



Gesetzentwurf

der Abgeordneten **Roland Magerl, Andreas Winhart, Katrin Ebner-Steiner, Christoph Maier** und **Fraktion (AfD)**

zur Gewährleistung der Patientensicherheit durch Förderung von Einzelzimmern und durch Einführung von Kontrollmechanismen in Krankenhäusern

A) Problem

Der Gesetzentwurf will die Patientensicherheit zum einen dadurch gewährleisten, indem durch die Investitionsförderung dafür gesorgt wird, dass insbesondere zur Verminderung des Infektionsrisikos Einzelzimmer zum Standard in Krankenhäusern werden (I.) und zum anderen sollen durch Einführung von Kontrollmechanismen Vorfälle verhindert werden wie sie im Falle der Tötungen von Patienten durch einen Krankenpfleger in Niedersachsen eingetreten sind (II.).

- I. Zur Gewährleistung der Patientensicherheit durch Förderung von Einzelzimmern wird angestrebt, dass ab dem Jahr 2020 Investitionskosten bei Umbau, Erweiterungsbau und Neubau von Krankenhäusern nur noch dann staatlich finanziert werden, wenn die Krankenhäuser Einzelzimmer neu schaffen oder den bisherigen Bestand in der Weise modernisieren und umbauen, dass dabei Einzelzimmer vorgesehen werden. Es wird dabei erwartet, dass bis zum Jahr 2035 Einzelzimmer bei Krankenhäusern in Bayern Standard sind.

Damit wird ein wesentlicher Beitrag zur Gewährleistung der Patientensicherheit und der besseren Patientenversorgung geschaffen.

Einzelzimmer vermindern das Risiko, dass sich ein Patient im Krankenhaus weitere Krankheiten zuzieht. Die hohe Durchsetzung mit Krankenhauskeimen (MRSA, MRGN etc.) ist dabei vor allem für geschwächte Patienten ein Risiko. Zahlen von 2015 identifizieren für Deutschland eine Infektionsrate mit antibiotikaresistenten Keimen bei etwa 55.000 Patienten pro Jahr, knapp 2.400 davon versterben aufgrund der Infektion. Dreiviertel der Infektionen ziehen sich die Patienten dabei in Gesundheitseinrichtungen, vornehmlich Kliniken zu. Anders als zum Beispiel in den Niederlanden wird in Bayern derzeit (noch) nicht nachhaltig und mit Nachdruck für eine Eindämmung antibiotikaresistenter Keime hingearbeitet. Um multiresistenten Keimen Herr zu werden, bedarf es natürlich einer Vielzahl von Maßnahmen, vor allem in den Kliniken. Ein Baustein sind die baulichen Voraussetzungen, um Patienten entweder effektiv zu isolieren oder eine Verschleppung von Keimen durch Mehrbettzimmer und Patienten mit nicht diagnostizierten Infekten zu vermeiden. Immer wieder werden Fälle berichtet, bei denen nachweislich Patienten mit multiresistenten Keimen und nicht-infizierte Patienten in Zimmern zusammengelegt werden, oft aus Platzgründen auf den Stationen.

Dazu kommt, dass es Erkrankungen gibt, wie zum Beispiel die Mukoviszidose, bei denen die Patienten in der Regel in Einzelzimmern untergebracht werden müssen. In Skandinavien sind Einzelzimmer in der Regel der Standard.

Dementsprechend gehen auch die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut dahin, Einzelzimmer vorzusehen (s. etwa Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, S. 712 unter A).

Des Weiteren gibt es Krankheitsbilder, die eine Behandlung in Einzelzimmern meist voraussetzen. Bestes Beispiel ist hier die Mukoviszidose, bei denen Patienten ein Einzelzimmer meist zuteilwird, da bedingt durch ihren Gesundheitszustand, eine Unterbringung in Mehrbettzimmern auch medizinisch nicht vertretbar ist.

Unabhängig von der Vermeidung von Infektionsrisiken ist in der Regel in einem Einzelzimmer am besten gewährleistet, dass ein Patient ausreichend Möglichkeit hat zu Kräften zu kommen und so zu genesen. Zudem haben Menschen das Bedürfnis, in schwachen Momenten, wie zum Beispiel Krankheiten oder Verletzungen, zur Ruhe zu kommen und für sich zu sein. So lässt sich auch der Anteil an privaten Krankenhauszusatzversicherungen erklären, die es Patienten ermöglicht, eine andere „Zimmerkategorie“ bei einem Krankenhausaufenthalt in Anspruch zu nehmen. Der Wunsch nach sozialen Kontakten kann bei Bedarf in den Aufenthaltsbereichen etc. einer Klinik nachgekommen werden.

Der Übergang zu Einzelzimmern als Normalfall ist ein langwieriger Vorgang, da Krankenhäuser nur in gewissen Abständen modernisieren und es ausreichend Vorlauf und Planung bedarf, Bettenstationen auf Einzelzimmer umzurüsten. Selbstverständlich soll es im Bereich der Geburtshilfe und der Kinderheilkunde weiterhin Familienzimmer geben. Allerdings sollen Einzelzimmer in den Kliniken künftig Standard sein und Bayern muss hierbei eine Vorreiterrolle einnehmen – gerade auch im Bereich der Eindämmung multiresistenter Keime.

- II. Zur Gewährleistung der Patientensicherheit strebt der Gesetzentwurf die Übernahme von Regelungen an, die im Land Niedersachsen als Reaktion auf die Tötungen von Patienten durch den Krankenpfleger Niels H., deren Ausmaß wohl nicht abschließend geklärt werden kann, in das Krankenhausgesetz des Landes eingearbeitet werden, um so Sicherungsmechanismen in den Kliniken festzuschreiben, die dazu beitragen sollen, dass sich solche Vorfälle nicht wiederholen können (s. Gesetzentwurf der Niedersächsischen Landesregierung, LT-Drs. 18/908). Die dabei aufgegriffenen Vorschläge wurden von einer unabhängigen Kommission erarbeitet, die sich intensiv mit den aktuellen Gegebenheiten befasst hat.

