

**Vertraulich**

**Vorlage für die Sitzung des Senats am 09.04.2019**

**Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens „*Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus*“**

**A. Problem**

- I. Am 12. Februar 2019 wurde dem Landeswahlleiter, Herrn Dr. Andreas Cors, gemäß § 10 Abs. 1 des Gesetzes über das Verfahren beim Volksentscheid (Brem-VEG) ein Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens "*Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus*" übergeben (siehe Anlage 1).

Der Landeswahlleiter hat mit dem als Anlage 2 beigefügten Schreiben vom 13. Februar 2019 den Zulassungsantrag gemäß § 10 Abs. 6 BremVEG an den Senat weitergeleitet und mitgeteilt, dass der Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens nach seiner Überprüfung von 5.287 bestätigten Unterschriften unterzeichnet worden sei.

Mit dem *Hamburger Volksentscheid gegen Pflegenotstand im Krankenhaus* (Hamburg), dem *Volksentscheid für Gesunde Krankenhäuser* (Berlin) und dem *Volksbegehren Stoppt den Pflegenotstand an Bayerns Krankenhäusern* (Bayern) gibt es in weiten Teilen inhaltsgleiche Verfahren, insbesondere zur Pflegepersonalbemessung in Krankenhäusern, auch in anderen Bundesländern.

- II. Über den Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens nach § 12 Abs. 1 BremVEG hat der Senat zu entscheiden; entscheidet der Senat vorbehaltlich des Absatzes 2 nicht innerhalb von zwei Monaten nach Eingang des Antrages beim Landeswahlleiter, so gilt der Antrag als zugelassen. Hält der Senat die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung nach §§ 9 oder 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG nicht für gegeben, so führt er die Entscheidung des Staatsgerichtshofs darüber herbei (§ 12 Abs. 2 BremVEG). Der Senat hat nach § 12 Abs. 3 BremVEG seine Entscheidung unverzüglich der Vertrauensperson des Volksbegehrens mitzuteilen.

Mit Beschluss vom 26. Februar 2019 hat der Senat den Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens an die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Prüfung des Antrags und Vorlage einer Senatsvorlage über das Prüfergebnis bis zum 9. April 2019 an den Senat in Abstimmung mit dem Senator für Justiz und Verfassung, dem Senator für Inneres und der Senatskanzlei überwiesen.

III. In **formeller** Hinsicht bestehen für einen Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens folgende Anforderungen:

Der Antrag muss nach § 10 Abs. 2 BremVEG

1. im Falle des § 8 Abs. 1 BremVEG – also wenn das Volksbegehren auf Erlass, Aufhebung oder Änderung eines Gesetzes gerichtet ist – einen ausgearbeiteten Gesetzentwurf enthalten, der durch Gründe erläutert ist, der den Bestimmungen des Art. 71 Abs. 2 Landesverfassung der Freien Hansestadt Bremen (BremLV) entsprechen muss, soweit es sich um finanzwirksame Volksbegehren handelt, und der den Bestimmungen des Art. 125 Abs. 1 BremLV entsprechen muss, wenn durch ihn die Landesverfassung geändert werden soll,
2. von mindestens fünftausend Stimmberechtigten persönlich und handschriftlich unterzeichnet sein; neben der Unterschrift sind Familienname, Vorname, Geburtstag und Anschrift (Hauptwohnung) anzugeben. Jede Unterstützungsliste muss nach dem Muster der Anlage 1 zum Volksentscheidgesetz hergestellt und das Stimmrecht der Unterzeichner durch eine Bestätigung nachgewiesen sein, die von der Gemeindebehörde unentgeltlich auf den Unterstützungslisten erteilt wird;
3. eine Vertrauensperson und zwei stellvertretende Vertrauenspersonen benennen, die stimmberechtigt sind.

Diese **formellen** Voraussetzungen sind in Bezug auf den am 12. Februar 2019 beim Landeswahlleiter eingereichten Zulassungsantrag nur teilweise erfüllt:

Zu 1.:

- Das Volksbegehren ist zwar auf Erlass eines Gesetzes gerichtet und der Antrag enthält einen ausgearbeiteten Gesetzentwurf nebst Begründung.
- Allerdings handelt es sich vorliegend um ein finanzwirksames Volksbegehren.

Die Personalvorgaben des Volksbegehrens verursachen jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe. Bereits mit dem *Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals* (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) sind Mehrausgaben für die öffentlichen Haushalte verbunden, wobei der Bundesgesetzgeber davon ausgeht, dass 90 Prozent der Leistungen und Vergütungen auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und 10 Prozent auf andere Kostenträger entfallen; bei dem Anteil, der auf andere Kostenträger entfällt, werden rund zwei Drittel der privaten Krankenversicherung und rund ein Drittel den öffentlichen Haushalten zugeordnet (vgl. BT-Drucksache 19/4453, S. 45). Das PpSG und auch die *Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern* (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV) beinhalten vielfältige Regelungen, welche die Ausstattung mit Pflegepersonal in den Krankenhäusern verbessern sollen, beispielsweise durch eine umfassende Finanzierung der entsprechenden Pflegepersonalkosten und die Vorgabe von konkreten Pflegepersonaluntergrenzen für bestimmte pflegesensitive Bereiche. Die Regelungen des Volksbegehrens gehen dabei noch einmal über die Regelungen des PpSG und der PpUGV deutlich hinaus (vgl. Allgemeiner Teil der Begründung). Dies impliziert einen pflegerischen Personalbedarf, der erheblich über den bundesrechtlichen Regelungen liegt und folglich die finanziellen Mehrbelastungen für

die Beihilfe der Länder infolge steigender Gesundheitsausgaben gravierend erhöhen wird.

Die Größenordnung des Personalmehrbedarfs im Krankenhaus wird dem ver.di-Personalcheck zufolge auf insgesamt 162.000 Vollzeitstellen beziffert; die im Jahr 2013 durchgeführte Befragung wird vom *Bremer Volksbegehren für mehr Krankenhauspersonal* als Grundlage für den geforderten personellen Mehrbedarf angeführt. Rund 70.000 dieser Vollzeitstellen entfallen auf die Pflege im Krankenhaus. Der Anteil der Pflegekräfte im Land Bremen an der Gesamtzahl der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern beträgt nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017 rund 1,06 Prozent. Daraus ergibt sich ein personeller Mehrbedarf in den Krankenhäusern des Landes Bremen in Höhe von 742 Vollzeitstellen – dieser Mehrbedarf an pflegerischem Personal entspricht 20,8 Prozent der aktuell im Land Bremen tätigen Pflegekräfte in allgemeinen Krankenhäusern (2017: 3.560). Unter der Annahme, dass auf Basis der vorgenannten Schätzungen bis zu 742 Vollzeitpflegestellen in den Krankenhäusern des Landes Bremen fehlen, ermittelt sich unter Berücksichtigung eines durchschnittlichen arbeitgeberseitigen Bruttojahresverdienst in Höhe von 55.000 Euro ein zu finanzierender Mehrbedarf in Höhe von 40,810 Mio. Euro. Es ist damit zu rechnen, dass ein erheblicher Teil dieser finanziellen Mehrausgaben durch das Land Bremen und die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven zu tragen sind.

Der Gesetzentwurf des Volksbegehrens sieht Sanktionsmaßnahmen bei wiederholter Nicht-Einhaltung der verbindlichen Personalbemessungsregelungen bis hin zum Entzug von Versorgungsaufträgen vor. Nach § 3 Abs. 1 BremKrhG ist die Sicherstellung der Krankenhausversorgung eine öffentliche Aufgabe des Landes und der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven. Sofern sich kein geeigneter Träger findet, haben die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven sicherzustellen, dass die nach dem Landeskrankenhausplan bedarfsgerechten Krankenhäuser errichtet und betrieben werden (§ 3 Abs. 3 BremKrhG). Hiermit wären zusätzlich erhebliche finanzielle Risiken für das Land Bremen und die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven verbunden.

Daneben entstehen dem Land Bremen zusätzliche Ausgaben und zusätzlicher Erfüllungsaufwand durch die Einsetzung einer Expertinnen- und Expertenkommission nach § 4b Abs. 1 der geplanten Änderung am Bremischen Krankenhausgesetz. Aufgabe der Kommission soll es sein, die Personalvorgaben weiterzuentwickeln und an den aktuellen Stand der pflegerischen und medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Die Kommission kann hierzu wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben, wobei der Senat die notwendigen Mittel für die Arbeitsfähigkeit und die fachliche Beratung der Expertinnen- und Expertenkommission bereitzustellen hat. Nach § 4b Abs. 2 der geplanten Gesetzesänderungen ergeben sich für das Land Bremen weiterhin jährliche schriftliche Berichtspflichten über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und der Personalvorgaben (allgemein und jeweils bezogen auf die insgesamt vierzehn Plankrankenhäuser im Land Bremen).

Abschließend entstehen dem Land Bremen zusätzliche Ausgaben und auch zusätzlicher Erfüllungsaufwand durch die Umsetzung der geplanten Gesetzesänderungen des Volksbegehrens. Hier ist zunächst die Erweiterung des Krankenhausrahmenplans um eine aufwändige Personalbedarfsanalyse zu nennen (§ 4 Abs. 1 der geplanten Änderung). Daneben sehen die geplanten Gesetzesänderungen nach § 4c Abs. 2 des Bremischen Krankenhausgesetz-

zes weiterhin Berichtsprüfungen, die Vereinbarung von Maßnahmen zur Einhaltung der Personalvorgaben, Durchsetzung von weitreichenden Restriktionen bei Nicht-Einhaltung (Einschränkung des Versorgungsauftrages, vollständige oder teilweise Herausnahme aus dem Krankenhausplan) und entsprechende Gegenmaßnahmen zur Vermeidung von Unterversorgung vor. Zur Umsetzung der hohen Kontroll- und Regelungsdichte ist zusätzliches und ausreichend qualifiziertes Verwaltungspersonal notwendig.

Damit muss der Gesetzentwurf nach § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG den Bestimmungen des Art. 71 Abs. 2 BremLV entsprechen. Nach Art. 71 Abs. 2 BremLV müssen finanzwirksame Volksentscheide mit Wirkung für zukünftige Haushalte einen Finanzierungsvorschlag enthalten; diese Gegenfinanzierung ist in Anlehnung an die allgemeinen Regelungen des Haushaltsrechts darzustellen und dem Gesetzentwurf beizufügen. Ein entsprechender Gegenfinanzierungsvorschlag für die oben genannten Regelungen ist dem Gesetzentwurf jedoch nicht beigefügt, so dass der Antrag insoweit die Zulassungsvoraussetzung des § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG nicht erfüllt.

Zu 2.:

- Der Antrag wurde von 5.287 Stimmberechtigten persönlich und handschriftlich unterzeichnet. Die Unterschriften wurden auf Unterstützungslisten nach dem Muster der Anlage 1 zum BremVEG geleistet und das Stimmrecht der Unterzeichnenden durch eine Bestätigung nachgewiesen, die von der Gemeindebehörde auf den Unterstützungslisten erteilt wurde. Der Antrag erfüllt damit die Zulassungsvoraussetzung des § 10 Abs. 2 Nr. 2 BremVEG.

Zu 3.:

- In dem Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens sind drei Vertrauenspersonen (Jörn Bracker, Pauline Wildenauer und Roman Fabian) mit Wohnsitz in Bremen benannt, die allesamt stimmberechtigt sind.

Allerdings muss der Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens nach dem bloßen Wortlaut des § 10 Abs. 2 Nr. 3 S. 1 BremVEG „*eine Vertrauensperson und zwei stellvertretende Vertrauenspersonen benennen*“. Bei den im Antrag benannten Vertrauenspersonen wird hingegen nicht zwischen Vertrauensperson und stellvertretenden Vertrauenspersonen differenziert.

Im Hinblick darauf, dass in § 10 Abs. 2 Nr. 3 S. 2 BremVEG jedoch ausdrücklich geregelt ist, dass die Vertrauensperson und die zwei stellvertretenden Vertrauenspersonen "*soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, jede für sich berechtigt [sind], verbindliche Erklärungen zum Antrag abzugeben und entgegenzunehmen*", kommt der Differenzierung in § 10 Abs. 2 Nr. 3 S. 1 BremVEG zwischen Vertrauensperson und stellvertretenden Vertrauenspersonen inhaltlich jedoch keine eigenständige Bedeutung zu, so dass vorliegend das Fehlen einer entsprechenden Differenzierung nach Sinn und Zweck des § 10 Abs. 2 Nr. 3 S. 2 BremVEG unschädlich ist und damit die formellen Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 Nr. 3 BremVEG als erfüllt angesehen werden können.

IV. In **materieller** Hinsicht ist nach § 9 S. 1 BremVEG ein Volksbegehren unzulässig

1. über den laufenden Haushaltsplan, über Bezüge oder Entgelte öffentlich Bediensteter oder vergleichbarer Personen und über Steuern, Abgaben, Beiträge und Gebühren sowie über Einzelheiten solcher Gesetzesvorlagen (Art. 70 Abs. 2 S. 1 BremLV).
2. wenn der Gesetzentwurf
  - a) mit der Landesverfassung, bei verfassungsändernden Gesetzen mit Artikel 1 oder 20 BremLV, oder
  - b) mit geltendem Bundesrecht unvereinbar ist,
3. wenn der vorgelegte Gesetzentwurf bereits durch Volksentscheid abgelehnt und die Bürgerschaft inzwischen noch nicht neu gewählt worden ist (Artikel 70 Abs. 1 letzter Satz BremLV).

Finanzwirksame Volksbegehren mit Wirkung für zukünftige Haushaltspläne sind gemäß § 9 S. 2 BremVEG zulässig, soweit diese die Struktur eines zukünftigen Haushalts nicht wesentlich verändern, den verfassungsrechtlichen Regelungen des Haushaltsrechts, welchen auch die Bürgerschaft für die Aufstellung des Haushaltsplans unterliegt, entsprechen und zur Gegenfinanzierung keine Haushaltspositionen herangezogen werden, die gesetzlich, vertraglich oder auf andere Weise rechtlich gebunden sind (Art. 70 Abs. 2 S. 2 BremLV).

Der Gesetzentwurf zum Volksbegehren sieht im Kern folgendes vor:

Das Volksbegehren „*Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus*“ beinhaltet einen Gesetzentwurf zur Änderung des Bremischen Krankenhausgesetzes (BremKrhG). Die geplanten Änderungen sehen im Kern neue Regelungen zur Personalbemessung und zum Personaleinsatz in allen Bereichen der Krankenhäuser im Land Bremen vor. Die Regelungen beziehen sich dabei ausschließlich auf Pflegefachpersonal; hierbei handelt es sich dem Gesetzentwurf zufolge um Personal mit einer mindestens dreijährigen abgeschlossenen Ausbildung oder einem gleichwertigen Studium. Ergänzend zum Bereich der pflegerischen Versorgung sieht der Gesetzentwurf eine Verpflichtung der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zum Erlass von Mindestpersonalvorgaben zur Einhaltung hygienischer Standards durch Rechtsverordnung vor; diese Regelung impliziert Auswirkungen auf den Einsatz von Personal, welches in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit den Vorgaben für Pflegepersonal steht, beispielsweise Fachkräfte für Krankenhaushygiene oder allgemeines Reinigungspersonal. Darüber hinaus zielt der Gesetzentwurf zum Volksbegehren auf die Einsetzung einer Expertinnen- und Expertenkommission ab, deren Aufgabe es sein soll, die Personalvorgaben im Krankenhaus weiterzuentwickeln. Die Änderungen am Bremischen Krankenhausgesetz sehen bei Nicht-Einhaltung der Personalvorgaben ein gestuftes Sanktionsverfahren vor, welches Einschränkungen in den Versorgungsaufträgen und die vollständige oder teilweise Herausnahme aus dem Krankenhausplan des Landes Bremen vorsieht.

