

Entwurf

G e s e t z zur Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes und weiterer Vorschriften

Artikel 1

Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes

Das Niedersächsische Krankenhausgesetz in der Fassung vom 19. Januar 2012 (Nds. GVBl. S. 2), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Juli 2015 (Nds. GVBl. S. 148), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Am Ende der Nummer 7 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.
 - b) Es wird die folgende Nummer 8 angefügt:
„8. die Pflegekammer Niedersachsen.“
2. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 Satz 1 wird nach dem Wort „sind“ das Wort „insbesondere“ eingefügt.
 - b) Nach Absatz 2 wird der folgende Absatz 2 a eingefügt:
„(2 a) Das Fachministerium wird ermächtigt, durch Verordnung die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 6 Abs. 1 a KHG in Verbindung mit § 136 c Abs. 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) als Bestandteil der Krankenhausplanung ganz oder teilweise auszuschließen oder einzuschränken und weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung zu machen.“
 - c) Es wird der folgende neue Absatz 7 angefügt:
„(7) Das Fachministerium wird ermächtigt, gemäß § 136 b Abs. 5 SGB V durch Verordnung Leistungen aus dem Katalog nach § 136 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V zu bestimmen, bei denen die Anwendung des § 136 b Abs. 4 Sätze 1 und 2 SGB V die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte.“
3. Die §§ 15 und 16 erhalten folgende Fassung:

„§ 15

Umgang mit sicherheitsrelevanten Ereignissen

(1) ¹In jedem Krankenhaus ist ein Fehlermeldesystem einzuführen. ²Das Fehlermeldesystem muss für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter niedrigschwellig zugänglich sein. ³Die Meldungen müssen freiwillig, anonym und sanktionsfrei erfolgen.

(2) Erfolgen Meldungen, die auf eine besondere Gefährdung der Patientensicherheit schließen lassen, so ist das Fachministerium zu beteiligen.

(3) Soweit ein Krankenhaus nach § 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V verpflichtet ist, nach Maßgabe des § 135 a Abs. 3 Satz 1, des § 136 Abs. 1 Nr. 1 und des § 136 a Abs. 3 Satz 1 SGB V ein Fehlermeldesystem durchzuführen, ergänzen die Regelungen in Absatz 2 die betreffenden Bestimmungen.

(4) Das Fachministerium gibt Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Fehlermeldesystemen heraus.

§ 16

Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

(1) ¹In jedem Krankenhaus ist das Amt einer Patientenfürsprecherin oder eines Patientenfürsprechers einzurichten und mindestens eine geeignete natürliche Person sowie eine Stellvertretung zu berufen. ²Die berufenen Personen werden ehrenamtlich tätig und sind bei der Ausübung ihres Amtes keinen Weisungen unterworfen. ³Die Berufung erfolgt in der Regel für drei Jahre. ⁴Eine Abberufung ist nur aus wichtigem Grund zulässig.

(2) Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher hat insbesondere die Aufgabe,

1. das Vertrauensverhältnis zwischen den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen einerseits und dem Krankenhaus sowie dem dort beschäftigten Personal andererseits zu fördern,
2. Beschwerden und Anregungen von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen entgegenzunehmen, an die zuständige Stelle des Krankenhauses weiterzuleiten und ihnen das Veranlasste mitzuteilen,
3. die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen über andere zuständige Stellen zu informieren und sich dort für deren Anliegen einzusetzen,
4. die zuständige Stelle des Krankenhauses und das Fachministerium unverzüglich über erhebliche Qualitätsmängel der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen zu unterrichten,
5. dem Krankenhaus regelmäßig und bei besonderer Veranlassung auch im Einzelfall über ihre oder seine Tätigkeit zu berichten,
6. regelmäßige Sprechstunden im Krankenhaus einzurichten und auch im Übrigen eine Erreichbarkeit sicherzustellen.

(3) Der Träger des Krankenhauses hat die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher zu unterstützen und hierfür insbesondere

1. sie oder ihn auf ihre oder seine Pflichten hinzuweisen,
2. ihr oder ihm eine angemessene Aufwandsentschädigung für ihre oder seine Tätigkeit zu entrichten,
3. die von ihr oder ihm vorgebrachten Anliegen zügig und transparent zu bearbeiten und sie oder ihn zeitnah über das Veranlasste zu unterrichten,
4. ihr oder ihm geeignete Räume im Krankenhaus für die Sprechstunde zur Verfügung zu stellen,
5. ihr oder ihm angemessene Fortbildungen anzubieten und die hierfür anfallenden Kosten zu übernehmen,
6. die Patientinnen und Patienten in geeigneter Form über das Amt der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers sowie über ihre oder seine Erreichbarkeit zu informieren.

(4) ¹Personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung der Betroffenen an die Patientenfürsprecherin oder den Patientenfürsprecher oder von dieser oder diesem an Dritte übermittelt werden. ²Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher darf die ihr oder ihm bei ihrer oder seiner Tätigkeit bekannt gewordenen Geheimnisse auch nach Beendigung ihrer oder seiner Tätigkeit nicht unbefugt offenbaren.

(5) ¹Das Fachministerium gibt Handlungsempfehlungen für die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher heraus. ²Die Handlungsempfehlungen sollen unter Beteiligung der betroffenen Interessenverbände erstellt werden und Erfahrungen aus der Praxis berücksichtigen.

(6) ¹Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher legt dem Fachministerium bis zum 30. Juni eines jeden Jahres einen schriftlichen Erfahrungsbericht vor. ²Das Fachministerium bewertet die Erfahrungen und legt dem Landtag bis zum 30. September eines jeden Jahres einen Bericht vor.

(7) ¹Soweit ein Krankenhaus nach § 135 a Abs. 2 Nr. 2 SGB V verpflichtet ist, nach Maßgabe des § 136 Abs. 1 Nr. 1 und des § 136 a Abs. 3 Satz 1 SGB V ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement durchzuführen, ergänzen die Regelungen in den Absätzen 1 bis 6 die betreffenden Bestimmungen. ²Die Patientenführerin oder der Patientenführer soll in einem solchen Fall Teil des patientenorientierten Beschwerdemanagements sein und dieses ergänzen.“

4. Es werden die folgenden §§ 17 bis 21 angefügt:

„§ 17

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

(1) In jedem Krankenhaus sind regelmäßig Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen durchzuführen.

(2) Mitglieder der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sind insbesondere je Fachrichtung des Krankenhauses die leitende Ärztin oder der leitende Arzt und je Fachrichtung die leitende Pflegefachkraft.

(3) Aufgaben der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sind insbesondere

1. berufsgruppen- und disziplinübergreifende, strukturierte Besprechungen von Todesfällen und besonders schweren Krankheitsverläufen sowie
2. die Bewertung der krankenhausinternen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken mit dem Ziel der Sicherstellung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

(4) In einem krankenhausinternen Leitfaden sind insbesondere der Ablauf der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, ihre Moderation und der Umgang mit Ergebnissen zu regeln.

(5) Auf Verlangen sind die krankenhausinternen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken dem Fachministerium vorzulegen.

§ 18

Arzneimittelkommission

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

(2) ¹Mitglieder der Arzneimittelkommission sind insbesondere die Leiterin oder der Leiter der Krankenhausapotheke oder der krankenhausversorgenden öffentlichen 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 öffentlichen 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 Pharmakotherapie, Arzneimitteltherapiesicherheit und klinischen Pharmazie zu beraten und zu unterstützen.

(4) ¹Die Arzneimittelkommission ist über alle im Krankenhaus zur Anwendung kommenden Arzneimittel, die nicht in der Arzneimittelliste enthalten sind, unter Angabe der Gründe für die Anwendung zu informieren. ²Die Pflicht zur Information gilt auch vor Durchführung einer klinischen Prüfung von Arzneimitteln.

§ 19

Stationsapothekerin oder Stationsapotheker

(1) In jedem Krankenhaus ist ab [einsetzen: Datum drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes] sicherzustellen, dass die Krankenhausapotheke oder die krankenhauseversorgende öffentliche Apotheke in hinreichendem Verhältnis zur Anzahl der Betten Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker als präsenle Beratungspersonen auf den Stationen und in den Funktionsbereichen einsetzt.

(2) ¹Die Stationsapothekerin oder der Stationsapotheker hat die Aufgabe, im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit mit ärztlichem und pflegerischem Personal zu einer sicheren, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie beizutragen. ²Hierzu hat sie oder er zu arzneimittelbezogenen Fragestellungen, insbesondere zu Fragen der Arzneimitteltherapie bei Aufnahme und Entlassung, der Anwendung und des Verbrauchs von Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sowie der Einhaltung der arzneimittelrechtlichen Bestimmungen, zu beraten.

(3) Die Stationsapothekerin oder der Stationsapotheker sollte berechtigt sein, die Weiterbildungsbezeichnung „Fachapothekerin oder Fachapotheker für Klinische Pharmazie“ zu führen oder sich in der Weiterbildung zur „Fachapothekerin oder zum Fachapotheker für Klinische Pharmazie“ befinden.

§ 20

Umgang mit berufsbezogenen Belastungen

(1) Jedes Krankenhaus hat ein Konzept zur Unterstützung des in der direkten Patientenversorgung tätigen Personals bei der Bewältigung berufsbezogener Belastungen zu erstellen und umzusetzen.

(2) Das Konzept soll individuelle und übergeordnete Maßnahmen zur Unterstützung des Personals vorsehen.

