

Stand: 02.12.2020 22:45:29

Vorgangsmappe für die Drucksache 18/3036

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

Vorgangsverlauf:

1. Gesetzentwurf 18/3036 vom 11.07.2019
2. Plenarprotokoll Nr. 25 vom 17.07.2019
3. Beschlussempfehlung mit Bericht 18/4436 des GP vom 24.10.2019
4. Beschluss des Plenums 18/4670 vom 07.11.2019
5. Plenarprotokoll Nr. 31 vom 07.11.2019



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 Veranlassende 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 krankenhausversorgenden 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 krankenhausversorgenden 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 krankhausversorgenden 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 Intensivpflegereinheiten 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 krankenhausinterne 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 krankenhausindividuelle 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.

Redner zu nachfolgendem Tagesordnungspunkt

Dritter Vizepräsident Alexander Hold

Abg. Andreas Winhart

Abg. Dr. Beate Merk

Abg. Christina Haubrich

Abg. Susann Enders

Abg. Ruth Waldmann

Abg. Raimund Swoboda

Abg. Dr. Dominik Spitzer

Abg. Roland Magerl

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Ich rufe jetzt **Tagesordnungspunkt 19 a** auf:

Gesetzentwurf der Abgeordneten Roland Magerl, Andreas Winhart, Katrin Ebner-Steiner u. a. und Fraktion (AfD)

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

(Drs. 18/3036)

- Erste Lesung -

Begründung und Aussprache werden nicht miteinander verbunden. Zur Begründung erteile ich dem Abgeordneten Andreas Winhart das Wort.

Andreas Winhart (AfD): Sehr geehrter Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen! Dem Thema Patientensicherheit dürfen wir uns alle nicht verschließen. Wir sind die gewählten Vertreter des bayerischen Volkes, und damit tragen wir die Verantwortung für viele Lebensbereiche im Freistaat.

Speziell dann, wenn es um Krankenhausbehandlungen geht, gilt es, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die Menschen gesund werden können und keine Angst haben müssen, die Klinik noch kränker, mit falschen Medikamenten oder mit multiresistenten Keimen wieder zu verlassen. Hierzu hat die Staatsregierung bisher leider kaum etwas vorangebracht.

Der erste Teil unseres Gesetzentwurfs sieht deshalb die vorrangige Schaffung von Einzelzimmern in bayerischen Kliniken vor. Einzelzimmer haben verschiedene Vorteile. In erster Linie kommen Patienten dort zur Ruhe. Sie können sich erholen, sich auskurieren. Den zweiten Vorteil haben wir vor zwei Wochen in der Sachverständigenanhörung zu seltenen Krankheiten gehört. Patienten mit Mukoviszidose oder anderen Erkrankungen brauchen schon aufgrund ihres Gesundheitszustandes oder des Pflegeaufwandes ein Einzelzimmer, da sich so die Behandlung massiv verbessert. Viele Krankenhäuser müssen bauartbedingt dann Zweibettzimmer mit nur einem Patienten belegen, was wiederum Kapazitäten kostet.

Unser wichtigster Punkt ist jedoch, dass das Robert-Koch-Institut in seiner KRINKO-Richtlinie feststellt, dass Einzelzimmer einer der Bausteine sind, um multiresistente Erreger einzudämmen. In skandinavischen Ländern sind Einzelzimmer Standard. Die Durchseuchung mit multiresistenten Erregern ist dort sehr gering. Es steht außer Frage, dass es viele Maßnahmen brauchen wird, um die aktuellen Zahlen zu multiresistenten Erregern zu reduzieren. Aber aktuell sterben noch knapp 2.500 Menschen pro Jahr in Deutschland an multiresistenten Erregern, mehr als an Influenza, HIV und Tuberkulose zusammen. Diese Zahl gilt es zu reduzieren; denn multiresistente Erreger sind in vielen Fällen vermeidbar, wenn konsequent gegen sie vorgegangen wird. Einzelzimmer sind dabei eine einfache Maßnahme. Daher greifen wir hier über die Investitionsförderung ein. Ab 2020 soll nur der Bau von bzw. der Umbau zu Einzelzimmern gefördert werden. Ziel muss es sein, bis 2035 in Bayern Einzelzimmer als Standard vorzuhalten. Geburtsstationen und Kinderabteilungen sind davon ausgenommen. Hier brauchen wir für die bessere Behandlung Familienzimmer, wo Mutter und Kind oder, wenn es Ihnen so besser gefällt, Elternteil 1 und Elternteil 2 mit Kind untergebracht werden können.

Im zweiten Teil unseres Gesetzentwurfs halten wir uns an die Kollegen aus Niedersachsen. Dort hat eine unabhängige Expertengruppe umfassende Maßnahmen entwickelt, um die Patientenversorgung und -sicherheit zu verbessern. Eine entsprechende Bundesregelung wird es hier nicht geben. Deswegen sehen wir es als geboten an, eine Regelung auf Länderebene herbeizuführen. Wir fordern ein anonymes Meldesystem. Des Weiteren wollen wir Patientenfürsprecher etablieren. Oft trauen sich Patienten nicht, Missstände direkt anzusprechen. Deshalb braucht es eine neutrale Person, die den Patienten ihre Stimme gibt und die die Anliegen der Patienten an geeigneter Stelle vorbringt.

Ein weiterer Punkt sind Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen. In manchen Kliniken gibt es diese schon. Sie haben den Vorteil, dass sich Probleme in der Patientenversorgung zügig zeigen und erkennbar wird, wo gegebenenfalls erhöhte Mortalitätsraten

auftreten. Die Konferenzen geben die Chance, in diesen Fällen schnell die Ursachen zu finden und Abhilfe zu schaffen. Die Patientenversorgung ist eine Teamaufgabe. Deshalb muss auch im Team darüber diskutiert werden, wo es im System hakt und wo Patienten durch falsche Abläufe sogar gefährdet werden.

Ein weiterer wichtiger Baustein für die Verbesserung der Patientensicherheit sind Stationsapotheker und Arzneimittelkommissionen. Die Kommission sehen wir als Abstimmungsgremium für eine einheitliche Medikation von Patienten. Sehr wichtig sind uns Stationsapotheker. Sie haben auch bei der Eindämmung multiresistenter Erreger eine Schlüsselfunktion. Sie können den Antibiotikaeinsatz steuern und gerade in Fällen einer Übermedikation von Patienten steuernd eingreifen. Sie unterstützen die Ärzte und Pflegekräfte bei ihrer Arbeit pharmazeutisch.

Wir glauben, mit dem vorgelegten Gesetzentwurf einen ersten wichtigen Baustein zu schaffen, um die Versorgung von Patienten im Freistaat zu verbessern. Natürlich müssen hier noch andere Bausteine dazukommen, zum Beispiel die IT-Sicherheit. Der Bundesgesetzgeber sperrt sich bei diesem Thema leider gegen übergreifende Regelungen. Wir in Bayern können deshalb ein Zeichen setzen und bei der Patientensicherheit Vorreiter werden. Das sind wir unseren Bürgern schuldig. Ich freue mich auf die Diskussion.

(Beifall bei der AfD)

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Herzlichen Dank, Herr Abgeordneter Winhart. – Ich eröffne die Aussprache. Die Gesamtredezeit der Fraktionen beträgt nach der Geschäftsordnung 32 Minuten. Die Redezeit der Staatsregierung orientiert sich dabei an der Redezeit der stärksten Fraktion. Als erster Rednerin erteile ich für die CSU-Fraktion Frau Abgeordneter Dr. Merk das Wort.

Dr. Beate Merk (CSU): Herr Präsident, Kolleginnen und Kollegen! Anders als mein Vorredner sehe ich den Freistaat Bayern als einen starken Partner der Krankenhäuser. Bayern wird seiner Verantwortung, gerade auch was die Krankenhausbaufinanzie-

rung angeht, umfassend gerecht. Wir müssen uns immer wieder vor Augen halten, dass wir seit 1972 23 Milliarden Euro in den Bau von Krankenhäusern gesteckt haben. Das ist gut investiertes Geld. Damit haben wir im Bundesvergleich eine Spitzenposition inne. Bei uns gibt es keinen Investitionsstau, wie das in manch anderem Bundesland der Fall ist. Besonders wichtig ist: Wir legen bei uns, in einem Flächenstaat, Wert darauf, dass wir unsere Krankenhausversorgung flächendeckend und wohnortnah anbieten können.

Den Gesetzentwurf der AfD lehnen wir ab; denn bei uns besteht kein Bedarf für diese Regelungen. Wir sind der Auffassung, dass viele der Themen, die Sie angesprochen haben, bereits bundesrechtlich geregelt sind, ganz abgesehen davon, dass wir uns auch über das Thema der Finanzierung solcher Forderungen unterhalten müssten. Im ersten Teil Ihres Gesetzentwurfs haben Sie die Förderung von Einzelzimmern als Ihr Hauptpetitum genannt. Ich möchte vorausschicken, dass die zentralen Schwerpunkte unserer Krankenhausfinanzierung selbstverständlich die Berücksichtigung der Patientensicherheit und der Hygiene sind. Für den AfD-Gesetzentwurf gilt: Was sich gut anhört, ist längst nicht immer gut. Die AfD fordert durchgängig den Einzelzimmer-Standard in bayerischen Krankenhäusern. Wir lehnen das ab.