In **materieller** Hinsicht bestehen folgende Bedenken gegen die Zulässigkeit der geplanten Änderungen am BremKrhG durch das Volksbegehren:

- Das beantragte Volksbegehren „*Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus*“ ist nicht mit dem Bun-

desrecht bzw. höherrangigem Recht vereinbar (§ 9 S. 1 Nr. 2b BremVEG). Hierzu ist nachfolgend auszuführen:

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) sowie darüber hinaus die Regelungen zur Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) sind Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung. Gemäß Art. 72 Abs. 1 GG haben die Länder die Gesetzgebungskompetenz nur solange und soweit, bis der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit durch Gesetz Gebrauch gemacht hat.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser umfasst dabei alle Regelungen, die gewährleisten sollen, dass die Krankenhäuser über die erforderlichen finanziellen Mittel für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung verfügen. Dazu können neben z. B. der Einräumung von Subventionsansprüchen der Krankenhäuser (Regelung finanzieller Förderungsmaßnahmen) auch Regelungen über die Personalstruktur der Krankenhäuser und die Einkünfte der Ärzte und des nichtärztlichen Pflegepersonals sowie über die Klasseneinteilung des Krankenhauses gehören, wenn diese Regelungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser erfolgen (vgl. Maunz in Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, Stand August 2018, Art. 74, Rn 221).

Hinsichtlich Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a besteht nach Art. 72 Abs. 2 GG die Einschränkung, dass der Bund das Gesetzgebungsrecht nur dann besitzt, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.

- Mit dem PpSG vom 11.12.2018 und der PpUGV vom 05.10.2018 existieren zwei Bundesnormen, die den Einsatz von Pflegepersonal im Krankenhaus durch eine Vielzahl von Maßnahmen unmittelbar regeln. Das PpSG ist zum 01.01.2019, die PpUGV ist zum 11.10.2018 in Kraft getreten. Ergänzt werden diese Regelungen durch das *Gesetz zur Reform der Pflegeberufe* (Pflegeberufereformgesetz – PfIBRefG), welches darauf abzielt, die Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer neuen generalistischen Pflegeausbildung mit einheitlichem Berufsabschluss zusammenzuführen. Die genannten Gesetze haben gemeinsam, dass die darin enthaltenen Regelungen direkt oder indirekt die Ausstattung mit Pflegepersonal in Krankenhäusern bundeseinheitlich regeln.
- Der Bundesgesetzgeber besitzt die Gesetzgebungskompetenz in den Bereichen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und Nr. 19a GG. Insbesondere durch die jüngsten Regelungen des PpSG und der PpUGV hat der Bundesgesetzgeber für den Bereich der Pflegepersonalvorgaben im Krankenhaus von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht. Die Begründung zum Gesetzentwurf des PpSG spricht dafür, dass die Regelungen abschließender Natur sind. Der Bundesgesetzgeber weist in der Begründung zum Gesetzentwurf explizit auf die Notwendigkeit gleicher Zugangsmöglichkeiten und eines gleichen Versorgungsniveaus im gesamten Bundesgebiet hin. Diese Regelungsziele seien durch spezifische Landesregelungen nicht zu erreichen, da eine Gesetzesvielfalt auf Ebene der Länder zu einer Rechtszersplitterung mit problematischen Folgen für die flächendeckende und gleichmäßige Versorgung mit akutstationären Leistungen führen würde. Von diesen Bestimmungen abweichende Regelungen sollten also ausgeschlossen werden. Die Fortführung ei-

nes einheitlichen Versorgungssystems wäre in der Folge beeinträchtigt, so dass eine bundesrechtliche Regelung zur Wahrung der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse nach Art. 72 Abs. 2 GG erforderlich ist (vgl. Ausführungen in der BT-Drucksache 19/4453, S. 44).

Das Volksbegehren enthält demgegenüber zu den gleichen Regelungsgegenständen auch noch weitere, vom Bundesrecht abweichende gesetzliche Regelungen:

- Der Bundesgesetzgeber hat die Einführung und insbesondere Fortentwicklung der Pflegepersonalvorgaben im Krankenhaus maßgeblich den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene überantwortet. Gemäß § 137i Abs. 1 S. 1 SGB V ist es Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen zu überprüfen und mit Wirkung zum 01. Januar 2020 weiterzuentwickeln. Die Festlegung der Sanktionen obliegt ebenfalls diesen Vertragsparteien. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet darüber hinaus nach § 137i Abs. 3a SGB V bundesweit die konzeptionellen Grundlagen zur Ermittlung von pflegesensitiven Bereichen und Pflegepersonaluntergrenzen.
- Eine vergleichbare Zuordnung von Zuständigkeiten findet sich auch beim Pflegepersonalquotienten auf Ebene des Krankenhauses nach § 137j SGB V: Auch hier ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die bundesweite Ermittlung der Pflegepersonalquotienten zuständig (§ 137j Abs. 1 SGB V) und auch hier erfolgt die Festlegung von Sanktionen durch den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (§ 137j Abs. 2 SGB V). § 137j SGB V wurde mit dem PpSG neu in das System des SGB V eingefügt.
- Gemäß § 9 PpUGV schließlich sollen die darin normierten Personaluntergrenzen und deren Berechnung unter Einbeziehung von Pflegehilfskräften (vgl. § 6 PpUGV) Bestand haben, bis eine Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaften im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung über Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen wirksam wird.

**Nach der Konzeption des Bundesgesetzgebers liegen damit die Kostenfrage und die Frage der Fortentwicklung der Pflegepersonalvorgaben in einer Hand.** Die skizzierten Zuständigkeiten in Kombination mit der umfassenden Finanzierungsverantwortung sprechen für die Intention des Bundesgesetzgebers nach einer abschließenden bundeseinheitlichen Regelung im Bereich der Pflegepersonalvorgaben in Krankenhäusern. Dies entspricht auch der bundesrechtlich vorgegebenen Finanzierungssystematik, nach der die Länder für die öffentliche Förderung der Krankenhäuser (§ 4 Nr. 1 KHG), die Sozialleistungsträger hingegen für die Finanzierung der laufenden Betriebskosten inklusive der Pflegepersonalkosten zuständig sind (§ 4 Nr. 2 i. V. m. § 18 Abs. 2 KHG). Das beantragte Volksbegehren steht folglich im Widerspruch zur dualen Finanzierungssystematik. Es trifft zur Personalstruktur in den Krankenhäusern des Landes Bremen eine eigene landesrechtliche Regelung und überlässt Kostenlasten Dritten.

- Der Gesetzentwurf zum Volksbegehren enthält Regelungen zur Pflegepersonalausstattung für alle Krankenhausbereiche (vgl. § 4a Abs. 1 des Gesetzentwurfs i. V. m. der Begründung), und daher auch für den Bereich der psychiat-

rischen und psychosomatischen Versorgung. Die Personalausstattung in diesen Bereichen ist jedoch bereits in § 136a Abs. 2 S. 2 SGB V geregelt. Die dort vorgesehene Regelung für die Mindestausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal umfasst auch das Pflegepersonal. Damit hat das Land Bremen hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung in diesem Bereich seine gesetzgeberische Regelungskompetenz verloren (Art. 72 Abs. 1 GG). Eine Öffnungsklausel zugunsten der Länder wie in § 136b Abs. 2 S. 4 SGB V enthält der § 136a SGB V nicht.

- Der im Gesetzentwurf zum Volksbegehren vorgesehene § 4c Abs. 2 BremKrhG sieht vor, dass zur Aufrechterhaltung der Pflegefachkraft-Patientinnen- und -Patienten-Verhältnisse der Versorgungsauftrag einzuschränken und die Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich zu reduzieren sind. Diese Regelung ist mit der Regelungslogik des KHG unvereinbar. Diese kennt nach § 8 KHG nur die Aufnahme in oder die Herausnahme aus dem Krankenhausplan. Die Aufnahme in den Krankenhausplan begründet nach § 108 SGB V einen rechtlichen Status, der zur Behandlung von GKV-Versicherten berechtigt. Insbesondere die teilweise Reduzierung von Operationskapazitäten passt nicht in die beschriebene Systematik des KHG.
- Die geplanten Änderungen im Zusammenhang mit dem beantragten Volksbegehren sehen ausschließlich Pflegefachpersonal mit einer mindestens dreijährigen abgeschlossenen Berufsausbildung vor. Die Regelungen des PpSG können neben der Kranken- und Kinderkrankenpflege auch die Krankenpflegehilfe umfassen; Pflegekräfte im Sinne der PpUGV sind Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte (§ 2 Abs. 1 S. 1 PpUGV). Das Pflegepersonal im Krankenhaus umfasst damit auch Pflegehilfpersonal (Krankenpflegehelferin und -helfer). Diese umfassendere Definition von Pflegepersonal stellt sicher, dass der zunehmende und bundesweit spürbare Bedarf an Personal und Fachkräften in der Pflege u.a. auch durch Weiterqualifizierung von Pflegehilfpersonal zu Pflegefachkräften besser gedeckt werden kann. Das breiter angelegte Verständnis von Pflegepersonal in den Regelungen auf Bundesebene berücksichtigt zudem den Befund internationaler wissenschaftlicher Studien, nach dem eine qualitativ hochwertige Versorgung nicht nur durch Pflegefachpersonal, sondern ebenso durch einen den Versorgungsanforderungen entsprechenden Mix aus unterschiedlichen Qualifikationen sichergestellt werden kann – entscheidend für den bedarfsangemessenen Einsatz von Pflegepersonal ist demnach nicht das Qualifikationsniveau per se, sondern vielmehr der fach- und sachgerechte Einsatz von Pflegepersonal mit unterschiedlichen Qualifikationen.
- Die Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal soll dem Volksbegehren zufolge auf Basis der *Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege* (Pflegepersonal-Regelung – PPR) aus dem Jahr 1992 ermittelt werden. Vor diesem Hintergrund sind insbesondere die Aktualität und die pflegerische Bedarfsangemessenheit der Pflegepersonal-Regelung zu überprüfen und zu hinterfragen. Der Deutsche Pflegerat merkt in einem aktuellen Positionspapier hierzu an, dass sich das Aufgabenspektrum von Pflegefachpersonen seit der Entwicklung der PPR in den frühen 1990er-Jahren stark verändert hat – und damit auch die für die Stufenzuordnung relevanten Tätigkeitsprofile. Der Deutsche Pflegerat schließt daraus, dass *„eine einfache Weiterentwicklung [der PPR], welche sich auf die alleinige Ergänzung von Tätigkeitsprofilen und Neufestlegung von Minuten-*

werten beschränken würde, (...) das komplexe Leistungsgeschehen nicht sachgerecht abbilden [kann]’ (vgl. Deutscher Pflegerat 2019, Pflegepersonalstärkung durch ein Instrument zur Pflegepersonalbemessung, S. 2). Nach der bundesgesetzlichen Regelung werden die Personalbedarfe anders – und bundeseinheitlich – bestimmt. Die aktuellen Pflegepersonaluntergrenzen für bestimmte pflegesensitive Bereiche und zukünftig der Pflegepersonalquotient auf Ebene des einzelnen Krankenhauses folgen einem wissenschaftlich- und empirisch-orientierten Ansatz und werden auf Basis aktueller Datengrundlagen bundeseinheitlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt (§ 137i Abs. 3a SGB V, § 137j Abs. 1 SGB V).

- Die verwendeten methodischen Ansätze und Datengrundlagen zur Ermittlung der Personalvorgaben weichen in der Systematik erheblich voneinander ab. Das Volksbegehren steht mit seinen Regelungen zur Ermittlung der Bedarfe im Widerspruch zu den bundesrechtlichen Regelungen. Pflegepersonaluntergrenzen existieren derzeit für die *Geriatric, Unfallchirurgie, Kardiologie* sowie *intensivmedizinische Behandlungseinheiten*; weitere Untergrenzen für die Fachgebiete *Neurologie* und *Herzchirurgie* sowie weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern sollen mit Wirkung zum 01. Januar 2020 durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ermittelt werden (§ 137i Abs. 1 SGB V). Die Regelungen des PpSG sehen dabei explizit eine Weiterentwicklung der Datengrundlagen zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen vor (§ 137i Abs. 3a SGB V) – und damit eine konsequente Fortführung des wissenschaftlich- und empirisch-orientierten Vorgehens. Eine vergleichbare methodische Herangehensweise ist im Gesetzentwurf und der Begründung zum Volksbegehren nicht erkennbar. Im Gegenteil, landespezifische Regelungen würden zusätzliche und nicht miteinander kompatible Regelungen zur Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus in Kraft setzen.
- Auch durch § 6 Abs. 1a KHG wird den Ländern keine Gesetzgebungskompetenz hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern eingeräumt. Die Regelung nimmt zunächst auf die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 136c SGB V Bezug (§ 6 Abs. 1a S. 1 KHG). Diese Beschlüsse haben planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 S. 1 SGB V zum Gegenstand und sind nicht aus sich selbst heraus verbindlich, sondern verfügen über den Charakter von Empfehlungen (§ 136c Abs. 1 S. 2 SGB V). Durch § 6 Abs. 1a S. 1 KHG werden diese Empfehlungen kraft Gesetzes in den Landeskrankenhausplan einbezogen und erlangen auf diese Weise mittelbare Verbindlichkeit. Um die Planungshoheit der Länder nicht zu beschneiden, werden die Länder jedoch ermächtigt, die Einbeziehung dieser Empfehlungen in ihrer Krankenhausplanung ganz oder teilweise auszuschließen oder einzuschränken und weitere Qualitätsanforderungen aufzunehmen (§ 6 Abs. 1a S. 2 KHG). Insofern regelt der § 6 Abs. 1a S. 2 KHG lediglich das Verhältnis zwischen den empfehlenden Beschlüssen des G-BA nach § 136c SGB V und der Landeskrankenhausplanung. Eine darüber hinausgehende allgemeine Öffnung in dem Sinne, dass die Länder auch von gesetzlichen Regelungen des SGB V abweichen oder trotz des gesetzlich bestimmenden Charakters des SGB V dessen Vorgaben nach eigenem Gutdünken ergänzen und damit wandeln dürfen, lässt sich weder dem Wortlaut noch dem Sinn und Zweck der Norm entnehmen. Die gesetzlichen Regelungen des SGB V stehen daher nicht zur Disposition der Landeskrankenhausplanung. Dementsprechend gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass die Länder durch

§ 6 Abs. 1a S. 2 KHG ermächtigt sein sollen, sich über die (nicht empfehlenden, sondern verbindlichen) Beschlüsse des G-BA nach § 136a SGB V oder über die in § 137i SGB V vorgesehenen Vereinbarungen, die im Gesetz ausdrücklich als „verbindliche“ Vorgaben bezeichnet werden (vgl. § 137i Abs. 5 S. 1 SGB V), hinwegzusetzen. Auch das „beredete Schweigen“ des SGB V zu Pflegepersonaluntergrenzen in anderen Bereichen wird durch § 6 Abs. 1a S. 2 KHG nicht aufgebrochen.

