

Gesetz

zur Verbesserung der Patient*innensicherheit im Krankenhaus

Artikel 1

Änderung des Landeskrankenhausgesetzes von Berlin (LKG) (in der Fassung vom 18. September 2011, zuletzt geändert am 02.02.2018)

1. Ergänzung § 3

Dem § 3 wird folgender Absatz 5 angefügt:

- (5) „Unter den Begriffen „pflegerische Hilfeleistung“, „pflegerische Versorgung“ (Vgl. §3 Abs. 1 LKG) und „Krankenpflege“ als Teil der stationären Krankenhausbehandlung (Vgl. §39 Abs. 1 SGB V), wird die Gesamtheit aller pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung einer akuten Erkrankung, einer Verletzung, der Verschlechterung einer chronischen Erkrankung, der Versorgung von Frauen vor, während und nach der Geburt und von gesunden Neugeborenen, sowie der Gesundheitsförderung verstanden. Sie ist stets an eine ärztliche Diagnose gebunden. Die Krankenpflege ist Aufgabe des Pflegepersonals.“

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 Mindestpersonalbemessung.

- (1) Die gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 2 in den Krankenhausplan aufzunehmenden Qualitätsanforderungen haben insbesondere auch Regelungen zu Mindestpersonalzahlen für den Bereich der stationären Krankenhausbehandlung zu enthalten. Durch Rechtsverordnung können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle bestimmt werden“
- (2) Als Pflegepersonal im Sinne dieses Gesetzes werden Pflegefachpersonen mit einer mindestens dreijährigen staatlich anerkannten, abgeschlossenen Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder)-Krankenpflege oder einem vergleichbaren primärqualifizierenden Studium verstanden. Als Fachpersonen, die an der stationären Krankenhausbehandlung mitwirken und für die daher Qualitätsanforderungen und Mindestpersonalzahlen gelten sollen, werden alle Berufsgruppen mit einem Examen

nach einer mindestens dreijährigen Ausbildung oder einem gleichwertigen Studium verstanden.

- (3) Für die akut-stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt die Bedarfsermittlung für Pflegepersonal in der unmittelbaren Patient*innenversorgung für die Tagesschichten auf Grundlage der Ursprungsfassung der Pflege Personal-Regelung (PPR, entsprechend der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt vom 21. Dezember 1992. Die entsprechende Regelung ist als Anlage 2 diesem Gesetz beigefügt). Der Mindestbedarf der Minutenwerte für die Pflegestufe A4 wird ergänzend zur PPR in der Fassung vom 21. Dezember 1992 wie folgt festgesetzt:

Erwachsene

	S1	S2	S3
A4	289	299	325

Kleinkinder

	S1	S2	S3
A4	356	439	558

Jugendliche

	S1	S2	S3
A4	350	433	552

Der*die Patient*in wird in die Pflegestufe A4 gem. PPR eingestuft, wenn die Pflegestufe A3 sowie mindestens 6 dokumentierte Aufwandspunkte im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) in der jeweils gültigen Fassung oder einer diese Berechnung ersetzenden Systematik vorliegen. Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt täglich.

Die Ermittlung der Personalstellen in Vollzeitäquivalente erfolgt gemäß § 7 Anlage 2 zu diesem Gesetz (PPR) für jede Station. Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten, Personal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. Die Nachtschichten sind so zu besetzen, dass die Anzahl der Pflegefachpersonen in der somatischen Erwachsenenpflege sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit richtet, mindestens jedoch in einem Verhältnis 1:15. In der somatischen Kinderpflege beträgt das Verhältnis mindestens 1:10. Eine Pausenablösung ist zu garantieren.

- (4) Für die Patient*innenversorgung in Intensiv- und Überwachungsbereichen wird das notwendige Patient*innen-Pflegepersonal-Verhältnis in drei Betreuungsstufen voneinander abgegrenzt:
1. Hoch-Intensiver Versorgungsbedarf: mindestens eine Pflegefachperson betreut eine*n Patient*in in jeder Schicht
 2. Intensiver Versorgungsbedarf: eine Pflegefachperson betreut maximal zwei Patient*innen in jeder Schicht
 3. Überwachung: eine Pflegefachperson 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 zu befolgen. Für alle Früh- und Reifgeborenen, die nicht unter diese Richtlinie fallen, gelten die Vorgaben nach Abs. 4.
- (6) Des Weiteren gelten folgende Personalvorgaben:
1. Operationssaal: Zwei Fachpersonen pro laufendem Operationssaal oder einer laufenden Operation außerhalb des OP-Bereichs;
 2. Anästhesie: Für die Dauer einer Anästhesie betreut eine Pflegefachperson 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 Fachpersonen für eine laufende Diagnostik;
 4. Dialyse: Eine Fachperson 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. Kreißsaal:
Eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger pro zwei Gebärende bei nicht-pathologischer Geburt,
eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger pro Gebärender bei pathologischer Geburt sowie 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 darüberhinausgehenden 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. Durch Rechtsverordnungen können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und Kontrolle bestimmt werden.
- (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) Die Senatsverwaltung setzt eine Expert*innenkommission ein, deren Aufgabe die Weiterentwicklung der Personalvorgaben nach diesem Gesetz ist, um diese an den aktuellen Stand der pflegerischen und medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Kommission gehört jeweils ein/e Vertreter*in der zuständigen Senatsverwaltung, der Gewerkschaften und Berufsverbände der im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen sowie Vertreter*innen der für die Wahrnehmung der Interessen der Patient*innen und

