

Gesetz

zur Verbesserung der Patient*innensicherheit im Krankenhaus

Artikel 1

Änderung des Landeskrankenhausgesetzes von Berlin

1. Ergänzung § 3

Dem § 3 wird folgender Absatz 5 angefügt:

- (5) „Unter Akutpflege wird die Gesamtheit aller pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung einer akuten Erkrankung, Verletzung oder der Verschlechterung einer chronischen Erkrankung verstanden. Sie ist stets an eine ärztliche Diagnose gebunden. Die Akutpflege ist Aufgabe des Pflegepersonals. Als Pflegepersonal in diesem Sinne werden examinierte Pflegefachkräfte mit einer mindestens dreijährigen abgeschlossenen Ausbildung oder einer gleichwertigen Ausbildung/Studium sowie Hebammen und Entbindungspfleger und medizinisch-technische Radiologie/Assistent*innen verstanden.“

2. Ergänzung § 5

Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Krankenhausbeirat tagt mindestens zweimal im Kalenderjahr.“

3. Neufassung § 6a

Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a Qualitätsanforderungen und Mindestpersonalzahlen

- (1) Die gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 2 in den Krankenhausplan aufzunehmenden Qualitätsanforderungen haben insbesondere auch Regelungen zu Mindestpersonalzahlen für den Bereich der stationären Akutpflege zu enthalten.
- (2) Für die stationäre pflegerische Versorgung, die nicht durch Absatz 4 erfasst ist, erfolgt die Bedarfsermittlung für Pflegepersonal am Bett für die Tagesschichten auf Grundlage der Ursprungsfassung der Pflege-Personal-Regelung (PPR) in der Anlage zu diesem Gesetz. Zusätzlich findet die Pflegestufe A4 unter folgenden Voraussetzungen Anwendung: Tägliche Einstufung des*der Patient*in in die Pflegestufe A3 gemäß PPR und mindestens 6 dokumentierten Aufwandspunkten im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS). Bei Vorliegen der Voraussetzungen ersetzen die für die Pflegestufe A4 angegebenen Minutenwerte diejenigen der Pflegestufe A3.

Der PKMS ist im Operation- und Prozeduren Schlüssel 9.20 „Hochaufwendige Pflege von Patient*innen“ veröffentlicht. Folgende Tabelle stellt die Minutenwerte für die Pflegestufe A4 dar:

Erwachsene

	S1	S2	S3
A4	289	299	325

Kleinkinder

	S1	S2	S3
A4	356	439	558

Jugendliche

	S1	S2	S3
A4	350	433	552

Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten Personal vorzuhalten.

- (3) Die Nachtschichten sind so zu planen, dass eine Pflegekraft in der somatischen Erwachsenenpflege für nicht mehr als 15 Patient*innen zuständig ist und eine Pausenablösung garantiert ist.
- (4) Für die stationäre Versorgung im Bereich der Intensivpflege wird das notwendige Patient*innen-Pflegepersonal-Verhältnis in drei Betreuungsstufen voneinander abgegrenzt:
 1. Hoch-Intensiver Versorgungsbedarf: mindestens eine Pflegekraft betreut eine*n Patient*in in jeder Schicht
 2. Intensiver Versorgungsbedarf: eine Pflegekraft betreut maximal zwei Patient*innen in jeder Schicht
 3. Überwachung: eine Pflegekraft betreut maximal drei Patient*innen in jeder Schicht.
- (5) Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sind die Bestimmungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses in seiner jeweils gültigen Fassung anzuwenden.
- (6) Außerhalb der stationären Versorgung gelten folgende prozedurenbezogene Personalvorgaben:
 1. Operationssaal: Zwei Pflegekräfte pro laufendem Operationssaal oder einer laufenden Operation außerhalb des OP-Bereichs;
 2. Anästhesie: Für die Dauer einer Anästhesie betreut eine Pflegekraft maximal eine*n Patient*in. Die Dauer der Anästhesie definiert den Zeitraum von der Übernahme des*der Patient*in zur Vorbereitung und Durchführung der Anästhesie bis zur Übergabe des*der Patient*in an einen nachfolgenden, betreuenden Bereich;
 3. Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie: Zwei Fachkräfte für eine laufende Diagnostik;