- Der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg sieht in dem weitgehend inhaltsgleichen Volksbegehren in Hamburg auch einen Verstoß gegen das Koppelungsverbot. Auch dieser rechtliche Gesichtspunkt sollte im anzustrebenden Verfahren – neben den tragenden Punkten Verstoß gegen Bundesrecht und fehlende Begründung zur Gegenfinanzierung – noch ergänzend zur Prüfung gestellt werden:

Das Koppelungsverbot folgt aus dem Demokratieprinzip und verlangt, dass Materien, die nicht in einem sachlich-inhaltlichen Zusammenhang stehen, nicht in demselben Volksbegehren miteinander gekoppelt werden dürfen (HVerfG, U. v. 13.10.2016, Az.: 2/16, Juris Rn 190 sowie Leitsatz 3; ebenso: BayVerfGH, U. 24.02.2000, Az.: Vf 112-IX-99, Juris Rn 40 ff.; siehe auch David, HV, 2. Aufl. 2004, Rn 62 zu Art. 50). Echte Mitwirkung an einem Volksbegehren setzt voraus, dass der Bürger bei den Einzelakten des Gesetzgebungsvorgangs seinen Willen deutlich, unverkürzt und unverfälscht zum Ausdruck bringen kann. Diese Notwendigkeit besteht, da das Volk als solches nicht organisiert ist und demgemäß seinen Willen bei der Volksgesetzgebung nur in Form von Abstimmungen zu Vorlagen äußern kann, die inhaltlich notwendigerweise von wenigen Personen vorbereitet werden müssen. Da das Volk auf die Abstimmung mit "Ja" oder "Nein" beschränkt ist, ist es geboten, sachlich und inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Materien getrennt zur Abstimmung zu stellen, um eine möglichst differenzierte Willensbildung des Volkes zu ermöglichen (HVerfG, a.a.O.). Die Volksinitiative verstößt hiergegen, da der Gesetzentwurf Regelungen zu wenigstens zwei Regelungsmaterien miteinander koppelt: (1) Regelungen zur Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflegefachpersonal (geplanter § 4a Abs. 3, 4 und 6 BremKrhG) und (2) Regelungen zur Ausstattung von Krankenhäusern mit Personal relevant für die Einhaltung hygienischer Standards (geplanter § 4a Abs. 7 BremKrhG). Letztgenannte Mindestpersonalvorgaben sollen unter anderem auf Grundlage der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts durch Rechtsverordnung festgelegt werden. Hier liegt der Schluss nahe, dass sich die Vorgaben auf Hygienefachpersonal im engeren Sinne beziehen, d. h. Krankenhaushygieniker, Hygienefachkräfte sowie hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte sowie Hygienebeauftragte in der Pflege. Diese Regelungsmaterien stehen in keinem sachlich-inhaltlich Zusammenhang. Abgesehen vom übergeordneten Ziel einer guten Versorgungsqualität (siehe Allgemeiner Teil der Begründung) ist kein Zusammenhang zwischen diesen Themenfeldern zu erkennen. Hinsichtlich des Reinigungs- und des Pflegepersonals ist zu berücksichtigen, dass diese Personalgruppen sehr verschiedene Aufgaben erfüllen, so dass keine zwingenden Gründe bestehen, im Gleichklang über das in diesen Berufsgruppen vorzuhaltende Personal zu entscheiden. Die zu ihnen vorgesehenen Regelungen könnten im Falle ihrer Abtrennung jeweils für sich Gegenstände in sich geschlossener und lebensfähiger Volksinitiativen sein (zu diesem Maßstab vgl. BayVerfGH, a.a.O., Rdnr. 44). Die Formulierungen des ge-

planten § 4a Abs. 7 BremKrhG verletzen zudem das Klarheitsgebot. Da im Rahmen der Volksgesetzgebung für Nachfragen oder Formulierungsänderungen kein Raum ist, müssen Volksinitiativen aus sich selbst heraus eindeutig und klar verständlich sein (vgl. HVerfG, U. v. 30.11.2005, Az.: 16/04, Leitsatz 3e, Juris Rn 78 ff.). Mit Blick auf die Personalvorgaben zur Einhaltung hygienischer Standards wird in der Begründung lediglich auf „hygienisch umfassend geschulte Reinigungskräfte“ verwiesen, eine nähere Spezifizierung relevanter Berufsgruppen erfolgt nicht.

**Zusammenfassend lässt sich feststellen:** Der Bundesgesetzgeber hat für die Pflegeausbildung und die Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus mit den oben genannten Gesetzen bereits weitreichende Regelungen getroffen, die zu Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung der Patientinnen und Patienten führen sollen. Die Begründung zum PpSG belegt, dass der Bund zur Sicherung einheitlicher existentieller Lebensverhältnisse eine abschließende und bundesweite Regelung treffen wollte. Die geplanten Änderungen am Bremischen Krankenhausgesetz durch das Volksbegehren weichen grundlegend von den Regelungen des Bundesgesetzgebers ab – sowohl inhaltlich-konzeptionell (umfassende Definition von Pflegepersonal versus Beschränkung auf Pflegefachkräfte, keine wissenschaftlich hergeleitete Operationalisierung des Konstruktes „bedarfsgerechte Mindestpersonalzahlen“ auf Basis eines Soll-Ist-Vergleichs) als auch methodisch (Pflegepersonal-Regelung aus dem Jahr 1992 ohne Soll-Ist-Vergleich versus Ableitung von Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis aktueller empirischer Daten). Darüber hinaus fügen sich die Sanktionen bei Verstoß der Personalvorgaben nicht in die Regelungslogik des KHG ein (siehe vorgelagerte Ausführungen). Diese Voraussetzungen liefen dem Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden und gleichmäßigen Versorgung mit Krankenhausleistungen – insbesondere vor dem Hintergrund eines allgemeinen Mangels an Pflegekräften – zuwider. Unterschiedliche landesrechtliche Regelungen würden mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass die Krankenhausversorgung regional stärker variiert und kontraproduktive Wettbewerbs- bzw. Konkurrenzsituationen zwischen den Ländern geschaffen werden. Insofern besteht ein Widerspruch zur Absicht des Bundesgesetzgebers nach einer abschließenden und bundeseinheitlichen Regelung und den geplanten Gesetzesänderungen des Volksbegehrens. Die bundesgesetzlichen Regelungen belegen die gesetzgeberische Absicht, die Weiterentwicklung der Regelungen zur Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus maßgeblich und ausschließlich den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung) zu überantworten; diese Intention wird unterstützt durch die gemeinsame Initiative der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des Deutschen Pflegerates (DPR) zur bedarfsgerechten Pflegepersonalausstattung und -finanzierung im gesamten Krankenhaus. Nach der bundesgesetzlichen Konzeption soll die Fortentwicklung der Pflegepersonalvorgaben unter Einbezug derjenigen Stellen erfolgen, die in der Folge ganz wesentlich mit der Kostenlast konfrontiert sind. Hiervon weicht das Konzept des Volksbegehrens ab, das eine landesrechtliche Regelung ohne Einbeziehung eben dieser Stellen und damit letztlich zu Lasten Dritter anstrebt.

Gravierend unterschiedliche Kosten- und Belastungsstrukturen für Krankenhäuser in den Bundesländern könnten im Übrigen im Ergebnis auch die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Einrichtungen in Frage stellen. Damit wäre in der Folge möglicherweise auch die Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen in den

jeweiligen Bundesländern betroffen. Bei einer Erhöhung der Personalkosten in den berührten Personalbereichen um etwa 20,8 Prozent in Bremen und bei entsprechend gleich gelagerten Volksbegehren bisher nur in den weiteren Ländern Bayern und Hamburg besteht auch insoweit ein begründeter Anlass zur Sorge. Die einheitlichen bundesrechtlichen Regelungen sichern demgegenüber gleiche wirtschaftliche Rahmenbedingungen dieser medizinischen Einrichtungen. Sie vermeiden regionale Verwerfungen der Gesundheitsversorgung, die auf verschiedenen wirtschaftlichen Ausgangsbedingungen beruhen könnten. Einseitige regionale Belastungen könnten bei den engen wirtschaftlichen Handlungsbedingungen der Kliniken auch unmittelbar deren Bestand berühren.

## **B. Lösung**

Da das Volksbegehren nach Auffassung des Senats nicht den Voraussetzungen nach § 9 S. 1 Nr. 2b und § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG entspricht, beantragt der Senat gemäß § 12 Abs. 2 BremVEG fristgemäß eine Entscheidung des Staatsgerichtshofs der Freien Hansestadt Bremen über die Zulassung des Bremer Volksbegehrens für mehr Krankenhauspersonal.

## **C. Alternativen**

Keine Alternativen.

## **D. Finanzielle / Personalwirtschaftliche Auswirkungen / Gender-Prüfung**

Für die Entscheidung zur Prüfung der Zulässigkeit des Volksbegehrens durch den Staatsgerichtshof der Freien Hansestadt Bremen fallen für SWGV Kosten für die Tätigkeit des Verfahrensbevollmächtigten des Senats nach dem zeitlichen Aufwand der Prozessvertretung an. Sie könnten der Höhe nach schätzungsweise zwischen 5.000 und 10.000 Euro liegen.

Die Entscheidung auf Zulassung des Volksbegehrens und die Vorlage für den Senat haben keine genderrelevanten Auswirkungen; die Durchführung des Volksbegehrens würde Frauen, Männer und das dritte Geschlecht gleichermaßen betreffen.

## **E. Beteiligung / Abstimmung**

Die Vorlage ist mit dem Senator für Inneres, dem Senator für Justiz und Verfassung und der Senatskanzlei abgestimmt.

## **F. Öffentlichkeitsarbeit / Veröffentlichung nach dem Informationsfreiheitsgesetz**

Öffentlichkeitsarbeit wird grundsätzlich empfohlen. Eine Veröffentlichung von Einzelheiten dieser Vorlage nach dem Informationsfreiheitsgesetz wird jedoch aufgrund des angestrebten Gerichtsverfahrens vor dem Staatsgerichtshof nicht empfohlen.

## **G. Beschlussvorschlag**

1. Der Senat hält die Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens für mehr Krankenhauspersonal nach § 9 S. 1 Nr. 2b und § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG für nicht gegeben.
2. Der Senat führt gemäß § 12 Abs. 2 BremVEG eine Entscheidung des Staatsgerichtshofs der Freien Hansestadt Bremen über die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens für mehr Krankenhauspersonal herbei.
3. Der Senat bestellt Herrn Professor Matthias Stauch zum Verfahrensbevollmächtigten und bittet den Präsidenten des Senats, den Schriftsatz entsprechend der Anlage 3 bis zum 12. April 2019 beim Staatsgerichtshof einzureichen.
4. Der Senat bittet den Präsidenten des Senats, unverzüglich die Vertrauenspersonen des Volksbegehrens – Jörn Bracker, Pauline Wildenauer und Roman Fabian – darüber zu unterrichten, dass der Senat die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung nach § 9 S. 1 Nr. 2b und § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG nicht für gegeben hält und eine Entscheidung des Staatsgerichtshofs darüber herbeiführt.

---

### **Anlagen:**

#### **Anlage 1**

Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens "Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus"

#### **Anlage 2**

Schreiben des Landeswahlleiters vom 13.02.2019 an den Präsidenten des Senats

#### **Anlage 3**

Schriftsatz an den Staatsgerichtshof der Freien Hansestadt Bremen

Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens

## **„Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus“**

An den Senat der Freien Hansestadt Bremen auf Zulassung eines Volksbegehrens nach § 8 Abs. 1 in Verbindung mit § 22 Abs. 2 und § 10 Abs. 1 Gesetz über das Verfahren beim Volksentscheid. Die unterzeichnenden Stimmberechtigten beantragen ein Volksbegehren gem. Art 66a der Landesverfassung der Freien Hansestadt Bremen für den folgenden Gesetzesentwurf zuzulassen:

### **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bremischen Krankenhausgesetzes (BremKrhG)**

#### **§ 1 Änderung des Bremischen Krankenhausgesetzes**

Das Bremische Krankenhausgesetz (BremKrhG) in der Fassung vom 12. April 2011 (Brem. GBl. 2011, 252), zuletzt mehrfach geändert durch Geschäftsverteilung des Senats vom 02. August 2016 (Brem. GBl. 2016, S. 434, 474), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

§ 4a Qualitätsanforderungen und Regelungen zur Personalbemessung

§ 4b Expertenkommission und Vorlagepflicht

§ 4c Personalplanung, Sanktionen und Software

§ 6a Kontrolle der Personalvorgaben durch den Planungsausschuss

2. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Die Qualität der Patientenbehandlung wird durch die Zulassung im Rahmen der Krankenhausplanung, die finanzielle Förderung von Krankenhäusern, die Vorgabe von Qualitätssicherungsmaßnahmen und insbesondere durch Vorgaben zu Qualitätsanforderungen und Regelungen zur Personalbemessung sowie die Gewährleistung der Rechte der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung sichergestellt.“

b) Folgender Satz 3 wird eingefügt

„§ 6 Abs. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz ist anzuwenden.“

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

Nach Satz 3 werden folgende Sätze 4 und 5 eingefügt:

„<sup>4</sup>Der Krankenhausplan ist ein Rahmenplan, der eine Bedarfsanalyse, medizinische Versorgungskonzepte und Informationen zum Leistungsgeschehen enthält. <sup>5</sup>Dabei ist insbesondere der Personalbedarf zu analysieren und sind Versorgungsziele, planungsrelevante Qualitätsindikatoren, weitere Qualitätsanforderungen und Voraussetzungen für die Zulassung zur Notfallversorgung zu benennen.“

b) Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 6.

4. Nach § 4 werden folgende §§ 4a, 4b und 4c eingefügt:

#### § 4a

#### Qualitätsanforderungen und Regelungen zur Personalbemessung

„(1) Die gemäß § 4 Abs. 1 in den Krankenhausplan aufzunehmenden Qualitätsanforderungen haben verbindliche Regelungen zur Personalbemessung für den Bereich der stationären Krankenhausbehandlung zu enthalten. (2) <sup>1</sup>Als Pflegefachpersonal im Sinne dieses Gesetzes werden ausschließlich staatlich anerkannte Pflegefachpersonen mit einer mindestens dreijährigen abgeschlossenen Ausbildung oder einem gleichwertigen Studium verstanden. <sup>2</sup>Operationstechnische Assistentinnen oder Assistenten und Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten nach den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sind diesen gleichgestellt, soweit diese ausschließlich in Operations- oder Anästhesieabteilungen eingesetzt werden. (3) <sup>1</sup>Für die stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt die Bedarfsermittlung für Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung für die Tagesschichten auf Grundlage der Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege in der Fassung vom 21.12.1992 (PPR, BGBl. 1992, I, S. 2266, 2316 ff.), soweit es dieses Gesetz nicht anders bestimmt. <sup>2</sup>Der Mindestbedarf der Minutenwerte für die Pflegestufe A4 wird dabei abweichend von der PPR wie folgt festgesetzt:

| Erwachsene  | <b>S1</b> | <b>S2</b> | <b>S3</b> |
|-------------|-----------|-----------|-----------|
| A4          | 289       | 299       | 325       |
| Kleinkinder | <b>S1</b> | <b>S2</b> | <b>S3</b> |
| A4          | 356       | 439       | 558       |
| Jugendliche | <b>S1</b> | <b>S2</b> | <b>S3</b> |
| A4          | 350       | 433       | 552       |

<sup>3</sup>Die Patientin oder der Patient wird in die Pflegestufe A4 gem. PPR eingestuft, wenn die Pflegestufe A3 sowie mindestens 6 dokumentierte Aufwandspunkte im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) vorliegen. <sup>4</sup>Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt täglich. <sup>5</sup>Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten Pflegefachpersonal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. <sup>6</sup>Die Nachtschichten sind so zu besetzen, dass die Anzahl der Pflegefachpersonen in der somatischen Erwachsenenpflege sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit richtet, mindestens jedoch in einem Verhältnis 1:15. <sup>7</sup>In der somatischen Kinderpflege beträgt das Verhältnis mindestens 1:10. <sup>8</sup>Eine Pausenablösung ist zu garantieren.

(4) <sup>1</sup>Für die Patientenversorgung im Bereich der Intensiv- und Überwachungsstationen wird das notwendige Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegefachpersonal in drei Betreuungsstufen voneinander abgegrenzt:

1. Hoch-intensiver Versorgungsbedarf: Mindestens eine Pflegefachperson betreut einen Patienten oder eine Patientin in einer Schicht.
2. Intensiver Versorgungsbedarf: Eine Pflegefachperson betreut maximal zwei Patientinnen oder Patienten in einer Schicht.
3. Überwachung: Eine Pflegefachperson betreut maximal drei Patientinnen oder Patienten in einer Schicht.

