zu erstellen und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form im Internet zu veröffentlichen (vgl. § 137a Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 SGB V). Diese Übersichten sollen künftig Unterschiede in der Qualität der stationären Versorgung deutlich machen und eine qualitätsorientierte Auswahlentscheidung der Patientinnen und Patienten fördern.