4. Dialyse: Eine Fachkraft pro zwei Dialysepatient*innen;
 5. Die Besetzung von Bereichen wie Rettungsstellen und Radiologie erfolgen nach Bedarfsanalysen;
 6. In geriatrischen Einheiten sind die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie anzuwenden;
 7. Kreißaal:
 - a. Eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger pro zwei Patient*innen bei nicht-pathologischer Geburt;
 - b. Eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger pro Patient*in bei pathologischer Geburt;
 - c. Für jede Mehrlingsgeburt: Hebammen bzw. Entbindungspfleger in der Anzahl der zu erwartenden Neugeborenen.
- (7) Zur Ermittlung des absoluten Personalbedarfs in den Bereichen nach Abs. 6 sind sowohl der prozedurenbezogene Personalbedarf als auch der Personalbedarf für die darüber hinausgehenden organisatorischen Aufgaben, inklusive der Dokumentation, zu ermitteln.
- (8) Für Bereiche, die insbesondere relevant für die Einhaltung hygienischer Standards sind, hat die zuständige Senatsverwaltung über eine Verordnung eine Konkretisierung der Personalvorgaben auf Grundlage des Stands der Wissenschaft und der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts in den jeweils geltenden Fassungen zu erlassen.
- (9) In Bereichen, für die Genehmigungen (z.B. Zertifizierungen, Akkreditierungen, Zulassungen) vorliegen, sind die Personalvorgaben entsprechend der Genehmigungen auszuweisen und zur Grundlage der Personalplanung zu machen.
- (10) Durch Rechtsverordnung können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle bestimmt werden.“

4. Ergänzung § 10

Dem Absatz 3 wird folgende Formulierung angefügt:

„Die Krankenhäuser haben Anspruch auf die Übernahme ihrer nach KHG förderfähigen Investitionskosten in Höhe von 8,6% der jährlichen, krankenhausespezifischen bereinigten Kosten. Bis zu der so bestimmten Förderhöhe werden die Investitionen für die einzelnen Krankenhäuser durch das Land getragen, sofern sie entsprechend der Vorschriften dieses Gesetzes geltend gemacht wurden.“

5. Ergänzung § 22

Dem Absatz 1 werden folgende Formulierungen angefügt:

„In Ergänzung gelten folgende Vorgaben:

- (1) Krankenhäuser müssen das erforderliche Personal vorhalten, um die Anforderungen hygienischer Standards erfüllen zu können.
- (2) Das Reinigungspersonal muss mindestens eine Grundschulung zu krankenhausespezifischen Anforderungen an Reinigungsarbeiten erhalten. Ebenso müssen alle Reinigungskräfte, die Kontakt mit Patient*innen haben, eine Schulung im Umgang mit den Patient*innen erhalten.