<sup>2</sup>Zusätzlich soll eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung (mit der Qualifikation der Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie) pro Intensivtherapieeinheit vorgesehen werden.

<sup>3</sup>In jeder dieser Betreuungsstufen müssen mindestens 30 % des Pflegefachpersonals die Weiterbildung zur Anästhesie- und Intensivfachpflegekraft erfolgreich abgeschlossen haben.

(5) <sup>1</sup>Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sind die Bestimmungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (QFR-RL) in ihrer jeweils gültigen Fassung anzuwenden. <sup>2</sup>Dabei sind sowohl der prozedurenbezogene Personalbedarf als auch der Personalbedarf für die darüber hinausgehenden organisatorischen Aufgaben wie z.B. Dokumentation zu ermitteln. <sup>3</sup>Für Früh- und Reifgeborene, die nicht der QFR-RL unterliegen, gelten die Absätze 1 bis 3.

(6) <sup>1</sup>Für Funktionsbereiche gelten folgende Personalvorgaben für die Pflege:

1. Operationssaal: mindestens zwei Pflegefachpersonen pro laufendem Operationssaal oder einer laufenden Operation außerhalb des OP-Bereichs,
2. Anästhesie: für die Dauer einer Anästhesie eine Pflegefachperson für maximal eine Patientin oder einen Patienten,
3. Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie: zwei Pflegefachpersonen für eine laufende Diagnostik,
4. Dialyse: eine Pflegefachperson für maximal zwei Dialysepatientinnen oder -patienten sowie
5. Kreißsaal: eine Hebamme bzw. eine Entbindungspflegerin oder ein Entbindungspfleger pro Kreißende bei nicht pathologischer Geburt, eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger pro Gebärender bei pathologischer Geburt sowie für jede Mehrlingsgeburt Hebammen bzw. Entbindungspflegerinnen oder Entbindungspfleger in der Anzahl der zu erwartenden Neugeborenen.

<sup>2</sup>Die Besetzung von Bereichen wie Notaufnahme und Radiologie erfolgt nach einer Bedarfsanalyse.

<sup>3</sup>In geriatrischen Einheiten sind die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

(7) <sup>1</sup>Für Bereiche, die besonders relevant für die Einhaltung hygienischer Standards sind, hat die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz durch Rechtsverordnung Mindestpersonalvorgaben auf Grundlage des Stands der Wissenschaft und der Empfehlung des Robert-Koch-Instituts in den jeweils geltenden Fassungen zu erlassen. <sup>2</sup>Durch Rechtsverordnungen können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und Kontrolle bestimmt werden.

(8) Die Ermittlung der Personalstellen in Vollzeitäquivalenten erfolgt gemäß den definierten Mindeststandards in diesem Gesetz für jede Station.“

## **§ 4b**

### **Expertenkommission und Vorlagepflicht**

„(1) <sup>1</sup>Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz setzt eine Expertenkommission ein, deren Aufgabe die Weiterentwicklung der Personalvorgaben nach diesem Gesetz ist, um diese an den aktuellen Stand der pflegerischen und medizinischen Erkenntnisse anzupassen. <sup>2</sup>Diese Expertenkommission wird paritätisch besetzt. <sup>3</sup>Der Expertenkommission gehören Vertreterinnen und Vertreter des Senats, der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen, die Landesverbände der Krankenkassen in Bremen und der Landesausschuss Bremen der privaten Krankenversicherung (50%) sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gewerkschaften, der Berufsverbände der im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen und der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter

Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V (50%) an. <sup>4</sup>Die Kommission kann wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben. <sup>5</sup>Der Senat hat die nötigen Mittel für die Arbeitsfähigkeit und die fachliche Beratung der Kommission bereitzustellen. <sup>6</sup>Die Kommission legt binnen zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes der Bremischen Bürgerschaft einen Abschlussbericht vor. <sup>7</sup>Dieser bildet die Grundlage für eine Novellierung dieses Gesetzes. <sup>8</sup>Der Senat hat der Bremischen Bürgerschaft spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Gesetzentwurf vorzulegen.

(2) Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz legt der Bremischen Bürgerschaft jährlich bis zum 31. Juli einen öffentlichen schriftlichen Bericht für das Vorjahr über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und der Personalvorgaben allgemein und in Bezug auf die einzelnen Krankenhäuser sowie über ergriffene Maßnahmen vor.“

#### **§ 4c**

#### **Personalplanung, Sanktionen und Software**

„(1) <sup>1</sup>Die Krankenhäuser erstellen jährlich eine Personalplanung für jede Station und jeden Bereich, die die Vorgaben des § 4a erfüllt. <sup>2</sup>Dabei sind die Erfahrungswerte des vorangegangenen Jahres in Bezug auf Leistungsentwicklung und Ausfallzeiten zu berücksichtigen. <sup>3</sup>Auf Grundlage der ermittelten Planwerte ist eine Soll-Schichtplanung zu erstellen. <sup>4</sup>Hierbei werden die ermittelten monatlichen Vollkräfte vollständig auf die einzelnen Schichten verteilt. <sup>5</sup>Ausfallzeiten sind einzuplanen. <sup>6</sup>Ist absehbar, dass die Personalvorgaben nicht erfüllt werden können, teilen die Krankenhäuser dies der zuständigen Behörde mit.

(2) <sup>1</sup>Am Ende eines jeden Kalenderjahres erstellt jedes Krankenhaus einen Bericht über die Einhaltung der Personalvorgaben. <sup>2</sup>Hat das Krankenhaus die Vorgaben nicht eingehalten, so legt es der zuständigen Behörde dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. <sup>3</sup>Werden die Personalvorgaben am Ende von zwei Berichtsperioden nicht eingehalten, soll die zuständige Behörde Maßnahmen zur Einhaltung der durch die in § 4a definierten Vorgaben zur Personalbemessung vereinbaren. <sup>4</sup>Hierfür soll die Behörde, soweit für die Aufrechterhaltung des Fachpflegekraft-Patienten-Verhältnisses erforderlich, im Sinne einer Einschränkung des Versorgungsauftrages die Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich reduzieren. <sup>5</sup>Erfüllt ein Krankenhaus die Vereinbarung nicht, soll die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz die Aufnahme des Krankenhauses oder einzelner Abteilungen in den Krankenhausplan widerrufen. <sup>6</sup>Die Behörde soll geeignete Maßnahmen ergreifen, um eine drohende Unterversorgung abzuwenden. <sup>7</sup>Krankenhäuser können zu einer strukturierten Zusammenarbeit verpflichtet werden.

(3) <sup>1</sup>Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegefachpersonal entsprechend § 4c notwendige Software vorzuhalten. <sup>2</sup>Des Weiteren sind sie dazu verpflichtet ein Bemessungssystem vorzuhalten, über das die Abgrenzung der drei Betreuungsstufen für Intensivstationen vorgenommen wird.“

5. § 6 wird wie folgt geändert:

- a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:
  - Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Unmittelbar Beteiligte im Sinne des Satzes 1 sind die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten gem. § 140 f. SGB V, die Landesverbände der Krankenkassen, die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, der Gesamtbetriebsrat der Gesundheit Nord Klinikgesellschaft sowie ein Vertreter oder eine Vertreterin der Interessenvertretungen der privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser, ein Vertreter oder eine Vertreterin des Marburger Bundes, ein Vertreter oder eine Vertreterin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung, die Landeskrankenhausgesellschaft sowie die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven.“

- b) Die Sätze 6, 7 und 8 werden aufgehoben.
- c) In Abs. 2 werden die Sätze 3 und 4 aufgehoben

6. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

#### **§ 6a**

##### **Kontrolle der Personalvorgaben durch den Planungsausschuss**

„(3) <sup>1</sup>Dem Planungsausschuss obliegt die Kontrolle der Personalvorgaben. <sup>2</sup>Er tagt mindestens zweimal im Jahr. <sup>3</sup>Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz berichtet ihm über die Einhaltung von Personalvorgaben sowie über Kapazitätsanpassungen. <sup>4</sup>Der Bericht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz wird veröffentlicht. <sup>5</sup>Der Ausschuss nimmt zu den vereinbarten sowie durch die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz getroffenen Maßnahmen Stellung.“

#### **§ 2 Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am ... in Kraft.

## Zur Begründung im Einzelnen:

### ***Gemeinsam den Pflegenotstand stoppen!***

#### **Allgemeiner Teil**

Jeder Mensch kann plötzlich auf eine Behandlung und Pflege in einem Krankenhaus angewiesen sein. Voraussetzung einer guten Qualität bei der Versorgung sind eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung und genügend gut ausgebildetes und motiviertes Personal in allen Gesundheitsberufen.

Die Krankenhausfinanzierung über sogenannte Fallpauschalen hat dazu geführt, dass immer mehr Behandlungen durchgeführt werden. Gleichzeitig zwingen der politisch gewollte Konkurrenzkampf, das Gewinnstreben privater Unternehmen und die gesetzeswidrige Weigerung der Freien Hansestadt Bremen, die Investitionskosten vollständig zu tragen, alle Krankenhäuser dazu, Kosten zu senken. Meist geschieht das in Form von Personalkürzungen und Arbeitsverdichtung. Während in den vergangenen Jahren die Fallzahlen stetig stiegen, wurde in Bremens Krankenhäusern, ebenso wie im Rest der Republik, Personal abgebaut. Was das Verhältnis von Pflegefachkräften pro Patient\*in angeht, belegt Deutschland im Vergleich der OECD-Länder regelmäßig einen der letzten Plätze. Eine Entwicklung mit fatalen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität.

Personalmangel verletzt die Würde von Patient\*innen und gefährdet ihre Gesundheit. Es ist alarmierend und beschämend, wenn Pflegekräfte davon berichten, dass hilflose Menschen z.T. stundenlang in ihren Ausscheidungen liegen müssen. Ein gutes, moralischen Regeln folgendes und somit letztlich erfüllendes Arbeiten ist unter den derzeitigen Bedingungen nicht möglich. Darüber hinaus belegen diverse Studien, dass sich im Sinne des Patient\*innenwohls in Krankenhäusern mit besserer Personalbesetzung signifikant bessere Ergebnisse hinsichtlich z.B. Sterblichkeit und Komplikationsrate erzielen lassen als mit schlechter Besetzung. Die Rate „unerwünschter Ereignisse“ wie Infektionen, Wundliegen oder Sturzereignisse ist umso höher, je weniger Pflegepersonal vorhanden ist. Die Sterblichkeit ist in Krankenhäusern mit verhältnismäßig wenigen Pflegekräften (eine Pflegekraft versorgt bis zu 12 Patient\*innen) um ein Viertel höher als in Krankenhäusern, in denen eine Pflegekraft maximal 8 Patient\*innen versorgt. Der Personalmangel hinterlässt auch bei den Pflegenden Spuren. In ihrer Berufsgruppe sind Krankenstand und die Rate spezifischer Erkrankungen wie beispielsweise Erschöpfungsdepressionen überdurchschnittlich hoch. Folge ist, dass immer mehr Pflegenden ihren Stundenumfang reduzieren, ihren Beruf verlassen und Berufseinsteiger\*innen abgeschreckt werden. Erfahrungen aus Ländern in denen verbindliche Personal-Patient\*innen-Verhältnisse erfolgreich eingeführt wurden zeigen, dass sich der Fachkräftemangel unter entsprechend verbesserten Arbeitsbedingungen entspannt.

Bisher gibt es keine gesetzlichen Personalvorgaben, um die Qualität der Patient\*innenversorgung im Krankenhaus zu verbessern. Die zum 1. Januar 2019 in Kraft tretende Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV in der Fassung vom 5. Oktober 2018) des Bundesgesundheitsministeriums schreibt lediglich Personaluntergrenzen vor. Diese gelten nur für vier Bereiche (Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie) und nicht für alle bettenführenden Stationen der Krankenhäuser. Dies birgt die Gefahr, dass Pflegekräfte von einer Station auf die andere „verschoben“ werden, um dort den Personalvorgaben Genüge zu tun. Auf den übrigen Stationen hingegen arbeiteten dann sogar noch weniger Pflegefachkräfte. Die geforderten

Personaluntergrenzen können darüber hinaus mit einem Anteil an Pflegehilfskräften von bis zu 40 % erfüllt werden. Des Weiteren müssen diese Untergrenzen nicht jeden Tag und in jeder Schicht, sondern nur im Monatsdurchschnitt eingehalten werden. Als Sanktionsmechanismus sieht die Verordnung allein Vergütungsabschläge vor, sodass sich Krankenhäuser von ihrer Verpflichtung ausreichend Pflegepersonal zu beschäftigen „freikaufen“ können. Personaluntergrenzen sollen Gefährdungen ausschließen, erfüllen jedoch nicht die im Sozialgesetz (SGB V) formulierten Ansprüche an Qualität der Versorgung und Gesunderhaltung der Patient\*innen im Krankenhaus. Im Entwurf des Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) des Bundesgesundheitsministeriums vom 25. Juni 2018 wird abermals eine bedarfsorientierte Personalbemessung vermieden. Auch im Bremischen Krankenhausgesetz finden sich keine Personalvorgaben, sondern lediglich allgemeine Vorgaben zu Versorgungsqualität und Patientensicherheit.

Zur Gewährleistung des Patient\*innenwohls ist eine gute Zusammenarbeit zwischen allen Krankenhausbeschäftigten unabdingbar. Hierzu zählen neben vielen anderen nicht zuletzt auch hygienisch umfassend geschulte Reinigungskräfte. Deren Position wird weder in der aktuellen Gesetzgebung noch im aktuellen Gesetzesentwurf abgebildet. Dies ist im Falle des Volksbegehrens hauptsächlich verfassungsrechtlichen Überlegungen geschuldet. Das Bündnis ist sich der Problematik bewusst und wird die Anliegen der Beschäftigten der sog. „patientenfernen Berufe“ beispielsweise in der im Gesetz vorgesehenen Expert\*innenkommission nach Kräften begleiten und unterstützen.

Eine ausschließliche Gesetzgebungskompetenz des Bundes liegt für den Bereich der Krankenhäuser nur für die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ vor (Art. 75 Nr. 19a GG). Das Bundesland Bremen kann also Qualitätsanforderungen durch Strukturvorgaben formulieren. Gleichzeitig stellt die Bundesregierung den Landesregierungen seit 2016 ausdrücklich frei, ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Landeskrankenhausplanung zu entwickeln (§ 6 Abs. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz): „Durch Landesrecht [...] können weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden.“ Deshalb sind verbindliche Vorgaben für den Landeskrankenhausplan durch das Bremische Krankenhausgesetz dringend nötig und möglich. Der oben genannte Referentenentwurf zum PpSG sieht darüber hinaus eine Vollfinanzierung zusätzlich geschaffener Stellen im Pflegebereich vor, sodass in Hinblick auf die Kosten der Pflegestellen nach Verabschiedung des PpSG keine Finanzierungsprobleme für den Bremer Haushalt entstehen werden.

Das vorgeschlagene Gesetz definiert daher bedarfsgerechte Mindestpersonalzahlen für Pflegekräfte im Krankenhaus, stellt Transparenz über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und Personalvorgaben her und formuliert Konsequenzen, wenn die Ziele nicht erreicht werden.

## **Die Änderungen des Bremischen Krankenhausgesetzes im Einzelnen**

### **Neufassung § 4a „Qualitätsanforderungen und Regelungen zur Personalbemessung“**

Mit den vorliegenden Änderungen werden für alle Krankenhäuser in Bremen einheitliche, verbindliche und bedarfsgerechte (Mindest-)Personalzahlen für Pflegefachkräfte vorgeschrieben. Eine Definition von Pflegepersonal und Pflegefachkräften ist im Sinne der Qualitätssicherung in der Versorgung von Patient\*innen notwendig.