Wir gestalten die Krankenhäuser heute nach Standards, die fachübergreifend erarbeitet worden sind. Diese Standards beruhen auf aktuellen medizinischen Erkenntnissen, und sie werden regelmäßig daraufhin überprüft. Das gilt ganz besonders für die hygienerelevanten Betriebsstellen sowie für die räumlichen und strukturellen Gestaltungen der Patientenbereiche. Unser aktueller Standard geht von einem Zweibettzimmer aus, allerdings mit ausreichenden Isoliermöglichkeiten mittels Einzelzimmern, die teilweise auch mit Schleusen versehen sind. Der Anteil der Einzelzimmer wird den jeweiligen Versorgungsaufgaben des Krankenhauses flexibel angepasst, also dem Bedarf, der vom Krankenhaus an den Krankenhausträger und von ihm an uns gemeldet wird. Wir können hier auf die unterschiedlichen Aufgaben wie Stroke, Pädiatrie, Geriatrie und Palliativmedizin eingehen. Für hygienisch besonders relevante Bereiche wie die Not-

aufnahme, wo man gar nicht weiß, wer gerade kommt, für die Operationsbereiche und die Intensivstationen gelten selbstverständlich weitere anspruchsvolle bauliche Standards.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, damit erreichen wir bestmögliche bauliche Voraussetzungen für hygienisch einwandfreie Betriebsabläufe zur Sicherheit unserer Patienten. Ich habe gerade die Besonderheiten der Intensivstation angesprochen. Zur Intensivpflege sieht der AfD-Entwurf Ausnahmen vom Einzelzimmerstandard vor. Ich sehe darin eine verkürzte Sicht auf die Übertragungswege multiresistenter Keime auf die Patientenzimmer der Allgemeinpflege. Richtigerweise müssen insbesondere die hygienisch relevanten Betriebsstellen eines Krankenhauses berücksichtigt werden. Grundsätzlich ist die Isolierung von Patienten mit MRE eine von vielen Maßnahmen. Auf diesem Gebiet wird mit ganzen Maßnahmenbündeln gearbeitet, um Verbreitungen von Infektionen zu unterbinden.

Das Musterrahmenprogramm des Ministeriums orientiert sich an den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Instituts. Bezüglich der Mindestanzahl von Einzelzimmern mit Schleusen zu Intensivzwecken richten wir uns nach den Standards, die in dieser Untersuchung empfohlen werden. Seit dem Jahr 2012 sind in bayerischen Intensivstationen bei Neu- und Umbauten Einzelzimmer selbstverständlich Standard.

Zum zweiten Teil des Gesetzentwurfs, nämlich der internen Krankenhausorganisation, möchte ich klar sagen, dass die Sorge um die Sicherheit der Patienten natürlich ein ganz wertvolles und wichtiges Anliegen ist. Dafür setzen sich die Ministerin, die Staatsregierung, die Kommunen, die Träger der Krankenhäuser, die Ärzte und das medizinische Personal ein. Sie wollen, dass permanent an Verbesserungen gearbeitet wird und gemeinsame Standards erarbeitet werden, die permanent überprüft werden.

Nach geltendem Recht haben wir Ansprechpartner. Wir haben im geltenden Recht ein Beschwerdemanagement, eine Fehleraufdeckung und eine Fehlervermeidung ver-

pflichtend geregelt. Sie haben den Fall angesprochen, bei dem ein Pfleger vielen Menschen den Tod gebracht hat. Dazu möchte ich ganz klar sagen: Bei einem hochkriminell agierenden Täter, der perfide handelt und über das nötige Wissen und Können verfügt, braucht es daneben auch kritisches Hinschauen, kritisches Hinterfragen, ehrliche Zeugnisse und vieles andere mehr.

Der gesetzlich festgeschriebenen wirtschaftlichen Selbstverantwortung der Krankenhausträger muss eine umfassende Organisationshoheit gegenüberstehen. Das hat sich bewährt. Der Freistaat Bayern greift nicht grundlos in die innere Organisation unserer Krankenhäuser ein. In Bayern gibt es weder Versorgungslücken, noch fehlt es an Qualität. Im Gegenteil: Durch eine Studie aus dem Jahr 2018 wurde belegt, dass die Patienten in Bayern besonders zufrieden sind. Wir stehen hier an zweiter Stelle in Deutschland. Selbstverständlich ist es für uns eine Selbstverpflichtung, dass wir permanent an weiteren Verbesserungen arbeiten. Fehlermeldesysteme, Patientenfürsprecher, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen – dafür besteht unseres Erachtens kein weiterer Handlungsbedarf bzw. Spielraum auf Länderebene. Unser Ziel der bestmöglichen Aufarbeitung von Fehlern haben wir nach geltendem Recht bereits jetzt erreicht. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, ein anonymes Meldesystem vorzubereiten. Sie sind verpflichtet, die Meldungen systematisch aufzuarbeiten, ein patientenorientiertes, strukturiertes Beschwerdemanagement sicherzustellen und damit einen Ansprechpartner für Beschwerden und Anliegen der Patienten sowie der Mitarbeiter anzubieten.

Zu den Forderungen der Arzneimittelkommission und der Stationsapotheker verweise ich ebenfalls auf das geltende Recht, woraus sich entnehmen lässt, dass wir diese Forderungen durchaus schon heute realisieren können. Für weitere Regelungen gibt es keinen Bedarf.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich komme zum Ende. Gemeinsam mit den Kommunen stellen wir die stationäre Versorgung sicher. Ich bedanke mich hier sehr herzlich bei unserer Ministerin Melanie Huml, die darauf ein besonderes Augenmerk legt.

Wir haben mit dem Doppelhaushalt 2019/2020 einen Etat von jährlich 643,4 Millionen Euro zur Verfügung gestellt und können damit entsprechend den medizinischen Standards die Voraussetzungen für Hygiene und Patientensicherheit bieten. Wir lehnen daher den Gesetzentwurf der AfD ab.

(Beifall bei der CSU)

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Frau Abgeordnete, bitte bleiben Sie noch für eine Zwischenbemerkung des Abgeordneten Andreas Winhart von der AfD-Fraktion am Rednerpult.

Andreas Winhart (AfD): Sehr geehrte Frau Dr. Merk, erst mal vielen herzlichen Dank für die sehr sachliche Betrachtungsweise unseres Gesetzentwurfs. Ich möchte aber noch kurz auf zwei Punkte eingehen.

Erstens. Sie haben wortwörtlich gesagt, Sie orientierten sich an den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Instituts, sprich: an der KRINKO. "Orientieren" ist ja gut, aber warum setzen Sie die Empfehlungen nicht einfach eins zu eins um? Warum wird, wenn es um die Einzelzimmer geht, hier verwässert und abgeändert?

Zweitens. Sie haben davon gesprochen, wie viele Millionen der Freistaat Bayern während der letzten Jahre in den Bereich der Krankenhäuser investiert hat. Das ist richtig, und wir brauchen diese Investitionen auch. Wir sind da auf einer Linie. Ihnen ist aber auch bekannt, dass viele kleine Landkrankenhäuser von der Schließung bedroht sind bzw. geschlossen wurden? – Ihnen ist sicherlich auch das Beispiel Hersbruck bekannt, wo die Bevölkerung gegen die Schließung rebelliert hat. Ich glaube, dass die Mittel nicht so optimal verteilt wurden, wie Sie es hier dargestellt haben.

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Bitte, Frau Dr. Merk, Sie haben das Wort.

Dr. Beate Merk (CSU): Ich glaube, dass Sie hier jetzt einige Dinge vermischen. Ich habe im Moment darüber gesprochen, wie wir agieren bzw. agiert haben, wenn wir

neue Häuser einrichten oder umbauen. Wenn es darum geht, ob in einem Landkreis alle dort vorhandenen Krankenhäuser erhalten werden können oder nicht, ist das vor allen Dingen auch eine Entscheidung derjenigen, die vor Ort die Verantwortung tragen. Wir haben in vielen Fällen mehrere Krankenhäuser nebeneinander, die immer noch die gleichen Angebote machen und bei denen man sich Gedanken darüber machen muss, wie man damit umgeht.

Im Prinzip geht es uns jetzt aber darum, die möglichst besten Lösungen zu finden, das heißt, eben nicht von vornherein nur Einzelzimmer anzubieten und den Standard allein auf Einzelzimmer auszulegen. Das ist auch gar nicht gewünscht. Es gibt ganz viele Leute, die im Krankenhaus nicht in einem Einzelzimmer untergebracht werden wollen. Wir müssen uns darum kümmern, welche Aufgabe ein Krankenhaus tatsächlich hat und wo der Schwerpunkt dieses Krankenhauses liegt. Danach müssen wir urteilen und im Benehmen mit dem Träger entscheiden, wie viele Einzelzimmer dort vorgehalten werden. Dies wird uns letztlich aber immer auch vom Träger der Einrichtung vorgegeben. Dieses Thema habe ich hier sehr deutlich dargestellt. Darum geht es ja auch: Der Träger weiß am allerbesten Bescheid, worum es geht.

(Beifall bei der CSU und den FREIEN WÄHLERN)

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Danke schön, Frau Dr. Merk. – Als Nächster erteile ich für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN der Abgeordneten Christina Haubrich das Wort.

Christina Haubrich (GRÜNE): Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen von der AfD, Ihre Argumentation zu den Einzelzimmern ist viel zu kurz gedacht. Wenn man Ihren Gesetzentwurf liest, könnte man meinen, Einzelzimmer seien die Lösung für alle Probleme. Lassen Sie uns die Situation aber doch etwas differenzierter betrachten.

Es gibt Beispiele, in denen Einzelzimmer durchaus Sinn machen, etwa bei Mukoviszidose-Erkrankungen. Das Problem ist aber definitiv nicht durch eine pauschale Forde-

rung nach Einzelzimmern gelöst. Multiresistente Keime stoppen nicht vor einer Tür, weil dahinter nur einer liegt. Einzelzimmer sind nur ein Glied einer Kette zur Infektionsprävention. Man braucht für Infektionsprävention ein ganzes Maßnahmenbündel.

In Ihrem Entwurf beziehen Sie sich auf das leuchtende Vorbild der Niederlande. Die Niederlande haben ihre Infektionsrate aber nicht nur wegen der Einzelzimmer gesenkt. Bei genauerem Hinsehen stellt man fest, dass die Niederlande den Fokus von Anfang an auf die Eindämmung der Infektionswege legen. So werden Patienten direkt bei der Aufnahme befragt und im Zweifelsfall von einem internen Mikrobiologen auf multiresistente Keime überprüft. Dann ist ein Einzelzimmer auch sinnvoll.