- (3) In Infektions- und Risikobereichen (u.a. Operationssäle und Intensivstationen) dürfen zur Vermeidung von Infektionsübertragung nur festangestellte und entsprechend geschulte Reinigungskräfte eingesetzt werden.
- (4) Reinigungskräften sollen feste Reviere zugewiesen werden. Springer*innen sollen auf einer begrenzten Anzahl von Revieren eingesetzt werden.
- (5) Die Reviergrößen der Reinigungskräfte müssen es ermöglichen, in der vorgegebenen Zeit die vorgeschriebenen Reinigungsmaßnahmen zu erfüllen.
- (6) Besonderheiten der Stationen sind zu berücksichtigen, insbesondere, aber nicht abschließend:
 1. Verstärkte Verschmutzungen durch spezifische Krankheitsbilder (z.B. dermatologische Erkrankungen)
 2. Verstärkte Störungen, z.B. durch Arbeitsabläufe, Patient*innenverhalten, insbesondere auf psychiatrischen Stationen
 3. Bauliche Besonderheiten (z.B. mehrere Etagen, alte/renovierungsbedürftige Gebäude)
- (7) Zusätzlich zur Unterhaltsreinigung auszuführende regelmäßige und unregelmäßige Arbeiten sind in der Personalplanung und der Zuweisung von Reviergrößen zu berücksichtigen.
- (8) Die regelmäßigen Ausfallzeiten durch Urlaub, Krankheit und Weiterbildung/Fortbildung sind in der Personalbedarfsberechnung und -planung zu berücksichtigen.
- (9) In Risikobereichen nach Empfehlung des Robert-Koch-Instituts ist während des Betriebes die ständige Präsenz einer Reinigungskraft zu gewährleisten.
- (10) „Sichtreinigung“/Vornahme von Reinigung nach Augenschein ist in patientennahen Bereichen und Aufenthaltsräumen des Personals verboten.
- (11) Desinfektionen dürfen nur von staatlich geprüften Desinfektor*innen (nach abgelegter Fachweiterbildung) durchgeführt werden. Um eine ausreichende Zahl von Desinfektor*innen auszubilden, ist dem vorhandenen Reinigungspersonal die Möglichkeit zu gewähren, die entsprechenden Fortbildungen zu besuchen.

6. Neufassung § 22a

Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt

„§ 22a Qualitätssicherung

- (1) Entsprechend § 135a Abs. 1 SGB V sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet, eine den fachlichen Erfordernissen entsprechende Qualität ihrer Leistungen zu gewährleisten. Zur Erfüllung dieser Pflicht treffen sie insbesondere die nach §§ 135 bis 139c Sozialgesetzbuch V vorgesehenen Maßnahmen.
- (2) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegepersonal gemäß § 6a Abs. 2 notwendige Software vorzuhalten. Des Weiteren sind sie dazu verpflichtet ein Bemessungssystem vorzuhalten, über das die Abgrenzung der drei Betreuungsstufen nach § 6a Abs. 4 vorgenommen wird.
- (3) Die Krankenhäuser erstellen jährlich eine Personalplanung für jede Station/ jeden Bereich, die die in § 6a und § 22 festgelegten Personalvorgaben erfüllt. Dabei sind die Erfahrungswerte des vorherigen Jahres in Bezug auf Leistungsentwicklung und Ausfallzeiten zugrunde zu legen. Ist absehbar, dass die Personalvorgaben nicht erfüllt

werden können, ist dies der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zu melden und ein entsprechendes Verfahren nach Abs. 4 einzuleiten.

(4) Kann ein Krankenhaus die Vorgaben nach § 6a und § 22 nicht einhalten, so legt es gegenüber der zuständigen Senatsverwaltung dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. Erfüllt ein Krankenhaus über zwei Berichtsperioden die erforderlichen Vorgaben nicht, vereinbart das Krankenhaus mit der zuständigen Senatsverwaltung Maßnahmen zur Einhaltung des durch die Mindestpersonalzahl definierten Personal-Patient*innen-Verhältnisses. Hierfür sind, soweit für die Aufrechterhaltung des Personal-Patient*innen-Verhältnisses notwendig, Reduzierungen der Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich durchzuführen. Erfüllt ein Krankenhaus diese Vereinbarung nicht, so kann die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung die Herausnahme des Krankenhauses oder einzelner Abteilungen des Krankenhauses aus dem Landeskrankenhausplan verfügen.“

7. Ergänzung § 26

Dem § 26 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Krankenhäuser melden der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung halbjährlich die Einhaltung der nach § 6a und § 22 berechneten Personalzahlen für jede Station/ jeden Bereich. Die Zahlen sind öffentlich zu machen. Das Nähere zum Meldeverfahren sowie zur Veröffentlichungspflicht regelt der Senat des Landes Berlin durch Rechtsverordnung. Diese Rechtsverordnung kann insbesondere die Mitteilung weiterer Daten bestimmen, sofern diese der Förderung und Beurteilung der Qualität zuträglich sind.“