der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V an. Die Kommission kann wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben und hat die durch die von der Kommission entwickelten Vorgaben erfassten Berufsgruppen und Patient*innen anzuhören. Die Senatsverwaltung hat die nötigen Mittel für die Arbeitsfähigkeit und die fachliche Beratung der Kommission bereitzustellen. Die Kommission legt spätestens zwei Jahre nach In-Kraft-Treten dieses Gesetzes einen Abschlussbericht mit Empfehlungen für eine mögliche Novellierung der Personalvorgaben vor. Der Bericht und die Empfehlungen sind öffentlich zu machen.

4. Ergänzung § 7

Dem § 7 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„Die Senatsverwaltung legt dem Abgeordnetenhaus jährlich zum 31. Juli einen Gesamtbericht über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und Personalvorgaben, sowie über die ergriffenen Maßnahmen nach § 22a Abs. 4 vor. Dabei hat sie das Amt der*des Patient*innenbeauftragten einzubeziehen. Bei Anzeige oder Verdacht auf einen Verstoß gegen die Qualitätsanforderungen nach § 6a und § 22 hat die Senatsverwaltung die relevanten Informationen anzufragen und bei Bestätigung des Verdachts auch innerhalb einer Berichtsperiode ein Verfahren nach § 22a Abs. 4 einzuleiten.“

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, krankenhausindividuellen 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. Dies gilt insbesondere auch für das durchführende Reinigungspersonal.
- (2) Das Reinigungspersonal muss mindestens eine Grundschulung zu krankenhausspezifischen 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 dauerhaft beschäftigte 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 nach §6a und §22 ermittelten Personalvorgaben einzuhalten und das benötigte Personal in jeder Schicht vorzuhalten. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegefachpersonal entsprechend § 6a Abs. 3 notwendige Software vorzuhalten. Des Weiteren sind sie dazu verpflichtet ein Bemessungssystem vorzuhalten, über das die Abgrenzung der drei Betreuungsstufen für Intensiv- und Überwachungsbereiche gemäß § 6a Abs. 4 vorgenommen wird.
- (3) Die Krankenhäuser erstellen jährlich eine Personalplanung für jede Station und jeden Bereich, die die in § 6a und § 22 festgelegten Vorgaben erfüllt. Auf Grundlage der ermittelten Planwerte wird eine monatliche Soll-Schichtplanung für jede Station und jeden Bereich erstellt. Dabei sind die Erfahrungswerte des vorherigen Jahres in Bezug auf Leistungsentwicklung der jeweiligen Stationen und Bereiche zu berücksichtigen. Ausfallzeiten sind einzuplanen. Absehbare Leistungssteigerungen und Kapazitätsausweitungen sind in die Ermittlung des Personalbedarfs einzubeziehen. Ist absehbar, dass die Personalvorgaben temporär oder dauerhaft nicht erfüllt werden können, ist dies der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zu melden und auch innerhalb einer Berichtsperiode ein entsprechendes Verfahren nach Abs. 4 einzuleiten.

(4) Kann ein Krankenhaus die Vorgaben nach § 6a und § 22 nicht einhalten, so legt es der zuständigen Senatsverwaltung dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. Werden die Personalvorgaben nicht eingehalten, vereinbart das Krankenhaus mit der zuständigen Behörde spätestens nach Ablauf von zwei Berichtsperioden Maßnahmen zur Einhaltung des durch die Mindestpersonalzahl definierten Personal-Patient*innen-Verhältnisses. Hierfür sind, soweit für die Aufrechterhaltung dieses Verhältnisses erforderlich, die Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich zu reduzieren. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht zustande oder erfüllt ein Krankenhaus diese Vereinbarung nicht, so kann die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung die Aufnahme des Krankenhauses oder einzelner Bereiche des Krankenhauses aus dem Landeskrankenhausplan widerrufen.“

7. Ergänzung § 26

Dem § 26 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„(3) Die Krankenhäuser melden der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung halbjährlich die Soll-Werte der nach § 6a und § 22 berechneten Personalzahlen sowie die Ist-Werte für jede Station und jeden Bereich für den vorangegangenen Zeitraum. Die Zahlen sind öffentlich zu machen. Das Nähere zum Meldeverfahren sowie zur Veröffentlichungspflicht regelt der Senat des Landes Berlin durch Rechtsverordnung. Diese Rechtsverordnung hat sicherzustellen, dass die Einhaltung der Personalzahlen schichtkonkret dokumentiert wird und durch Dritte überprüft werden kann. Sie kann insbesondere die Mitteilung weiterer Daten bestimmen, sofern diese der Förderung und Beurteilung der Qualität zuträglich sind. Liegen die Ist-Werte unterhalb der Soll-Werte, ist dies der Senatsverwaltung auch innerhalb einer Berichtsperiode zu melden und ein Verfahren nach § 22a Abs. 4 einzuleiten.“

Artikel 2

Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

(1) Dieses Gesetz tritt mit dem Beginn des auf die Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin folgenden Haushaltsjahres 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.