Dementsprechend ist der vorliegende Gesetzentwurf darauf gerichtet, entsprechende Regelungen wie in Niedersachsen vorzusehen, nämlich

1. in allen Krankenhäusern obligatorisch ein anonymes Meldesystem einzuführen – dieses ermöglicht es Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, eventuelle Verdachtsmomente für Fehlverhalten oder gar kriminelles Handeln innerhalb des Krankenhausbetriebes an eine neutrale Stelle zu melden, ohne dass dabei Rückschlüsse auf ihre Identität gezogen werden können,
2. die Institution der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers einzurichten,
3. in allen Krankenhäusern das Führen von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken und die Durchführung entsprechender Konferenzen verbindlich einzuführen,
4. in allen Krankenhäusern die Funktion einer „Stationsapothekerin“ oder eines „Stationsapothekers“ verpflichtend vorzusehen, um auf den Stationen u. a. bei der Arzneimittelanamnese, der korrekten Einnahme der Medikamente und dem fortlaufenden Verbrauch beratend tätig zu werden,
5. als Ergänzung einer Stationsapothekerin oder eines Stationsapothekers eine klinikinterne Arzneimittelkommission einzusetzen,
6. die Möglichkeit zu eröffnen, modellhaft neue Organisations- und Personalstrukturen zu erproben, beispielsweise die Etablierung eines Rotationssystems, um der hohen Dauerbelastung des Pflegepersonals, insbesondere auf Intensivstationen, präventiv entgegenzuwirken,

7. Krankenhäuser zu verpflichten, für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter niedrigschwellig regelmäßige und begleitete Reflexionen über berufsbedingte Belastungen und Erfahrungen anzubieten, beispielsweise in Form von Supervision – die Teilnahme an derartigen Angeboten soll den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern freistehen,
8. modellhaft zu prüfen, welche Vor- und Nachteile mit einer flächendeckenden Umstellung der Medikamentenversorgung in Krankenhäusern auf Verfahren der patientenindividuellen Verordnung und Verpackung von Arzneimitteln (sogenannte „Unit-Dose“-Verfahren) verbunden sind.

Eine Übernahme derartiger Regelungen ist geboten, da eine bundeseinheitliche Regelung durch Bundesgesetz wohl nicht angestrebt wird, so dass die Problematik auf der Ebene eines jeden Bundeslandes angegangen werden muss. Die entsprechenden Regelungen sollen daher unter Berücksichtigung der gegenüber dem niedersächsischen Krankenhausgesetz etwas unterschiedlichen Regelungssystematik in das Bayerische Krankenhausgesetz eingefügt und so an die bayerischen Verhältnisse angepasst werden.

B) Lösung

Ergänzung des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) um Regelungen zur Patientensicherheit zum einen durch Anpassung des Art. 11 BayKrG, der die staatliche Einzelförderung von Investitionen regelt, dahingehend, dass diese Förderung bei Umbau, Erweiterungsbau und Neubau von Krankenhäusern nur gewährt wird, wenn Einzelzimmer vorgesehen werden und zum anderen durch einen neuen Abschnitt, der zugunsten der Patienten Sicherungsmechanismen etabliert.

C) Alternativen

Keine

D) Kosten

Durch die Umstellung des Förderungsansatzes auf Einzelzimmer als Standard entstehen dem Freistaat keine direkten Mehrkosten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass durch eine Umstellung auf Einzelzimmer ein grundsätzlich höherer Investitionsbedarf entsteht. Zur Abschätzung wäre jedoch vorher eine Erhebung der aktuellen Situation vonnöten.

Bei der Etablierung der Sicherungsmechanismen werden Kosten für die Konferenzen, Stationsapotheker, ggf. Entschädigungen der Patientenfürsprecher und der technischen Etablierung von anonymen Meldewegen entstehen. Eine quantifizierbare Kostenabschätzung ist jedoch kaum möglich, zumal auch Einsparungspotenzial besteht und teilweise schon Sicherungssysteme bestehen, deren Kosten daher nicht durch das vorliegende Gesetz indiziert sind. Zudem entstehen Kosten durch Schaffung einer Stelle zur Überwachung auf Ministerialebene.

Gesetzentwurf

zur Gewährleistung der Patientensicherheit durch Förderung von Einzelzimmern und durch Einführung von Kontrollmechanismen in Krankenhäusern

§ 1

Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes

Art. 11 Abs. 1 des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. März 2007 (GVBl. S. 288, BayRS 2126-8-G), das zuletzt durch § 1 Abs. 149 der Verordnung vom 26. März 2019 (GVBl. S. 98) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

- a) Der Wortlaut wird Satz 1.
- b) Folgende Sätze 2 und 3 werden angefügt:

„²Investitionskosten nach Nr. 1 werden ab 1. Januar 2020 bei Um-, Neu- und Erweiterungsbaumaßnahmen nur dann gefördert, wenn ausschließlich Einzelzimmer für die Patienten geschaffen werden. ³Intensivpflegeeinheiten, Bereiche der Geburtshilfe und der Kinderheilkunde sind von dieser Einschränkung ausgenommen.“

§ 2

Weitere Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes

Das Bayerische Krankenhausgesetz (BayKrG) das zuletzt durch § 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Nach Art. 21 wird folgender 4. Abschnitt eingefügt:

„4. Abschnitt Sicherungsmechanismen für Patienten

Art. 21a Fehlermeldesysteme

Art. 21b Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

Art. 21c Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Art. 21d Arzneimittelkommission

Art. 21e Stationsapothekerin oder Stationsapotheker

Art. 21f Unterstützung bei berufsbezogenen Belastungen“.
 - b) Die bisherigen Abschnitte 4 bis 6 werden Abschnitte 5 bis 7.
2. Nach Art. 21 werden folgende Abschnittsbezeichnung und folgende Art. 21a bis Art. 21f eingefügt:

„4. Abschnitt Sicherungsmechanismen für Patienten

Art. 21a Fehlermeldesysteme

(1) ¹In jedem Krankenhaus ist ein Fehlermeldesystem einzuführen. ²Das Fehlermeldesystem muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einfach zugänglich sein. ³Das Fehlermeldesystem muss gewährleisten, dass die Meldungen anonym erfolgen können. ⁴Den Personen, die eine Meldung abgeben, dürfen daraus keine Nachteile entstehen.