Als Grundlage der Bedarfsermittlung an Pflegefachkräften dient die in der Wissenschaft und unter Fachleuten bewährte Pflege-Personalregelung (PPR, Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenhausversorgung, kurz Pflege-Personalregelung (PPR), BGBl. I 1992 S. 2316-2325). Mit Absatz 2 Satz 1 wird festgelegt, dass nur Pflegefachkräfte in die Bedarfsplanung der Personal-Patienten-Relationen einberechnet werden dürfen. Die PPR wird ergänzt durch eine Pflegestufe A4, die sich aus der heutigen Anwendung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS, veröffentlicht im Operationen- und Prozeduren-Schlüssel 9.20 „Hochaufwändige Pflege von Patientinnen“, siehe [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) ergibt und Fälle mit erhöhtem Pflegebedarf regelt.

Zu Qualitätsanforderungen gehören außerdem Personalquoten für Nachtschichten, Intensivpflege und Funktionsbereiche, die mit der PPR nicht geregelt sind. Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ist die Einhaltung der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sicherzustellen und nachzuweisen. Für alle anderen Bereiche wird auf Qualitätsvorgaben der jeweiligen deutschen Fachgesellschaften und internationale Standards verwiesen.

#### **Neufassung § 4b „Expertenkommission und Vorlagepflicht“**

Der neue § 4b gewährleistet die Weiterentwicklung der gesetzlichen Personalvorgaben. Vertreter\*innen aus Berufsverbänden, Gewerkschaften und Patient\*innenorganisationen werden beteiligt und in ihrer Position gestärkt. Die Expertenkommission wird außerdem mit der Erarbeitung ergänzender Personalbemessungswerkzeuge für bisher nicht berücksichtigte Berufsgruppen beauftragt.

#### **Neufassung § 4c „Personalplanung, Sanktionen und Software“**

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

Absatz 1 schreibt den Krankenhäusern vor, ihre Personalplanung entlang der Erfahrungen des letzten Jahres auszurichten. Somit werden Ausfallzeiten des Personals realistisch abgebildet und saisonale Schwankungen ausgeglichen.

Absatz 2 schreibt ein gestuftes Sanktionsverfahren bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen vor. Die Sanktionen greifen bei Nichteinhaltung nach zwei Berichtsperioden und schreiben Reduzierungen der Behandlungskapazitäten vor oder sogar die Herausnahme aus dem Krankenhausplan, wenn es für die Patient\*innensicherheit notwendig sein sollte.

#### **Ergänzung § 6 und Neufassung § 6a „Kontrolle der Personalvorgaben durch den Planungsausschuss“**

Die Krankenhäuser sollen über ihre Planungen zur Umsetzung dieses Gesetzes und deren Fortschritt der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz berichten. Diese setzt ihrerseits den Planungsausschuss in Kenntnis und veröffentlicht den Bericht. Damit soll gewährleistet werden, dass der Planungsausschuss die Einhaltung der Personalvorgaben kontrollieren kann. Durch die Veröffentlichung können sich aber auch alle Bremer Bürger\*innen über die (Nicht-)Einhaltung der Personalvorgaben informieren.

Senatskanzlei • Postfach 10 25 20 • 28025 Bremen

Die Senatorin für Wissenschaft,  
Gesundheit und Verbraucherschutz  
Contrescarpe 72  
28195 Bremen

Auskunft erteilt  
Andrea Adrian

Zimmer 211

T (04 21) 3 61 4165  
F (04 21) 4 96 4165

E-Mail  
andrea.adrian@sk.bremen.de

Datum und Zeichen  
Ihres Schreibens

Mein Zeichen  
(bitte bei Antwort angeben)  
10

Bremen, 27. Februar 2019

**Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens "Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus"**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Senat hat in seiner Sitzung am 26. Februar 2019 beschlossen, den o.g. Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens an die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Prüfung des Antrags und Vorlage einer Senatsvorlage über das Prüfergebnis bis zum 09. April 2019 in Abstimmung mit dem Senator für Justiz und Verfassung, dem Senator für Inneres und der Senatskanzlei zu überweisen.

Die Unterschriftenbögen werden hiermit zuständigkeitshalber an Ihr Haus weitergegeben.

Mit freundlichen Grüßen



Andrea Adrian

Anlagen

# Beschluss des Senats

vom 26.02.2019

4931.) Vorträge der Senatskanzlei  
(Vorlage )

---

Beschluss:

**2.**

**Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens "Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus"**

Am 12.02.2018 wurde dem Landeswahlleiter, Herrn Dr. Andreas Cors, gemäß § 10 Absatz 1 des Gesetzes über das Verfahren beim Volksentscheid (VEG) der Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens "Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus" übergeben.

Der Landeswahlleiter hat den Antrag, der von 5287 Stimmberechtigten persönlich und handschriftlich unterzeichnet wurde, geprüft und am 19.02.2019 gem. § 10 Absatz 6 VEG an die Senatskanzlei weitergeleitet. Der Senat muss nun binnen zwei Monaten prüfen (bis 12.04.2019), ob er dem Antrag stattgibt. Der Antrag sowie das entsprechende Schreiben des Landeswahlleiters sind den Vorträgen angefügt.

**Beschluss:**

Der Senat überweist den Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens "Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus" an die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Prüfung des Antrags und Vorlage einer Senatsvorlage über das Prüfergebnis bis zum 09. April 2019 an den Senat in Abstimmung mit dem Senator für Justiz und Verfassung, dem Senator für Inneres und der Senatskanzlei.

Oltmanns, Kandelhard & Büsing • Postfach 76 04 29 • 28734 Bremen

Staatsgerichtshof der Freien Hansestadt Bremen  
Am Wall 198

28195 Bremen

Am Rabenfeld 4  
28757 Bremen  
Fon 0421-66 00 99  
Fax 0421-66 00 966  
mail@okb-anwalt.de  
www.okb-anwalt.de

**- ENTWURF -**

Bremen, den  
02.04.2019

Unser Aktenzeichen:  
222/19L07 I/Be/He  
Volksbegehren - Pflegeversorgung

In dem Verfahren

zur Feststellung der Unzulässigkeit eines Volksbegehrens nach § 31  
StGH

des Senats der Freien Hansestadt Bremen, vertreten durch den Präsi-  
denten des Senats, Rathaus, Am Markt 21, 28195 Bremen,

- Antragsteller -

**Verfahrensbevollmächtigter:** Rechtsanwalt Prof. Matthias Stauch, in:  
Rechtsanwälte Oltmanns, Kandelhard  
und Büsing, Rabenfeld 4, 28757 Bre-  
men,

gegen

das Volksbegehren „Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für  
mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus“

Vertrauenspersonen:

1. Herrn Jörn Bracker, Charlottenstr. 1, 28203 Bremen,
2. Frau Pauline Wildenauer, Falkenstr. 18, 28195 Bremen
3. Herrn Roman Fabian, Im Arster Felde 4, 28277 Bremen,

- Antragsgegner -

Joachim F. Oltmanns  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Arbeitsrecht

Dr. Ronald Kandelhard  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für  
Handels- und Gesellschaftsrecht,  
Bau- und Architektenrecht  
Mediator

Jan Büsing  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für  
Handels- und Gesellschaftsrecht,  
Steuerrecht,  
Verwaltungsrecht

Ilka-Vibeke Heinemann  
Rechtsanwältin und Notarin  
Fachanwältin für Verwaltungsrecht

Peter Reimers  
Rechtsanwalt und Notar  
(bis 2017)

Prof. Matthias Stauch  
Rechtsanwalt  
Präsident des  
Oberverwaltungsgerichts a.D.  
Staatsrat für Justiz und  
Verfassung a.D.

Dr. Norbert Boese  
Rechtsanwalt

Dr. Ursula v. Friedrichs  
Rechtsanwältin

Marcus Hahn  
Rechtsanwalt

Nikolai Dinkelacker  
Rechtsanwalt

Christian Siebel  
Rechtsanwalt

Dr. Thomas Meyer  
Rechtsanwalt

Partnerschaftsregister  
AG Bremen PR 63

USt-IdNr.:  
DE 199102775

Mitwirkungsberechtigte:

1. Der Senator für Justiz und Verfassung, Richtweg 16 - 22, 28195 Bremen,
2. Die Präsidentin der Bremischen Bürgerschaft, Haus der Bürgerschaft, Am Markt 21, 28195 Bremen

beantrage ich namens und in Vollmacht des Senats der Freien Hansestadt Bremen:

Der Senat beantragt,

**nach § 31 Abs. 2 StGHG festzustellen, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für das Volksbegehren nicht gegeben sind.**

Der Senat hält das Volksbegehren für unzulässig, weil es nach seiner Auffassung mit geltendem Bundesrecht unvereinbar ist (§ 9 S. 1 Nr. 2 b) BremVEG) und es an einem Vorschlag zur Gegenfinanzierung fehlt.

Den Antrag begründe ich namens und in Vollmacht des Senats der Freien Hansestadt Bremen wie folgt:

#### I.

#### **Sachverhalt:**

Am 12. Februar 2019 wurde dem Landeswahlleiter, Herrn Dr. Andreas Cors, gemäß § 10 Abs. 1 des Gesetzes über das Verfahren beim Volksentscheid (BremVEG) ein Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens "Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus" übergeben (**Anlage 1**). Darin wurden die im Rubrum unter 1. bis 3. genannten Personen als Vertrauenspersonen benannt. Unterzeichnet war das Schreiben ebenfalls durch diese drei Personen.

Der Landeswahlleiter hat mit dem als **Anlage 2** beigefügten Schreiben vom 13. Februar 2019 den Zulassungsantrag gemäß § 10 Abs. 6 BremVEG an den Senat weitergeleitet und mitgeteilt, dass der Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens nach seiner Überprüfung von 5.287 bestätigten Unterschriften unterzeichnet worden sei.

Mit dem Hamburger Volksentscheid gegen Pflegenotstand im Krankenhaus (Hamburg), dem Volksentscheid für Gesunde Krankenhäuser (Berlin) und dem Volksbegehren "Stoppt den Pflegenotstand an Bayerns Krankenhäusern" (Bayern) gibt es inhaltlich in weiten Teilen inhaltsgleiche Verfahren, insbesondere zur Pflegeperso-

nalbemessung in Krankenhäusern, auch in diesen anderen Bundesländern. Am Verfassungsgericht Hamburg ist ein Verfahren des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg zur Feststellung der Unzulässigkeit des Volksbegehrens anhängig. Mündliche Verhandlung ist dort für den 16. April 2019 anberaumt. Zu diesem regional parallelen Zusammenhang der Initiativen heißt es zur Begründung des Bremer Volksbegehrens gegenüber den Bundesregelungen auf der Internetseite:

*„Die InitiatorInnen des Bremer Volksbegehrens für mehr Krankenhauspersonal begrüßen die Positionierung der Grünen gegen die von der Großen Koalition geplante Einführung von Personaluntergrenzen und für bundesweit gesetzlich festgelegte wissenschaftlich fundierte Personalstandards. Dieses Anliegen deckt sich mit der im Volksbegehren vorgeschlagenen Gesetzesänderung, die die Einführung einheitlicher und bedarfsgerechter Personalzahlen an allen Bremer Krankenhäusern anstrebt.“ (28.0.2019).*

Gegenstand des Bremer Volksbegehrens für mehr Krankenhauspersonal ist der

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bremischen Krankenhausgesetzes (BremKrhG).**

Der Gesetzentwurf enthält folgende Regelungen:

**A. § 1 Änderung des Bremischen Krankenhausgesetzes**

Das Bremische Krankenhausgesetz (BremKrhG) in der Fassung vom 12. April 2011 (Brem. GBl. 2011, 252), zuletzt mehrfach geändert durch Geschäftsverteilung des Senats vom 02. August 2016 (Brem. GBl. 2016, S. 434, 474), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

§ 4a Qualitätsanforderungen und Regelungen zur Personalbemessung

§ 4b Expertenkommission und Vorlagepflicht

§ 4c Personalplanung, Sanktionen und Software

§ 6a Kontrolle der Personalvorgaben durch den Planungsausschuss

2. § 2 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 S. 2 wird wie folgt geändert:

*„Die Qualität der Patientenbehandlung wird durch die Zulassung im Rahmen der Krankenhausplanung, die finanzielle Förderung von Krankenhäusern, die Vorgabe von Qualitätssicherungsmaßnahmen und insbesondere durch Vorgaben zu Qualitätsanforderungen und Regelungen zur Personalbemessung sowie die Gewährleistung der Rechte der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung sichergestellt.“*

b) Folgender Satz 3 wird eingefügt:

*„§ 6 Abs. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz ist anzuwenden.“*

3. § 4 wird wie folgt geändert:

Abs. 1 wird wie folgt geändert:

Nach Satz 3 werden folgende Sätze 4 und 5 eingefügt:

*„<sup>4</sup>Der Krankenhausplan ist ein Rahmenplan, der eine Bedarfsanalyse, medizinische Versorgungskonzepte und Informationen zum Leistungsgeschehen enthält. <sup>5</sup>Dabei ist insbesondere der Personalbedarf zu analysieren und sind Versorgungsziele, planungsrelevante Qualitätsindikatoren, weitere Qualitätsanforderungen und Voraussetzungen für die Zulassung zur Notfallversorgung zu benennen.“*

Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 6.

4. Nach § 4 werden folgende §§ 4a, 4b und 4c eingefügt:

## **B. § 4a Qualitätsanforderungen und Regelungen zur Personalbemessung**

*„(1) Die gemäß § 4 Abs. 1 in den Krankenhausplan aufzunehmenden Qualitätsanforderungen haben verbindliche Regelungen zur Personalbemessung für den Bereich der stationären Krankenhausbehandlung zu enthalten.*

*(2) <sup>1</sup>Als Pflegefachpersonal im Sinne dieses Gesetzes werden ausschließlich staatlich anerkannte Pflegefachpersonen mit einer mindestens dreijährigen abgeschlossenen Ausbildung oder einem gleichwertigen Studium verstanden. <sup>2</sup>Operationstechnische Assi-*

stentinnen oder Assistenten und Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten nach den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sind diesen gleichgestellt, soweit diese ausschließlich in Operations- oder Anästhesieabteilungen eingesetzt werden.

- (3) <sup>1</sup>Für die stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt die Bedarfsermittlung für Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung für die Tagesschichten auf Grundlage der Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege in der Fassung vom 21.12.1992 (PPR, BGBl. 1992, I, S. 2266, 2316 ff.), soweit es dieses Gesetz nicht anders bestimmt. <sup>2</sup>Der Mindestbedarf der Minutenwerte für die Pflegestufe A4 wird dabei abweichend von der PPR wie folgt festgesetzt:

|             |     |     |     |
|-------------|-----|-----|-----|
| Erwachsene  | S1  | S2  | S3  |
| A4          | 289 | 299 | 325 |
| Kleinkinder | S1  | S2  | S3  |
| A4          | 356 | 439 | 558 |
| Jugendliche | S1  | S2  | S3  |
| A4          | 350 | 433 | 552 |

<sup>3</sup>Die Patientin oder der Patient wird in die Pflegestufe A4 gem. PPR eingestuft, wenn die Pflegestufe A3 sowie mindestens 6 dokumentierte Aufwandspunkte im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) vorliegen. <sup>4</sup>Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt täglich. <sup>5</sup>Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten Pflegefachpersonal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. <sup>6</sup>Die Nachtschichten sind so zu besetzen, dass die Anzahl der Pflegefachpersonen in der somatischen Erwachsenenpflege sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit richtet, mindestens jedoch in einem Verhältnis 1:15. <sup>7</sup>In der somatischen Kinderpflege beträgt das Verhältnis mindestens 1:10. <sup>8</sup>Eine Pausenablösung ist zu garantieren.