§ 21

Aufsicht

Die Durchsetzung der Pflichten gemäß § 15 Abs. 1 und 2, § 16 Abs. 1 bis 3 und 6 Satz 1 sowie den §§ 17 bis 20 obliegt dem Fachministerium oder einer von ihm benannten Behörde.“

Artikel 2

Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern

§ 4 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen vom 28. Oktober 2009 (Nds. GVBl. S. 400), geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. September 2015 (Nds. GVBl. S. 186), erhält folgende Fassung:

„(2) ¹Liegt der zuständigen Behörde auch innerhalb einer angemessenen Frist nach der Erinnerung eine Rückmeldung nach § 3 nicht vor, so übermittelt sie die in § 9 Abs. 1 der Niedersächsischen Meldedatenverordnung genannten Daten und die Bezeichnung der Früherkennungsuntersuchung dem örtlichen Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe. ²Dieser ist berechtigt, die übermittelten Daten für seine Aufgaben nach dem Achten Buch des Sozialgesetzbuchs zu verarbeiten.“

Artikel 3

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Anlass, Ziele und Schwerpunkte des Entwurfs

Zur Aufarbeitung der Krankenhausmorde in Delmenhorst und Oldenburg durch den ehemaligen Krankenpfleger Niels H. hat der Landtag in seiner Sitzung am 18. Februar 2015 die Einsetzung des „Sonderausschusses zur Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“ beschlossen. Aufgabe des Sonderausschusses war es unter anderem, vorhandene Kontrollmechanismen im Gesundheitswesen kritisch zu hinterfragen und aufzuzeigen, ob und wo es gegebenenfalls gesetzgeberischen Änderungsbedarf zur Erhöhung der Patientensicherheit gibt. Neben Änderungsbedarfen im Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen hat der Sonderausschuss auch solche im Niedersächsischen Krankenhausgesetz (NKHG) festgestellt. So fordert der Landtag die Landesregierung auf, das Niedersächsische Krankenhausgesetz zu novellieren und

1. in allen niedersächsischen Krankenhäusern die Funktion einer „Stationsapothekerin“ oder eines „Stationsapothekers“ verpflichtend vorzusehen, um auf den Stationen unter anderem bei der Arzneimittelanamnese, der korrekten Einnahme der Medikamente und dem fortlaufenden Verbrauch beratend tätig zu werden,
2. in Ergänzung einer Stationsapothekerin oder eines Stationsapothekers eine klinikinterne Arzneimittelkommission einzusetzen,
3. 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,
4. 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,
5. 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),
6. in allen Krankenhäusern das Führen von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken und die Durchführung entsprechender Konferenzen verbindlich einzuführen und
7. 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.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf werden die Ergebnisse des Sonderausschusses umgesetzt. Für diese Regelungsbereiche bezieht sich der Anwendungsbereich des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes auf „jedes Krankenhaus“, das heißt auf die nach § 108 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) zugelassenen Krankenhäuser sowie auf die nach § 30 der Gewerbeordnung konzessionierten Privatkrankenanstalten. Analog zu § 3 Nr. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) findet das Niedersächsische Krankenhausgesetz keine Anwendung auf die niedersächsischen Krankenhäuser im Straf- und Maßregelvollzug. Ebenfalls vom Anwendungsbereich ausgenommen sind die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V.

Die modellhafte Prüfung einer flächendeckenden Umstellung der Medikamentenversorgung in Krankenhäusern auf Verfahren der patientenindividuellen Verordnung und Verpackung (sogenannte „Unit-Dose“-Verfahren) wurde am Beispiel von zwei niedersächsischen Krankenhäusern durchgeführt, die „Unit-Dose“-Verfahren im Praxisbetrieb einsetzen. Die Auswertung der Berichte führt zu dem Ergebnis, dass sich eine flächendeckende Einführung von Unit-Dose in niedersächsischen Krankenhäusern nur mit hohem Kostenaufwand und langandauernden Einführungsphasen etablieren ließe. Die Entscheidung

zur Einführung des Unit-Dose-Verfahrens obliegt jedem einzelnen Krankenhaus nach eigener Prüfung und unter Berücksichtigung des jeweiligen Bedarfs.

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes werden notwendige Vorschriften eingeführt, die zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Krankenhäusern beitragen. Danach sind in jedem Krankenhaus in Niedersachsen Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker als prä-sente Beratungspersonen einzusetzen und Arzneimittelkommissionen zu bilden.

Daneben greift der Gesetzentwurf verschiedene Änderungsbedarfe auf, deren Notwendigkeit sich aus Anpassungen des Bundes- und Landesrechts, aus der Rechtsprechung oder aus praktischen Erwägungen ergibt. Hierzu gehört beispielsweise die Aufnahme einer Verordnungsermächtigung zur Umsetzung der Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 c Abs. 1 SGB V.

Darüber hinaus beinhaltet der Gesetzentwurf eine notwendige Anpassung des § 4 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern (NFrüherkUG). Im Zuge der Neuordnung des Meldewesens in Niedersachsen erfolgte am 17. September 2015 eine Änderung des § 5 NFrüherkUG. Eine Aktualisierung des § 4 Abs. 2 NFrüherkUG in Bezug auf die nunmehr gemäß § 9 der Niedersächsischen Meldedatenverordnung benötigten Daten ist erforderlich.

II. Wesentliche Ergebnisse der Gesetzesfolgenabschätzung

Als Ausführungsgesetz zum Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes regelte das Niedersächsische Krankenhausgesetz zunächst vor allem Aspekte der Krankenhausplanung und Investitionskostenförderung. Erst im Jahr 2015 ist die Patientensicherheit durch die Mordserien in den Kliniken in Delmenhorst und Oldenburg, die durch den verurteilten Pfleger Niels H. Mitte 2000 begangen worden sind, verstärkt in den Fokus getreten. Maßnahmen zugunsten der Patientensicherheit sind wesentlich auf eine Grundhaltung des kontinuierlichen Lernens und Verbesserns aller im Gesundheitswesen Tätigen angewiesen. Der Gesetzgeber hat hierbei die Aufgabe, den Rahmen zu setzen, in dem diese Haltung gelebt werden kann.

Es bestehen keine Regelungsalternativen. Insbesondere kommen keine Regeln in Betracht, die auf Freiwilligkeit beruhen. Unter Berücksichtigung des hohen Gutes der Patientensicherheit würden solche Regelungen nicht mit der notwendigen Verbindlichkeit umgesetzt werden.

Durch die flächendeckende Etablierung von insbesondere anonymen Meldesystemen, Arzneimittelkommissionen, Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen wird die Patientensicherheit deutlich gestärkt. Dieser verbesserte Standard wird künftig auch in den nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern gelten.

III. Auswirkungen auf die Umwelt, den ländlichen Raum und die Landesentwicklung

Keine.

IV. Auswirkungen auf die Verwirklichung der Gleichstellung von Frauen und Männern

Keine.

V. Auswirkungen auf Familien und Menschen mit Behinderungen

Keine.

VI. Voraussichtliche Kosten und haushaltsmäßige Auswirkungen des Entwurfs

Mit den vorgesehenen Regelungen werden alle Krankenhäuser Niedersachsens 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 Einsparpotentiale. 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. Der Gesetzentwurf trägt damit zuletzt auch zur Erhöhung der Kostengerechtigkeit bei, weil mit der gesetzlichen Implementierung dieser Maßnahmen für alle Krankenhäuser nicht mehr allein die Krankenhäuser Kosten übernehmen, die aus den Erkenntnissen des Qualitätsmanagements vom Nutzen – auch vom finanziellen Nutzen – dieser Maßnahmen ohnehin schon überzeugt sind.

Die Kosten für die Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker werden nach derzeitigen Berechnungen rund 0,1 Prozent der jährlichen Gesamtkosten der nach § 108 SGB V zugelassenen niedersächsischen Krankenhäuser in Höhe von rund 8,2 Milliarden Euro ausmachen (Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3, Wiesbaden, Stand 2014). In diesen Krankenhäusern stehen derzeit 40 356 Betten zur Verfügung (davon 10 620 in Krankenhäusern in kommunaler Trägerschaft). Im Durchschnitt wird für 300 Betten jeweils eine Stationsapothekerin oder ein Stationsapotheker benötigt. Damit müssten 134,5 Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker zum Einsatz kommen. Deren Arbeit ist aber unabhängig von Urlaub und Krankheit zu erledigen, weshalb pro Vollzeiteinheit mit 1,2 Vollzeiteinheiten mit einem Jahreseinkommen von jeweils rund 60 000 Euro zu rechnen ist. Für die Medizinische Hochschule Hannover mit 1 520 Planbetten und die Universitätsmedizin Göttingen mit 1 362 Planbetten sind Kosten in Höhe von 825 000 Euro für mindestens elf Vollzeitstellen von Stationsapothekerinnen oder Stationsapothekern zuzüglich weiterer Vollzeitstellen für Funktionsbereiche anzusetzen. Für die sieben niedersächsischen Krankenhäuser nach § 30 der Gewerbeordnung mit ihren rund 250 Betten (laut Krankenhausverzeichnis 2014) sind die Kosten für eine weitere Vollzeitstelle einer Stationsapothekerin oder eines Stationsapothekers anzusetzen.

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 § 21 wird beim Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung ein zusätzlicher Stellenbedarf von 0,5 Stellen der Besoldungsgruppe A 12 der Niedersächsischen 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 Ministeriums erwirtschaftet werden.

Mit der redaktionellen Anpassung des § 4 Abs. 2 NFrüherkUG sind keine zusätzlichen Kosten verbunden.

VII. Beteiligung von Verbänden und sonstigen Stellen

Den folgenden Verbänden und Organisationen wurde Gelegenheit zur Stellungnahme zu den Artikeln 1 und 3 gegeben:

- AOK - Die Gesundheitskasse,
- BKK Landesverband Mitte,
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
- Knappschaft Bahn See, Regionaldirektion Hannover,
- Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Niedersachsen,
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V.,
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - Landesverband Nordwest,
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen,

- Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens (AG KSpV),
- Niedersächsische Krankenhausgesellschaft (NKG),
- Verband der Privatkliniken Niedersachsen und Bremen e. V. (VdPKN),
- Unternehmerverbände Niedersachsen e. V. (UVN),
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN),
- Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen (LfD),
- Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen,
- Landesseniorenrat Niedersachsen e. V. (LSR),
- SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V. (SoVD),
- Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN),
- Psychotherapeutenkammer Niedersachsen,
- Apothekerkammer Niedersachsen,
- Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (LAG FW),
- Konföderation der Ev. Kirchen in Niedersachsen,
- Katholisches Büro Niedersachsen,
- Niedersächsischer Pflegerat (NPR),
- DGB Landesverband Niedersachsen – Bremen – Sachsen-Anhalt,
- Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands, Landesverband Niedersachsen,
- Niedersächsischer Beamtenbund und Tarifunion,
- Marburger Bund (MB),
- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.,
- Niedersächsischer Landesrechnungshof.

Von diesen 31 Verbänden und Organisationen haben sich fünf nicht zu dem Gesetzentwurf geäußert. Drei haben mitgeteilt, dass sie keine Stellungnahme abgeben werden. Die gesetzlichen Krankenkassen (im Folgenden: GKV) haben eine gemeinsame Stellungnahme sowie eine gesonderte Stellungnahme des BKK Landesverbandes Mitte, der IKK classic, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Knappschaft Bahn See, Regionaldirektion Hannover, sowie des Verbandes der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Niedersachsen, übermittelt. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK Nordwest e. V.), Mitgliedsverband des Niedersächsischen Pflegerates (NPR), hat zusätzlich zur Stellungnahme des NPR noch eine gesonderte Stellungnahme abgegeben. Des Weiteren hat sich eine Bürgerin unaufgefordert zu dem Gesetzentwurf geäußert.