(2) ¹Das Krankenhaus hat die Meldungen mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung der Patientenversorgung auszuwerten. ²Meldungen, die auf eine besondere Gefährdung der Patientensicherheit schließen lassen, hat das Krankenhaus dem Staatsministerium unverzüglich mitzuteilen. ³Das Staatsministerium kann anordnen, dass eine Erörterung der Meldung stattfindet.

(3) Soweit ein Krankenhaus nach bundesrechtlichen Vorschriften (§ 135a Abs. 2 Nr. 2 und § 136a Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs – SGB V) ein Fehlermeldesystem durchzuführen hat, ergänzen die Regelungen in den Abs. 1 und 2 die betreffenden Bestimmungen.

(4) Das Staatsministerium gibt Handlungsempfehlungen für die Einrichtung und Durchführung von Fehlermeldesystemen heraus.

Art. 21b

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

(1) Für jedes Krankenhaus ist das Amt einer Patientenfürsprecherin oder eines Patientenfürsprechers einzurichten.

(2) ¹Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher hat die Aufgabe, das Vertrauensverhältnis zwischen den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen einerseits und dem Krankenhaus sowie den dort Beschäftigten andererseits zu fördern und dadurch auch zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen beizutragen. ²Zur Erfüllung dieser Aufgabe nimmt die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher insbesondere Beschwerden und Anregungen (Anliegen) von Patientinnen, Patienten oder ihren Angehörigen (Betroffenen) entgegen, leitet sie an die zuständigen Stellen des Krankenhauses oder seines Trägers weiter, wirkt dort auf eine zügige und transparente Bearbeitung hin und teilt den Betroffenen nach Erledigung unverzüglich das Veranlasste mit. ³Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher richtet regelmäßige Sprechstunden im Krankenhaus ein und stellt auch im Übrigen in geeigneter Form eine Erreichbarkeit für die Betroffenen sicher. ⁴Sie oder er soll die Betroffenen darüber beraten, an welche anderen Stellen sie sich wegen ihrer Anliegen wenden können, sofern dies zur Erledigung der Anliegen im Einzelfall zweckmäßig erscheint. ⁵Auf Veranlassung und mit Einwilligung der Betroffenen kann sich die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher auch bei anderen Stellen für die Anliegen der Betroffenen einsetzen. ⁶Eine rechtliche Vertretung der Betroffenen, die Erbringung von Rechtsdienstleistungen im Sinne des Rechtsdienstleistungsgesetzes und eine medizinisch-fachliche Beratung der Betroffenen gehören nicht zum Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers nach diesem Gesetz. ⁷Erhält die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher bei oder bei Gelegenheit ihrer oder seiner Tätigkeit Kenntnis von erheblichen Mängeln der Qualität der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen, insbesondere solchen, die auf Risiken und Fehlerquellen in der Versorgung hindeuten, so hat sie oder er unverzüglich die zuständigen Stellen des Krankenhauses oder seines Trägers sowie das Staatsministerium zu unterrichten. ⁸Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher hat gegenüber dem Krankenhaus auf die Beachtung von Patientenverfügungen hinzuwirken. ⁹Sie oder er berichtet den zuständigen Stellen des Krankenhauses regelmäßig und bei besonderer Veranlassung auch im Einzelfall schriftlich oder mündlich über ihre oder seine Tätigkeit. ¹⁰Außerdem legt sie oder er dem Krankenhausträger und dem Staatsministerium jährlich einen schriftlichen Erfahrungsbericht vor.

(3) ¹Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher darf die ihr oder ihm bei oder bei Gelegenheit ihrer oder seiner Tätigkeit bekannt gewordenen Geheimnisse, insbesondere die zum persönlichen Lebensbereich der Betroffenen gehörenden Geheimnisse sowie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des Krankenhauses und seines Trägers, auch nach Beendigung ihrer oder seiner Tätigkeit, nicht unbefugt offenbaren. ²Personenbezogene Daten der Betroffenen dürfen nur mit de-

ren Einwilligung vom Krankenhaus an die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher oder von dieser oder diesem an Dritte übermittelt werden. ³Tatsachen, die unter eine gesetzliche oder vertragliche Schweigepflicht fallen, dürfen nur offenbart werden, soweit eine entsprechende Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt.

(4) Die Betroffenen haben das Recht, sich mit ihren Anliegen jederzeit an die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher zu wenden.

(5) ¹Das Krankenhaus hat die Patientinnen und Patienten in geeigneter Form über den Namen, die Aufgaben und Befugnisse sowie die Erreichbarkeit der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers zu informieren und dem Staatsministerium den Namen und die Anschrift der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers mitzuteilen. ²Das Krankenhaus und sein Träger sind zur Unterstützung der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers verpflichtet. ³Insbesondere hat das Krankenhaus der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher geeignete Räume im Krankenhaus für ihre oder seine Sprechstunden zur Verfügung zu stellen, ihr oder ihm auf Verlangen, soweit zulässig, die zur Erfüllung ihrer oder seiner Aufgaben erforderlichen Auskünfte zu erteilen und ihr oder ihm Zugang zum Krankenhaus sowie zu den Patientinnen und Patienten zu gewähren, soweit keine überwiegenden betrieblichen oder gesundheitlichen Gründe entgegenstehen. ⁴Das Krankenhaus hat die von der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher weitergeleiteten oder von den Betroffenen unmittelbar vorgebrachten Anliegen zügig und transparent zu bearbeiten und die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher sowie die Betroffenen zeitnah über das Veranlasste zu unterrichten. ⁵Der Krankenhausträger soll der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher eine angemessene Fort- und Weiterbildung anbieten und die dafür anfallenden Kosten übernehmen. ⁶Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher hat einen Anspruch auf Zahlung einer angemessenen Aufwandsentschädigung für ihre oder seine Tätigkeit gegen den Krankenhausträger.