- (4) <sup>1</sup>Für die Patientenversorgung im Bereich der Intensiv- und Überwachungsstationen wird das notwendige Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegefachpersonal in drei Betreuungsstufen voneinander abgegrenzt:

1. Hoch-intensiver Versorgungsbedarf: Mindestens eine Pflegefachperson betreut einen Patienten oder eine Patientin in einer Schicht.
  2. Intensiver Versorgungsbedarf: Eine Pflegefachperson betreut maximal zwei Patientinnen oder Patienten in einer Schicht.
  3. Überwachung: Eine Pflegefachperson betreut maximal drei Patientinnen oder Patienten in einer Schicht.
  4. Zusätzlich soll eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung (mit der Qualifikation der Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie) pro Intensivtherapieeinheit vorgesehen werden. <sup>3</sup>In jeder dieser Betreuungsstufen müssen mindestens 30 % des Pflegefachpersonals die Weiterbildung zur Anästhesie- und Intensivfachpflegekraft erfolgreich abgeschlossen haben.
- (5) Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sind die Bestimmungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V (QFR-RL) in ihrer jeweils gültigen Fassung anzuwenden. <sup>2</sup>Dabei sind sowohl der prozedurenbezogene Personalbedarf als auch der Personalbedarf für die darüber hinausgehenden organisatorischen Aufgaben wie z.B. Dokumentation zu ermitteln. <sup>3</sup>Für Früh- und Reifgeborene, die nicht der QFR-RL unterliegen, gelten die Absätze 1 bis 3.
- (6) <sup>1</sup>Für Funktionsbereiche gelten folgende Personalvorgaben für die Pflege:
1. Operationssaal: mindestens zwei Pflegefachpersonen pro laufendem Operationssaal oder einer laufenden Operation außerhalb des OP-Bereichs,
  2. Anästhesie: für die Dauer einer Anästhesie eine Pflegefachperson für maximal eine Patientin oder einen Patienten,
  3. Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie: zwei Pflegefachpersonen für eine laufende Diagnostik,

4. Dialyse: eine Pflegefachperson für maximal zwei Dialysepatientinnen oder -patienten sowie
5. Kreißsaal: eine Hebamme bzw. eine Entbindungspflegerin oder ein Entbindungspfleger pro zwei Kreißende bei nicht pathologischer Geburt, eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger pro Gebärender bei pathologischer Geburt sowie für jede Mehrlingsgeburt Hebammen bzw. Entbindungspflegerinnen oder Entbindungspfleger in der Anzahl der zu erwartenden Neugeborenen. <sup>2</sup>Die Besetzung von Bereichen wie Notaufnahme und Radiologie erfolgt nach einer Bedarfsanalyse. <sup>3</sup>In geriatrischen Einheiten sind die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

(7) <sup>1</sup>Für Bereiche, die besonders relevant für die Einhaltung hygienischer Standards sind, hat die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz durch Rechtsverordnung Mindestpersonalvorgaben auf Grundlage des Stands der Wissenschaft und der Empfehlung des Robert-Koch-Instituts in den jeweils geltenden Fassungen zu erlassen. <sup>2</sup>Durch Rechtsverordnungen können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und Kontrolle bestimmt werden.

(8) Die Ermittlung der Personalstellen in Vollzeitäquivalenten erfolgt gemäß den definierten Mindeststandards in diesem Gesetz für jede Station."

### **C. § 4b Expertenkommission und Vorlagepflicht**

„(1) <sup>1</sup>Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz setzt eine Expertenkommission ein, deren Aufgabe die Weiterentwicklung der Personalvorgaben nach diesem Gesetz ist, um diese an den aktuellen Stand der pflegerischen und medizinischen Erkenntnisse anzupassen. <sup>2</sup>Diese Expertenkommission wird paritätisch besetzt. <sup>3</sup>Der Expertenkommission gehören Vertreterinnen und Vertreter des Senats, der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen, die Landesverbände der Krankenkassen in Bremen und der Landesausschuss Bremen der privaten Krankenversicherung (50%) sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gewerkschaften, der Berufsverbände der im Krankenhaus vertretenen

Berufsgruppen und der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V (50%) an. <sup>4</sup>Die Kommission kann wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben. <sup>5</sup>Der Senat hat die nötigen Mittel für die Arbeitsfähigkeit und die fachliche Beratung der Kommission bereitzustellen. <sup>6</sup>Die Kommission legt binnen zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes der Bremischen Bürgerschaft einen Abschlussbericht vor. <sup>7</sup>Dieser bildet die Grundlage für eine Novellierung dieses Gesetzes. <sup>8</sup>Der Senat hat der Bremischen Bürgerschaft spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Gesetzentwurf vorzulegen.

- (2) Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz legt der Bremischen Bürgerschaft jährlich bis zum 31. Juli einen öffentlichen schriftlichen Bericht für das Vorjahr über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und der Personalvorgaben allgemein und in Bezug auf die einzelnen Krankenhäuser sowie über ergriffene Maßnahmen vor."

#### **D. § 4c Personalplanung, Sanktionen und Software**

„(1) <sup>1</sup>Die Krankenhäuser erstellen jährlich eine Personalplanung für jede Station und jeden Bereich, die die Vorgaben des § 4a erfüllt. <sup>2</sup>Dabei sind die Erfahrungswerte des vorangegangenen Jahres in Bezug auf Leistungsentwicklung und Ausfallzeiten zu berücksichtigen. <sup>3</sup>Auf Grundlage der ermittelten Planwerte ist eine Soll-Schichtplanung zu erstellen. <sup>4</sup>Hierbei werden die ermittelten monatlichen Vollkräfte vollständig auf die einzelnen Schichten verteilt. <sup>5</sup>Ausfallzeiten sind einzuplanen. <sup>6</sup>Ist absehbar, dass die Personalvorgaben nicht erfüllt werden können, teilen die Krankenhäuser dies der zuständigen Behörde mit.

- (2) <sup>1</sup>Am Ende eines jeden Kalenderjahres erstellt jedes Krankenhaus einen Bericht über die Einhaltung der Personalvorgaben. <sup>2</sup>Hat das Krankenhaus die Vorgaben nicht eingehalten, so legt es der zuständigen Behörde dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. <sup>3</sup>Werden die Personalvorgaben am Ende von zwei Berichtsperioden nicht eingehalten, soll die zuständige Behörde Maßnahmen zur Einhaltung der durch die in § 4a definierten Vorgaben zur Personalbemessung vereinbaren. <sup>4</sup>Hierfür soll die Behörde, soweit für die Aufrechterhaltung des Fachpflegekraft-Patienten-Verhältnisses erforderlich, im Sinne einer Einschränkung des Versorgungsauftrages die Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich reduzieren. <sup>5</sup>Erfüllt ein Krankenhaus die Vereinbarung nicht, soll die Senatorin für Wissen-

schaft, Gesundheit und Verbraucherschutz die Aufnahme des Krankenhauses oder einzelner Abteilungen in den Krankenhausplan widerrufen. <sup>6</sup>Die Behörde soll geeignete Maßnahmen ergreifen, um eine drohende Unterversorgung abzuwenden. <sup>7</sup>Krankenhäuser können zu einer strukturierten Zusammenarbeit verpflichtet werden.

(3) <sup>1</sup>Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegefachpersonal entsprechend § 4c notwendige Software vorzuhalten. <sup>2</sup>Des Weiteren sind sie dazu verpflichtet ein Bemessungssystem vorzuhalten, über das die Abgrenzung der drei Betreuungsstufen für Intensivstationen vorgenommen wird.“

5. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt geändert: Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Unmittelbar Beteiligte im Sinne des S. 1 sind die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten gem. § 140 f. SGB V, die Landesverbände der Krankenkassen, die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, der Gesamtbetriebsrat der Gesundheit Nord Klinikgesellschaft sowie ein Vertreter oder eine Vertreterin der Interessenvertretungen der privaten und frei- gemeinnützigen Krankenhäuser, ein Vertreter oder eine Vertreterin des Marburger Bundes, ein Vertreter oder eine Vertreterin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung, die Landeskrankenhausgesellschaft sowie die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven.“

b) Die Sätze 6, 7 und 8 werden aufgehoben.

c) In Abs. 2 werden die Sätze 3 und 4 aufgehoben

6. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

#### **E. § 6a Kontrolle der Personalvorgaben durch den Planungsausschuss**

„(3) <sup>1</sup>Dem Planungsausschuss obliegt die Kontrolle der Personalvorgaben. <sup>2</sup>Er tagt mindestens zweimal im Jahr. <sup>3</sup>Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz berichtet ihm über die Einhaltung von Personalvorgaben sowie über Kapazitätsanpassungen. <sup>4</sup>Der Bericht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz wird veröffentlicht. <sup>5</sup>Der Ausschuss nimmt zu den vereinbarten sowie durch die

*Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz getroffenen Maßnahmen Stellung.“*

## **F. § 2 Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am ... in Kraft.

Der Entwurf enthält gravierende Änderungen des Bremischen Krankenhausgesetzes (BremKrhG) vom 12. April 2011 (Brem.GBL.2011, 252), zuletzt mehrfach geändert durch Geschäftsverteilung des Senats vom 02. August 2016 (BremGBL. S. 434).

Die geplanten Änderungen sehen im Kern neue Regelungen zur Personalbemessung und zum Personaleinsatz in allen Bereichen der Krankenhäuser im Land Bremen vor. Die Regelungen beziehen sich dabei ausschließlich auf Pflegefachpersonal; hierbei handelt es sich dem Gesetzentwurf zufolge um Personal mit einer mindestens dreijährigen abgeschlossenen Ausbildung oder einem gleichwertigen Studium. Ergänzend zum Bereich der pflegerischen Versorgung sieht der Gesetzentwurf eine Verpflichtung des Antragstellers zur Regelung von Mindestpersonalvorgaben auf Grundlage des Stands der Wissenschaft und der Einhaltung der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zur Einhaltung hygienischer Standards vor; diese Regelung impliziert Auswirkungen auf den Einsatz von Personal, welches in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit den Vorgaben für Pflegepersonal steht, beispielsweise Fachkräfte für Krankenhaushygiene oder allgemeines Reinigungspersonal. Darüber hinaus zielt der Gesetzentwurf zum Volksbegehren auf die Einsetzung einer Expertinnen- und Expertenkommission ab, deren Aufgabe es sein soll, die Personalvorgaben im Krankenhaus allein für das Land Bremen weiterzuentwickeln. Die Änderungen am Bremischen Krankenhausgesetz sehen bei Nicht-Einhaltung der Personalvorgaben ein gestuftes Sanktionsverfahren vor, welches Einschränkungen in den Versorgungsaufträgen und die vollständige oder teilweise Herausnahme aus dem Krankenhausplan des Landes Bremen beinhaltet.

Zusammen mit dem Gesetzentwurf wurde die als

### Anlage 1

beigefügte Begründung eingereicht. Diese ist in einen Allgemeinen Teil und Einzelbegründungen für die verschiedenen Regelungen gegliedert.

Im Allgemeinen Teil wird die allgemeine Motivation und Zielsetzung des Gesetzentwurfs beschrieben. Dabei wird auf die Bedeutung des Personalschlüssels für die Patientensicherheit, die Behandlungsqualität, den Behandlungserfolg und die Mitarbeitergesundheit hingewiesen. Darüber hinaus wird ausgeführt, dass es keine gesetzlichen Personalvorgaben gebe, „um die Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus zu verbessern“.

Die zum 01. Januar 2019 in Kraft getretene Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) schreibe lediglich Personaluntergrenzen vor, die Patientinnen- und Patientengefährdungen ausschließen sollen. Die Pflegepersonaluntergrenzen würden darüber hinaus nur für vier Bereiche (Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie) und nicht für alle bettenführenden Stationen eines Krankenhauses gelten.

Abschließend wird auf § 6 Abs. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verwiesen und ausgeführt, den Ländern sei es freigestellt, ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Landeskrankenhausplanung zu entwickeln.

Das vorgeschlagene Gesetz definiere daher bedarfsgerechte Mindestpersonalzahlen für Pflegekräfte im Krankenhaus, stelle Transparenz über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und Personalvorgaben her und formuliere Konsequenzen, wenn die Ziele nicht erreicht werden.

In den Einzelbegründungen werden die einzelnen Regelungen näher erläutert.

Der Gesetzentwurf und die Begründung enthalten keinen Vorschlag zur Finanzierung möglicher Kosten der geplanten Gesetzesänderungen.

Wegen der näheren Einzelheiten der Begründung wird auf die Anlage verwiesen.

Der Landeswahlleiter hat mit dem als Anlage 2 beigefügten Schreiben vom 13. Februar 2019 den Zulassungsantrag gemäß § 10 Abs. 6 BremVEG an den Senat weitergeleitet und mitgeteilt, dass der Antrag auf Zulassung des *Bremer Volksbegehrens für mehr Krankenhauspersonal* nach seiner Überprüfung von 5.287 bestätigten Unterschriften unterzeichnet worden sei.

Die Mitwirkungsberechtigte zu 2) hat das vom *Bremer Volksbegehren für mehr Krankenhauspersonal* beantragte Gesetz bislang nicht verabschiedet.

Mit Beschluss vom 09. April 2019 hat der Antragsteller festgestellt, dass er die Voraussetzungen für die Zulassung des *Bremer Volksbegehrens für mehr Krankenhauspersonal* nach § 9 S. 1 Nr. 2b und § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG für nicht gegeben hält. Der Antragsteller führt daher gemäß § 12 Abs. 2 BremVEG eine Entscheidung des Staatsgerichtshofs der Freien Hansestadt Bremen über die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung des *Bremer Volksbegehrens für mehr Krankenhauspersonal* für mehr Krankenhauspersonal herbei. Er hat den Präsidenten des Senats gebeten, unverzüglich die Vertrauenspersonen des Volksbegehrens darüber zu unterrichten; dass der Senat die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung nach § 9 S. 1 Nr. 2b und § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG nicht für gegeben hält und eine Entscheidung des Staatsgerichtshofs darüber herbeiführt.

## II.

### Zulässigkeit

Der Antrag ist zulässig.

Der Antrag auf Feststellung der Unzulässigkeit des Volksbegehrens ist statthaft nach Art. 140 BremLV, § 31 Abs. 1 StGHG. Der Senat hält die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens nicht für gegeben (§ 12 Abs. 2 BremVEG) und hat in seiner Sitzung am 09. April 2019 beschlossen, das Antragsverfahren auf Feststellung der Unzulässigkeit durchzuführen.

Diese Entscheidung wurde den Vertrauenspersonen unverzüglich mitgeteilt.

Der Feststellungsantrag ist auch rechtzeitig innerhalb der Zwei-Monats-Frist des § 12 Abs. 1 S. 2 BremVEG gestellt und ist auch insoweit zulässig. Der Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens wurde am 12. Februar 2019 beim Landeswahlleiter gestellt, am 13. Februar 2019 wurde der Senat durch den Landeswahlleiter unterrichtet.

Andere Zweifel an der Zulässigkeit des Feststellungsverfahrens bestehen aus Sicht des Senats nicht.

## III.

### Begründetheit

#### 1. Formelle Rechtmäßigkeit des Volksbegehrens

In **formeller** Hinsicht bestehen für einen Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens folgende Anforderungen:

Der Antrag muss nach § 10 Abs. 2 BremVEG

1. im Falle des § 8 Abs. 1 BremVEG - also wenn das Volksbegehren auf Erlass, Aufhebung oder Änderung eines Gesetzes gerichtet ist - einen ausgearbeiteten Gesetzentwurf enthalten, der durch Gründe erläutert ist, der den Bestimmungen des Art. 71 Abs. 2 Landesverfassung der Freien Hansestadt Bremen (BremLV) entsprechen muss, soweit es sich um finanzwirksame Volksbegehren handelt, und der den Bestimmungen des Art. 125 Abs. 1 BremLV entsprechen muss, wenn durch ihn die Landesverfassung geändert werden soll;
2. von mindestens fünftausend Stimmberechtigten persönlich und handschriftlich unterzeichnet sein; neben der Unterschrift sind Familienname, Vorname, Geburtstag und Anschrift (Hauptwohnung) anzugeben. Jede Unterstützungsliste muss nach dem Muster der Anlage 1 zum BremVEG hergestellt und das Stimmrecht der Unterzeichner durch eine Bestätigung nachgewiesen sein, die von der Gemeindebehörde unentgeltlich auf den Unterstützungslisten erteilt wird;
3. eine Vertrauensperson und zwei stellvertretende Vertrauenspersonen benennen, die stimmberechtigt sind.