8. Ergänzung § 30

Dem § 30 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Patient*innenfürsprecher*innen der einzelnen Krankenhäuser sind durch die Krankenhäuser über den Personalbedarf nach den Vorgaben nach § 6a und § 22 sowie die Maßnahmen nach § 22a Abs. 4 zu informieren. Sie sind in die Verfahren nach § 22a einzubeziehen und können in den Verfahren Empfehlungen an die zuständige Senatsverwaltung aussprechen. Die Umsetzung der Vorgaben nach diesem Gesetz und die Maßnahmen nach § 22a dieses Gesetzes können die Patient*innenfürsprecher*innen jährlich gegenüber der Bezirksverordnetenversammlung im Rahmen der Vorstellung Ihres Erfahrungsberichts darlegen. In die Diskussion zu diesem Bericht sind sie als Verfahrensbeteiligte einzubeziehen. Zudem wird dem Abgeordnetenhaus jährlich ein Gesamtbericht über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und Personalvorgaben, sowie über die ergriffenen Maßnahmen nach § 22a Abs. 4 vorgelegt.“

Artikel 2

Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

- (1) Dieses Gesetz tritt mit dem Beginn des auf die Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin folgenden Kalenderjahres in Kraft.
- (2) Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung erstellt mit den Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind, innerhalb von einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Übersicht über den Investitionsbedarf der Krankenhäuser, der über die jährliche Investitionsförderung hinausgeht. Der ermittelte Investitionsbedarf ist im Rahmen der Haushaltsplanung zu berücksichtigen.
- (3) Die Regelungen unter §6a und §22 werden spätestens 12 Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Krankenhausplan übernommen. Die Maßnahmen nach § 22 a Abs. 4 werden erstmals 24 Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wirksam.
- (4) Die Krankenhäuser legen der Senatsverwaltung innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Plan zur Umsetzung dieses Gesetzes vor. Über den Fortschritt bei der Umsetzung hat der Senat dem Abgeordnetenhaus zu berichten.

Anlage 2 zum Antrag auf Einleitung eines Volksbegehrens

Anlage zum Gesetz zur Verbesserung der Patient*innensicherheit im Krankenhaus

Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung) ⁱ

§ 3

Grundsätze

(1) Die Zahl der Personalstellen für den Regeldienst wird auf der Grundlage folgender Minutenwerte ermittelt:

1. Pflegegrundwerte nach § 6 Abs. 1 (...)
2. Werte nach § 6 Abs. 2 (...) für die Patientengruppen,
3. Fallwerte nach § 6 Abs. 3 (...),
4. Wert nach § 6 Abs. 4 für gesunde Neugeborene sowie
5. Werte nach § 6 Abs. 5 für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages.

(2) Der Regeldienst im Sinne des Absatzes 1 umfasst alle pflegerischen Tätigkeiten für den stationären Bereich mit Ausnahme von Nachtdienst und von Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldienstes.

(3) Die Minutenwerte nach Absatz 1 Nr. 1 bis 5 gelten für einen Regeldienst von täglich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes. (...)

Krankenpflege für Erwachsene ¹

§ 4

Pflegestufenⁱⁱ und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für die Krankenpflege für Erwachsene werden die Patienten auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß Anlage 1 den Pflegestufen A 1 bis A 3 und gemäß Anlage 2 den Pflegestufen S 1 bis S 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zwischen 12 und 20 Uhr zugeordnet:

Allgemeine Pflege

A 1

Grundleistungen

A 2

Erweiterte Leistungen

A 3

Besondere Leistungen

Spezielle Pflege

S 1

Grundleistungen

S 2

Erweiterte Leistungen

S 3

Besondere Leistungen

¹ § 10 der Pflege-Personalregelung beschreibt die Einstufung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Die Minutenwerte für alle Patientengruppen werden hier – der Einfachheit halber – unter § 6 aufgeführt und § 10 nicht zitiert.