(6) ¹Der Krankenhausträger ist zuständig für die Berufung und Abberufung der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers. ²Für jedes Krankenhaus ist eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher sowie eine Stellvertreterin oder ein Stellvertreter zu berufen. ³Soweit es angesichts der Verhältnisse des Krankenhauses zur sachgerechten Erfüllung der Aufgaben der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers zweckmäßig erscheint, sollen mehrere Personen als Patientenfürsprecherinnen, Patientenfürsprecher, Stellvertreterinnen oder Stellvertreter berufen werden. ⁴Berufen werden kann nur, wer über die für die Aufgabenerfüllung erforderliche Zuverlässigkeit und Fachkunde, insbesondere ausreichende Erfahrungen im Sozial- oder Gesundheitswesen verfügt. ⁵Berufen werden kann nicht, wer in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis zum Krankenhausträger steht oder diesem in anderer Weise, insbesondere als Organ oder Mitglied eines Organs angehört. ⁶Die Berufung erfolgt jeweils für drei Jahre; Wiederberufung ist zulässig. ⁷Die berufene Person ist zur Übernahme des Amtes nicht verpflichtet; hat sie es übernommen, führt sie es bis zur Amtsübernahme einer Nachfolgerin oder eines Nachfolgers aus. ⁸Eine Abberufung ist nur aus wichtigem Grund zulässig. ⁹Die berufenen Personen werden ehrenamtlich tätig. ¹⁰Die Berufung begründet kein Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis oder eine anderweitige Zugehörigkeit der berufenen Person zum Krankenhaus oder seinem Träger. ¹¹Die berufenen Personen üben ihr Amt unabhängig aus und sind bei der Ausübung ihres Amtes keinen Weisungen unterworfen. ¹²Die berufenen Personen sind vom Krankenhausträger auf ihre Pflichten hinzuweisen.

(7) ¹Das Staatsministerium gibt Handlungsempfehlungen heraus, in denen insbesondere ein Leitbild für das Handeln der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers beschrieben wird; die Handlungsempfehlungen sollen unter Beteiligung der betroffenen Interessenverbände erstellt werden und Erfahrungen aus der Praxis berücksichtigen. ²Kommt ein Krankenhausträger seiner Verpflichtung zur Berufung einer Patientenfürsprecherin, eines Patientenfürsprechers, einer Stellvertreterin oder eines Stellvertreters nach Abs. 6 Satz 2 nicht nach, so kann das Staatsministerium anordnen, dass der Krankenhausträger innerhalb einer bestimmten

Frist das Erforderliche veranlasst. ³Kommt der Krankenhausträger einer Anordnung des Staatsministeriums nach Satz 2 nicht innerhalb der Frist nach, so kann das Staatsministerium seine Anordnung mit Zwangsgeld durchsetzen oder, falls ein Zwangsgeld nicht zweckmäßig ist, selbst anstelle und auf Kosten des Krankenhausträgers eine Person berufen, die das Amt ausübt, bis der Krankenhausträger seiner Verpflichtung nachkommt (Ersatzvornahme); Abs. 6 gilt im Übrigen insoweit entsprechend. ⁴Das Staatsministerium ermittelt und bewertet die Erfahrungen bei der Anwendung der Abs. 1 bis 6 und des Satzes 1 sowie deren Auswirkungen und legt dem Landtag darüber bis zum 30. September eines jeden Jahres einen Bericht vor.

(8) ¹Soweit ein Krankenhaus nach § 135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V verpflichtet ist, nach Maßgabe des § 137 SGB V ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement durchzuführen, ergänzen die Regelungen in den Abs. 1 bis 7 die betreffenden Bestimmungen. ²Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher soll in einem solchen Fall Teil des patientenorientierten Beschwerdemanagements sein und dieses ergänzen. ³Doppelstrukturen sollen im Rahmen des rechtlich Zulässigen möglichst vermieden werden.

Art. 21c

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

(1) ¹In jedem Krankenhaus sind regelmäßig Konferenzen durchzuführen, um Entwicklungen in der Patientenversorgung zu beobachten und Risiken frühzeitig zu erkennen (Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen). ²Die Konferenzen sollen mindestens einmal im Monat stattfinden.

(2) Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Konferenz nach Abs. 1 sind insbesondere für jede Fachrichtung des Krankenhauses jeweils die leitende Ärztin oder der leitende Arzt und die leitende Pflegefachkraft.

(3) ¹Gegenstand dieser Konferenzen sind

1. die Erörterung von Todesfällen und besonderen Krankheitsverläufen sowie
2. die Bewertung der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken des Krankenhauses mit dem Ziel einer fortlaufenden Verbesserung der Patientenversorgung.

²An der Erörterung nach Satz 1 Nr. 1 sind die Angehörigen der beteiligten Berufsgruppen und Fachrichtungen zu beteiligen.

(4) Jedes Krankenhaus bestimmt in einem Leitfaden insbesondere die Organisation und den Ablauf der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie die weitere Behandlung der Ergebnisse.

(5) Auf Anforderung sind die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken des Krankenhauses dem Staatsministerium vorzulegen.

Art. 21d

Arzneimittelkommission

(1) ¹In jedem Krankenhaus ist eine Arzneimittelkommission zu bilden. ²Mehrere Krankenhäuser können in geeigneten Fällen eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden.

(2) ¹Mitglieder der Arzneimittelkommission sind insbesondere die Leiterin oder der Leiter der Krankenhausapotheke oder der krankenhauversorgenden Apotheke sowie je Fachrichtung des Krankenhauses die leitende Ärztin oder der leitende Arzt und je Fachrichtung die leitende Pflegefachkraft. ²Die Leitung obliegt

1. der Leiterin oder dem Leiter der Krankenhausapotheke oder der krankenhauversorgenden Apotheke oder
2. einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt, die oder der in Arzneimittelfragen besonders erfahren ist.

³Die Arzneimittelkommission tagt mindestens zweimal im Jahr. ⁴Sie gibt sich eine Geschäftsordnung.

- (3) Die Arzneimittelkommission hat insbesondere die Aufgabe,
1. eine Arzneimittelliste, in der die für den laufenden Verbrauch im Krankenhaus bestimmten Arzneimittel aufgeführt sind, nach medizinischen, pharmazeutischen und wirtschaftlichen Aspekten unter Berücksichtigung von Gesichtspunkten der Arzneimittelsicherheit zu erstellen und fortzuschreiben und
 2. das ärztliche und pflegerische Personal in Fragen der Arzneimittelversorgung und der Arzneimitteltherapiesicherheit zu beraten und zu unterstützen.
- (4) ¹Das Krankenhaus stellt sicher, dass die Arzneimittelkommission über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste nach Abs. 3 Nr. 1 enthalten sind, unter Angabe der Gründe für die Anwendung unterrichtet wird. ²Dies gilt auch für die Durchführung von klinischen Studien mit Arzneimitteln.