Allerdings erwähnen Sie einen der wichtigsten Aspekte gar nicht: die Hygiene. Da helfen einfache Maßnahmen, wie zum Beispiel der Desinfektionsspender am Eingang, aber auch zeitaufwendigere Maßnahmen. Auch Angehörige müssen eine ordentliche Einweisung in die Krankenhaushygiene erhalten. Dafür fehlt aber häufig die Zeit. Außerdem gehen Sie in keiner Weise auf den ökonomischen Druck ein, unter dem Krankenhäuser heute stehen, nämlich kostengünstig wirtschaften zu müssen. Dem Pflegepersonal fehlt schlicht und einfach die Zeit, Angehörige vernünftig in die notwendigen Hygienemaßnahmen einzuweisen.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Zudem ist das Reinigungspersonal in den Krankenhäusern häufig outgesourct. Einweisungen in Hygienestandards sind da häufig Nebensache, was wiederum daran liegt, dass die Zeit fehlt. Es geht in den Krankenhäusern um Ökonomisierung. Es geht darum, dass die Krankenhäuser gezwungen sind, wie Unternehmen zu handeln. Nicht der Mensch und seine Bedürfnisse, nicht die Genesung stehen im Mittelpunkt! Es geht um Krankheit und nicht um Gesundheit. Das ist aus meiner Sicht eine katastrophale Entwicklung.

Mit Ihrem Gesetzentwurf dringen Sie gar nicht zum Kern des Problems vor. Selbst die von Ihnen zitierte Studie sagt, dass Einzelzimmer das Infektionsproblem nicht lösen.

Außerdem verstehe ich nicht, warum Sie bei der Intensivpflege keine Einzelzimmer fordern. In Ihrer Begründung berufen Sie sich auf die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Instituts. Diese Studie spricht aber explizit von den Vorteilen von Einzelzimmern auf der Intensivstation. Sie fordern auf der Intensivstation aber gerade keine Einzelzimmer. Da hapert es ein bisschen an der Argumentation.

Sie fordern Einzelzimmer, damit Patienten "in schwachen Momenten" alleine sind. Aber sind nicht der soziale Aspekt und der menschliche Kontakt für die Genesung von großer Bedeutung? – Man tauscht sich aus, es entstehen Freundschaften, man ist nicht allein. Das lassen Sie völlig außen vor. In der Praxis zeigt sich aber, gerade ältere Patienten fühlen sich in Mehrbettzimmern wohler. Es ist einfach jemand da, der im Notfall Hilfe holen kann usw.

Damit kein falscher Eindruck entsteht: Die Problematik der multiresistenten Keime beschäftigt uns sehr. Wir nehmen sie, aber nicht in dieser reduzierten Weise, sehr ernst.

Im zweiten Teil Ihres Antrags versuchen Sie, durch Kontrolle und Überwachung des Personals mehr Sicherheit zu erreichen. Wäre es nicht wesentlich wichtiger, Strukturen aufzubauen, die das Personal unterstützen, diejenigen unterstützen, die vielleicht einen Missbrauch von Medikamenten bemerken? – Nein, Sie fordern, dass diese Fälle direkt ans Ministerium gemeldet werden. Das ist aus unserer Sicht völlig überzogen. Wir werden diesem Gesetzentwurf deshalb auch nicht zustimmen.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Herzlichen Dank, Frau Kollegin Haubrich. – Als Nächster erteile ich der Abgeordneten Susann Enders für die Fraktion der FREIEN WÄHLER das Wort.

Susann Enders (FREIE WÄHLER): Sehr geehrter Herr Präsident, meine Damen und Herren! Der AfD-Antrag fordert die Gewährleistung der Patientensicherheit durch För-

derung von Einzelzimmern und durch Einführung von Kontrollmechanismen in Krankenhäusern. Ich habe selten einen Gesetzentwurf gesehen, der dermaßen an der Realität, am eigentlichen Bedarf und an den Möglichkeiten der Krankenhäuser in Bayern vorbeigeht. Deshalb empfinde ich es als traurig, dass wir das Hohe Haus damit überhaupt beschäftigen müssen.

(Beifall bei den FREIEN WÄHLERN)

Sämtliche Pferdefüße sind von meinen Vorrednern schon genannt worden. Ich kann hier nur noch einmal sagen: Wir haben Krankenhäuser in der Fläche, die jeden Tag um ihr Weiterbestehen bangen. Wir haben Krankenhäuser der Grundversorgung in der Fläche, die nicht wissen, wie sie sich finanzieren sollen, weil derzeit die Bundesfinanzierung über das DRG-System leider nicht für jede Abteilung bedarfsgerecht funktioniert.

Meine Damen und Herren von der AfD, da kommen Sie mit der Forderung nach Einzelzimmern, obwohl viele Häuser gar nicht mehr die Möglichkeit haben, Geld für räumliche Erweiterungen usw. auszugeben, weil sie wirklich jeden Tag ums Überleben kämpfen. Hier müssen wir ansetzen. Wir müssen die Finanzierung jedes medizinischen Handgriffs in den bayerischen Krankenhäusern wieder bedarfsgerecht sicherstellen. Wenn Ihnen dazu ein Antrag einfallen würde, müssten wir uns schwer überlegen, ob wir dem sogar zustimmen. Nur das macht Sinn, aber nicht die Schaffung von Einzelzimmern. Bei allem Respekt, den Gesetzentwurf kann man einfach nur ablehnen.

(Beifall bei den FREIEN WÄHLERN)

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Frau Abgeordnete, bleiben Sie bitte noch am Rednerpult. Wir haben eine Zwischenbemerkung des Kollegen Winhart von der AfD-Fraktion.

Andreas Winhart (AfD): Frau Kollegin Enders, dass Sie so sachlich wie die anderen Kolleginnen und Kollegen zu dem Gesetzentwurf gesprochen haben, kann ich Ihnen

leider nicht bestätigen. Ich weiß nicht, ob Sie den Gesetzentwurf gelesen haben. Nehmen wir nur einen Punkt heraus, da geht es um die Finanzierung. Sie halten uns vor, wir würden Krankenhäuser, die schon am Abgrund stehen, noch auspressen. In dem Gesetzentwurf geht es darum, dass Mittel, die der Freistaat zur Verfügung stellt, unter einer Bedingung ausgezahlt werden. Darum geht es und nicht darum, dass der Investor selbst Auflagen bekommt. Nur so viel zu dem Thema. Das wollte ich bloß hinzugefügt haben.

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Frau Abgeordnete Enders, Sie haben das Wort.

Susann Enders (FREIE WÄHLER): Herr Kollege Winhart, Sie werfen mir Unsachlichkeit vor und fragen mich, ob ich den Gesetzentwurf gelesen habe. Wenn ich die Kollegen Ihrer Fraktion hier vorne stehen sehe, denke ich mir manchmal, dass sie es nicht einmal schaffen, ihre vorbereiteten Reden stolperfrei vorzulesen. Wenn man ihnen einen Artikel aus der "Bild" unterschieben würde, würden sie den auch noch vorlesen, weil es ihnen nicht auffällt.

(Beifall bei den FREIEN WÄHLERN)

Das ist meine Antwort auf Ihre Frage. So viel zum Thema Sachlichkeit.

(Zuruf von der AfD: Keine Antwort! – Florian Streibl (FREIE WÄHLER): Das war auch eine Antwort!)

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Danke schön, Frau Abgeordnete Enders. – Als Nächster erteile ich der Abgeordneten Ruth Waldmann für die SPD-Fraktion das Wort.

Ruth Waldmann (SPD): Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Die Patientensicherheit ist in der Tat ein sehr wichtiges Thema, und wir alle müssen daran arbeiten, dass wir dabei das höchstmögliche Niveau erreichen. Darum ist es grundsätzlich auch gut, wenn dazu von allen Seiten Initiativen und Vorschläge

eingebraucht werden. Unsere Aufgabe ist es, zu prüfen, was tatsächlich zu Verbesserungen führt, und abzuwägen, in welcher Reihenfolge und mit welchen Mitteln wir die einzelnen Schritte gehen wollen. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf schlagen Sie vor, die Förderung der Investitionskosten grundsätzlich nur bei Schaffung und Ausbau von Einzelzimmern zuzulassen. In der Tat ist es für viele, vielleicht nicht für alle, wünschenswert, in einem Einzelzimmer untergebracht zu werden. Im Einzelfall kann es auch sinnvoll sein, nicht ganz allein zu sein. Entscheidend ist aber die Frage, ob das das drängendste und wichtigste Problem ist.

Laut Krankenhaus-Report 2018 beträgt die durchschnittliche Verweildauer im Allgemeinkrankenhaus 6,8 Tage. Insgesamt haben wir in den Krankenhäusern eine durchschnittliche Verweildauer von 7,3 Tagen. Das kommt daher, dass insbesondere in psychiatrischen, neurologischen und geriatrischen Häusern die Verweildauer deutlich länger ist. In Deutschland haben wir traditionell mehr Krankenhausbehandlungen als in anderen Ländern, auch in vergleichbaren europäischen Nachbarstaaten. Doch hat sich auch bei uns die Verweildauer verringert und seit den frühen 1990er-Jahren sogar fast halbiert. Die Tendenz ist weiter sinkend.

Wenn wir an die Zukunft denken, stellt sich die Frage, ob die Krankenhausbehandlung immer richtig ist. Die Hauptaufgabe der Zukunft wird sein, dass wir die sektorenübergreifende Versorgung zustande bringen. Wir dürfen nicht einerseits die stationäre Behandlung im Krankenhaus und andererseits die ambulante Behandlung durchführen, sondern wir müssen beide Behandlungen miteinander verbinden, um eine gute Versorgung zu haben. Die Behandlung darf nicht davon abhängen, wer nachts wo schläft, sondern wir müssen die beste medizinische Versorgung haben.

Sie haben die Unterbringung in Einzelzimmern damit begründet, dass Sie multiresistente Keime vermeiden wollen. Dazu haben Sie die KRINKO-Empfehlung zitiert. Vielleicht haben Sie diese Empfehlung nicht richtig verstanden, jedenfalls haben Sie sie nicht richtig zitiert. Die KRINKO-Empfehlung schreibt nicht vor, dass wir Einzelzimmer zur Vermeidung von Infektionen brauchen, sondern dass ein Patient in einem Einzel-

zimmer behandelt werden muss, wenn eine Infektion vorliegt. Das ist aber eine andere Argumentationskette.