Diese **formellen** Voraussetzungen sind in Bezug auf den am 12. Februar 2019 beim Landeswahlleiter eingereichten Zulassungsantrag nur teilweise erfüllt:

Das Volksbegehren ist zwar auf Erlass eines Gesetzes gerichtet und der Antrag enthält einen ausgearbeiteten Gesetzentwurf nebst Begründung.

Allerdings handelt es sich vorliegend aller Voraussicht nach um ein **finanzwirksames Volksbegehren**. Es mag sein, dass die konkreten Lasten, die für die öffentlichen Haushalte eintreten werden, noch nicht genauer beziffert werden können, allerdings kann kaum ein Zweifel daran bestehen, dass sich die sehr exakten Vorgaben für das Bremer Landesrecht zu einer massiven Personalverstärkung im Bereich der Bremischen Krankenhäuser führen und davon im Ergebnis auch die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven oder das Land belastet würden. Im Übrigen: Bereits die dauerhafte Einrichtung der gesetzlich vorgegebenen Expertenkommission mit weitreichenden Aufgaben wird finanzwirtschaftliche Lasten auslösen, zu deren Gegenfinanzierung sich der Gesetzentwurf nicht äußert. An einem Vorschlag für eine Gegenfinanzierung der durch das Gesetz ausgelösten finanzwirtschaftlichen Lasten fehlt es jedenfalls in jeder Hinsicht. Ob das angesichts der schwer einschätzbaren mit-

tel- und langfristigen Wirkungen und des Volumens der Belastungen und der Frage, wieweit andere Kostenträger betroffen wären, bereits für sich und selbstständig tragend zur Unzulässigkeit des Volksbegehrens führt, mag dahinstehen. Das Volksbegehren ist darüber hinaus auch mit den bundesgesetzlichen Regelungen unvereinbar und es wendet sich auch ausdrücklich in seiner öffentlichen Darstellung gegen die fachlich und wissenschaftlich fundierte bundesrechtliche Bestimmung der Personalbedarfe (siehe oben das Zitat aus der Internetseite).

Zur Frage der finanziellen Lasten im Einzelnen:

Die Personalvorgaben des Volksbegehrens verursachen jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe. Bereits mit dem *Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals* (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) sind Mehrausgaben für die öffentlichen Haushalte verbunden, wobei der Bundesgesetzgeber davon ausgeht, dass 90 % der Leistungen und Vergütungen auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und 10 % auf andere Kostenträger entfallen; bei dem Anteil, der auf andere Kostenträger entfällt, werden rund zwei Drittel der privaten Krankenversicherung und rund ein Drittel den öffentlichen Haushalten zugeordnet (vgl. BT-Drucksache 19/4453, S. 45). Das PpSG und auch die *Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern* (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV) beinhalten vielfältige Regelungen, welche die Ausstattung mit Pflegepersonal in den Krankenhäusern verbessern sollen, beispielsweise durch eine umfassende Finanzierung der entsprechenden Pflegepersonalkosten und die Vorgabe von konkreten Pflegepersonaluntergrenzen für bestimmte pflegesensitive Bereiche. Die Regelungen des Volksbegehrens gehen dabei noch einmal über die Regelungen des PpSG und der PpUGV deutlich hinaus (vgl. Allgemeiner Teil der Begründung). Dies impliziert einen pflegerischen Personalbedarf, der erheblich über den bundesrechtlichen Regelungen liegt und folglich die finanziellen Mehrbelastungen für die Beihilfe der Länder infolge steigender Gesundheitsausgaben gravierend erhöhen wird:

Die Größenordnung des Personalmehrbedarfs im Krankenhaus wird dem ver.di-Personalcheck zufolge auf insgesamt 162.000 Vollzeitstellen beziffert; die im Jahr 2013 durchgeführte Befragung wird vom *Bremer Volksbegehren für mehr Krankenhauspersonal* als Grundlage für den geforderten personellen Mehrbedarf angeführt. Rund 70.000 dieser Vollzeitstellen entfallen auf die Pflege im Krankenhaus. Der Anteil der Pflegekräfte im Land Bremen an der Gesamtzahl der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern beträgt nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017 rund 1,06 %. Daraus ergibt sich ein personeller Mehrbedarf in den Krankenhäusern des Landes Bremen in

Höhe von 742 Vollzeitstellen - dieser Mehrbedarf an pflegerischem Personal entspricht 20,8 % der aktuell im Land Bremen tätigen Pflegekräfte in allgemeinen Krankenhäusern (2017: 3.560). Unter der Annahme, dass auf Basis der vorgenannten Schätzungen bis zu 742 Vollzeitpflegestellen in den Krankenhäusern des Landes Bremen fehlen, ermittelt sich unter Berücksichtigung eines durchschnittlichen arbeitgeberseitigen Bruttojahresverdienstes in Höhe von 55.000,00 EUR ein zu finanzierender Mehrbedarf in Höhe von 40,810 Mio. EUR. Unter der Annahme, dass - basierend auf den vorgenannten Schätzungen - bis zu 742 Vollzeitpflegestellen in den Krankenhäusern des Landes Bremen fehlen, ergibt sich - ausgehend von einem durchschnittlichen arbeitgeberseitigen Bruttojahresverdienst in Höhe von 55.000,00 EUR - ein zu finanzierender Mehrbedarf in Höhe von 40,810,00 Mio. EUR. Es ist damit zu rechnen, dass ein erheblicher Teil dieser finanziellen Mehrausgaben durch das Land Bremen und die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven zu tragen sind.

Der Gesetzentwurf des Volksbegehrens sieht Sanktionsmaßnahmen bei wiederholter Nicht-Einhaltung der verbindlichen Personalbemessungsregelungen bis hin zum Entzug von Versorgungsaufträgen vor. Nach § 3 Abs. 1 BremKrhG ist die Sicherstellung der Krankenhausversorgung eine öffentliche Aufgabe des Landes und der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven. Sofern sich kein geeigneter Träger findet, haben die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven sicherzustellen, dass die nach dem Krankenhausplan bedarfsgerechten Krankenhäuser errichtet und betrieben werden (§ 3 Abs. 3 BremKrhG). Hiermit wären zusätzlich erhebliche finanzielle Risiken für das Land Bremen und die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven verbunden.

Daneben entstehen dem Land Bremen zusätzliche Ausgaben und zusätzlicher Erfüllungsaufwand durch die Einsetzung einer Expertinnen- und Expertenkommission nach § 4b Abs. 1 der geplanten Änderung am Bremischen Krankenhausgesetz. Aufgabe der Kommission soll es sein, die Personalvorgaben weiterzuentwickeln und an den aktuellen Stand der pflegerischen und medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Die Kommission kann hierzu wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben, wobei der Senat die notwendigen Mittel für die Arbeitsfähigkeit und die fachliche Beratung der Expertinnen- und Expertenkommission bereitzustellen hat. Nach § 4b Abs. 2 der geplanten Gesetzesänderungen ergeben sich für das Land Bremen weiterhin jährliche schriftliche Berichtspflichten über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und der Personalvorgaben (allgemein und jeweils bezogen auf die insgesamt vierzehn Plankrankenhäuser im Land Bremen).

Abschließend entstehen dem Land Bremen zusätzliche Ausgaben und auch zusätzlicher Erfüllungsaufwand durch die Umsetzung der geplanten Gesetzes-

änderungen des Volksbegehrens. Hier ist zunächst die Erweiterung des Krankenhausrahmenplans um eine aufwändige Personalbedarfsanalyse zu nennen (§ 4 Abs. 1 der geplanten Änderung). Daneben sehen die geplanten Gesetzesänderungen nach § 4c Abs. 2 des Bremischen Krankenhausgesetzes weiterhin Berichtsprüfungen, die Vereinbarung von Maßnahmen zur Einhaltung der Personalvorgaben, Durchsetzung von weitreichenden Restriktionen bei Nicht-Einhaltung (Einschränkung des Versorgungsauftrages, vollständige oder teilweise Herausnahme aus dem Krankenhausplan) und entsprechende Gegenmaßnahmen zur Vermeidung von Unterversorgung vor. Zur Umsetzung der hohen Kontroll- und Regelungsdichte ist zusätzliches und ausreichend qualifiziertes Verwaltungspersonal notwendig.

Damit muss der Gesetzentwurf nach § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG den Bestimmungen des Art. 71 Abs. 2 BremLV entsprechen. Nach Art. 71 Abs. 2 BremLV müssen finanzwirksame Volksentscheide mit Wirkung für zukünftige Haushalte einen Finanzierungsvorschlag enthalten; diese Gegenfinanzierung ist in Anlehnung an die allgemeinen Regelungen des Haushaltsrechts darzustellen und dem Gesetzentwurf beizufügen. Ein entsprechender Gegenfinanzierungsvorschlag für die oben genannten Regelungen ist dem Gesetzentwurf jedoch nicht beigefügt, so dass der Antrag insoweit die Zulassungsvoraussetzung des § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG nicht erfüllt.

Der Antrag wurde von 5.287 Stimmberechtigten persönlich und handschriftlich unterzeichnet. Die Unterschriften wurden auf Unterstützungslisten nach dem Muster der Anlage 1 zum BremVEG geleistet und das Stimmrecht der Unterzeichnenden durch eine Bestätigung nachgewiesen, die von der Gemeindebehörde auf den Unterstützungslisten erteilt wurde. Der Antrag erfüllt damit die Zulassungsvoraussetzung des § 10 Abs. 2 Nr. 2 BremVEG.

In dem Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens sind drei Vertrauenspersonen (Jörn Bracker, Pauline Wildenauer und Roman Fabian) mit Wohnsitz in Bremen benannt, die allesamt stimmberechtigt sind.

Allerdings muss der Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens nach dem bloßen Wortlaut des § 10 Abs. 2 Nr. 3 S. 1 BremVEG „eine Vertrauensperson und zwei stellvertretende Vertrauenspersonen benennen“. Bei den im Antrag benannten Vertrauenspersonen wird hingegen nicht zwischen Vertrauensperson und stellvertretenden Vertrauenspersonen differenziert. Im Hinblick darauf, dass in § 10 Abs. 2 Nr. 3 S. 2 BremVEG jedoch ausdrücklich geregelt ist, dass die Vertrauensperson und die zwei stellvertretenden Vertrauenspersonen *„soweit nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, jede für sich berechtigt [sind], verbindliche Erklärungen zum Antrag abzugeben und entge-*

genzunehmen", kommt der Differenzierung in § 10 Abs. 2 Nr. 3 S. 1 BremVEG zwischen Vertrauensperson und stellvertretenden Vertrauenspersonen inhaltlich jedoch keine eigenständige Bedeutung zu, so dass vorliegend das Fehlen einer entsprechenden Differenzierung nach Sinn und Zweck des § 10 Abs. 2 Nr. 3 S. 2 BremVEG unschädlich ist und damit die formellen Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 Nr. 3 BremVEG als erfüllt angesehen werden können.

Ergebnis:

Wegen des Fehlens jeglichen Vorschlags zur einer Gegenfinanzierung bestehen bereits erhebliche Bedenken gegen die formelle Rechtmäßigkeit des beantragten Volksbegehrens. Dass das Volksbegehren keine finanzwirtschaftlichen Lasten auslöst, kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

## **2. Materielle Rechtmäßigkeit des Volksbegehrens / materielle Zulassungsvoraussetzungen**

In materieller Hinsicht bestehen folgende Bedenken gegen die Zulässigkeit der geplanten Änderungen am BremKrhG durch das Volksbegehren:

Das beantragte Volksbegehren „Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus“ ist nicht mit dem Bundesrecht bzw. höherrangigem Recht vereinbar (§ 9 S. 1 Nr. 2b BremVEG). Hierzu ist nachfolgend auszuführen:

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG) sowie darüber hinaus die Regelungen zur Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) sind Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung. Gemäß Art. 72 Abs. 1 GG haben die Länder die Gesetzgebungskompetenz nur solange und soweit, bis der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit durch Gesetz Gebrauch gemacht hat.

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser umfasst dabei alle Regelungen, die gewährleisten sollen, dass die Krankenhäuser über die erforderlichen finanziellen Mittel für die Krankenhausversorgung der Bevölkerung verfügen. Dazu können neben z. B. der Einräumung von Subventionsansprüchen der Krankenhäuser (Regelung finanzieller Förderungsmaßnahmen) auch Regelungen über die Personalstruktur der Krankenhäuser und die Einkünfte der Ärzte und des nichtärztlichen Pflegepersonals sowie über die Klasseneinteilung des Krankenhauses gehören, wenn diese Regelungen zur wirtschaftlichen Si-

cherung der Krankenhäuser erfolgen (vgl. Maunz in Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, Stand August 2018, Art. 74, Rn 221).

Hinsichtlich Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a besteht nach Art. 72 Abs. 2 GG die Einschränkung, dass der Bund das Gesetzgebungsrecht nur dann besitzt, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht.

Mit dem PpSG vom 11. Dezember 2018 und der PpUGV vom 05. Oktober 2018 existieren zwei Bundesnormen, die den Einsatz von Pflegepersonal im Krankenhaus durch eine Vielzahl von Maßnahmen unmittelbar regeln. Das PpSG ist zum 01.01.2019, die PpUGV ist zum 11. Oktober 2018 in Kraft getreten. Ergänzt werden diese Regelungen durch das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz - PflBRefG), welches darauf abzielt, die Ausbildungen in der Altenpflege, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer neuen generalistischen Pflegeausbildung mit einheitlichem Berufsabschluss zusammenzuführen. Die genannten Gesetze haben gemeinsam, dass die darin enthaltenen Regelungen direkt oder indirekt die Ausstattung mit Pflegepersonal in Krankenhäusern bundeseinheitlich regeln.

Der Bundesgesetzgeber besitzt die Gesetzgebungskompetenz in den Bereichen nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und Nr. 19a GG. Insbesondere durch die jüngsten Regelungen des PpSG und der PpUGV hat der Bundesgesetzgeber für den Bereich der Pflegepersonalvorgaben im Krankenhaus von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht. Die Begründung zum Gesetzentwurf des PpSG spricht dafür, dass die Regelungen abschließender Natur sind. Der Bundesgesetzgeber weist in der Begründung zum Gesetzentwurf explizit auf die Notwendigkeit gleicher Zugangsmöglichkeiten und eines gleichen Versorgungsniveaus im gesamten Bundesgebiet hin. Diese Regelungsziele seien durch spezifische Landesregelungen nicht zu erreichen, da eine Gesetzesvielfalt auf Ebene der Länder zu einer Rechtszersplitterung mit problematischen Folgen für die flächendeckende und gleichmäßige Versorgung mit akutstationären Leistungen führen würde. Von diesen Bestimmungen abweichende Regelungen sollten also ausgeschlossen werden. Die Fortführung eines einheitlichen Versorgungssystems wäre in der Folge beeinträchtigt, so dass eine bundesrechtliche Regelung zur Wahrung der Rechtseinheit im gesamtstaatlichen Interesse nach Art. 72 Abs. 2 GG erforderlich ist (vgl. Ausführungen in der BT-Drucksache 19/4453, S. 44).