Die Zuordnung wird in der Pflegedokumentation ausgewiesen.

(2) Jeder Patient ist auf Grund seiner Zuordnung nach Absatz 1 in einer der nachfolgend aufgeführten Patientengruppen auszuweisen:

Spezielle Pflege/Allgemeine Pflege	A 1 Grundleistungen	A 2 Erweiterte Leistungen	A 3 Besondere Leistungen
S 1 Grundleistungen	A 1 / S 1	A 2 / S 1	A 3 / S 1
S 2 Erweiterte Leistungen	A 1 / S 2	A 2 / S 2	A 3 / S 2
S 3 Besondere Leistungen	A 1 / S 3	A 2 / S 3	A 3 / S 3

(...)

§ 6

Minutenwerte

(1) Als Pflegegrundwert werden je Patient und Tag 30 Minuten zu Grunde gelegt.

(2) Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 4 Abs. 2 sind je Patient und Tag folgende Minutenwerte zu Grunde zu legen:

Erwachsene

	S1	S2	S3
A1	52	62	88
A2	98	108	134
A3	179	189	215

Säuglinge

	S1	S2	S3
A1	188	272	389
A2	252	336	453
A3	384	468	585

Kleinkinder

	S1	S2	S3
A1	147	230	349
A2	186	269	288
A3	274	357	476

Jugendliche

	S1	S2	S3
A1	77	160	279
A2	154	237	256
A3	253	336	455

(3) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 70 Minuten zu Grunde gelegt.

(4) Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene wird ein Wert von 110 Minuten je Tag zu Grunde gelegt.

(5) Für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages gelten die halben Minutenwerte nach den Absätzen 1 und 2 und der volle Minutenwert nach Absatz 3.

§ 7

Ermittlung der Personalstellen

Die Personalstellen für ein Krankenhaus werden ermittelt, indem

1. der Pflegegrundwert nach § 6 Abs. 1 mit der Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vervielfacht wird,
2. die Minutenwerte der Patientengruppen nach § 6 Abs. 2 mit der entsprechenden Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 vervielfacht werden.
3. der Minutenwert nach § 6 Abs. 3 mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen je Tag nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 vervielfacht wird,
4. der Minutenwert nach § 6 Abs. 4 mit der Zahl der gesunden Neugeborenen nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 vervielfacht wird und
5. die halben Minutenwerte nach § 6 Abs. 1 und 2 mit der entsprechenden Zahl der tagesklinisch zu behandelnden Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 vervielfacht werden. Die sich aus den Minutenwerten der Nummern 1 bis 5 ergebende Gesamtstundenzahl ist in Personalstellen umzurechnen.

Die Höhe der Ausfallzeiten wird von den Vertragsparteien unter Zugrundelegung einer angemessenen Arbeitsorganisation vereinbart.

§ 9

Pflegestufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Kinderkrankenschwestern und -pflegern werden die Patienten auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß (...) den Pflegestufen KA 1 bis KA 3, jeweils unterteilt in Frühgeborene, kranke Neugeborene und Säuglinge (F), Kleinkinder (K) sowie Schulkinder und Jugendliche (J) und gemäß Anlage 4 den Pflegestufen KS 1 bis KS 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zwischen 12 und 20 Uhr zugeordnet. (siehe Fußnote1)

ⁱ Die Pflegepersonalregelung vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266, 2316), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. April 1996 (BGBl. I S. 620), wurde durch Artikel 13 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) zum 1. Januar 1997 aufgehoben.

ⁱⁱ A1 umfasst alle Leistungen für Patienten ohne besonderen Pflegebedarf.

A2 bezeichnet Patienten, die Hilfestellungen in mindestens zwei Bereichen benötigen, z.B. Hilfe beim Aufstehen, Durchführung von Prophylaxen, Teilwäsche, Begleitung zum WC, Mahlzeiten mundgerecht aufbereiten.