Für eine bessere Hygiene – das ist auch schon gesagt worden – müssen wir das Personal entlasten. Wir brauchen genügend Fachkräfte in der Pflege und in der Reinigung, wie wir es in dem Volksbegehren, das leider nicht zugelassen wurde, gefordert haben und wie wir es auch mit anderen Instrumenten weiter fordern werden. Gehetztes Personal in schlecht geputzten Einbettzimmern ist nicht besser als gehetztes Personal in schlecht geputzten Zweibettzimmern.

(Beifall bei der SPD)

Wir setzen daher andere Prioritäten. Wir wollen in der Tat eine höhere Förderung der Investitionskosten durch den Freistaat, damit das Geld aus den Behandlungspauschalen nicht mehr zweckentfremdet werden muss. Wir brauchen dieses Geld, um damit Ärzte und Pflegekräfte zu bezahlen.

Der zweite Teil Ihres Gesetzentwurfs befasst sich mit Maßnahmen gegen Fehlverhalten und Missstände. Dazu haben Sie ein Gesetz aus Niedersachsen abgeschrieben, das dort eine rot-schwarze Regierung auf den Weg gebracht hat. Dieser zweite Teil geht grundsätzlich in die richtige Richtung. Er enthält Maßnahmen, die auch wir in unserem Entwurf eines Krankenhausgesetzes in der letzten Legislaturperiode vorgeschlagen haben. Es gibt aber zwei wichtige Unterschiede.

Zum Thema Whistleblower, das mir besonders am Herzen liegt, schlagen Sie vor, dass Meldungen anonym und ohne jeden Rückschluss auf die Person gemacht werden können. Da habe ich die Sorge vor Denunziantentum. In manchen Stationen herrscht hoher Druck. Es muss überprüfbar sein, woher welcher Vorwurf kommt und ob er zutrifft. Alles andere halte ich nicht für zielführend.

Ein zweiter wichtiger Unterschied: Sie schlagen Patientenfürsprecher vor, die wir auch für richtig halten. Sie sagen aber, diese Patientenfürsprecher soll der Krankenhausträ-

ger stellen. Wir meinen dagegen, dass die kommunalen Parlamente, also die Stadträte und die Kreistage, die Patientenfürsprecher demokratisch wählen sollen und dass es bei dieser Regelung bleiben soll.

(Beifall bei der SPD)

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Frau Abgeordnete, bleiben Sie bitte noch am Rednerpult. Wir haben eine Zwischenbemerkung des Abgeordneten Swoboda.

Raimund Swoboda (fraktionslos): Sehr geehrte Frau Kollegin Waldmann! Ihr Beitrag hat mir sehr gut gefallen. Er war von Sachkunde und Übersicht geprägt. In einem Punkt bin ich aber nicht ganz Ihrer Meinung. Vielleicht gehen wir davon aus, dass die Patienten auch in Mehrbettzimmern ihre Ruhe haben, weil wir als Privatpatienten sowieso immer in Einzelzimmern liegen und nachts schlafen können. Jeder Patient braucht Ruhe. Im Doppelzimmer finden Sie keine Ruhe. Je älter Sie werden, umso größer wird dieses Problem. Sehen Sie nicht die Notwendigkeit der Ruhe? – Der Genesungsprozess setzt Ruhe voraus. Tagsüber geht es auf den Allgemeinstationen der Krankenhäuser zu wie im Taubenschlag. Nachts schnarchen die Leute, die älteren in der Regel sowieso. Wo soll dann der Patient im Krankenhaus Ruhe finden, wenn wir bei dem System mit Zweibett- und Dreibettzimmern bleiben? – Das sehe ich jetzt unabhängig von Übertragungswegen für Krankenhauskeime und unabhängig von der Patientensicherheit.

Ruth Waldmann (SPD): Es ist schon dargelegt worden, dass bei Neubauten usw. heute insgesamt mehr auf Einzelzimmer gesetzt wird. Ich glaube nicht, dass die Nachtruhe nur davon abhängt, dass man allein in einem Zimmer liegt. Ich habe beides schon selber erlebt. Deswegen habe ich auch die Verweildauer in den Krankenhäusern erwähnt. Bei einer größeren Krankheit – man geht doch nicht wegen jedes Kinderlitzchens ins Krankenhaus – ist die Genesung ein längerer Prozess. Dabei ist das Krankenhaus gar nicht so entscheidend. Die Genesung findet später zu Hause, in der Reha oder sonst wo statt. Im Krankenhaus verbringt man nur wenige Tage oder Näch-

te. Deswegen halte ich es nicht für so wichtig, dass man allein in einem Zimmer liegt. Ich selber habe schon beides erlebt. Beides hat Vor- und Nachteile. Mir sind andere Maßnahmen in der Versorgung wichtiger, als noch mehr oder ausschließlich auf Einzelzimmer zu setzen. Einzelzimmer sind nicht grundsätzlich falsch. Für viele sind Einzelzimmer schon wichtig, aber nicht für alle. Ausschließlich auf Einzelzimmer zu setzen, halte ich nicht für das geeignete Mittel.

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Herzlichen Dank, Frau Abgeordnete Waldmann. – Als Nächster hat der Abgeordnete Dr. Dominik Spitzer für die FDP-Fraktion das Wort.

Dr. Dominik Spitzer (FDP): Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen! Wir beraten einen Gesetzentwurf der AfD-Fraktion, der sich die Patientensicherheit groß auf die Fahne schreibt. Das Gros Ihrer Forderungen wurde ganz bewusst in Anlehnung an das Niedersächsische Krankenhausgesetz, welches Anfang dieses Jahres in Kraft getreten ist, formuliert. In vielen Teilen ist Ihr Gesetzentwurf sogar deckungsgleich.

Lassen Sie uns nun gemeinsam den vorliegenden Gesetzentwurf beleuchten. Ich fasse da ein paar Sachen zusammen, weil das meiste schon gesagt wurde und ich mangels Zeit nicht, wie von Herrn Winhart wiederholt gewünscht, in die Tiefe gehen kann. Wir haben ein Fehlermeldesystem, das die meisten Krankenhäuser bereits selbst einsetzen. Es können alle sicherheitsrelevanten Themen, die in der Medizin auftreten, durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens berichtet werden. Diese Fehler können Beinaheschäden, kritische Ereignisse oder auch unerwünschte Ereignisse sein. Ein professionelles Risikomanagement ist bereits seit Jahren Standard in den Kliniken.

Sie fordern einen Patientenführsprecher an jeder Klinik. Ich bin Aufsichtsrat eines Verbandes von vier Kliniken in meiner Heimatregion. Sie würden für jeden einzelnen Standort einen Patientenführsprecher fordern. Das halte ich für nicht zielführend. Ich

denke, dass es ausreichend ist, wenn ein Verbund einen Patientenführsprecher hat. Bereits im Jahr 2012 wurde eine Vereinbarung zwischen dem Staatsministerium und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft geschlossen, die Einrichtung von Patientenführsprechern auf den Weg zu bringen.

Sie fordern Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen mindestens einmal im Monat. Auch diese Konferenzen sind in der Regel schon Standard und gehören zum professionellen Qualitätsmanagement. Ich denke da an ASA-Sitzungen oder Ähnliches in der betrieblichen Betreuung, die zusätzlich dazu dienen, die Qualität zu erhöhen.

Ich komme zu der Forderung nach Einführung von Arzneimittelkommissionen. Auch hier sind die meisten Kliniken schon dabei, das umzusetzen. Sie wollen, dass ab 2023 sogenannte Stationsapotheker zur Verfügung stehen. Hier muss man sagen, dass die Fachkräfte, die das gewährleisten können gar nicht da sind. Unabhängig davon arbeiten die meisten Häuser mit Apotheken zusammen bzw. haben eigene Apotheken, die hier eine Sicherheit bieten. Selbst in Niedersachsen ist dieses Problem noch nicht gelöst. Die können keine ausreichende Abdeckung mit Stationsapothekern darstellen.

Die Erprobung neuer Organisations- und Personalstrukturen und der Supervision wird ebenfalls gefordert. Auch hier kann man sich eigentlich nur wiederholen: Die meisten Kliniken setzen dies schon um.

Ihre Forderung nach einem Modellversuch zur Umstellung der Medikamentenversorgung in Krankenhäusern auf Verfahren der patientenindividuellen Verordnung und Verpackung, das sogenannte Unit-Dose-Verfahren, wird schon seit 2004 am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf erforscht. Hier brauchen wir kein eigenes Modell auf den Weg zu bringen. Wir können hier die Evaluation abwarten. Wir können auch die Evaluation dessen abwarten, was in Niedersachsen auf den Weg gebracht wurde.

Das Thema "Einzelzimmer" muss ich nicht weiter ausführen. Das ist im Gros schon besprochen worden.

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Ich muss Sie bitten, zum Ende zu kommen, Herr Dr. Spitzer.

Dr. Dominik Spitzer (FDP): Wo ich bei Ihnen bin: Wir müssen besser werden. Wir sollten uns mehr an den Niederlanden und mehr an den skandinavischen Ländern orientieren und dort abschreiben – das wäre eine gute Sache –, nicht von anderen Bundesländern.

(Beifall bei der FDP)

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Herzlichen Dank, Herr Dr. Spitzer. – Als Nächster hat der Abgeordnete Roland Magerl für die AfD-Fraktion das Wort.

(Beifall bei der AfD)

Roland Magerl (AfD): Wertes Präsidium, liebe Kolleginnen und Kollegen! Wenn ich so auf der Bank sitze und mir anhöre, was da teilweise von sich gegeben wird, dann weiß ich nicht, ob ich lachen oder weinen soll.