Insgesamt sind somit 21 Stellungnahmen eingegangen. Dabei wurde der Gesetzentwurf in acht Stellungnahmen ausdrücklich begrüßt und in vier eher kritisch bewertet. Als positiv wurden insbesondere die grundsätzliche Zielsetzung einer Verbesserung der Patientensicherheit sowie der voraussichtliche Nutzen der geplanten Maßnahmen hervorgehoben. Die Organisationen, die sich kritisch positioniert haben, befürchten vor allem Schwierigkeiten bezüglich der Umsetzbarkeit und Finanzbarkeit der Maßnahmen, insbesondere beim Einsatz von Stationsapothekerinnen und Stationsapothekern. Aus ihrer Sicht ist das Verhältnis zwischen dem bürokratischen und finanziellen Aufwand sowie dem Nutzen im Hinblick auf die Patientensicherheit nicht ausgewogen.

MB, AG KSpV, LSR, UVN, VdPKN, ÄKN und NKG bezweifeln, dass die postulierten Einspareffekte ausreichen, um die – insgesamt aus ihrer Sicht zu niedrig angesetzten – Kosten zu decken, vor allem in kleineren Krankenhäusern. Die ÄKN geht davon aus, dass es in Niedersachsen mehr als sieben nach § 30 der Gewerbeordnung konzessionierte Privatkrankenanstalten gibt und somit weitere Kosten entstehen.

UVN, VdPKN, NKG und GKV weisen darauf hin, dass eine Refinanzierung über sogenannte „Diagnosis Related Groups“ - DRGs (auf Deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) nicht möglich sei, da es sich nicht um eine bundesweit gültige Regelung handele. NPR, VdPKN und NKG fordern, dass die entstehenden Mehrkosten refinanziert werden müssen. Zu diesem Zweck schlagen VdPKN und NKG die Abrechnung eines krankenhausesindividuellen Zuschlags vor. Die ÄKN weist zu Recht darauf hin, dass hierfür eine Änderung des Bundesrechts erforderlich wäre. Die GKV dagegen lehnen eine Finanzierung aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ab.

Wie unter Abschnitt V ausgeführt, werden die kalkulierten jährlichen Kosten nur einen sehr geringen Prozentsatz (rund 0,1 Prozent) der Gesamtkosten der nach § 108 SGB V zugelassenen niedersächsischen Krankenhäuser ausmachen. NKG und UVN kommen in ihren Berechnungen zwar zum Ergebnis, dass die Kosten um rund 50 Prozent höher liegen; dies ändert jedoch nichts an der grundsätzlichen Einschätzung.

Im Übrigen wird auf die Erläuterungen im Besonderen Teil verwiesen.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Niedersächsischen Krankenhausgesetzes):

Zu Nummer 1:

Pflegekräfte bilden die größte Berufsgruppe unter den im Krankenhaus Beschäftigten und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Erbringung der Krankenhausleistungen. Pflegekräfte zählen somit zu den an der Krankenhausversorgung Beteiligten gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 KHG. Mit dem Kammergesetz für die Heilberufe in der Pflege vom 14. Dezember 2016 (Nds. GVBl. S. 261) sollen die niedersächsischen Pflegefachkräfte eine demokratisch legitimierte berufsständische Vertretung erhalten, die für sie mit einer starken Stimme spricht. Die Pflegekammer Niedersachsen ist analog zur Psychotherapeutenkammer in den Kreis derjenigen Organisationen aufzunehmen, mit denen die Landesbehörden bei der Sicherstellung der Krankenhausversorgung eng zusammenarbeiten. Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein haben für ihre Pflegekammern ebenfalls eine Beteiligung vorgesehen.

Der DBfK Nordwest e. V. hat den Wunsch geäußert, als mitgliederstärkster Berufsverband für die Pflegeberufe in Niedersachsen ebenfalls in den Planungsausschuss aufgenommen zu werden. Dem wird nicht entsprochen, da alle in Niedersachsen tätigen Pflegefachkräfte Mitglieder der Pflegekammer sind, während nur ein geringer Anteil von ihnen Mitglied im DBfK Nordwest e. V. ist. Hinzu kommt, dass auch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausschließlich über ihre berufsständische Kammer vertreten sind.

Zu Nummer 2:

Zu Buchstabe a:

Die Norm regelt, dass die Grundsätze und Ziele der Krankenhausplanung im Krankenhausplan explizit darzustellen und die künftigen Versorgungsstrukturen so weit wie möglich vorzuplanen sind. Durch die Einfügung des Wortes „insbesondere“ wird deutlich gemacht, dass dieser Mindeststandard nicht unterschritten werden darf. Die Krankenhausplanungsbehörde hat mithin die gesetzliche Pflicht, die Zielplanung konkret und nachvollziehbar niederzulegen.

Die ÄKN bietet ihre Mitarbeit bei der Definition der Grundsätze und Ziele an, begründet jedoch nicht, inwiefern eine Notwendigkeit für eine über die Beteiligung im Planungsausschuss nach § 3 Abs. 1 Satz 2 hinausgehende Mitwirkung gesehen wird.

Zu Buchstabe b:

Durch das Krankenhausstrukturgesetz vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229) ist in § 6 Abs. 1 a KHG normiert worden, dass die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 c Abs. 1 SGB V Bestandteil des Krankenhausplans sind. Ferner ist dem Landesgesetzgeber die Möglichkeit eröffnet worden, die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise auszuschließen oder einzuschränken und weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung zu machen. Mit Beschluss vom 17. März 2016 hat der G-BA das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, eine Auswahl geeigneter Qualitätsindikatoren zu ermitteln. Der erste Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, der sich dann an den Ergebnissen des IQTIG ausrichten wird, muss gemäß § 136 c SGB V bis zum 31. Dezember 2016 gefasst werden.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass der G-BA seine Empfehlungen stetig erneuert, wird der aus § 6 Abs. 1 a KHG resultierende Auftrag an den Landesgesetzgeber durch eine Verordnungsermächtigung umgesetzt. So kann im Sinne des hohen Gutes der Patientensicherheit zügiger auf Empfehlungen des G-BA reagiert werden.

Zudem hat das Land damit die Möglichkeit, Qualitätsindikatoren in die Krankenhausplanung einzubeziehen, die in keinem anderen Bundesland bislang gesetzlich geregelt sind und damit einen speziellen niedersächsischen Qualitätsstandard beschreiben, nämlich beispielsweise die Pflicht, Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker einzusetzen.

Die AG KSpV, die NKG und der MB weisen darauf hin, dass ihre jeweiligen Organisationen bzw. der Krankenhausplanungsausschuss bei der Ausgestaltung der Verordnung zu beteiligen seien. Eine Beratung durch den Krankenhausplanungsausschuss ist in § 3 Abs. 1 Satz 4 bereits vorgesehen; darüber werden die Organisationen im Rahmen der Beteiligung von Verbän-

den und sonstigen Stellen gemäß § 31 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Landesregierung und der Ministerien in Niedersachsen (GGO) Gelegenheit zur Stellungnahme zum Verordnungsentwurf erhalten.

Die NKG fordert, dass die Regelung so zu fassen ist, dass die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 c Abs. 1 SGB V erst durch Verordnung des Fachministeriums Bestandteil des Krankenhausplans werden, da die Anwendbarkeit auf die landesspezifischen Gegebenheiten zunächst zu prüfen sei. Die GKV hingegen lehnen jegliche Möglichkeit der Einschränkung durch das Land mit der Begründung ab, dass die vom G-BA festgelegten Qualitätsindikatoren in jedem Fall als Mindeststandard auch in Niedersachsen gelten müssten. Dies entspreche dem Beschluss des Landtags vom 18. März 2015 (Drs. 17/3186), nach dem die Qualitätsindikatoren des G-BA vom Land zu berücksichtigen seien. Die vorgesehene Regelung stellt somit einen Kompromiss zwischen diesen beiden Positionen dar; auch die vom Landtag geforderte Berücksichtigung kann auf diese Weise erreicht werden.

Aus Sicht der ÄKN bestehen verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Festlegung landesspezifischer Qualitätsanforderungen im Verordnungswege. Bei einem Eingriff in die Berufsfreiheit nach Artikel 12 des Grundgesetzes müssten zumindest die Vorgaben im Gesetz möglichst konkret bestimmt werden. Sie verkennt dabei allerdings, dass die Regelung allein für Krankenhäuser gilt. Durch Festlegung von Qualitätsanforderungen für Krankenhäuser wird nicht in die individuelle Berufsfreiheit der dort beschäftigten Personen eingegriffen.

Der BKK Landesverband Mitte, die IKK classic, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, die Knappschaft Bahn See, Regionaldirektion Hannover, sowie der Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Niedersachsen, heben die besondere Bedeutung einer ausreichenden Personalbesetzung für die Qualität und Patientensicherheit hervor. MB und NKG weisen darüber hinaus darauf hin, dass die Freistellung von Personal für die neu einzurichtenden Gremien zu höherem Zeitdruck führen würde, der wiederum die Sicherheit beeinträchtigt. Sie fordern deshalb flankierende Maßnahmen zur Sicherstellung einer quantitativ und qualitativ ausreichenden ärztlichen und pflegerischen Besetzung. Der BKK Landesverband Mitte, die IKK classic, die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, die Knappschaft Bahn See, Regionaldirektion Hannover, sowie der Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Niedersachsen, regen die Aufnahme einer weiteren Ermächtigung des Fachministeriums zur Festlegung einer nach Anzahl und Qualifikation bestimmten Personalmindestbesetzung für einzelne Fachrichtungen der Krankenhäuser an. Eine solche Vorgabe erscheint grundsätzlich sinnvoll; einer zusätzlichen Regelung bedarf es jedoch nicht, da Vorgaben zur personellen Besetzung einen Indikator der Strukturqualität darstellen und somit als weitere Qualitätsanforderung im Sinne des Absatzes 2 a festzulegen sind.

Zu Buchstabe c:

Der Wortlaut entspricht dem des bisher geltenden § 15 NKHG. Die Regelung ist aus rechtssystematischen Erwägungen nunmehr im Kontext der Regelungen zur Krankenhausplanung verortet und an die bundesgesetzliche Novellierung des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs angepasst worden.

Die GKV fordern die Streichung des Absatzes 7. Aus ihrer Sicht dienen Mindestmengenregelungen der Patientensicherheit und sind deshalb zwingend einzuhalten.

Die Notwendigkeit, auf die bewährte Regelung aufgrund einer lediglich redaktionellen Anpassung des Gesetzestextes zu verzichten, ist jedoch nicht nachzuvollziehen.