Art. 21e

Stationsapothekerin oder Stationsapotheker

(1) ¹In jedem Krankenhaus ist spätestens ab dem 1. Januar 2023 sicherzustellen, dass in ausreichender Zahl Apothekerinnen oder Apotheker als Beratungspersonen für die Stationen eingesetzt werden (Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker). ²Das Krankenhaus bestimmt anhand der Größe und der Fachrichtung der Stationen und der von ihnen erbrachten Leistungen, in welchem Umfang Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker jeweils für die vorhandenen Fachrichtungen beratend tätig sein sollen; dabei sind Fachrichtungen besonders zu berücksichtigen, in denen besonders häufig

1. die Arzneimittelversorgung anzupassen ist,
2. verschiedene Infusionen nebeneinander oder nacheinander angewendet werden,
3. mehrere Medikamente nebeneinander eingesetzt werden oder
4. neuartige Behandlungen stattfinden.

(2) ¹Die Stationsapothekerin oder der Stationsapotheker hat die Aufgabe, im Rahmen der Zusammenarbeit mit ärztlichem und pflegerischem Personal zu einer sicheren, zweckmäßigen sowie wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie und damit zu einer effizienteren Betriebsführung beizutragen. ²Zur Aufgabe nach Satz 1 gehört

1. die Prüfung der für eine Patientin oder einen Patienten vorgesehenen Medikamente auf Wechselwirkungen, auf ihre Risiken und Nebenwirkungen sowie auf risikoärmere Alternativen,
2. die umgehende Prüfung nach der Aufnahme der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus, inwieweit deren Medikationsplan an die Arzneimittelliste des Krankenhauses anzupassen ist,
3. die pharmazeutische Beratung des ärztlichen und pflegerischen Personals, das an der stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten beteiligt ist.

³Im Übrigen soll durch Beratung darauf hingewirkt werden, dass

1. Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte in der versorgenden Apotheke ordnungsgemäß angefordert werden,
2. Arzneimittel und apothekenpflichtige Medizinprodukte ordnungsgemäß gelagert und verwendet werden,
3. notwendige Maßnahmen zur Patientensicherheit und zur Arzneimittelsicherheit getroffen werden.

(3) Zur Stationsapothekerin oder zum Stationsapotheker sollen nur Personen bestimmt werden, welche die Weiterbildung im Fachgebiet Klinische Pharmazie abgeschlossen oder bereits begonnen haben.

(4) Verfügt das Krankenhaus nicht über eine eigene Krankenhausapotheke, so soll die Sicherstellung der Aufgabe nach den Abs. 1 und 2 im Vertrag nach § 14 Abs. 3 oder 4 des Apothekengesetzes mit der krankenhhausversorgenden Apotheke geregelt werden.

Art. 21f

Unterstützung bei berufsbezogenen Belastungen

(1) Jedes Krankenhaus hat einen Plan zur Unterstützung des mit der Patientenversorgung beschäftigten Personals bei der Bewältigung der damit verbundenen berufsbezogenen Belastungen zu erstellen.

(2) Der Plan soll einzelfallbezogene und allgemeine Maßnahmen zur Unterstützung des Personals vorsehen.

(3) Die in dem Plan vorgesehenen Maßnahmen sind unverzüglich nach der Aufstellung einzuführen.“

3. Der 4. Abschnitt wird 5. Abschnitt.
4. In Art. 22 Abs. 1 Nr. 3 wird der Schlusspunkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 4 angefügt:
„4. die verwaltungsrechtliche Durchsetzung der Pflichten nach Art. 21a Abs. 1 und 2, 21b Abs. 1 bis 3, 6 und 7 Satz 1 sowie nach Art. 21c bis 21f, wobei die Zuständigkeit auf eine nachgeordnete Behörde des Staatsministeriums übertragen werden kann.“
5. Die Abschnitte 5 und 6 werden Abschnitte 6 und 7.

§3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am in Kraft.

Begründung:

Allgemeines

- I. Das Bayerische Krankenhausgesetz (BayKrG) sieht die staatliche Investitionsförderung für Krankenhäuser im Freistaat Bayern vor. Davon erfasst werden durch Art. 11 dieses Gesetzes auch Investitionskosten für die Errichtung von Krankenhäusern (Umbau, Erweiterungsbau, Neubau) einschließlich der hiermit im notwendigen Zusammenhang stehenden Erstausrüstung mit den für den Krankenhausbetrieb erforderlichen Anlagegütern. Eine derartige Förderung hat gemäß Art. 10 BayKrG die Aufnahme in das Jahreskrankenhausinvestitionsprogramm zur Voraussetzung, wobei hinsichtlich der Förderungsgegenstände auf Art. 11 des Gesetzes verwiesen wird. Damit hat eine Änderung von Art. 11 BayKrG Auswirkungen auf die generelle Investitionsplanung.

Dies stellt den Ansatz dar, die Förderung darauf auszurichten, dass in Krankenhäusern des Freistaates Bayern Einzelzimmer zum Regelfall werden.

Einzelzimmer schaffen nicht nur einen höheren Grad an Erholung, sondern dienen auch der nachhaltigen Prävention vor antibiotikaresistenten Keimen, da auch so auch eine bauliche Eindämmung gegeben ist. Dies bestätigt die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut hierzu. (siehe hierzu: Bundesgesundheitsblatt 2014 57:713)

Allgemeine Bettenstationen in Krankenhäusern sollen deshalb bis 2035 nur noch Einzelzimmer als Standard vorhalten. Ab 2020 sollen deshalb Investitionsmittel nur noch dann für Neu-, Um- und Erweiterungsbaumaßnahmen ausgereicht werden, wenn damit Einzelzimmer geschaffen werden. Ausnahmen sind Intensivpflegeeinheiten und Bereiche in denen Familienzimmer vorteilhaft sind, wie Entbindungsstationen oder in der Kinderheilkunde.