(Zuruf des Abgeordneten Dr. Fabian Mehring (FREIE WÄHLER))

Wir wollen das Rad nicht neu erfinden und keine rosaroten Elefanten einführen. Es geht schließlich um die Sicherheit eines jeden bayerischen Bürgers, der erkrankt ist und irgendwann mal im Krankenhaus landet. Die Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes, wie wir sie heute vorgeschlagen haben, kommt nicht daher, dass uns langweilig gewesen wäre. Wir fordern auch keinen Kuschelexperten in jeder Notaufnahme. Was wir hier fordern, ist zum einen schon Gesetz in Niedersachsen, das von SPD und CDU geführt wird, von Ihren Parteifreunden, die so schlau waren, eine Kommission einzusetzen, die sich wirklich ernsthaft Gedanken gemacht hat, weitergedacht hat und gesagt hat: Wenn wir einen Stationsapotheker haben, können wir den Antibiotika-Einsatz reduzieren. Wenn wir Patientenfürsprecher haben, können wir den Patienten eine Stimme in der Klinik geben. Wenn wir anonyme Meldewege haben, können wir Fehler aufdecken. – "Aus Fehlern lernen" ist das Stichwort. So geschieht es in der

Luftfahrt und auch in der Industrie; aber in Bayern will man wohl nicht aus Fehlern lernen.

Zum anderen geht es um die Einzelzimmer. Es ist genug darüber geredet worden. Darüber haben wir uns natürlich auch Gedanken gemacht. Wir haben geschaut, was die Fachgesellschaften und das Robert Koch-Institut fordern. Eine KRINKO-Richtlinie sagt ganz klar: Wenn man multiresistente Krankheitserreger eindämmen will, sind Einzelzimmer der erste Schritt. Wir fordern den ersten Schritt.

Es ist eine Gesetzeslesung, und wir laden gerne jeden, dem es ernst damit ist, dazu ein, an der Gesundheit der bayerischen Bürger etwas zu ändern und mitzumachen. Im Gegensatz zu manch anderen sind wir nämlich nicht beratungsresistent. Wir brauchen nicht rumzudiskutieren: Das ist keine AfD-Idee. Das ist die Idee der Fachgesellschaft, nämlich des Robert Koch-Instituts. Wenn Sie sagen, das ist alles Schwachsinn, so sprechen Sie gleichzeitig dem Robert Koch-Institut seine Kompetenz ab. Wollen Sie das? – Vor allem aber klatschen Sie jedem Patienten ins Gesicht, der, wenn er in die Klinik geht, gesund wieder entlassen werden will, nicht wie die 2.400 Patienten im letzten Jahr, die das Krankenhaus wegen MRSA oder sonstigen Erregern nicht mehr lebendig verlassen haben.

Meine Damen und Herren, wir brechen doch keinen Ast ab, wenn wir sagen: Wir fordern und fördern in erster Linie Einzelzimmer. Dass wir natürlich Familienzimmer bei der Geburtshilfe davon ausnehmen, ist doch selbstverständlich. Aber ansonsten wollen wir langfristig Einzelzimmer. Wer von Ihnen vor zwei Wochen bei der Sachverständigenanhörung zum Thema "Seltene Erkrankungen" dabei war, der weiß: Bei Mukoviszidose-Patienten und Patienten mit sonstigen seltenen Erkrankungen ist ein Einzelzimmer eigentlich schon fast Standard, weil Sie aufgrund der Behandlungsintensität und des Krankheitsbildes der Patienten in einem Einzelzimmer behandeln müssen. Daher ist es bitter, hier zuzuhören. Seien wir ehrlich: Es ist traurig, was Sie hier veranstalten, nur weil etwas von der AfD kommt. Ja, Sie werden jetzt ablehnen. Mich wundert es ja, dass Sie den Kommafehler in der vierten Zeile nicht gefunden haben

und den hier monieren. Aber ich wünsche mir eines: Wenn Sie sich nicht einmal enthalten, um ein bisschen Anstand zu zeigen,

(Florian Streibl (FREIE WÄHLER): Zeigen Sie einmal Anstand!)

dann bringen Sie wenigstens in einem Jahr einen Vorschlag, in dem Sie den Kommafehler ausbessern. Dem stimmen wir dann zu.

(Tanja Schorer-Dremel (CSU): Wo ist bei dieser Rede der Anstand?)

– Ja, ja, Sie können dann auch reden. Dann haben wir zumindest alles auf den richtigen Weg gebracht. Sie haben uns heute wieder gezeigt, dass Sie nicht einmal auf sachlicher Ebene für die Menschen im schönen Bayern mit uns zusammenarbeiten wollen. Hauptsache, Sie blockieren, koste es, was es wolle. Etwas anderes können Sie ja leider nicht. Gute Politik ist in diesem Hause Mangelware.

(Beifall bei der AfD)

Dritter Vizepräsident Alexander Hold: Danke schön, Herr Abgeordneter Magerl. – Weitere Wortmeldungen liegen mir nicht vor. Damit ist die Aussprache geschlossen. Ich schlage vor, den Gesetzentwurf dem Ausschuss für Gesundheit und Pflege als federführendem Ausschuss zu überweisen. Besteht damit Einverständnis? – Dann ist das so beschlossen.



Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit und Pflege

**Gesetzentwurf der Abgeordneten Roland Magerl, Andreas Winhart,
Katrín Ebner-Steiner u.a. und Fraktion (AfD)**
Drs. 18/3036

**zur Gewährleistung der Patientensicherheit durch Förderung von Einzelzim-
mern und durch Einführung von Kontrollmechanismen in Krankenhäusern**

I. Beschlussempfehlung:

Ablehnung

Berichterstatter: **Roland Magerl**
Mitberichterstatlerin: **Dr. Beate Merk**

II. Bericht:

1. Der Gesetzentwurf wurde dem Ausschuss für Gesundheit und Pflege federführend zugewiesen. Der Ausschuss für Staatshaushalt und Finanzfragen und der Ausschuss für Verfassung, Recht, Parlamentsfragen und Integration haben den Gesetzentwurf mitberaten.
Der Ausschuss für Verfassung, Recht, Parlamentsfragen und Integration hat den Gesetzentwurf endberaten.
2. Der federführende Ausschuss hat den Gesetzentwurf in seiner 15. Sitzung am 24. September 2019 beraten und mit folgendem Stimmresultat:
CSU: Ablehnung
B90/GRÜ: Ablehnung
FREIE WÄHLER: Ablehnung
AfD: Zustimmung
SPD: Ablehnung
FDP: Ablehnung
Ablehnung empfohlen.
3. Der Ausschuss für Staatshaushalt und Finanzfragen hat den Gesetzentwurf in seiner 39. Sitzung am 16. Oktober 2019 mitberaten und mit folgendem Stimmresultat:
CSU: Ablehnung
B90/GRÜ: Ablehnung
FREIE WÄHLER: Ablehnung
AfD: Zustimmung
SPD: Ablehnung
FDP: Ablehnung
Ablehnung empfohlen.
4. Der Ausschuss für Verfassung, Recht, Parlamentsfragen und Integration hat den Gesetzentwurf in seiner 21. Sitzung am 24. Oktober 2019 endberaten und mit folgendem Stimmresultat:
CSU: Ablehnung

B90/GRÜ: Ablehnung
FREIE WÄHLER: Ablehnung
AfD: Zustimmung
SPD: Ablehnung
FDP: Ablehnung
Ablehnung empfohlen.

Bernhard Seidenath
Vorsitzender



Beschluss

des Bayerischen Landtags

Der Landtag hat in seiner heutigen öffentlichen Sitzung beraten und beschlossen:

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

Drs. 18/3036, 18/4436

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

Ablehnung

Die Präsidentin

I.V.

Karl Freller

I. Vizepräsident

Redner zu nachfolgendem Tagesordnungspunkt

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring

Abg. Roland Magerl

Abg. Barbara Becker

Abg. Andreas Winhart

Abg. Christina Haubrich

Abg. Susann Enders

Abg. Ruth Waldmann

Abg. Dr. Dominik Spitzer

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Ich rufe **Tagesordnungspunkt 2** auf:

Gesetzentwurf der Abgeordneten Roland Magerl, Andreas Winhart, Katrin Ebner-Steiner u. a. und Fraktion (AfD)

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

(Drs. 18/3036)

- Zweite Lesung -

Die Gesamtredezeit der Fraktionen beträgt nach der Vereinbarung im Ältestenrat 32 Minuten. Die Redezeit der Staatsregierung orientiert sich dabei an der Redezeit der stärksten Fraktion.

Ich eröffne die Aussprache und erteile dem Abgeordneten Roland Magerl von der AfD das Wort.

(Beifall bei der AfD)

Roland Magerl (AfD): Wertes Präsidium, liebe Kolleginnen und Kollegen! Am 17. September 2019 begibt die Weltgesundheitsorganisation WHO den ersten Welttag der Patientensicherheit. Warum? – Weil die OECD davon ausgeht, dass selbst in hochentwickelten Ländern wie Deutschland 15 % aller Aktivitäten und damit auch aller Kosten im Krankenhaus auf die Behandlung der Folgen von unzureichender Patientensicherheit zurückzuführen sind. Dieser Satz stammt nicht von mir, sondern aus einer Pressemeldung der Bayerischen Landesärztekammer. Deren Vizepräsident Dr. Botzlar sagt dazu treffend: Die allermeisten Schäden sind vermeidbar, wenn die Patientensicherheit stärker in das Bewusstsein gerückt und alle Kräfte mobilisiert werden, um Fehler und Schäden zu vermeiden, und zwar bevor Patienten betroffen sind. – Nun, meine Damen und Herren Abgeordnete, wir von der AfD haben in unserem Gesetzentwurf schon lange vor dem Welttag der Patientensicherheit versucht, dies in Ihr Bewusstsein zu rücken. Wir haben uns angesehen, was Fachgesellschaften empfehlen, und überlegt, ob die guten Entscheidungen anderer Bundesländer auch in Bayern Einzug hal-

ten sollten. Was wir als gut empfanden, was schon erprobt ist, haben wir in unseren Gesetzentwurf zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes gepackt.