Zu Nummer 3 (§§ 15 und 16 – neu –):

Zu § 15 (Umgang mit sicherheitsrelevanten Ereignissen):

Die NKG regt an, die Überschrift in „Einführung eines Fehlermeldesystems“ zu ändern. Allerdings könnte dies den Eindruck erwecken, die zugelassenen Krankenhäuser würden verpflichtet, zusätzlich zu den Vorgaben des G-BA ein weiteres Meldesystem einzurichten. Geregelt wird jedoch der Umgang mit sicherheitsrelevanten Ereignissen unter Nutzung des für zugelassene Krankenhäuser bereits verpflichtend vorzusehenden Fehlermeldesystems.

Zu Absatz 1:

Mit der Regelung des neu gefassten § 15 Abs. 1 werden alle Krankenhäuser verpflichtet, ein anonymes Fehlermeldesystem einzuführen. Es 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 a priori 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.

Das Bestehen anonymer Meldesysteme erachtet auch der Bundesgesetzgeber als unabdingbar für die Qualitätssicherungskonzepte der zugelassenen Krankenhäuser (siehe unten zu Absatz 3). Die Pflicht zur Einführung derartiger Systeme wird durch Absatz 1 mithin allein für Krankenhäuser, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, konstituiert. Für diese Gruppe kann mit Blick auf die Patientensicherheit kein anderer Standard gelten als für die Vielzahl der anderen Krankenhäuser.

Die LfD hat darauf hingewiesen, dass die bislang gewählte Formulierung die Möglichkeit von Meldungen mit Personenbezug vorsieht. Um dies auszuschließen, wurde die Formulierung wie vorgeschlagen geändert.

Der LSR hat eine Ergänzung dahingehend angeregt, dass die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher die Einrichtung des anonymen Fehlermeldesystems bekannt geben. Da es sich jedoch um ein Meldesystem ausschließlich für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter handelt, erscheint dies nicht zielführend.

Die NKG hält eine Klarstellung dahingehend für erforderlich, dass ein Fehlermeldesystem nur dann einzuführen sei, soweit es noch nicht vorhanden ist. Dies ergibt sich jedoch unzweifelhaft aus Absatz 3.

Der Anmerkung des SoVD, dass der Erfolg von Fehlermeldesystemen davon abhängig ist, in der Praxis ein angstfreies Klima zu erzeugen, ist zuzustimmen. Dies liegt in der Verantwortung des einzelnen Krankenhauses; einer gesetzlichen Regelung bedarf es nicht.

Zu Absatz 2:

Mit der Verpflichtung, Meldungen, die auf eine besondere Gefährdung der Patientensicherheit schließen lassen, an das Fachministerium weiterzuleiten, soll sichergestellt werden, dass schwerwiegende Vorfälle rechtzeitig erkannt und untersucht werden. Da dies auch das Ziel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sein dürfte, die solche Vorfälle melden, kann der Einwand der AG KSpV, dass damit die angestrebte Niederschwelligkeit gefährdet würde, nicht nachvollzogen werden. Innerhalb des Fachministeriums kann zur Entgegennahme der Meldungen eine zuständige Stelle, beispielsweise die oder der Landespatientenschutzbeauftragte, benannt werden, die oder der als unabhängige Stelle besonders geeignet ist, die Rechte der Patientinnen und Patienten in solchen Fällen zu wahren. Die Pflicht der Krankenhäuser ist deshalb nicht als bloße Informationspflicht ausgekleidet worden, weil die Landespatientenschutzbeauftragte oder der Landespatientenschutzbeauftragte die Krankenhäuser beim Umgang mit eingegangenen Meldungen insbesondere auch beraten kann, mithin die Krankenhäuser aufgrund der Beteiligungspflicht diese Beratungsergebnisse in ihre Überlegungen mit einbeziehen müssen.

ÄKN und NKG fordern eine Klarstellung, in welchen konkret bezeichneten Fällen das Fachministerium zu beteiligen ist und welchen Inhalt die Meldungen haben sollen. Mit Blick auf das breite Spektrum möglicher Meldungen ist dies jedoch im konkreten Einzelfall zu bewerten. Der von der ÄKN als zu unbestimmt empfundene Begriff der „besonderen Gefährdung“ ist hier im

strafrechtlichen Sinne zu verstehen. Einer Regelung, welche Stelle im Krankenhaus die Meldung vornimmt, bedarf es nicht; dies kann jedes Krankenhaus organisatorisch selbst bestimmen. Anders als von der ÄKN angenommen wäre jedoch die Meldung durch die Patientensprecherinnen und Patientensprecher nicht sachgerecht, da es sich nicht um Meldungen von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen handelt.

Die ÄKN erbittet eine Klarstellung, dass die Meldepflicht nur insofern bestehe, als sich diese nicht bereits aus dem Bundesrecht ergebe. Eine Überschneidung anonymer Meldungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit gesetzlich vorgegebenen Meldungen, beispielsweise zu Gefährdungen zu Arzneimitteln, ist zwar grundsätzlich denkbar, in der Praxis sollte es dem Krankenhaus jedoch möglich sein, etwaige Doppelmeldungen angemessen zu bearbeiten.

Die GKV empfehlen, dass über das Fachministerium hinaus auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen beteiligt werden sollen, ohne dies näher zu begründen. Eine solche Regelung wäre im Rahmen der Versorgungsverträge zu treffen.

Zu Absatz 3:

Zugelassene Krankenhäuser sind nach § 135 a 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 § 136 a Abs. 3 SGB V verpflichtet. Den Qualitätsberichten für das Jahr 2013 ist zu entnehmen, dass rund 73 Prozent der nach § 108 SGB V zugelassenen niedersächsischen Krankenhäuser über ein anonymes Fehlermeldesystem verfügten. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund der bundesgesetzlichen Verpflichtung dieser Anteil in den vergangenen drei Jahren gestiegen ist.

Der Kompetenztitel der Sozialversicherung in Artikel 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. Der Bereich zulässiger Regelungsbefugnis würde vor allem dann verlassen, wenn die Regelungen des Bundes verschärft würden (Kuhla, NZS 2014, S. 361, 364). Die Beteiligungspflicht in Absatz 2 ergänzt das Fehlermeldesystem insofern, als dass ab einem bestimmten Gefährdungspotential die Meldung an das Fachministerium zu erfolgen hat. Es wird daher ausdrücklich klargestellt, dass die Regelungen der Absätze 1 und 2 für den Kreis der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser die entsprechenden bundesrechtlichen Vorgaben lediglich ergänzen. Innerhalb des Fachministeriums kann zur Entgegennahme der Meldungen eine zuständige Stelle, beispielsweise die Landespatientenschutzbeauftragte oder der Landespatientenschutzbeauftragte, benannt werden.

Vor dem Hintergrund, dass mit der Meldepflicht in Absatz 2 eine ergänzende Regelung getroffen wurde, kann dem Vorschlag der NKG, klarstellend aufzunehmen, dass über die Vorgaben des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs hinaus keine weitergehenden Verpflichtungen bestehen, nicht entsprochen werden.

Zu Absatz 4:

Das Fachministerium unterstützt das Krankenhaus beim Umgang mit dem Fehlermeldesystem, insbesondere bei der Einführung und beim Betrieb, durch die Erstellung von Handlungsempfehlungen. Dabei sind die vom G-BA nach § 136 a Abs. 3 SGB V definierten Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme zu berücksichtigen. Auch die von der ÄKN angeführten Handlungsempfehlungen zum Critical Incident Reporting System (CIRS; auf Deutsch: Berichtssystem über kritische Vorkommnisse) können als Grundlage dienen.

Mit Blick auf die Mindeststandards des G-BA hält die NKG die Herausgabe weiterer Empfehlungen für entbehrlich. Sie übersieht dabei, dass die Empfehlungen dazu dienen sollen, die Krankenhäuser in der praktischen Umsetzung zu unterstützen und beispielsweise die bemängelten Unsicherheiten bezüglich der Meldungen an das Fachministerium auszuräumen.

Die GKV weist darauf hin, dass die Mindeststandards des G-BA zwingend einzuhalten seien. Hierzu wird auf die Ausführungen zu Absatz 3 verwiesen. Eine Notwendigkeit, die GKV regelhaft bei der Erstellung der Handlungsempfehlungen zu beteiligen, ist nicht erkennbar.

Zu § 16 (Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher):

Die Norm ist aus rechtssystematischen und -dogmatischen Erwägungen neu gefasst worden. So sind beispielsweise Regelungsgehalte, die sich aus höherrangigem Recht wie dem Rechtsdienstleistungsgesetz ergeben und damit rein deklaratorischer Natur waren, im Sinne der Normensparsamkeit gestrichen worden. Erste Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass die Bereitschaft geeigneter Personen, dieses Amt zu übernehmen, wächst, wenn die Berufungsregelungen, insbesondere mit Blick auf den ursprünglich bestehenden fünfjährigen Berufszeitraum, gelockert werden. GKV und NKG haben jedoch darauf hingewiesen, dass Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher nur erfolgreich tätig sein könnten, wenn sie nicht nur kurzfristig im Amt seien und ausreichend Zeit zur Einarbeitung erhielten. Auf Vorschlag der NKG wurde deshalb ein regelhafter Berufszeitraum von drei Jahren vorgesehen.

Weitere materiell-rechtliche Veränderungen sind bei der Neufassung des § 16 nicht erfolgt. Die Bedenken von GKV, NKG, NPR und LSR, es handele sich um eine grundlegende Neufassung, bei der wichtige Berufungsvoraussetzungen, Aufgaben oder Sanktionsmöglichkeiten entfallen oder hinzugekommen sind, sind somit unbegründet. Neben Niedersachsen haben Hessen, Thüringen, Saarland, Rheinland-Pfalz, Bremen, Berlin, Nordrhein-Westfalen und Hamburg vergleichbare Regelungen.

Zu Absatz 1:

Die Norm regelt die Pflicht der Krankenhausträger, für jedes Krankenhaus das Amt einer Patientenfürsprecherin oder eines Patientenfürsprechers einzurichten.

Berufen werden können nur geeignete natürliche Personen. Die Berufung einer juristischen Person wie beispielsweise eines Freundeskreises ist unzulässig, weil damit nicht das für die Amtsausübung zwingend erforderliche Vertrauensverhältnis aufgebaut werden kann. 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.

Es ist davon auszugehen, dass es sich bei der Tätigkeit um eine betreuende Tätigkeit im Sinne des § 3 Nr. 26 des Einkommenssteuergesetzes handelt.

Zu Absatz 2:

Die Patientenfürsprecherin oder der Patientenfürsprecher dient dem übergeordneten Ziel, die Qualität der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln.