A3 bezeichnet Patienten, bei denen die Pflege in mindestens zwei Bereichen die Durchführung vollständig übernimmt, z.B. Lagerung, Ganzkörperwäsche, Versorgung bei Inkontinenz, Mahlzeiten anreichern, Überwachung bei Desorientierung.

Für die Zuordnung zu der Pflegestufe "A2" muss mindestens in zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal zutreffen.

Trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus "A2" zu und ist ein zweites aus "A3" gegeben, ist der Patient der Pflegestufe "A2" zuzuordnen.

Bei Vorliegen von mindestens zwei Einordnungsmerkmalen aus "A3" ist der Patient dieser Pflegestufe zugeordnet.

S1 umfasst Leistungen der Behandlungspflege, die nicht unter S2 oder S3 fallen, z.B. einmal täglich Blutdruck messen.

S2 bezeichnet Patienten, die mindestens eine Leistung der Behandlungspflege mit erhöhtem Aufwand erhalten, z.B. Dauerinfusionen, einfache Verbandswechsel, Kontrolle der Medikamenteneinnahme.

S3 bezeichnet Patienten, die mindestens eine Leistung der Behandlungspflege mit hohem Aufwand erhalten, z.B. Transfusionen, aufwändige Verbandswechsel, Überwachung bei Nebenwirkungen von Medikamenten.

Für die Zuordnung zu der Pflegestufe "S2" muss mindestens in ein Einordnungsmerkmal zutreffen. Eine Zuordnung nach "S3" erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus "S3" zutrifft.

Anlage 3 Volksentscheid Gesunde Krankenhäuser

Begründung zum Gesetzentwurf zur Verbesserung der Patient*innensicherheit im Krankenhaus

A. Allgemeiner Teil

Die Bevölkerung ist auf gute Versorgung im Krankenhaus angewiesen. Für die Qualität der Patient*innenversorgung im Krankenhaus ist die Frage der Personalausstattung neben einer guten Ausbildung der Beschäftigten und den baulichen Voraussetzungen entscheidend. Die Forderung nach mehr Personal im Krankenhaus und nach Investitionen in zum Teil marode Krankenhäuser und damit für bessere Versorgungsqualität betrifft also alle.

In den Berliner Krankenhäusern herrscht wie im Rest der Republik Personalmangel. Auch der Blick in die Statistik untermauert diesen Eindruck: Deutschland belegt im internationalen Vergleich mit anderen Industrieländern regelmäßig die hintersten Ränge: so werden Patient*innen in Japan aber auch im Nachbarland Dänemark beispielsweise von mehr als doppelt so vielen Pflegefachkräften versorgt wie in Deutschland. (OECD Health Statistics 2016: Datasets: Health Care Resources – Hospital Employment, Health Care Utilisation – Hospital discharges by diagnostic categories (all causes))

Personalmangel schadet den Patient*innen. So belegt z.B. eine Studie, dass Patient*innen mit besserer Personalbesetzung signifikant bessere Ergebnisse hatten als Patient*innen in Krankenhäusern mit schlechter Besetzung. Die Sterblichkeit ist in Krankenhäusern mit der höchsten Patient*innen-Pflege Relation (12,4 bis 14,3) ein Viertel höher als in Krankenhäusern, wo eine Pflegekraft 6,9 bis 8,3 Patient*innen versorgt. (Rafferty et al. 2006)

Bisher gibt es keine gesetzlichen Personalvorgaben, um die Qualität der Patient*innenversorgung im Krankenhaus zu verbessern – weder auf Landes- noch auf Bundesebene. Bei der geplanten Einführung von bundesweiten Vorgaben für Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen ist offen, wie diese Vorgaben aussehen werden und wie der Begriff pflegesensitiv definiert wird. Gleichzeitig stellt die Bundesregierung den Landesregierungen ausdrücklich frei, ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Landeskrankenhausplanung zu entwickeln. So heißt es in §6 Abs. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG): „Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Bestandteil des Krankenhausplans. Durch Landesrecht kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden und können weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden.“ Diese Ergänzung wurde im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) am 10.12.2015 beschlossen.