Mit unseren Gesetzentwürfen hier im Landtag ist immer auch die Einladung verbunden, dass wir uns gemeinsam kritisch mit der Thematik auseinandersetzen und überlegen, an welchen Stellen vielleicht noch gefeilt werden könnte oder auch müsste. Außer einer ablehnenden Haltung, wie wir Sie von Ihnen schon kennen, kam aber leider nichts. Gerade in der Gesundheit und der Pflege ist es uns wichtig, Sacharbeit zu leisten und Bayern beim Wohl der Bürger voranzubringen, und zwar über die Parteigrenzen hinweg. Offenbar haben wir auch das richtige Thema gefunden, nachdem sich sogar die Landesärztekammer dazu äußert. Dennoch wissen wir, dass unser Gesetzentwurf heute auf der Strecke bleiben wird. Nein, nicht deswegen, weil er schlecht ist, sondern weil Ihnen Parteipolitik vor Sacharbeit geht und damit vor das Wohl der Bürgerinnen und Bürger in Bayern. Früher oder später werden die Wähler aber merken, welches Spiel Sie auf ihrem Rücken spielen.

Wir haben noch einen Antrag eingereicht, weil uns die Patientensicherheit sehr wichtig ist. In dem Antrag fordern wir eine Expertenkommission, die Vorschläge erarbeiten soll, wie wir die so wichtige Patientensicherheit stärken können. Wenn Sie sich dagegen, wie gewohnt, ebenfalls sperren, dann haben Sie endgültig bewiesen, wo die Bürger Bayerns mit ihren Bedenken bei Ihnen stehen. Näher will ich darauf im Hohen Haus jetzt gar nicht eingehen.

Ich bitte um Zustimmung zu unserem Gesetzentwurf für das gesundheitliche Wohl der bayerischen Bürgerinnen und Bürger. – Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der AfD)

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Das Wort hat nun Frau Kollegin Barbara Becker von der CSU-Fraktion.

Barbara Becker (CSU): Verehrter Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen! Vielleicht macht es Sinn, dass wir ein bisschen darüber reden, wie Sachpolitik funktioniert. Vielleicht ist es ein schäbiger Vergleich, aber ich bin Mutter von zwei Kindern. Wenn unsere Kinder schon ein Eis in der Hand haben und dann laut schreien: Jetzt will ich aber ein Eis! – dann sage ich zu ihnen: Du hast es schon. Dann ist es Sachpolitik oder schlichtweg gute Erziehung zu sagen: Es ist schon da. Deshalb ist die Forderung nach noch einem Eis schlichtweg keine gute Sachpolitik.

Wenn wir das jetzt auf das übertragen, was Sie hier fordern, dann muss ich sagen: Ja wohl, Sie haben sich Empfehlungen von Fachgremien angesehen. Lesen Sie aber bitte gründlich, und ziehen Sie die richtigen Schlüsse. Natürlich ist die Patientensicherheit extrem wichtig. Natürlich geht uns die gute Versorgung, die Gesundwerdung und die Heilung, aber auch die Sicherheit von Patienten in Bayern über alles. Dazu gehören auch alle wirksamen Maßnahmen, um multiresistente Keime zu vermeiden und beste Hygiene zu organisieren. Ach, wenn doch alles so einfach wäre! Sie merken, ich bin aufgrund dessen, was Sie erzählen, ein bisschen ärgerlich. Wenn es so wäre, wie Sie wollen, dann würden multiresistente Erreger haltmachen und sagen: Oh, da ist ja ein Einzelzimmer, da gehen wir nicht hinein. – Wenn es keine Unterschiede gäbe zwischen den Infektionen mit verschiedenen multiresistenten Erregern, dann wäre Ihr Gesetzentwurf ganz bestimmt richtig. Wenn alle Pflegekräfte in bayerischen Krankenhäusern begeistert wären von noch mehr Kontrolle, von noch mehr Gängelung, von noch mehr Misstrauen und noch mehr Regelung und Doppelarbeit, dann wäre dieser Gesetzentwurf brillant. Das ist er aber nicht.

Ich möchte vorausschicken, dass die zentralen Schwerpunkte unserer Krankenhausfinanzierung selbstverständlich die Berücksichtigung der Patientensicherheit und der Hygiene sind. Für Ihren Gesetzentwurf aber gilt: Was sich gut anhört, ist noch lange nicht wirklich gut. Denken wir es doch einmal zu Ende. Sie fordern durchgängig Einzelzimmer als Standard in bayerischen Krankenhäusern und verknüpfen das sogar mit Investitionszuschüssen. Wir lehnen das ab, weil wir die Krankenhäuser nach Stan-

dards gestalten, die fachübergreifend erarbeitet worden sind. Jetzt kommen wir zum gründlichen Lesen dieser Vorschläge der Fachgremien. Die KRINKO – Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention – schlägt nicht vor, dass wir nur noch Einzelzimmer errichten, sondern sie empfiehlt aufgrund der Erfahrungen und der wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass wir Patienten, bei denen multiresistente Keime festgestellt werden, in Einzelzimmern, gerne auch mit Schleuse, je nachdem, um welchen multiresistenten Erreger es sich handelt, unterbringen. So wird ein Schuh daraus, aber nicht bei einem Standard für alle.

Wir gestalten die Krankenhäuser also nach den Standards, die fachübergreifend erarbeitet worden sind. Das beruht auf aktuellen medizinischen Erkenntnissen, und diese werden regelmäßig aktualisiert und neu überarbeitet. Das gilt ganz besonders auch für die Stellen, bei denen es noch gar nicht darum geht, dass der Patient schon im Zimmer ist. Es gibt vielmehr viele andere neuralgische Punkte im Verlauf einer Krankengeschichte bei einem Aufenthalt im Krankenhaus, wie etwa die räumlichen und strukturellen Gestaltungen des gesamten Krankenhausaufenthaltes.

Unser Standard geht im Moment von einem Zweibettzimmer aus, allerdings mit ausreichenden Isoliermöglichkeiten mittels Einzelzimmern, teilweise auch mit Schleusen. Es ist ganz unterschiedlich, je nachdem, in welcher Abteilung wir uns befinden. Da ist die Stroke Unit mit 1 : 6. Da ist die Intensive Unit ganz anders, die Palliativmedizin auch. Da haben wir eigene Kennzahlen für jeden Bereich. Das macht einfach mehr Sinn. Wir wollen das Geld der Steuerzahler bestmöglich einsetzen und nicht mit der Gießkanne drübergehen. Für die hygienisch besonders relevanten Bereiche wie die Notaufnahme, wo man gar nicht weiß, wer gerade kommt, für den OP oder für die Intensivstationen gelten selbstverständlich ganz eigene, anspruchsvolle bauliche Standards.

Ich komme zu den Besonderheiten der Intensivstationen. Da haben Sie in dem Gesetzentwurf eine Lücke. Bei der Intensivpflege sieht Ihr Entwurf überhaupt die Ausnahme vom Einzelzimmerstandard vor. Das verstehe ich schon mal gar nicht. Da müssten wir darüber reden, was das für einen Sinn macht, aber gut. Seit dem Jahr 2012 sind in

bayerischen Intensivstationen bei Neu- und Umbauten Einzelzimmer selbstverständlich Standard. Davon wollen wir auch nicht abrücken. Mit dem Doppelhaushalt, den wir für 2019/2020 verabschiedet haben, haben wir einen Etat von jährlich 643,4 Millionen Euro zur Verfügung gestellt und können damit die Krankenhäuser bei ihren Investitionen unterstützen, insbesondere bei den entsprechenden medizinischen Standards, die die Voraussetzung für Hygiene und Patientensicherheit bieten.

Nach dem, was mir Pflegekräfte sagen – das ist mal ganz aus der Praxis gesprochen –, stellt sich die Frage, ob die Mitarbeitenden in den Krankenhäusern und ob die Patienten immer Einzelzimmer wollen. Erstens fällt die Kommunikation untereinander weg, zweitens ist keine gegenseitige Hilfe der Patienten möglich. Die einen mögen vielleicht Einzelzimmer, die anderen fühlen sich wohler, wenn noch jemand im Zimmer dabei ist. Das sind psychische und soziale Aspekte, die auch zur Genesung beitragen, die wir berücksichtigen müssen. Einzelzimmer bedeuten letztendlich mehr Belastung für das Pflegepersonal. Deshalb machen sie nur Sinn, wenn sie aufgrund der Belastung mit MRE geboten sind.

Zum zweiten Teil des Gesetzentwurfs, der internen Krankenhausorganisation. Wieder gilt: Natürlich ist die Sorge um die Sicherheit und die bestmögliche Genesung der Patienten ein wertvolles und wichtiges Anliegen. Dafür setzen sich alle ein: die Ministerin, die gerade dasitzt, die Ärztinnen und Ärzte, das pflegerische Personal. Sie wollen, dass permanent an Verbesserungen gearbeitet wird. Deshalb gibt es den KVP, den Kontinuierlichen Verbesserungsprozess, in jedem Krankenhaus. Den gießt man nicht in ein Gesetz, sondern man arbeitet permanent daran, Daten auszuwerten und zu gucken, wie wir weiterkommen.

In Bayern gibt es weder Versorgungslücken, noch fehlt es an Qualität. Im Gegenteil: Es gibt mindestens zwei aktuelle Studien, eine von Bertelsmann, eine von IGES, die belegen, dass die Patienten in Bayern extrem zufrieden sind. Wir stehen da an zweiter Stelle in Deutschland. Das heißt, wir können gerne wollen, dass wir an die erste Stelle kommen. Da arbeiten wir auch dran. Selbstverständlich ist es für uns eine Selbstver-

pflichtung, dass wir permanent an weiteren Verbesserungen arbeiten. Dazu gehört – abgesehen davon, unter Umständen auf Einzelzimmer mit Schleusen, mit Isolation zurückzugreifen – auch die Eindämmung der Infektionswege, zum Beispiel indem man Patienten bei der Aufnahme befragt und, wenn man das Gefühl hat, da könnte etwas sein, sie von einem internen Mikrobiologen auf multiresistente Keime überprüfen lässt und dann entscheidet, wie sie untergebracht werden sollen. Dazu gehören Desinfektionsspender am Eingang. Ich sage Ihnen auch: Jeder Desinfektionsspender ist halt nur so gut, wie er benutzt wird.

(Melanie Huml (CSU): Das stimmt!)