Nummer 1

Die Förderung des Vertrauensverhältnisses ist umfassend zu verstehen und bezieht sich auf alle im konkreten Einzelfall dazu geeignet erscheinenden Maßnahmen. Eine geeignete Maßnahme wäre z. B., gegenüber dem Krankenhaus auf die in § 1901 b des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) bundesgesetzlich normierte Pflicht der Berücksichtigung von Patientenverfügungen hinzuwirken. Die entsprechende Regelung findet sich bislang in § 16 Abs. 2 Satz 8 NKHG. Auch die Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat, deren Fehlen der MB bemängelt hat, ist als geeignete Maßnahme anzusehen.

Nummer 2

Wesentliche Aufgabe der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers ist es, Beschwerden und Anregungen zu bearbeiten und so zu einer Qualitätsverbesserung beizutragen. Welche Stelle im Krankenhaus für die Entgegennahme der Meldungen jeweils zuständig ist, hängt vom konkreten Einzelfall ab.

Nummer 3

Durch die in dieser Nummer geregelte Lotsenfunktion wird zum einen dem Umstand Rechnung getragen, dass die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher selbst keine unmittelbare Beratung in rechtlichen oder medizinisch-fachlichen Fragen leisten können und sollen. Zum anderen kann es auch dann zweckmäßig sein, die Betroffenen über andere Stellen zu beraten, wenn das jeweilige Anliegen nicht in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses oder seines Trägers fällt.

Nummer 4

Die Norm beinhaltet eine wesentliche Aufgabe der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher, nämlich die Unterrichtung der zuständigen Stellen über mögliche Missstände. Die Beschränkung der Meldungen auf „erhebliche“ Mängel soll gewährleisten, dass nicht in jedem Bagatellfall eine Unterrichtungspflicht ausgelöst wird.

Nummer 5

Die Berichtspflicht der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher ist dahingehend zu konkretisieren, dass sie nicht nur allgemein regelmäßig, sondern auch bei besonderer Veranlassung im Einzelfall besteht. Daraus ergibt sich kein Anspruch des Krankenhauses, bei der Patientenfürsprecherin oder dem Patientenfürsprecher Informationen einzufordern.

Nummer 6

Erfahrungen aus der Praxis belegen, dass Sprechstunden nur begrenzt praktikabel und zweckdienlich sind. Daher besteht die Verpflichtung, auch im Übrigen eine Erreichbarkeit in geeigneter Form, beispielsweise über E-Mail oder einen Anrufbeantworter, sicherzustellen.

Zu Absatz 3:

Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher können ihr übergeordnetes Ziel der Qualitätssicherung nur dann effektiv erreichen, wenn auch das Krankenhaus seinen klar umrissenen Pflichtenkreis kennt und ihm nachkommt.

Nummer 1

Die besondere Hinweispflicht des Krankenhausträgers dient der sicheren und umfassenden Aufgabenwahrnehmung durch die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher. Dabei handelt es sich um eine deklaratorische Pflichtenbelehrung (vgl. § 43 Satz 1 des Niedersächsischen Kommunalverfassungsgesetzes) und keine konstitutive Pflichtenbegründung (vgl. § 83 Abs. 2 des Verwaltungsverfahrensgesetzes).

Nummer 2

Die ehrenamtlich tätigen Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher haben einen Anspruch auf Aufwandsentschädigung gegenüber dem Krankenhausträger. Die Höhe der Aufwandsentschädigung soll der Entwicklung in der Praxis überlassen bleiben.

Nummer 3

Die Pflicht knüpft an § 5 Abs. 7 Sätze 1 und 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser – QM-RL) an. Danach gehört zum patientenorientierten Beschwerdemanagement neben der „zügigen und transparenten Bearbeitung der Beschwerden“ auch die „zeitnahe Unterrichtung über das Ergebnis und gegebenenfalls gezogene Konsequenzen“.

Nummer 4

Die Pflicht, geeignete Räume für die Sprechstunde zur Verfügung zu stellen, trägt dem Umstand Rechnung, dass zum einen die Gespräche in der Regel einer Vertraulichkeit bedürfen und zum anderen das Angebot für die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen unmittelbar vor Ort erreichbar sein muss.

Nummer 5

Die Kosten für erforderliche Fortbildungen hat der Krankenhausträger zu übernehmen. Da die Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher die unterschiedlichsten Vorkenntnisse für ihre ehrenamtliche Tätigkeit mitbringen und darauf aufbauend individuelle Fortbildungen

benötigen, erscheint die vom NPR geforderte Standardisierbarkeit der Fortbildungen nicht praxistauglich.

Nummer 6

Die Pflicht, die Patientinnen und Patienten sowohl über das Amt als auch über die Erreichbarkeit der Patientenfürsprecherin oder des Patientenfürsprechers zu informieren, knüpft an § 5 Abs. 7 Satz 2 KQM-RL an, wonach die Patientinnen und Patienten über Beschwerdemöglichkeiten vor Ort zu informieren sind. Wie vom LSR angemerkt, umfasst der Begriff der „geeigneten Form“ sowohl mündliche als auch schriftliche Informationen, bei Bedarf auch in leichter Sprache.

Zu Absatz 4:

Der Geheimhaltungspflicht unterliegen insbesondere Geheimnisse aus dem persönlichen Lebensbereich der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sowie Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des Krankenhauses und seines Trägers.

Die Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und 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.

Zu Absatz 5:

Zur Unterstützung der Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher gibt das Fachministerium Handlungsempfehlungen heraus. Diese Aufgabe wird zukünftig vom Fachministerium auf die Landespatientenschutzbeauftragte oder den Landespatientenschutzbeauftragten übertragen, weil die Zusammenarbeit und Begleitung der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher eine ihrer oder seiner originären Aufgaben darstellt. Die Handlungsempfehlungen sollen auch ein Leitbild enthalten. Da die Handlungsempfehlungen sich nicht an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses richten, ist die geforderte Beteiligung von MB und NPR nicht notwendig.

Zu Absatz 6:

Die Regelung konstituiert die Pflicht der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher, dem Fachministerium jährlich einen Erfahrungsbericht vorzulegen. Innerhalb des Fachministeriums kann zur Entgegennahme der Berichte eine zuständige Stelle, beispielsweise die oder der Landespatientenschutzbeauftragte, benannt werden, zu deren oder dessen Aufgabenbereich es naturgemäß gehört, die Erfahrungen der Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher zu bewerten, Rückschlüsse zu ziehen und Verbesserungspotentiale herauszufinden, die dann wiederum für die künftige Arbeit in die Handlungsempfehlungen aufzunehmen sind.

Zu Absatz 7:

Die Regelung soll den rechtlichen Problemen Rechnung tragen, die möglicherweise im Hinblick auf die Gesetzgebungskompetenz des Landes bestehen könnten (vgl. zum Problem beispielsweise Kuhla, NZS 2014, 361). Denn es ist nicht ganz eindeutig, inwiefern der Bund, insbesondere im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs, das „patientenorientierte Beschwerdemanagement“ abschließend geregelt hat und dies insoweit einer Regelung des Landes abschließend entgegenstehen könnte. 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 Nummer 4 (§§ 17 bis 21 – neu –):

Zu § 17 (Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen):

Zu Absatz 1:

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden bereits in knapp der Hälfte der nach § 108 SGB V zugelassenen niedersächsischen Krankenhäuser als Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualität genutzt (Qualitätsberichte 2013). Mit der vorgesehenen Regelung soll

diese bewährte Praxis verstetigt und flächendeckend umgesetzt werden. 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 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 ÄKN sieht einen Widerspruch zwischen dem Ziel, kriminelles Handeln aufzudecken, und der geforderten Sanktionsfreiheit. Dabei verkennt sie allerdings, dass sich die Sanktionsfreiheit ohnehin nur auf Fehler, nicht jedoch auf vorsätzliche kriminelle Handlungen beziehen kann.

Befragungen von Teilnehmerinnen und Teilnehmern belegen, dass das Personal für Verbesserungen in der Patientensicherheit durch Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sensibilisiert wird und diese Lerneffekte noch erhöht werden, wenn die Konferenzen in systematischer Form und innerhalb der Einrichtung nach festen Standards durchgeführt werden (Bundesärztekammer Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Berlin, 2016 mit weiteren Nachweisen).

Die NKG rät von einer verpflichtenden Einführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ab; eine Soll-Regelung sei ausreichend. Sie begründet dies damit, dass Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in vielen niedersächsischen Krankenhäusern bereits etabliert seien, allerdings aus der Tradition der ärztlichen Fort- und Weiterbildung und nicht des Risiko- und Qualitätsmanagements. Dabei verkennt die NKG, dass eben diese Weiterentwicklung im Hinblick auf die Patientensicherheit dringend erforderlich ist und mit der vorgesehenen Regelung die Heranbildung einer entsprechenden „Fehlerkultur“ angestoßen werden soll.

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. Während der MB eine Präzisierung der Häufigkeit von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen fordert, hält die NKG die Mindestvorgabe einer monatlichen Frequenz für zu starr. Es soll deshalb zunächst abgewartet werden, wie die Regelung in der Praxis umgesetzt wird. Nach der Implementierungsphase ist zu bewerten, ob eine Anpassung sinnvoll erscheint.

Zu Absatz 2:

Die Vorschrift legt die Mindestbesetzung der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen fest. Der Teilnehmerkreis der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sollte in Abhängigkeit von den individuellen Gegebenheiten möglichst breit gefasst werden, damit zum einen ein möglichst großes Spektrum an Fachkenntnissen genutzt werden kann und zum anderen möglichst viele Personen von den Erkenntnissen profitieren können. Weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer können beispielsweise Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, Angehörige der anderen Gesundheitsfachberufe (unter anderem Hebammen und Entbindungspfleger, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten), Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Labors, der Apotheke, der Funktionsbereiche und der Pathologie oder Patientenfürsprecherinnen und Patientenfürsprecher sein.

Aus Sicht der ÄKN sollte jedes Krankenhaus individuell über die Zusammensetzung der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen entscheiden, da diese abhängig vom Status der Sicherheitskultur und der interprofessionellen Zusammenarbeit sei. Dieser Einwand geht jedoch fehl, da eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit im Hinblick auf die Patientensicherheit dringend erforderlich ist und gerade in Krankenhäusern mit einer noch nicht sehr ausgeprägten Sicherheitskultur mit der vorgesehenen Regelung gefördert werden soll.

Dem Änderungsvorschlag der Apothekerkammer, die leitende Apothekerin oder den leitenden Apotheker als regelhaftes Mitglied in der Konferenz zu beteiligen, wird nicht gefolgt. Eine Beteiligung ist durch die Formulierung „insbesondere“ eröffnet, wenn das Krankenhaus diese für erforderlich erachtet.