Je nach Definition von „pflegesensitiven Bereichen“ sind außerdem Regelungen für „nicht-pflegesensitive Bereiche“ im Krankenhaus notwendig, insofern sie die Patient*innensicherheit betreffen. Deshalb sind verbindliche Vorgaben für den Landeskrankenhausplan durch das Landeskrankenhausgesetz dringend nötig.

Wesentlicher Inhalt des Volksbegehrens:

Das Gesetz will die Gesundheitsversorgung für alle Berlinerinnen und Berliner sowie die Finanzierung der Krankenhäuser verbessern. Es

- Legt Mindestpersonalzahlen für Pflegekräfte und andere Berufsgruppen im Krankenhaus fest und ergänzt die Hygiene-Vorschriften für Reinigungsfachkräfte.
- Legt eine Mindestquote von Investitionen fest, die durch das Land Berlin übernommen werden müssen.
- Stellt Transparenz über Einhaltung von Qualitätsanforderungen und Personalvorgaben her und formuliert Konsequenzen, wenn die Ziele nicht erreicht werden.

Die Änderungen des Landeskrankenhausgesetzes im Einzelnen:

Ergänzung § 3:

Dieser Absatz ergänzt die Definitionen um die Begriffe „Akutpflege“ und „Pflegepersonal“.

Ergänzung § 5:

Der Krankenhausbeirat berät über grundsätzliche Planungs- und Strukturangelegenheiten des Krankenhauswesens und erörtert Empfehlungen für die Planungsziele und -kriterien des Krankenhausplans. Durch die Festlegung auf mindestens zwei Sitzungen des Krankenhausbeirats im Kalenderjahr wird der Krankenhausbeirat aufgewertet und für die Zukunft besser in die Lage versetzt, seiner Funktion auch in Bezug auf die Regelungsinhalte des vorliegenden Gesetzes nachzukommen.

Neufassung § 6a:

Mit den vorliegenden Änderungen werden für alle Krankenhäuser in Berlin einheitliche und verbindliche Mindestpersonalzahlen für Pflegefachkräfte vorgeschrieben. Als Grundlage der Bedarfe an Pflegefachkräften dient die in der Wissenschaft und unter Fachleuten bewährte Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenhausversorgung, kurz Pflege-Personalregelung (PPR) BGBl. I 1992 S. 2316-2325.

Sie wird ergänzt durch eine Pflegestufe A4, die sich aus der heutigen Anwendung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) ergibt und Fälle mit erhöhtem Pflegebedarf regelt. Wenn ein*e Patient*in der Pflegestufe 3 mindestens 6 Aufwandspunkte im PKMS erfüllt, werden die Minutenwerte entsprechend angepasst, um den Mehrbedarf zu regeln. So ist die Patient*innensicherheit auch bei besonders aufwendigem Pflegebedarf gewährleistet.

Zu Qualitätsanforderungen gehören außerdem Personalquoten für Nachtschichten, Intensivpflege und Funktionsbereiche.

Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ist die Einhaltung der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschuss sicherzustellen und nachzuweisen. Die aktuelle Fassung kann im Internet hier <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/> eingesehen werden.

Für alle anderen Bereiche wird auf Zertifizierung und Qualitätsvorgaben der jeweiligen Fachgesellschaften verwiesen.

Das Robert-Koch-Institut gilt als das führende Public Health Institut Deutschlands. Seine Empfehlungen stellen sicher, dass die Bevölkerung vor Krankheiten geschützt und ihr Gesundheitszustand verbessert wird. (Leitbild September 2017) Deshalb definiert das Gesetz seine Empfehlungen für Krankenhausreinigung als Qualitätsanforderung. Die geltende Fassung kann hier https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Flaeche_Rili.pdf eingesehen werden.