Bayern sollte hier Vorreiter sein, um auch aus baulicher Sicht einen weiteren Schritt hin zu einer konsequenten Eindämmung antibiotikaresistenter Keime zu gehen. Das BayKrG ist dabei die Grundlage für die Investitionskostenförderung im Krankenhausbereich in Bayern.

- II. Aufgrund der Erfahrung mit den Tötungen von Patienten durch den Krankenpfleger Niels H., deren Ausmaß wohl nicht abschließend geklärt werden kann, gilt es Vorsorge zu treffen, dass ein derartiger Vorfall rechtzeitig abgewendet wird. Deshalb werden anonyme Meldewege etabliert, Patientenfürsprecher festgeschrieben, Arzneimittelkommissionen gegründet, Stationsapotheker vorgeschrieben, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen etabliert und die Unterstützung bei berufsbezogenen Belastungen ins BayKrG aufgenommen.

Patienten müssen sich in einer Klinik sicher und gut aufgehoben fühlen. Der Gesetzgeber hat im Bereich der Patientensicherheit und der Patientenfürsprache noch Nachholbedarf, weshalb das BayKrG angepasst werden muss.

In Bayern gibt es überwiegend noch keine vergleichbaren gesetzlichen Regelungen. Lediglich Patientenfürsprecher finden sich in zahlreichen Kliniken – allerdings ohne gesetzliche Regelung. Stationsapotheker als Berater sind nur teilweise etabliert, anonyme Meldewege gibt es über die Bayerische Krankenhausgesellschaft, sie sind aber nicht verpflichtend. Zudem gibt es keine standardisierten Verfahren, um den sachgemäßen Verbrauch von Arzneimitteln regelmäßig zu prüfen und so frühzeitig Missbrauch aufzudecken. Dabei geht es nicht nur um Missbrauch zum Nachteil von Patienten, sondern auch zur frühzeitigen Erkennung von Suchterkrankungen des Personals. Apotheker können zudem dazu beitragen, Übermedikationen von multimorbiden Patienten zu reduzieren, in dem sie die Medikationen prüfen. Auch im Bereich des zielgerichteten Antibiotikaeinsatzes bekommen sie eine Schlüsselrolle im Kampf gegen multiresistente Erreger.

Mit den vorgesehenen Regelungen werden alle Krankenhäuser des Freistaates Bayern zur Einrichtung von Gremien und zur Nutzung bestimmter Instrumente zur Steigerung der Patientensicherheit verpflichtet. Die durch die Umsetzung entstehenden zusätzlichen Kosten sind als Kosten des laufenden Betriebs von allen Krankenhäusern aus den Erlösen aus Pflegesätzen zu refinanzieren. Die Einführung dieser Maßnahmen birgt für die Krankenhäuser jedoch auch Einsparpotenziale. So kann beispielsweise durch Arzneimittelkommissionen und Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker der Medikamentenverbrauch optimiert werden und durch anonyme Fehlermeldesysteme und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen können perspektivisch Behandlungsfehler verhindert und die Prozesse im Krankenhaus optimiert werden. Diese Erlöse sind derzeit noch nicht zu beziffern, werden aber langfristig die Ausgaben überwiegen, die mit der Einführung dieser Maßnahmen verbunden sind. Der Gesetzgeber folgt mit der Einführung dieser Maßnahmen in weiten Teilen der bestehenden Praxis. Die Auswertung der strukturierten Qualitätsberichte der zugelassenen Krankenhäuser ergibt beispielsweise, dass auch anonyme Fehlermeldesysteme und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen bereits in vielen Krankenhäusern umgesetzt sind.

Die Kosten für die Einführung aller anderen Maßnahmen wie Arzneimittelkommissionen und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen entstehen dadurch, dass vorhandenes Personal für die Aufgaben freizustellen ist, und lassen sich nicht näher beziffern. Durch die Wahrnehmung der Aufgaben der Aufsichtsbehörde nach Art. 22 Abs. 1 Nr. 4 wird beim Staatsministerium ein zusätzlicher Stellenbedarf von 0,5 Stellen der Besoldungsgruppe A 12 der Besoldungsordnung entstehen. Nach den standardisierten Personalkostensätzen und Sachkostenpauschalen ergeben sich

daraus für das Land jährliche Kosten in Höhe von rund 45.500 Euro. Die zusätzlichen Mittel können innerhalb des Haushalts des Staatsministeriums erwirtschaftet werden.

Im Einzelnen

Zu § 1 (Änderung von Art. 11 BayKrG)

Art. 11 BayKrG regelt die Bereiche, für die eine Förderung der Investitionskosten erfolgen kann. Durch die Einfügung eines auf die Förderung nach Nr. 1 (Einrichtung von Krankenhäusern durch Umbau, Erweiterungsbau und Neubau) bezogenen Satzes ist es möglich, die Mittel auf Maßnahmen zu beschränken, die dazu dienen, Einzelzimmer in Krankenhäusern zu schaffen. Ausnahmen hierzu sind im weiteren Satz geregelt.

Zu § 2 (weitere Änderung des BayKrG)

Als Ausführungsgesetz zum Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes regelte das Bayerische Krankenhausgesetz zunächst vor allem Aspekte der Krankenhausplanung und Investitionskostenförderung. Allerdings enthält das Gesetz im derzeitigen 5. Abschnitt bereits Regelungen hinsichtlich des Datenschutzes von Patienten, die über den bloßen Finanzierungsaspekt hinausgehen. Deshalb ist es gerechtfertigt, die im Zusammenhang mit dem Betreiben von Krankenhäusern stehenden Aspekte der Patientensicherheit in dieses Gesetz aufzunehmen.

Zu Nr. 1

Dem Anliegen des vorliegenden Änderungsgesetzes soll dadurch Rechnung getragen werden, indem für den neuen Regelungsbereich „Sicherungsmechanismen für Patienten“ ein selbständiger Abschnitt vorgesehen wird. Dieser neue Abschnitt ist vor den mehr formalen Regelungen des Gesetzes über Zuständigkeiten, Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen etc. als neuer 4. Abschnitt einzufügen. Deshalb ist die Inhaltsübersicht des Gesetzes zu ändern, was aufgrund der Einfügung eines neuen Abschnittes zu formalen Folgeänderungen (Umnummerierung) führt.