Deshalb brauchen wir die Zeit der Pflegekräfte auch dafür, die Angehörigen und die Besucherinnen und Besucher einzuarbeiten. Wir brauchen Reinigungspersonal, das Flächendesinfektion wirklich perfekt betreibt. Wir brauchen die Aufbereitung der Medizinprodukte usw. Nur in diesem Gesamtpaket wird etwas Kluges daraus.

Wir lehnen den Gesetzentwurf der AfD ab. Mehr Kontrolle hilft nicht immer. Ich mache das mal konkret: Der Gesetzentwurf, den Sie vorlegen, strotzt vor implizierten Vorwürfen an die ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden in Krankenhäusern. Sie sollen nach Fehlern suchen, sie sollen Beschwerden erheben. Auf Anregungen kommen sie schon gar nicht. Die Mitarbeiter in den Krankenhäusern tragen gut lesbare Namensschilder. Sie dokumentieren alles, was bei drei nicht auf dem Baum ist. Das Meldesystem aber soll anonym funktionieren. Die Vorschläge in Ihrem Gesetzentwurf machen damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die wir doch so dringend brauchen, die unsere Wertschätzung brauchen und die Motivation brauchen, nicht zur Lösung, sondern zum Problem. Ich halte das für einen ganz falschen Ansatz. Ich danke den Pflegekräften, den Ärztinnen und Ärzten, den Reinigungskräften und auch den Verwaltungsangestellten, die dem ärztlichen und pflegerischen Personal den Rücken freihalten, damit unsere bayerischen Patientinnen und Patienten bestens versorgt werden und –

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Frau Abgeordnete, denken Sie an das Ende Ihrer Redezeit?

Barbara Becker (CSU): das ist der letzte Satz – auch hygienisch sicher gesund werden können. Sie brauchen unsere Anerkennung und unser Vertrauen. Sie brauchen verlässliche Arbeitsbedingungen, unter denen man gerne arbeitet. Diesen Gesetzentwurf brauchen sie nicht.

(Beifall bei der CSU und den FREIEN WÄHLERN)

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Danke schön. Sie können am Rednerpult bleiben. – Der Abgeordnete Andreas Winhart von der AfD hat sich zu einer Zwischenbemerkung gemeldet. Bitte schön.

Andreas Winhart (AfD): Sehr geehrte Kollegin Becker, Sie haben einen wunderbaren Eisvergleich gebracht. Um bei Ihrer eigenen Wortwahl zu bleiben: Nicht immer bekommen die Kinder ein Eis, wenn Sie zum Beispiel nicht brav waren oder sich zum Beispiel zu wenig um Patientensicherheit gekümmert haben wie in Ihrem Fall. Da muss man ganz klar festhalten: Wenn Sie das Ganze hier leicht ins Lächerliche ziehen und davon sprechen, dass sich der Keim aussucht, ob er in ein Einzelzimmer oder in ein Doppelzimmer geht, dann verkennen Sie einfach die Lage, wie es mit MRSA und MRGN in bayerischen Kliniken aussieht. Sie stellen heute selber Anträge zum Thema Antibiotikaresistenzen. Da wundert es mich schon, dass Sie bei unserem Antrag mit diesem Thema so flapsig umgehen.

(Alexander König (CSU): Das war nicht flapsig, das war sehr sachlich!)

Die bayerischen Kliniken haben Nachholbedarf. Sie haben definitiv Nachholbedarf. Das ist nicht die Schuld der Pflegerinnen und Pfleger, des ärztlichen Personals oder gar der Verwaltung. Das ist unsere Schuld, dass wir diese Vorgaben noch nicht allzu umfangreich gestaltet haben. In anderen Ländern, beispielsweise den skandinavischen Ländern,

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Herr Abgeordneter, Ihre Redezeit geht zu Ende!

Andreas Winhart (AfD): sind Einzelzimmer genauso wie universelle Waschung Standard. Denken Sie auch an die Sicherheit des Klinikpersonals.

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Wir haben nur eine Minute für eine Zwischenbemerkung.

Andreas Winhart (AfD): Ja, das ist richtig. – Aber wir haben genauso die Sicherheit des Pflegepersonals – –

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Danke schön, Herr Abgeordneter. Eine Minute. – Bitte, Frau Becker.

Barbara Becker (CSU): Herr Winhart, ich würde das mit dem Eis gerne erklären. Das war der Versuch zu beschreiben: Wir haben diese Maßnahmen schon. Die Träger, die Mitarbeitenden organisieren sich diese Maßnahmen, die Sie fordern, zum Teil über QM-Systeme, die exzellent funktionieren. Das war der Eisvergleich. Ich komme nachher mal zu Ihnen nach hinten und erkläre es Ihnen noch genauer.

(Beifall bei der CSU und den FREIEN WÄHLERN)

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Die nächste Rednerin ist die Kollegin Christina Haubrich vom BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Christina Haubrich (GRÜNE): Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren! Sie wollen multiresistente Keime bekämpfen? – Dann fangen Sie beim Personal und gut geschulten Hygienefachkräften an. Multiresistente Keime sind ein wirklich wichtiges Thema. Nicht nur bayern-, deutschland- und europaweit, sondern global müssen wir dieses Thema angehen, um zu verhindern, dass es immer mehr Antibiotika gibt, die im Ernstfall nicht mehr wirksam sind.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Die zu ergreifenden Maßnahmen sind umfangreich und lassen sich nicht auf wenige Einzelmaßnahmen reduzieren. Investitionen in die Krankenhäuser sind sicherlich sinnvoll; denn nicht zuletzt gibt es immer noch Krankenhäuser, die Investitionen teilweise selber finanzieren. Das sind die Gelder, die wir brauchen und die dann fehlen, um Personal einzustellen, das verhindern könnte, dass sich die multiresistenten Keime ausbreiten. Wir brauchen gut geschultes Personal, das die Leitlinien des Robert Koch-Instituts, die ja da sind, umsetzen kann, Personal, das in ausreichendem Maße vorhanden ist, damit im Krankenhausalltag die Zeit da ist, die erforderlich ist, um alle Maßnahmen umzusetzen. Es braucht Personal, das eine Hygienefachausbildung hinter sich hat, und zwar nicht nur im ärztlichen, sondern auch im pflegerischen Bereich. Hier müssen Anreize geschaffen werden. In den Häusern muss Priorität darauf gelegt werden, dass alle, die im Haus tätig sind, geschult werden, auch das Personal, das von Zeitarbeitsfirmen kommt und das Krankenhaus reinigt.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Ziehen wir die Niederlande als Beispiel heran. Die Niederlande und andere Beneluxstaaten sind in Sachen Infektion und Bekämpfung von MRSA-Neuinfektionen sehr weit. Dort geht es aber nicht nur um Einzelzimmer. Dort wird jeder Patient auf MRSA-Keime getestet, nicht so wie in Deutschland, wo es von Klinik zu Klinik unterschiedlich ist. Gleiches gilt für die Einschätzung, ob ein Patient zur Risikogruppe gehört oder nicht. Das wird in den Niederlanden auch anders als in Deutschland gehandhabt. Da müssen wir ansetzen. Wenn es um die Vermeidung von Neuinfektionen mit multiresistenten Keimen geht, geht es in erster Linie um die Einhaltung von Hygienevorschriften und um Isolation.

Nun zum zweiten Teil Ihres Gesetzentwurfs, in dem es um Patientensicherheit geht. Auch uns ist die Sicherheit von Patientinnen und Patienten extrem wichtig. Egal, um welchen Bereich im Krankenhaus es sich handelt: Alle Themen werden immer auch unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit diskutiert.

Es wird auch schon einiges getan. Es gibt Beschwerdestellen, Patientenbeauftragte und Risikomanagement. Mir ist es zu kurz gegriffen, wenn der Einzelfall eines psychisch kranken Täters mit hoher krimineller Energie als Grundlage für einen Gesetzesentwurf genommen wird.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Wir können die kriminelle Energie jedes Einzeltäters nicht mit letzter Konsequenz vorhersagen, weil es einfach schwerfällt, sich in den Kopf eines solchen Täters hineinzuversetzen. Wir können aber das Klinikpersonal maximal unterstützen; denn dieses bemerkt einen Medikamentenmissbrauch doch am ehesten. Die Forderung, solche Vorgänge direkt ans Staatsministerium zu melden, könnte für den einen oder anderen sogar eine Hürde darstellen, die dazu führen könnte, dass nicht gemeldet wird. Wir müssen hier niederschwellige Unterstützungsangebote finden.

Aus meiner Sicht bewirkt Ihr Gesetzentwurf nur mehr Überwachung, löst aber keines der wirklich wichtigen Probleme im Krankenhaus. Wir werden diesen Gesetzentwurf deshalb ablehnen.

(Beifall bei den GRÜNEN)

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Nächste Rednerin ist die Kollegin Susann Enders von den FREIEN WÄHLERN. Bitte schön.

Susann Enders (FREIE WÄHLER): Sehr geehrter Herr Präsident, meine Damen und Herren! Der Gesetzentwurf der AfD zur Gewährleistung der Patientensicherheit durch Förderung von Einzelzimmern und durch Einführung von Kontrollmechanismen in Krankenhäusern geht an den tatsächlichen Problemen der Krankenhäuser in der Fläche total vorbei.

(Beifall bei den FREIEN WÄHLERN und der CSU)

Diese Häuser sehen sich einer Finanzierung über das DRG-System ausgesetzt, die nicht in allen Fällen bedarfsgerecht funktioniert. Meine Damen und Herren, ich wiederhole mich, denn ich habe Ihnen das bereits am 17.07. bei der Ersten Lesung in der Plenarsitzung gesagt. An dieser Finanzierung hat sich leider bis heute nichts geändert.

Ich halte daher die Forderung nach durchgängigem Einzelzimmerstandard in bayerischen Krankenhäusern für den absolut falschen Ansatz. Die Empfehlung der KRINKO zur Einzelzimmerunterbringung erstreckt sich nicht durchgehend auf alle Patienten, sondern es besteht eine Abhängigkeit von bestimmten Faktoren, wie zum Beispiel dem jeweiligen multiresistenten Erreger sowie der Infektionsanfälligkeit des betroffenen Patienten.