Der NKG ist zuzustimmen, dass die Vorgaben zur Besetzung nur für krankenhaussweite Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen Anwendung finden können. Eine Verpflichtung zur Durchführung abteilungsspezifischer Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ist nicht beabsichtigt.

Der DBfK Nordwest e. V. regt an, den Begriff „Pflegefachkraft“ durch „Pflegefachperson“ zu ersetzen, da letzterer Standard der Berufsverbände im deutschsprachigen Raum sei. Dem

kann aus Gründen der Normenklarheit nicht gefolgt werden, da die Sozialgesetzbücher ausschließlich den Begriff der „Pflegefachkraft“ verwenden.

Zu Absatz 3:

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 Verbesserungspotential. Darüber hinaus ist die krankenhausinterne Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik zu analysieren, insbesondere im Hinblick auf eine ungewöhnliche Häufung von Komplikationen oder Todesfällen.

Aus Sicht der NKG ist Absatz 3 insgesamt zu streichen. Die Beschäftigung mit Statistiken laufe der ursprünglichen Intention der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen zuwider; vorbereitende Datenanalysen würden zusätzlichen bürokratischen Aufwand erzeugen. Dieser Einwand kann nicht nachvollzogen werden, da beispielsweise ein Anstieg von Krankenhausinfektionen oder bestimmte Gefährdungsmuster nicht allein anhand von Einzelfällen erkannt werden können.

Die LfD weist darauf hin, dass mit Blick auf die Schweigepflicht nach § 203 des Strafgesetzbuchs (StGB) sowie die datenschutzrechtlichen Vorgaben nur anonymisierte Einzelfälle geschildert werden dürfen. Einer gesonderten Regelung bedarf es jedoch nicht, da die Verwendung personenbezogener Daten im Rahmen von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen nicht erforderlich ist und die Mitglieder ohnehin im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit an diese Pflichten gebunden sind.

Zu Absatz 4:

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.

Der MB fordert eine Präzisierung der Anforderungen an Protokolle, Dokumentationen und Prüfungen. Aufgrund der unterschiedlichen Leistungsspektren der Krankenhäuser soll dies jedoch krankenhausindividuell im entsprechenden Leitfaden geregelt werden.

Zu Absatz 5:

Die Krankenhäuser unterliegen bereits heute nach der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser umfangreichen Dokumentationspflichten. Diese Daten dürfen jedoch allein für krankenhausplanerische Zwecke verwendet werden. Sofern sich aufgrund von Meldungen an das Fachministerium 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.

Die NKG hält die vorgesehene Vorlagepflicht für entbehrlich und befürchtet einen bürokratischen Aufwand. Zudem sei die Aussagekraft derartiger Statistiken aufgrund fehlender Standardisierung gering; konkrete Maßnahmen, die aus den Statistiken seitens des Fachministeriums abgeleitet werden könnten, fehlten. Hierzu ist klarzustellen, dass keine regelhafte Übermittlung und Auswertung der Statistiken beabsichtigt ist. Ziel ist es vielmehr, konkrete Meldungen schwerwiegender Verdachtsfälle anhand aktueller Daten bewerten zu können.

Zu § 18 (Arzneimittelkommission):

Zu Absatz 1:

Es ist davon auszugehen, dass in der überwiegenden Anzahl der niedersächsischen Krankenhäuser Arzneimittelkommissionen eingerichtet sind. Aufgaben, Zusammensetzung und Arbeitsweise sind jedoch nicht einheitlich definiert. Mit der gesetzlichen Verankerung im Niedersächsischen Krankenhausgesetz sollen die Existenz der Arzneimittelkommissionen abgesichert und einheitliche Standards geschaffen werden.

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 niedersächsischen Krankenhäusern wird somit die Patientensicherheit gestärkt. Die gesetzliche Absicherung von Arzneimittelkommissionen hat sich in den Bundesländern Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen bereits bewährt.

Für Krankenhäuser eines Trägers kann es sinnvoll sein, eine gemeinsame Arzneimittelkommission einzurichten, da die Beschaffung der Arzneimittel häufig zentral für alle Einrichtungen des Trägers organisiert wird. Ebenso soll dies Krankenhäusern ermöglicht werden, deren Standorte sich in räumlicher Nähe, beispielsweise im selben oder in benachbarten Landkreisen, zueinander befinden. Insbesondere kleinere Krankenhäuser sollen auf diese Weise Synergieeffekte nutzen können.

Apothekerkammer, ÄKN und GKV regen an, dass die Bestimmung der Krankenhäuser, die eine gemeinsame Arzneimittelkommission bilden können, präziser gefasst werden sollte. Apothekerkammer und GKV halten eine träger- und standortübergreifende gemeinsame Arzneimittelkommission für kritisch. Während die Apothekerkammer eine gemeinsame Arzneimittelkommission nur für Krankenhäuser befürwortet, die von derselben Apotheke versorgt werden, schlagen die GKV vor, diese Öffnung nur für Krankenhäuser, die unter einer gemeinsamen Leitung stehen, vorzusehen. Letztendlich wird es Aufgabe des Fachministeriums sein, im Rahmen seiner Aufsichtsfunktion zu bewerten, ob die Einrichtung einer gemeinsamen Arzneimittelkommission im Einzelfall sachgerecht ist. Die genannten Fälle wären voraussichtlich als „geeignete Fälle“ im Sinne des Gesetzes anzusehen.

Zu Absatz 2:

Die Zusammensetzung der Arzneimittelkommission orientiert sich an dem Personenkreis, der im Krankenhausbetrieb mit der Verordnung, Zubereitung und Verabreichung von Arzneimitteln befasst ist. Aus höherrangigem Recht (§ 14 Abs. 5 Nr. 6 des Apothekengesetzes [ApoG] und § 27 Abs. 2 Satz 3 der Apothekenbetriebsordnung) ergibt sich, dass die Leiterin oder der Leiter der Krankenhausapotheke oder der krankenhäuserversorgenden öffentlichen Apotheke stets Mitglied der Arzneimittelkommission ist. Das Krankenhaus kann weitere Mitglieder bestimmen, soweit dies fachlich geboten scheint, beispielsweise Stationsärztinnen und Stationsärzte oder verantwortliche Personen aus den Funktionsbereichen (z. B. Anästhesie, Endoskopie, Labor).

Apothekerkammer und ÄKN schlagen vor, den Begriff „Fachrichtung“ in „Fachgebiet“ zu ändern, da diese Formulierung im Kammergesetz für die Heilberufe und in der Weiterbildungsordnung der ÄKN verwendet wird. Der Begriff der Fachrichtung bezieht sich hier jedoch nicht auf ärztliche Fachgebiete, sondern auf die im Krankenhausplan festgelegten Fachrichtungen des Krankenhauses. Da der Krankenhausplan lediglich 22 unterschiedliche Fachrichtungen ausweist, die von keinem Krankenhaus in ihrer Gesamtheit vorgehalten werden, dürfte sich auch die Befürchtung von Apothekerkammer, ÄKN und UVN, dass das Gremium zu groß werden könnte, als unbegründet erweisen.

Die ÄKN bittet zu prüfen, ob statt der leitenden Ärztinnen oder Ärzte auch Fachärztinnen oder Fachärzte Mitglieder der Arzneimittelkommission sein können. Eine solche Öffnung ist nicht zweckmäßig, da die ärztlichen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger Mitglieder der Arzneimittelkommission sein müssen, um die Umsetzung der Entscheidung der Arzneimittelkommission in die Praxis sicherzustellen.

Anders als von der Apothekerkammer vorgeschlagen ist eine verpflichtende Teilnahme der leitenden Pflegefachkräfte unabdingbar, da diese maßgeblich an der Medikamentenversorgung beteiligt sind. Dem Vorschlag des DBfK Nordwest e. V., den Begriff „Pflegefachkraft“ durch „Pflegefachperson“ zu ersetzen, wird ebenso wie in § 17 Abs. 2 nicht gefolgt.

Dem Änderungsvorschlag der KVN, eine Vertreterin oder einen Vertreter aus dem Bereich der ambulanten Versorgung als regelhaftes Mitglied der Arzneimittelkommission vorzusehen, wird nicht gefolgt. Eine Beteiligung ist durch die Formulierung „insbesondere“ eröffnet, wenn das Krankenhaus diese für erforderlich erachtet. Die von der UVN erbetene offenere Formulierung ist insofern bereits umgesetzt.

Die Arzneimittelkommission muss sich eine Geschäftsordnung geben, um grundlegende verfahrensrechtliche Handlungskorridore vorab festzulegen. Die Geschäftsordnung sollte insbesondere Regelungen enthalten über Entscheidungen bei Dissens, über Stimmrechte und mögliche Befangenheitsgründe sowie über die Einrichtung von Arbeitsgruppen. Die Apothekerkammer weist darauf hin, dass auch Vertretungsregelungen Bestandteil der Geschäftsordnung sein sollten.

Zu Absatz 3:

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.

Die LfD weist darauf hin, dass mit Blick auf die Schweigepflicht nach § 203 StGB sowie die datenschutzrechtlichen Vorgaben nur anonymisierte Einzelfälle geschildert werden dürfen. Einer gesonderten Regelung bedarf es jedoch nicht, da die Aufgabe der Arzneimittelkommission die allgemeine Beratung zu Fragen der Arzneimittelversorgung und des Arzneimittelverbrauchs anhand kumulierter Daten ist. Eine Verwendung personenbezogener Daten ist nicht erforderlich. Darüber hinaus sind die Mitglieder ohnehin im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit an diese Pflichten gebunden. Entsprechend dieser Zielsetzung weisen die UVN und die ÄKN in ihren Stellungnahmen darauf hin, dass die Beratung und Unterstützung nicht patientenbezogen im Einzelfall, sondern mittels Standards oder Handreichungen erfolgen soll.

Der Vorschlag von ÄKN und NKG, die Erfassung aller mit der Anwendung eines Arzneimittels verbundenen Risiken in einem einrichtungsinternen Meldesystem als Aufgabe der Arzneimittelkommission herauszunehmen, wurde aufgenommen, da Meldesysteme zu Arzneimittelrisiken bereits in bundesrechtlichen Vorschriften (unter anderem Arzneimittelgesetz, Apothekenbetriebsordnung) und in den Berufsordnungen geregelt sind.