Zu Nr. 2

Dies stellt die materiell-rechtliche Neuregelung dar. Es wird nach Art. 21 des Gesetzes ein neuer „4. Abschnitt Sicherungsmechanismen für Patienten“ eingeführt, der aus den Art. 21a bis 21f besteht.

Zu Art. 21a (Fehlermeldesysteme)

Die bayerischen Krankenhäuser nutzen nicht flächendeckend anonyme Meldesysteme für Fehler. Ein solches System sollte jedoch Standard sein, weshalb es hier festgeschrieben wird. Das anonyme Fehlermeldesystem soll Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, eventuelle Verdachtsmomente für fehlerhaftes oder gar kriminelles Handeln innerhalb des Krankenhausbetriebes an eine neutrale Stelle zu melden. Von besonderer Bedeutung ist es, dass dabei keine Rückschlüsse auf ihre Identität gezogen werden können. Wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter negative Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und Kolleginnen und Kollegen fürchten müssen, stellt dies einen hemmenden Faktor für die Meldung sicherheitsrelevanter Ereignisse dar. Die Etablierung anonymer Fehlermeldesysteme kann somit erheblich zur Patientensicherheit beitragen. Die Verpflichtung, innerhalb einer betrieblichen Struktur ein anonymes Fehlermeldesystem einzuführen, stellt zwar eine Einschränkung der unternehmerischen Freiheit dar. Jedoch ist in diesem Fall die Sicherheit der meist hilflosen Patientinnen und Patienten höher zu bewerten als das Organisationsrecht der Betriebsinhaberin oder des Betriebsinhabers. Des Weiteren haben die Erfahrungen mit innerbetrieblichen Meldesystemen gezeigt, dass diese einen erheblichen Nutzen für den Betrieb selbst darstellen, in Krankenhäusern beispielsweise durch die Vermeidung kostenintensiver Behandlungsfehler.

Mit der Verpflichtung, Meldungen, die auf eine besondere Gefährdung der Patientensicherheit schließen lassen, an das Staatsministerium weiterzuleiten, soll sichergestellt werden, dass schwerwiegende Vorfälle rechtzeitig erkannt und untersucht werden.

Zugelassene Krankenhäuser sind nach § 135a Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bereits zur Etablierung eines Risikomanagement- und Fehlermeldesystems entsprechend den vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Mindestanforderungen nach § 136a Abs. 3 SGB V verpflichtet. Der Kompetenztitel der Sozialversicherung in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 des Grundgesetzes unterliegt dem Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung. Der Bund hat von seiner Gesetzgebungsbefugnis nicht erschöpfend Gebrauch gemacht, sondern hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss lediglich die Regelung der grundsätzlichen Anforderungen überlassen. Die Normsetzungsbefugnis der Länder beschränkt sich mithin darauf, ergänzende Qualitätsanforderungen statuieren zu dürfen, was vorliegend gemacht wird.

Das Staatsministerium unterstützt das Krankenhaus beim Umgang mit dem Fehlermeldesystem, insbesondere bei der Einführung und beim Betrieb, durch die Erstellung von Handlungsempfehlungen.

Zu Art. 21b (Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher)

Patientenfürsprecher stellen das Bindeglied zwischen Patient und Klinik dar und dienen der Qualitätssicherung. Ihre Aufgaben und ihre Unabhängigkeit sind hier entsprechend zu festzulegen. Als Patientenfürsprecher können nur geeignete natürliche Personen berufen werden. Geeignet ist, wer über die für die Aufgabenerfüllung erforderliche Zuverlässigkeit und Fachkunde, insbesondere über ausreichende Erfahrungen im Sozial- oder Gesundheitswesen, verfügt. Berufen werden kann nicht, wer in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis zum Krankenhausträger steht oder diesem in anderer Weise, insbesondere als Organ oder Mitglied eines Organs, angehört. Soweit es angesichts der Verhältnisse des Krankenhauses zur sachgerechten Erfüllung der Aufgaben der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers zweckmäßig erscheint, können auch mehrere Personen als Patientenfürsprecherinnen, Patientenfürsprecher, Stellvertreterinnen oder Stellvertreter berufen werden.

Hervorzuheben ist die Pflicht, die Patientinnen und Patienten sowohl über das Amt als auch über die Erreichbarkeit der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers zu informieren. Die Arbeit der Patientenfürsprecher umfasst naturgemäß auch den Umgang mit Sachverhalten, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Bei diesen Sachverhalten, aber auch bei anderen, die einer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht unterliegen, ist bei Übermittlung von Informationen auf das Vorliegen einer Entbindung von der Schweigepflicht oder alternativ auf eine Anonymisierung der Daten zu achten.

Zur Unterstützung der Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher gibt das Staatsministerium Handlungsempfehlungen heraus, die auch ein Leitbild enthalten sollen. Die gesetzlich begründeten Verpflichtungen können auch zwangsweise durchgesetzt werden.

Abschließend soll unter Verweis auf das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs, das „patientenorientierte Beschwerdemanagement“ abschließend geregelt hat, möglichen rechtlichen Problemen Rechnung getragen werden, die möglicherweise im Hinblick auf die Gesetzgebungskompetenz des Landes bestehen könnten. Daher wird ausdrücklich klargestellt, dass im Anwendungsbereich des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs keine diesen Vorschriften widersprechenden Regelungen geschaffen, sondern insoweit nur die bundesrechtlichen Bestimmungen ergänzt werden sollen.

Zu Art. 21c (Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen)

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ermöglichen es dem medizinischen und pflegerischen Personal, Fehler zu entdecken, abzustellen und damit Behandlungsprozesse zu verbessern. Sie erhöhen aber auch die Wahrscheinlichkeit, dass kriminelles Handeln im Krankenhaus rechtzeitig aufgedeckt wird. Es handelt sich um einen lösungs- und entwicklungsorientierten Austausch „auf Augenhöhe“ im interdisziplinären Team, bei

dem alle Beteiligten voneinander lernen können, ohne Sanktionen befürchten zu müssen. Die erforderliche Frequenz der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ist abhängig von der Größe und den Fachrichtungen des jeweiligen Krankenhauses; sie sollten jedoch mindestens einmal monatlich stattfinden.