Ergänzung § 10:

Mit der vorliegenden Änderung verpflichtet sich das Land Berlin seinen aus dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze ergebenden Investitionsverpflichtungen verbindlich nachzukommen und damit für baulich intakte Krankenhäuser und Ausrüstung auf dem aktuellen Stand der technischen und medizinischen Entwicklung zu sorgen.

Die Investitionsquote von 8,6 Prozent ergibt sich aus den Empfehlungen der „Rürup-Kommission“, die im März 2008 eine Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit unter dem Titel „Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern“ erarbeitete. In einer Stellungnahme der Senatsverwaltung für Gesundheit aus dem Jahr 2011 wird festgestellt, „dass die derzeit durch das Land bereitgestellten Investitionsmittel nicht ausreichen.“ (Investitionsbedarf der Krankenhäuser in Berlin. Eine Analyse der Berliner Krankenhausgesellschaft und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz)

Mit der Festschreibung, in welcher Höhe Krankenhäuser Investitionsmittel geltend machen können, wird die ausreichende Finanzierung dieser Investitionen sichergestellt und Planungssicherheit geschaffen.

Ergänzung § 22:

Krankenhaushygiene und Patient*innensicherheit gehören unmittelbar zusammen. Mit den vorliegenden Änderungen werden die bestehenden Hygienevorschriften ergänzt und gesetzlich verankert. Konkret werden verbindliche Vorgaben in Bezug auf die Personalbemessung und Qualifikation von Reinigungskräften vorgegeben.

Neufassung § 22a

Mit den vorliegenden Gesetzesänderungen wird dafür gesorgt, dass die Krankenhäuser über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen berichten und die notwendige Software zur Erfassung der Anforderungen vorhalten. In den meisten Berliner Krankenhäusern ist eine Erfassung der PPR bereits gewährleistet.

Absatz 2 schreibt den Krankenhäusern vor, ihre Personalplanung entlang der Erfahrungen des letzten Jahres auszurichten. Somit werden Ausfallzeiten des Personals realistisch abgebildet und saisonale Schwankungen ausgeglichen.

Absatz 4 schreibt ein gestuftes Sanktionsverfahren bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen vor. Die Sanktionen greifen bei Nichteinhaltung nach zwei Berichtsperioden. Somit werden unvorhersehbare Schwierigkeiten berücksichtigt, jedoch ein Eingriff nach einer längeren Gefährdung von Patient*innensicherheit vorgeschrieben. Die Sanktionen schreiben Reduzierungen der

Behandlungskapazitäten vor oder sogar die Herausnahme aus dem Krankenhausplan, insofern es für die Patient*innensicherheit notwendig ist. Die Maßnahmen werden nach den Übergangsbestimmungen erst zwei Jahre nach Inkrafttreten wirksam, um den notwendigen Aufbau von Personalkapazitäten möglich zu machen und ausreichend Kapazitäten für das Land Berlin vorzuhalten.

Ergänzung §26:

Damit sich zukünftig auch alle Berlinerinnen und Berliner ein eigenes Bild der Qualität der Patientenversorgung in ihrem Krankenhaus machen können, werden die Krankenhäuser zur Veröffentlichung der Personalquote verpflichtet.

Ergänzung §30

Patient*innenfürsprecher*innen arbeiten ehrenamtlich und beraten und unterstützen Patient*innen bei Problemen und Beschwerden gegenüber dem Krankenhaus, in dem sie behandelt werden. Mit dieser Ergänzung werden die Patientenfürsprecher*innen aufgewertet. Die Krankenhäuser werden verpflichtet, sie über die Einhaltung der Mindestpersonalzahlen nach §6a und §22 zu unterrichten.

Neufassung Artikel 2

Absatz 1, 3 und 4 regeln das Inkrafttreten der Gesetzesänderungen. Absatz 2 verpflichtet die Senatsverwaltung dazu, Mittel zur Behebung des vorhandenen Investitionsstaus in ihrer Haushaltsplanung zu berücksichtigen.