Dem Vorschlag der KVN, als weitere Aufgabe der Arzneimittelkommission die Gewährleistung der ambulanten Arzneimitteltherapie auch während der stationären Aufenthalte und die Einleitung der Medikation im Rahmen des Entlassmanagements auf Basis der Ordnungsregelungen für die ambulante Versorgung vorzusehen, wird nicht gefolgt. Die Fortführung der ambulanten Arzneimitteltherapie ist nicht Aufgabe der Arzneimittelkommission, sondern bleibt immer eine ärztliche Einzeltherapieentscheidung bei Aufnahme ins Krankenhaus. Die Fortführung der Medikation im Rahmen des Entlassmanagements ist über die entsprechende Richtlinie des G-BA umfassend geregelt. In der ambulanten Therapie häufig verwendete Arzneimittel können in der von der Arzneimittelkommission erstellten Arzneimittelliste Berücksichtigung finden.

Zu Absatz 4:

Die Pflicht, die Arzneimittelliste von vornherein zu berücksichtigen, würde einen unzulässigen Eingriff in die Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte darstellen. Weicht die Ärztin oder der Arzt bei der Ausübung ihrer oder seiner Therapiefreiheit von der Arzneimittelliste ab, so hat sie oder er jedoch gegenüber der Arzneimittelkommission eine Informationspflicht. Diese umfasst auch das Darlegen der Gründe für die Entscheidung und nicht nur das bloße Anzeigen der Maßnahme. Es liegen damit als entscheidungsrelevante Parameter für die Erweiterung der Arzneimittelliste nicht mehr nur allein die Verbrauchszahlen – wie im Fall von Niels H. – vor, sondern auch die Gründe für den erhöhten Verbrauch. Anhand der Begründung kann die Arzneimittelkommission über die Aufnahme zusätzlicher Arzneimittel in die Arzneimittelliste valider entscheiden. Auf Anregung der UVN soll nicht der eigentlich sprachlich präzisere Begriff der Unterrichtung verwendet werden, da dieser im Bereich klinischer Studien mit einer spezifischen Bedeutung belegt ist. Der UVN ist dahingehend zuzustimmen, dass eine Bewertung durch die Arzneimittelkommission in der Regel nicht im Einzelfall, sondern anhand einer aggregierten Liste der Krankenhausapothekes erfolgt.

Zu § 19 (Stationsapothekerin oder Stationsapotheker):

Zu Absatz 1:

Die bislang weitgehend auf die Tätigkeit in der Apotheke beschränkte Tätigkeit der Apothekerinnen und Apotheker soll so erweitert werden, dass auf allen Stationen und in allen Funktionsbereichen mit Arzneimittelvorräten eine tatsächliche Vor-Ort-Präsenz sichergestellt ist. Auf diese Weise steht eine direkte Ansprechpartnerin oder ein direkter Ansprechpartner sowohl für ärztliches und pflegerisches Personal auf der Station als auch für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Rund 10 Prozent der nach § 108 SGB V zugelassenen niedersächsischen Krankenhäuser verfügen ihrem Internetauftritt zufolge bereits über Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker.

Die Stationsapothekerin oder der Stationsapotheker gehört zum Personal der Krankenhausapotheke nach § 14 Abs. 1 ApoG, im Fall der Versorgung des Krankenhauses durch eine andere Krankenhausapotheke nach § 14 Abs. 3 ApoG oder durch eine öffentliche Apotheke nach § 14 Abs. 4 ApoG zum Personal der versorgenden Apotheke; damit ist sie oder er an die apothekenrechtlichen Vorschriften gebunden. Zudem kann sie oder er auf diese Weise die Infrastruktur, Fachliteratur, Datenbanken und Medien nutzen und am fachlichen Austausch teilnehmen. Verfügt ein Krankenhaus nicht über eine eigene Krankenhausapotheke, so müssen im Versorgungsvertrag zwischen Krankenhausträger und krankenhausemmenter Apotheke die Leistungen der Stationsapothekerin oder des Stationsapothekers abgebildet werden.

Der Begriff „Stationsapothekerin“ oder „Stationsapotheker“ ist lediglich als Funktionsbezeichnung anzusehen und stellt insoweit keine quantitative Festlegung dar. Die Beratungsintensität ist abhängig von Größe, Art und Leistungsstruktur des Krankenhauses. Die Anzahl der erforderlichen Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker muss in hinreichendem Verhältnis zu der vorhandenen Bettenzahl und den vorhandenen Fachrichtungen stehen, um die Präsenz auf Station und die Erreichbarkeit außerhalb der Präsenzzeiten sicherzustellen. So werden psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken (beispielsweise mit primär psychotherapeutischem Ansatz), die eine geringe Anzahl an Medikamenten vergeben, grundsätzlich weniger Beratungsbedarf durch Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker haben als beispielsweise Krankenhäuser mit operativen oder intensivmedizinischen Fachrichtungen. Bisherige Erfahrungswerte in anderen Ländern ergeben als Anhalt ein Verhältnis von durchschnittlich einer Vollzeitstelle zu 300 Betten. Für nicht bettenführende Funktionsbereiche mit Arzneimittelvorräten, wie beispielsweise Operationssaal oder Notaufnahme, ist eine angemessene Betreuung durch Stationsapothekerinnen oder Stationsapotheker vorzusehen.

GKV und NKG lehnen die Regelung insgesamt ab. Aus ihrer Sicht ist der Beitrag von Stationsapothekern auf die Patientensicherheit nicht so groß, dass der erhebliche Aufwand für ihre Einführung gerechtfertigt wäre. Die NKG fordert deshalb eine Wirkungsanalyse vor der Einführung. Diese erscheint beim Einblick in die Entwicklung der Stellenangebote für Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker entbehrlich. Die Ausschreibungen dieser Vakanzen sind insofern bemerkenswert, als dass sie bisher ohne rechtliche Notwendigkeit erfolgen und Krankenhäuser unterschiedlicher Größe, Lage und Trägerschaft betreffen. Die Ausschreibung einer Stelle als „Leiter der Stationsapotheker“ zeigt die Weiterentwicklung in dieser Thematik.

Zudem weisen die GKV darauf hin, dass die Beratung des ärztlichen und pflegerischen Personals durch die Krankenhausapotheke in jedem Krankenhaus sicherzustellen sei. Die NKG weist darauf hin, dass ein fallbezogener Austausch zwischen Ärztin oder Arzt und Apothekerin oder Apotheker in Sachen der Pharmakotherapie geübte Praxis sei. Eine Strukturvorgabe sei daher entbehrlich. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Krankenhausmorde in Delmenhorst und Oldenburg durch den ehemaligen Krankenpfleger Niels H. exemplarisch deutlich gemacht haben, dass eine mangelnde interdisziplinäre Kommunikation auf den Stationen die Arzneimitteltherapiesicherheit beeinträchtigen kann.

Die NKG hält eine Übergangsfrist von einem Jahr für zu kurz. Vor dem Hintergrund, dass die reguläre Weiterbildungszeit für die Weiterbildung zur Fachapothekerin oder zum Fachapotheker für Klinische Pharmazie in Niedersachsen drei Jahre beträgt, wurde die Übergangsfrist auf drei Jahre verlängert.

Zu Absatz 2:

Die Stationsapothekerin oder 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 die Stationsapothekerin oder der Stationsapotheker auch die Kostenkontrolle, weil sie oder er durch Beratung die individuelle Therapie dahingehend optimieren kann, dass Wechselwirkungen vermieden und Arzneimittel effektiver eingesetzt werden sowie die Menge reduziert wird. Die bisherigen Erfahrungen in Kliniken bestätigen diesen Ansatz. Er oder sie ist an der Erarbeitung und Etablierung von Standards zur Arzneimitteltherapie (z. B. zur antiinfektiven Therapie, zum perioperativen Arzneimittelmanagement, zur perioperativen Schmerztherapie oder zur Prophylaxe der tiefen Venenthrombose) und der Erstellung von Dokumenten für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement beteiligt, begleitet die ärztliche Visite und führt Kurvenvisiten durch. Darüber hinaus führt sie oder er Fortbildungsveranstaltungen und Schulungen durch.

Auf Vorschlag der Apothekerkammer wurde in Satz 2 „Arzneimittelanamnese“ durch den umfassenderen Begriff „Arzneimitteltherapie bei Aufnahme und Entlassung“ ersetzt. Um den zu eng gefassten Begriff „Arzneimittelwechselwirkung“ zu ändern, wurden in Satz 2 die Aufgaben der Stationsapothekerin und des Stationsapothekers dahingehend deutlicher formuliert, dass sie zu allen arzneimittelbezogenen Fragestellungen zu beraten haben.

Die Bedenken der NKG, dass die Verordnung der Medikation als ausschließlich ärztliche Aufgabe angetastet werden könnte, werden nicht geteilt, da die Funktion der Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker ausdrücklich auf die Beratung beschränkt bleibt.

Zu Absatz 3:

Die Stationsapothekerin oder der Stationsapotheker sollte in dem Gebiet der klinischen Pharmazie weitergebildet sein. Klinische Pharmazie ist die Wissenschaft und Praxis vom evidenzbasierten Arzneimitteleinsatz an der Patientin oder dem Patienten. Ziel ist, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität für die Patientin oder den Patienten zu erhöhen. Damit leistet die Klinische Pharmazie einen wesentlichen Beitrag zur Arzneimitteltherapiesicherheit. Fachapothekerinnen oder Fachapotheker mit einer Weiterbildung für klinische Pharmazie oder einer gleichwertigen Weiterbildung eines anderen Landes sind daher besonders geeignet für die Aufgaben der Stationsapothekerin oder des Stationsapothekers.

MB, AG KSpV, VdPKN, ÄKN und NKG bezweifeln, dass ausreichend Krankenhausapothekerinnen und Krankenhausapotheker zur Verfügung stehen, um diese Anforderung zu erfüllen. MB und ÄKN schlagen deshalb eine Delegationsmöglichkeit an Pharmazeutisch-technische Assistentinnen oder Pharmazeutisch-technische Assistenten vor. Die ÄKN hält zudem den Einsatz klinischer Pharmakologinnen und Pharmakologen für eine sinnvolle Ergänzung. Die UVN dagegen fordern, dass die Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker zwingend über die Weiterbildung zur Fachapothekerin oder zum Fachapotheker für Klinische Pharmazie verfügen müssen.

Laut der Apothekerkammer haben in Niedersachsen seit Einführung der Weiterbildungsordnung im Jahr 1986 über 300 Personen die Anerkennung als Fachapothekerin oder Fachapotheker für Klinische Pharmazie erhalten. Aktuell sind 149 Fachapothekerinnen und Fachapotheker für Klinische Pharmazie in Niedersachsen tätig, weitere befinden sich in der aktiven Weiterbildung. Die in anderen Bundesländern erworbene Weiterbildung wird in Niedersachsen anerkannt. Eine verpflichtende Vorgabe empfiehlt sich somit nicht. Bei Beibehaltung der vorgesehenen Soll-Vorschrift können die Bedenken der Verbände bezüglich der Verfügbarkeit geeigneten Personals allerdings nicht geteilt werden.