Hauptaufgabe der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ist die Vorstellung und Diskussion ausgewählter kritischer Behandlungsfälle. Hierbei handelt es sich insbesondere um Todesfälle, Zwischenfälle, Komplikationen oder schwere Verläufe mit vermutetem Verbesserungspotenzial. Darüber hinaus ist die krankenhauserne Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik zu analysieren, insbesondere im Hinblick auf eine ungewöhnliche Häufung von Komplikationen oder Todesfällen.

Der Erfolg der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ist von einer standardisierten und professionalisierten Durchführung abhängig. In einem Leitfaden ist deshalb die krankenhauserne individuelle Vorgehensweise festzulegen. Zu regeln ist beispielsweise, nach welchen Kriterien die Besprechungsfälle ausgewählt werden, wie und durch wen die Vorstellung erfolgt, wer die Moderation übernimmt und wie die Umsetzung der abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen sichergestellt wird.

Sofern sich aufgrund von Meldungen an das Staatsministerium Hinweise auf eine ungewöhnliche Häufung von Todesfällen oder Komplikationen ergeben, ist das Fachministerium berechtigt, beim jeweiligen Krankenhaus die internen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken anzufordern, um die Verdachtsmomente zu validieren.

Zu Art. 21d (Arzneimittelkommission)

Nur ständige Kontrolle sorgt dafür, dass Medikamentenmissbrauch oder gar der strafbare Umgang damit zügig auffallen. Deshalb soll eine Arzneimittelkommission hier federführend für Sicherheit sorgen. Die zunehmende Komplexität der Arzneimitteltherapie erfordert einen regelmäßigen Austausch der verantwortlichen Personen. Mit Schaffung dieser Norm sollen auch Risiken und Missbrauch von Arzneimitteln im Krankenhaus frühzeitig erkannt werden. Durch die regelhafte Schaffung einer Arzneimittelkommission in bayerischen Krankenhäusern wird somit die Patientensicherheit gestärkt.

Die Arzneimittelkommission hat die Aufgabe, die regelhaft im Krankenhaus verwendeten Arzneimittel nach den Kriterien Qualität, Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und Wirtschaftlichkeit auf der Basis gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse auszuwählen. Sie erhöht die Sicherheit beim Umgang mit Arzneimitteln und schafft zugleich eine Instanz zur Verbesserung des interprofessionellen Informationsaustausches zwischen den Verantwortlichen. Nutzen-Risiko-Abwägungen hinsichtlich des Arzneimitteleinsatzes, aber auch die Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitserwägungen sind grundlegende Inhalte der Tätigkeit der Arzneimittelkommission im Interesse einer qualitätsgerechten Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Zu Art. 21e (Stationsapothekerin oder Stationsapotheker)

Schlüssel für eine adäquate Versorgung mit Medikamenten sind Apotheker. Sie sollen vor allem beratende Funktion haben und neben einem zielgerichteten Einsatz von Medikamenten auch dazu beitragen, durch fachkundige Beratung bei der Eindämmung von Infektionen federführend mitzuwirken. Zudem kommt ihnen eine Schlüsselrolle zu in der Vermeidung von „Übermedikationen“ bei Patienten, die Multimorbiditätsbedingt eine Vielzahl von Arzneimitteln einnehmen müssen.

Der Stationsapotheker trägt im Rahmen des interdisziplinären Teams mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal zur sicheren und effizienten Anwendung von Arzneimitteln und einer erhöhten Verlässlichkeit der Arzneimittelanforderungen von Stationen bei. Zudem erhöht sich auch die Kostenkontrolle, weil durch Beratung die individuelle Therapie dahingehend optimiert werden kann, dass Wechselwirkungen vermieden und Arzneimittel effektiver eingesetzt werden sowie die Menge reduziert wird.

Zu Art. 21f (Unterstützung bei berufsbezogenen Belastungen)

Das Pflegepersonal in Klinik arbeitet meist an der Belastungsgrenze. Arbeitgeber sollen deshalb dafür sorgen, dass es Wege gibt, um die Belastungen zu reduzieren und Überlastungen zu vermeiden.

Zu Nrn. 3 und 5:

Es handelt sich dabei um formale Folgeänderungen durch die Einfügung eines neuen 4. Abschnitts, was zur Umnummerierung der nachfolgenden Abschnitte führt.

Zu Nr. 4

Die Implementierung der Pflichten, in jedem bayerischen Krankenhaus anonyme Meldesysteme, Arzneimittelkommissionen, Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen und Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher einzurichten sowie ein Konzept zum Umgang mit berufsbezogenen Belastungen zu erstellen und umzusetzen, sind grundsätzlich mit Zwangsmitteln nach dem Dritten Abschnitt im Zweiten Hauptteil des Bayerischen Verwaltungszustellungs- und Vollstreckungsgesetzes (VwZVG) durchsetzbar. Die Mittel des Verwaltungszwangs sind Beugemittel und damit auf das zukünftige Verhalten gerichtet. In Betracht kommen die Verhängung eines Zwangsgeldes sowie die Ersatzvornahme. Kommt etwa ein Krankenhausträger seiner Verpflichtung nach Art. 21b Abs. 6 Satz 2 zur Berufung einer Patientenfürsprecherin, eines Patientenfürsprechers, einer Stellvertreterin oder eines Stellvertreters nicht nach, so kann das Staatsministerium anordnen, dass der Krankenhausträger innerhalb einer bestimmten Frist das Erforderliche veranlasst. Kommt der Krankenhausträger einer Anordnung des Staatsministeriums nicht innerhalb der anzuordnenden Frist nach, so kann das Staatsministerium seine Anordnung mit Zwangsgeld durchsetzen oder, falls ein Zwangsgeld nicht zweckmäßig ist, selbst anstelle und auf Kosten des Krankenhausträgers eine Person berufen, die das Amt ausübt, bis der Krankenhausträger seiner Verpflichtung nachkommt (Ersatzvornahme).

Zu § 3

Diese Bestimmung regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.