Einzelne MRSA-Patienten sind nach Möglichkeit in einem Zimmer mit eigener Nasszelle unterzubringen. Anders sieht es aber bei mehreren MRSA-Patienten aus, die durchaus getrennt von allen anderen Patienten zu mehreren in einem Zimmer untergebracht werden können. Ich rede hier freilich nicht von den Patientensälen, in denen acht Patienten gemeinsam liegen, wie ich sie noch in meiner Ausbildung kennengelernt habe. Solche Zeiten wollen wir alle nicht mehr. Es ist aber einfach der falsche Ansatz, grundsätzlich Einzelzimmer zu fordern.

Beim Auftreten von MRGN, anderen Keimen, sind die Patienten, die mit 4MRGN infiziert sind, zu isolieren. Handelt es sich dagegen um einen MRGN-Stamm, der nur drei Resistenzen aufweist, können diese Patienten ganz normal mit anderen Patienten untergebracht werden. Wenn man also einen Antrag stellt und ein Problem lösen möchte, muss man sich auch mit der Thematik auskennen. Hier gilt es zum Beispiel nur in Risikobereichen zu isolieren, zum Beispiel in Intensivstationen, neonatologischen und hämatologisch-onkologischen Stationen.

Darüber hinaus empfiehlt die KRINKO eine Isolierung von VRE-positiv-Patienten erst beim Auftreten oder bei mehreren antibiotisch therapiebedürftigen Infektionen durch VRE. Das sind Standards, die in Bayern bereits gelten.

Die Berücksichtigung von Hygiene und Patientensicherheit bildet seit jeher einen ganz zentralen Schwerpunkt in unserer bayerischen Krankenhausinvestitionsfinanzierung. Die Grundlage für Fördermaßnahmen des Freistaats bilden die in fachübergreifender Zusammenarbeit unter anderem mit dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit erarbeiteten Empfehlungen für hygienerelevante Betriebsstellen sowie die räumliche und strukturelle Gestaltung der Patientenbereiche. Diese Standards basieren auf den derzeitigen medizinischen Erkenntnissen und werden regelmäßig überprüft. Aktuell ist also kein Anpassungsbedarf, wie ihn die AfD sieht, gegeben.

Nur mal eine Hausnummer: Wir haben seit 1972 hier in Bayern 23 Milliarden Euro für aktive Investitionen in Krankenhäusern ausgegeben. Ebenso bestehen bereits, wie im zweiten Teil Ihres Antrags gefordert, Regelungen zur internen krankenhausesorganisatorischen Patientensicherheit.

Die Patientensicherheit ist ein wichtiges Anliegen, das den Kern vieler bestehender Regelungen bildet. Alle Krankenhäuser sind bereits nach geltendem Recht dazu verpflichtet, ein anonymes Fehlermeldesystem vorzuhalten, das CIRS. Jeder, der sich im Krankenhausbereich auskennt, weiß, dass durch CIRS schon Fehler und Probleme gemeldet werden, bevor es überhaupt zu einem Zwischenfall gekommen ist; einfach nur deshalb, um einen solchen beim nächsten Mal verhindern zu können.

Ebenso besteht bereits jetzt die Verpflichtung dazu, ein patientenorientiertes und strukturiertes Beschwerdemanagement vorzuhalten. Ich erinnere an § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V.

Es ist also sichergestellt, dass der Freistaat Bayern nicht grundlos in die innere Organisation von Krankenhäusern eingreift. Dieser Grundsatz hat sich seit Jahrzehnten bewährt. Wir lehnen den Antrag der AfD daher ab.

(Beifall bei den FREIEN WÄHLERN und der CSU)

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Nun hat die Kollegin Ruth Waldmann von der SPD-Fraktion das Wort.

Ruth Waldmann (SPD): Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Wir diskutieren über diesen Gesetzentwurf ja schon zum dritten Mal. Wir hatten ihn bereits in der Ersten Lesung und haben ihn auch schon im Gesundheitsausschuss besprochen. Dort habe ich schon sehr ausführlich Stellung genommen und muss mich jetzt leider wiederholen. Dafür können Sie aber nichts; denn es ist natürlich notwendig, auch die Zweite Lesung durchzuführen.

Für die Patientensicherheit sind Einzelzimmer nicht entscheidend. Einzelzimmer sind für manche Patienten gut, für andere aber weniger bedeutsam. Ich habe auch darauf hingewiesen, dass die Verweildauer in den Krankenhäusern stetig sinkt.

Sie sagen, der Freistaat solle seine Investitionsförderung künftig davon abhängig machen, dass grundsätzlich nur noch Einzelzimmer vorgehalten werden. Wir halten das nicht für dringend notwendig. Wir brauchen das Geld dringender für Behandlungsqualität, für das Personal, die Ärzte und Pflegekräfte sowie die Reinigungskräfte. Auch soll das Geld nicht deshalb zweckentfremdet werden, weil die eigentlichen Investitionen nicht hoch genug gefördert werden.

Ich habe Sie schon zweimal darauf hingewiesen, dass Sie die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention falsch zitiert haben. Die Kommission schreibt nicht vor, Einzelzimmer seien nötig, um multiresistente Keime einzudämmen. Stattdessen sei es nötig, einen Patienten, der sich einen solchen Keim eingefangen hat, in ein Einzelzimmer zu verlegen. Das ist natürlich etwas anderes.

Den zweiten Teil Ihres Gesetzentwurfes haben Sie fast wörtlich von einem Gesetz abgeschrieben, das im Oktober vergangenen Jahres in Niedersachsen von der dortigen rot-schwarzen Regierung verabschiedet worden ist. Allerdings gibt es zwei entscheidende Unterschiede: Der eine ist, dass nach Ihrer Meinung Patientenfürsprecher vom Träger einzusetzen sind. Das sehen wir nicht so. Wir meinen, es sollte dabei bleiben, dass die Patientenfürsprecher weiterhin von den kommunalen Parlamenten, von den Kreisräten und Stadträten, gewählt werden und damit auch demokratisch legitimiert sind.

Der zweite Unterschied ist, dass Sie bei den Whistleblowern und Hinweisgebern – ein Thema, das mir sehr am Herzen liegt – auf völlig anonyme Anzeigen setzen. Ich habe große Sorge, dass damit das Denunziantentum gefördert wird. Es muss klar sein, dass jeder Vorwurf, der erhoben wird, auch überprüft werden kann und nicht einfach so in den Raum gestellt werden kann. Sonst führt das nicht zu einer Verbesserung, sondern zu einer extremen Verschlechterung der Situation auf den Stationen.

Deswegen können wir Ihrem Gesetzentwurf nicht zustimmen.

(Beifall bei der SPD)

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Das Wort hat nun der Kollege Dr. Dominik Spitzer von der FDP-Fraktion.

Dr. Dominik Spitzer (FDP): Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen! Herr Winhart, Herr Magerl, was sollen Pflegerinnen und Pfleger, Ärztinnen und Ärzte, Reinigungskräfte und Verwaltungskräfte, all diejenigen, die in den Krankenhäusern arbeiten, denken, wenn sie Ihren Gesetzentwurf lesen? – Wer Misstrauen sät, wird Misstrauen ernten! So viel sollte Ihnen klar sein.

(Beifall bei der FDP)

Nachdem ich in der Ersten Lesung zu wenig Zeit hatte, um auf Ihren Vorschlag, dass bis 2035 Einzelzimmer Standard in den Krankenhäusern in Bayern sein sollen, vertieft einzugehen, möchte ich das nun schwerpunktmäßig tun.

Sie begründen Ihren Gesetzentwurf damit, dass das Risiko einer nosokomialen Infektion im Einzelzimmer geringer sei als in Mehrbettzimmern. Bei der Refinanzierung und den Kosten Ihres Unterfangens bleiben Sie allerdings vage – wohl aus gutem Grund. Unseres Erachtens ist Ihre Forderung gleich aus mehreren Gründen abzulehnen:

Erstens. Die Entwicklung hin zum Einzelbettstandard würde unser Gesundheitssystem sehr viel Geld kosten. Dieses Geld könnte an anderen Stellen sehr viel sinnvoller eingesetzt werden.

Zweitens. Sie schalten das Risiko einer im Krankenhaus erworbenen Infektion nicht aus, indem Sie alle Patienten in Einzelzimmer verlegen. Der kritische Punkt ist immer der Mensch, dass also im schlimmsten Fall die Erreger von Bett zu Bett getragen werden.

Sie haben in Ihrer Begründung die Niederlande angeführt. Ein MRSA-Management wie bei unseren Nachbarn würde auch uns gut zu Gesicht stehen.

(Beifall bei der FDP)

Drittens. Die Forderung nach Einzelzimmern widerspricht Ihrer Forderung nach mehr Patientensicherheit. Wir als Freie Demokraten halten Ihre, wenn auch gut gemeinten, Vorschläge für den absolut falschen Weg, um die Patientensicherheit in bayerischen Kliniken zu verbessern. Nicht mit Zwang, sondern mit Überzeugung erreicht man die besten Ergebnisse.

Aus finanz- und personalpolitischer Perspektive wäre Ihr Gesetzentwurf pures Gift in der eh so angespannten Situation in den Kliniken. Was die Menschen im Gesundheitswesen brauchen, ist nicht ein Mehr, sondern ein Weniger an Bürokratie.

(Beifall bei der FDP)

Zweiter Vizepräsident Thomas Gehring: Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen mehr. Die Aussprache ist geschlossen. Wir kommen zur Abstimmung.

Der federführende Ausschuss für Gesundheit und Pflege empfiehlt den Gesetzentwurf zur Ablehnung. Wer entgegen dem Ausschussvotum dem Gesetzentwurf der AfD-Fraktion auf Drucksache 18/3036 zustimmen will, den bitte ich um sein Handzeichen. – Das ist die AfD-Fraktion. Gegenstimmen bitte ich anzuzeigen. – Das sind FDP, CSU, FREIE WÄHLER, SPD, GRÜNE. Ich bitte, Enthaltungen anzuzeigen. – Das ist der fraktionslose Abgeordnete Swoboda. Damit ist dieser Gesetzentwurf abgelehnt.