Aus Sicht der NKG, der GKV und des MB könnte die Patientensicherheit maßgeblich durch den Einsatz von Informationstechnologie im Rahmen der Arzneimittelversorgung gesteigert werden, beispielsweise durch die automatische Erkennung von potentiellen Wechselwirkungen, die Verknüpfung mit Laborwerten oder die Erstellung von Medikationsplänen. Die NKG schlägt deshalb vor, im Gesetz eine Regelung aufzunehmen, dass den Krankenhäusern mit Unterstützung des Landes die Implementierung solcher EDV-Lösungen ermöglicht wird. Ein solches Förderprogramm bedürfte jedoch keiner gesetzlichen Grundlage. Eine Finanzierung wäre schon heute grundsätzlich aus Mitteln der pauschalen Förderung nach § 7 NKHG möglich.

Zu § 20 (Umgang mit berufsbezogenen Belastungen):

Zu Absatz 1:

Um der hohen Dauerbelastung des in der direkten Patientenversorgung tätigen Personals präventiv entgegenzuwirken, haben Krankenhäuser ein Konzept zur Unterstützung dieses Personenkreises bei der Bewältigung berufsbezogener Belastungen zu erstellen und umzusetzen. Maßnahmen dieser Art dienen unmittelbar der Gesunderhaltung des Personals und damit mindestens mittelbar dem Schutz der Patientinnen und Patienten, weil diese so vor Gefahren, die sich aus der Ermüdung des Personals ergeben könnten, bewahrt werden.

GKV und NKG halten eine Verpflichtung der Krankenhäuser zur Erstellung eines Konzepts zum Umgang mit berufsbezogenen Belastungen für entbehrlich. Aus Sicht der GKV handelt es sich um eine arbeitsvertragliche Nebenpflicht (Fürsorgepflicht nach § 241 Abs. 2 BGB) sowie allgemeine Schutzpflichten (§ 618 Abs. 1 BGB, § 62 Abs. 1 des Handelsgesetzbuchs) des Arbeitgebers, deren Einhaltung selbstverständlich sei. Die NKG hält die Regelung für einen unzulässigen Eingriff in die interne Organisationshoheit des Krankenhauses und plädiert deshalb dafür, die Einführung eines solchen Konzepts lediglich als Soll-Vorschrift zu fassen. Mit Blick auf die besondere Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind, kann dem jedoch nicht gefolgt werden. Die Krankenhausmorde in Delmenhorst und Oldenburg durch den ehemaligen Krankenpfleger Niels H. haben exemplarisch gezeigt, dass die zur Verfügung stehenden Unterstützungsmaßnahmen für das Krankenhauspersonal noch nicht im erforderlichen Umfang zum Einsatz kommen.

Aus Sicht von DGB, NKG und GKV könnte eine wirkungsvollere Entlastung des Krankenhauspersonals und somit ein höherer Nutzen für die Patientensicherheit mit einer Verbesserung der Personalsituation im Krankenhaus erreicht werden; hierzu wird auf die Anmerkungen zu Nummer 2 (zu Buchstabe b) verwiesen.

Zu Absatz 2:

Geeignete Maßnahmen zur Unterstützung des Personals sollen sowohl individuell ausgerichtet als auch von übergeordneter Natur sein. Der Gesetzgeber geht davon aus, dass insbesondere Supervisionen als individuelle Unterstützungsangebote in den Konzepten vorzusehen sind. Durch eine solche regelmäßige und begleitete Reflexion über eigene Belastungen, Erfahrungen und die berufsbezogene Haltung können frühzeitig Anzeichen von Ermüdung und Tendenzen eines schleichenden Verlusts der Selbstkontrolle aufgedeckt werden. Des Weiteren sollte als Maßnahme von übergeordneter Natur das Angebot eines Rotationssystems geprüft werden. Täterinnen und Täter vergangener Tötungsserien in Krankenhäusern waren häufig am sogenannten Burnout-Syndrom erkrankt, hervorgerufen oder jedenfalls begünstigt durch die enorme Stressbelastung im Pflegeberuf. In den Anhörungen des Sonderausschusses ist deshalb ein Rotationssystem vorgeschlagen worden, mit dem Pflegekräften, die über Jahre hinweg hohen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, zumindest das Angebot eröffnet werden könnte, durch einen vorübergehenden Wechsel des Arbeitsumfeldes Entlastung zu erlangen.

DGB und DBfK fordern, die Maßnahmen im Gesetzestext zu konkretisieren und eine Verpflichtung der Krankenhäuser zur Durchführung von Supervisionen vorzusehen. Die NKG weist darauf hin, dass Supervision als individuelle Maßnahme für einzelne Mitarbeiter sehr zeit- und kostenaufwändig sei. NPR, DBfK, LSR, VdPKN, ÄKN, NKG und DGB halten Rotationssysteme für kontraproduktiv, da diese eher zusätzliche Belastungen für Personal sowie Patientinnen und Patienten sowie einen hohen organisatorischen Aufwand mit sich brächten. Der DBfK fordert deshalb die Einführung eines „Modellparagrafen“, in dessen Rahmen Konzepte und Maßnahmen erprobt und evaluiert werden könnten. Die vorgesehene Regelung wird diesem uneinheitlichen Meinungsbild gerecht, da sie dem einzelnen Krankenhaus ausreichend Spielraum lässt, die jeweils geeigneten Maßnahmen auszuwählen, umzusetzen und zu evaluieren.

Die LfD weist darauf hin, dass mit Blick auf die Schweigepflicht nach § 203 StGB sowie die datenschutzrechtlichen Vorgaben nur anonymisierte Einzelfälle geschildert werden dürfen. Einer gesonderten Regelung bedarf es jedoch nicht, da die Verwendung personenbezogener Daten im Rahmen von Supervisionen nicht erforderlich und auch nicht üblich ist und die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohnehin im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit an diese Pflichten gebunden sind.

Aus Sicht des NPR fokussiert der Begründungstext zu sehr auf die Berufsgruppe der Pflegekräfte; Unterstützungsmaßnahmen seien für alle Berufsgruppen erforderlich. Die NKG weist darauf hin, dass es nicht zutreffend sei, dass die Täterinnen und Täter vergangener Tötungsserien in Krankenhäusern „häufig“ am sogenannten Burnout-Syndrom erkrankt waren. Dem NPR ist zuzustimmen, dass sich das Angebot von Unterstützungsmaßnahmen an alle in der direkten Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen richten muss. Allerdings ist es sinnvoll, den Schwerpunkt auf die pflegerische Berufsgruppe zu legen, da diese aufgrund ihres Tätigkeitsspektrums den engsten und längsten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten haben. Sie sind den psychischen und physischen Belastungen unmittelbar und ständig ausgesetzt. Untersuchungen (z. B. der DAK-Gesundheitsreport 2015) zeigen, dass sie häufiger an psychischen Erkrankungen wie dem Burn-out Syndrom leiden als andere im Gesundheitswesen tätige Berufsgruppen.

Zu § 21 (Aufsicht):

Die Implementierung der Pflichten, in jedem niedersächsischen 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 Sechsten Teil des Niedersächsischen Gesetzes über die öffentliche Sicherheit und Ordnung (Nds. SOG) durchsetzbar. Die Mittel des Verwaltungszwangs sind Beugemittel und damit auf das zukünftige Verhalten gerichtet. In Betracht kommen die Verhängung eines Zwangsgeldes sowie die Ersatzvornahme. Die Androhung des Zwangsmittels sollte mit der Grundverfügung verbunden werden, weil dann Rechtsbehelfe gemäß § 64 Abs. 4 Nds. SOG keine aufschiebende Wirkung haben.

Aus Sicht der NKG ist § 21 zu streichen, da eine Anwendung von Zwangsmitteln ohne Prüfung der Erfüllbarkeit der Anforderungen befürchtet wird. Dem ist entgegenzuhalten, dass eine Erhöhung der Patientensicherheit nicht erreicht werden kann, wenn die Umsetzung der Regelungen nicht überwacht und gegebenenfalls auch durchgesetzt werden kann.

Die GKV begrüßen grundsätzlich die Konkretisierung von Aufsichtsrechten. Sie fordern eine Ausweitung der Aufsichtsbefugnisse auf die Erfüllung der Anforderungen an die Aufnahme und den Betrieb der Krankenhäuser nach Maßgabe der Krankenhausplanung. Der vorgeschlagene Verweis auf § 4 ist zu diesem Zweck allerdings nicht geeignet, da er das Fachministerium – und damit die Aufsichtsbehörde selbst – verpflichtet, nach bestimmten Vorgaben den Krankenhausplan zu erstellen. Des Weiteren fordern die GKV, dass das Fachministerium alle zwei Jahre zur Unterrichtung der Öffentlichkeit einen Bericht über die Ergebnisse aus der Aufsichtsausübung erstellen solle. Diesem Vorschlag wird nicht gefolgt. Die Erstellung öffentlicher Berichte gehört nicht regelhaft zur Aufsichtstätigkeit; auch bei der Ausübung der Aufsicht über die landesunmittelbaren Krankenkassen sind solche Berichte nicht vorgesehen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Niedersächsischen Gesetzes über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern):

Die Gesetzesänderung beschränkt sich auf eine notwendige Anpassung des § 4 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über das Einladungs- und Meldewesen für Früherkennungsuntersuchungen von Kindern (NFrüherkUG). Im Zuge der Neuordnung des Meldewesens in Niedersachsen erfolgte am 17. September 2015 eine Änderung des § 5 NFrüherkUG. Eine Aktualisierung des § 4 Abs. 2 NFrüherkUG in Bezug auf die nunmehr gemäß § 9 NMeldVO benötigten Daten ist erforderlich. Da es sich lediglich um eine redaktionelle Anpassung handelt, wurde von einer Verbandsbeteiligung gemäß § 31 GGO abgesehen.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten):

Aus Gründen des Patientenschutzes soll das Gesetz zum frühestmöglichen Zeitpunkt in Kraft treten.

VdPKN und NKG fordern, Übergangsfristen für alle Neuregelungen vorzusehen. Darauf kann verzichtet werden, da die vorgesehenen Maßnahmen mit Ausnahme der Stationsapothekerinnen und Stationsapotheker bereits in einem Großteil der Krankenhäuser umgesetzt sind.