Das Volkbegehren enthält demgegenüber zu den gleichen Regelungsgegenständen auch noch weitere, vom Bundesrecht abweichende gesetzliche Regelungen:

Der Bundesgesetzgeber hat die Einführung und insbesondere Fortentwicklung der Pflegepersonalvorgaben im Krankenhaus maßgeblich den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene überantwortet. Gemäß § 137i Abs. 1 S. 1 SGB V ist es Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung die Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen zu überprüfen und mit Wirkung zum 01. Januar 2020 weiterzuentwickeln. Die Festlegung der Sanktionen obliegt ebenfalls diesen Vertragsparteien. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erarbeitet darüber hinaus nach § 137i Abs. 3a SGB V bundesweit die konzeptionellen Grundlagen zur Ermittlung von pflegesensitiven Bereichen und Pflegepersonaluntergrenzen.

Eine vergleichbare Zuordnung von Zuständigkeiten findet sich auch beim Pflegepersonalquotienten auf Ebene des Krankenhauses nach § 137j SGB V: Auch hier ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die bundesweite Ermittlung der Pflegepersonalquotienten zuständig (§ 137j Abs. 1 SGB V) und auch hier erfolgt die Festlegung von Sanktionen durch den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (§ 137j Abs. 2 SGB V). § 137j SGB V wurde mit dem PpSG neu in das System des SGB V eingefügt.

Gemäß § 9 PpUGV schließlich sollen die darin normierten Personaluntergrenzen und deren Berechnung unter Einbeziehung von Pflegehilfskräften (vgl. § 6 PpUGV) Bestand haben, bis eine Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaften im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung über Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen wirksam wird.

Nach der Konzeption des Bundesgesetzgebers liegen damit die Kostenfrage und die Frage der Fortentwicklung der Pflegepersonalvorgaben in einer Hand. Die skizzierten Zuständigkeiten in Kombination mit der umfassenden Finanzierungsverantwortung sprechen für die Intention des Bundesgesetzgebers nach einer abschließenden bundeseinheitlichen Regelung im Bereich der Pflegepersonalvorgaben in Krankenhäusern. Dies entspricht auch der bundesrechtlich vorgegebenen Finanzierungssystematik, nach der die Länder für die öffentliche Förderung der Krankenhäuser (§ 4 Nr. 1 KHG), die Sozialleistungsträger hingegen für die Finanzierung der laufenden Betriebsko-

sten inklusive der Pflegepersonalkosten zuständig sind (§ 4 Nr. 2 i. V. m. § 18 Abs. 2 KHG). Das beantragte Volksbegehren steht folglich im Widerspruch zur dualen Finanzierungssystematik. Es trifft zur Personalstruktur in den Krankenhäusern des Landes Bremen eine eigene landesrechtliche Regelung und überlässt Kostenlasten Dritten.

Der im Gesetzentwurf zum Volksbegehren vorgesehene § 4c Abs. 2 BremKrhG sieht vor, dass zur Aufrechterhaltung der Pflegefachkraft-Patientinnen- und -Patienten-Verhältnisse der Versorgungsauftrag einzuschränken und die Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich zu reduzieren sind. Diese Regelung ist mit der Regelungslogik des KHG unvereinbar. Diese kennt nach § 8 KHG nur die Aufnahme in oder die Herausnahme aus dem Krankenhausplan. Die Aufnahme in den Krankenhausplan begründet nach § 108 SGB V einen rechtlichen Status, der zur Behandlung von GKV-Versicherten berechtigt. Insbesondere die teilweise Reduzierung von Operationskapazitäten passt nicht in die beschriebene Systematik des KHG.

Der Gesetzentwurf zum Volksbegehren enthält Regelungen zur Pflegepersonalausstattung für alle Krankenhausbereiche (vgl. § 4a Abs. 1 des Gesetzentwurfs i. V. m. der Begründung), und daher auch für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Die Personalausstattung in diesen Bereichen ist jedoch bereits in § 136a Abs. 2 S. 2 SGB V geregelt. Die dort vorgesehene Regelung für die Mindestausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal umfasst auch das Pflegepersonal. Damit hat das Land Bremen hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung in diesem Bereich seine gesetzgeberische Regelungskompetenz verloren (Art. 72 Abs. 1 GG). Eine Öffnungsklausel zugunsten der Länder wie in § 136b Abs. 2 S. 4 SGB V enthält der § 136a SGB V nicht.

Die geplanten Änderungen im Zusammenhang mit dem beantragten Volksbegehren sehen ausschließlich Pflegefachpersonal mit einer mindestens dreijährigen abgeschlossenen Berufsausbildung vor. Die Regelungen des PpSG können neben der Kranken- und Kinderkrankenpflege auch die Krankenpflegehilfe umfassen; Pflegekräfte im Sinne der PpUGV sind Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte (§ 2 Abs. 1 S. 1 PpUGV). Das Pflegepersonal im Krankenhaus umfasst damit auch Pflegehilfspersonal (Krankenpflegehelferin und -helfer). Diese umfassendere Definition von Pflegepersonal stellt sicher, dass der zunehmende und bundesweit spürbare Bedarf an Personal und Fachkräften in der Pflege u.a. auch durch Weiterqualifizierung von Pflegehilfspersonal zu Pflegefachkräften besser gedeckt werden kann. Das breiter angelegte Verständnis von Pflegepersonal in den Regelungen auf Bundesebene berücksichtigt zudem den Befund internationaler wissenschaftlicher Studien, nach

dem eine qualitativ hochwertige Versorgung nicht nur durch Pflegefachpersonal, sondern ebenso durch einen den Versorgungsanforderungen entsprechenden Mix aus unterschiedlichen Qualifikationen sichergestellt werden kann - entscheidend für den bedarfsangemessenen Einsatz von Pflegepersonal ist demnach nicht das Qualifikationsniveau per se, sondern vielmehr der fach- und sachgerechte Einsatz von Pflegepersonal mit unterschiedlichen Qualifikationen.

Die Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal soll dem Volksbegehren zufolge auf Basis der Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflegepersonal-Regelung - PPR) **aus dem Jahr 1992** ermittelt werden. Vor diesem Hintergrund sind insbesondere die Aktualität und die pflegerische Bedarfsangemessenheit der Pflegepersonal-Regelung zu überprüfen und zu hinterfragen. Der Deutsche Pflegerat merkt in einem aktuellen Positionspapier hierzu an, dass sich das Aufgabenspektrum von Pflegefachpersonen seit der Entwicklung der PPR in den frühen 1990er-Jahren stark verändert hat - und damit auch die für die Stufenzuordnung relevanten Tätigkeitsprofile. Der Deutsche Pflegerat schließt daraus, dass *„eine einfache Weiterentwicklung [der PPR], welche sich auf die alleinige Ergänzung von Tätigkeitsprofilen und Neufestlegung von Minutenwerten beschränken würde, (...) das komplexe Leistungsgeschehen nicht sachgerecht abbilden [kann]“* (vgl. Deutscher Pflegerat 2019, Pflegepersonalstärkung durch ein Instrument zur Pflegepersonalbemessung, S. 2). Nach der bundesgesetzlichen Regelung werden die Personalbedarfe aber anders - und bundeseinheitlich - bestimmt. Die aktuellen Pflegepersonaluntergrenzen für bestimmte pflegesensitive Bereiche und zukünftig der Pflegepersonalquotient auf Ebene des einzelnen Krankenhauses folgen einem wissenschaftlich- und empirisch-orientierten Ansatz und werden auf Basis aktueller Datengrundlagen bundeseinheitlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt (§ 137i Abs. 3a SGB V, § 137j Abs. 1 SGB V).

Die verwendeten methodischen Ansätze und Datengrundlagen zur Ermittlung der Personalvorgaben weichen in der Systematik erheblich voneinander ab. Das Volksbegehren steht mit seinen Regelungen zur Ermittlung der Bedarfe im Widerspruch zu den bundesrechtlichen Regelungen. Pflegepersonaluntergrenzen existieren derzeit für die Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie sowie intensivmedizinische Behandlungseinheiten; weitere Untergrenzen für die Fachgebiete Neurologie und Herzchirurgie sowie weitere pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern sollen mit Wirkung zum 01. Januar 2020 durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ermittelt werden (§ 137i Abs. 1 SGB V). Die Regelungen des PpSG sehen dabei explizit eine Weiterentwicklung der Datengrundlagen zur Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen vor

(§ 137i Abs. 3a SGB V) - und damit eine konsequente Fortführung des wissenschaftlich- und empirisch-orientierten Vorgehens. Eine vergleichbare methodische Herangehensweise ist im Gesetzentwurf und der Begründung zum Volksbegehren nicht erkennbar. Im Gegenteil, landesspezifische Regelungen würden zusätzliche und nicht miteinander kompatible Regelungen zur Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus in Kraft setzen.

Auch durch § 6 Abs. 1a KHG wird den Ländern keine Gesetzgebungskompetenz hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern eingeräumt. Die Regelung nimmt zunächst auf die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 136c SGB V Bezug (§ 6 Abs. 1a S. 1 KHG). Diese Beschlüsse haben planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 S. 1 SGB V zum Gegenstand und sind nicht aus sich selbst heraus verbindlich, sondern verfügen über den Charakter von Empfehlungen (§ 136c Abs. 1 S. 2 SGB V). Durch § 6 Abs. 1a S. 1 KHG werden diese Empfehlungen kraft Gesetzes in den Landeskrankenhausplan einbezogen und erlangen auf diese Weise mittelbare Verbindlichkeit. Um die Planungshoheit der Länder nicht zu beschneiden, werden die Länder jedoch ermächtigt, die Einbeziehung dieser Empfehlungen in ihre Krankenhausplanung ganz oder teilweise auszuschließen oder einzuschränken und weitere Qualitätsanforderungen aufzunehmen. Insofern regelt der § 6 Abs. 1a S. 2 KHG lediglich das Verhältnis zwischen den empfehlenden Beschlüssen des G-BA nach § 136c SGB V und der Landeskrankenhausplanung. Eine darüber hinausgehende allgemeine Öffnung in dem Sinne, dass die Länder auch von gesetzlichen Regelungen des SGB V abweichen oder trotz des gesetzlich bestimmenden Charakters des SGB V dessen Vorgaben nach eigenem Gutdünken ergänzen und damit wandeln dürfen, lässt sich weder dem Wortlaut noch dem Sinn und Zweck der Norm entnehmen. Die gesetzlichen Regelungen des SGB V stehen daher nicht zur Disposition der Landeskrankenhausplanung. Dementsprechend gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass die Länder durch § 6 Abs. 1a S. 2 KHG ermächtigt sein sollen, sich über die (nicht empfehlenden, sondern verbindlichen) Beschlüsse des G-BA nach § 136a SGB V oder über die in § 137i SGB V vorgesehenen Vereinbarungen, die im Gesetz ausdrücklich als „verbindliche“ Vorgaben bezeichnet werden (vgl. § 137i Abs. 5 S. 1 SGB V), hinwegzusetzen. Auch das „beredte Schweigen“ des SGB V zu Pflegepersonaluntergrenzen in anderen Bereichen wird durch § 6 Abs. 1a S. 2 KHG nicht aufgebrochen.

Der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg sieht in dem weitgehend inhaltsgleichen Volksbegehren in Hamburg auch einen Verstoß gegen das Koppelungsverbot. Auch dieser rechtliche Gesichtspunkt soll im vorliegenden Verfahren - neben den tragenden Punkten Verstoß gegen Bundesrecht und

fehlende Begründung zur Gegenfinanzierung - noch ergänzend zur Prüfung gestellt werden:

Das Koppelungsverbot folgt aus dem Demokratieprinzip und verlangt, dass Materien, die nicht in einem sachlich-inhaltlichen Zusammenhang stehen, nicht in demselben Volksbegehren miteinander gekoppelt werden dürfen (HVerfG, U. v. 13.10.2016, Az.: 2/16, Juris Rn 190 sowie Leitsatz 3; ebenso: BayVerfGH, U. 24.02.2000, Az.: Vf 112-IX-99, Juris Rn 40 ff.; siehe auch David, HV, 2. Aufl. 2004, Rn 62 zu Art. 50). Echte Mitwirkung an einem Volksbegehren setzt voraus, dass der Bürger bei den Einzelakten des Gesetzgebungsvorgangs seinen Willen deutlich, unverkürzt und unverfälscht zum Ausdruck bringen kann. Diese Notwendigkeit besteht, da das Volk als solches nicht organisiert ist und demgemäß seinen Willen bei der Volksgesetzgebung nur in Form von Abstimmungen zu Vorlagen äußern kann, die inhaltlich notwendigerweise von wenigen Personen vorbereitet werden müssen. Da das Volk auf die Abstimmung mit "Ja" oder "Nein" beschränkt ist, ist es geboten, sachlich und inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Materien getrennt zur Abstimmung zu stellen, um eine möglichst differenzierte Willensbildung des Volkes zu ermöglichen (HVerfG, a.a.O.). Die Volksinitiative verstößt hiergegen, da der Gesetzentwurf Regelungen zu wenigstens zwei Regelungsmaterien miteinander koppelt:

- (1) Regelungen zur Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflegefachpersonal (geplanter § 4a Abs. 3, 4 und 6 BremKrhG) und
- (2) Regelungen zur Ausstattung von Krankenhäusern mit Personal relevant für die Einhaltung hygienischer Standards (geplanter § 4a Abs. 7 BremKrhG).

Letztgenannte Mindestpersonalvorgaben sollen unter anderem auf Grundlage der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts durch Rechtsverordnung festgelegt werden. Hier liegt der Schluss nahe, dass sich die Vorgaben auf Hygienefachpersonal im engeren Sinne beziehen, d. h. Krankenhaushygieniker, Hygienefachkräfte sowie hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte sowie hygienebeauftragte in der Pflege. Diese Regelungsmaterien stehen in keinem sachlich-inhaltlich Zusammenhang. Abgesehen vom übergeordneten Ziel einer guten Versorgungsqualität (siehe Allgemeiner Teil der Begründung) ist kein Zusammenhang zwischen diesen Themenfeldern zu erkennen. Hinsichtlich des Reinigungs- und des Pflegepersonals ist zu berücksichtigen, dass diese Personalgruppen sehr verschiedene Aufgaben erfüllen, so dass keine zwingenden Gründe bestehen, im Gleichklang über das in diesen Berufsgruppen vorzuhaltende Personal zu entscheiden. Die zu ihnen vorgesehenen Regelun-

gen könnten im Falle ihrer Abtrennung jeweils für sich Gegenstände in sich geschlossener und lebensfähiger Volksinitiativen sein (zu diesem Maßstab vgl. BayVerfGH, a.a.O., Rdnr. 44). Die Formulierungen des geplanten § 4a Abs. 7 BremKrhG verletzen zudem das Klarheitsgebot. Da im Rahmen der Volksgesetzgebung für Nachfragen oder Formulierungsänderungen kein Raum ist, müssen Volksinitiativen aus sich selbst heraus eindeutig und klar verständlich sein (vgl. HVerfG, U. v. 30.11.2005, Az.: 16/04, Leitsatz 3e, Juris Rn 78 ff.). Mit Blick auf die Personalvorgaben zur Einhaltung hygienischer Standards wird in der Begründung lediglich auf „hygienisch umfassend geschulte Reinigungskräfte“ verwiesen, eine nähere Spezifizierung relevanter Berufsgruppen erfolgt nicht.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Der Bundesgesetzgeber hat für die Pflegeausbildung und die Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus mit den oben genannten Gesetzen bereits weitreichende Regelungen getroffen, die zu Verbesserungen in der pflegerischen Versorgung der Patientinnen und Patienten führen sollen. Die Begründung zum PpSG belegt, dass der Bund zur Sicherung einheitlicher existentieller Lebensverhältnisse eine abschließende und bundesweite Regelung treffen wollte. Die geplanten Änderungen am Bremischen Krankenhausgesetz durch das Volksbegehren weichen grundlegend von den Regelungen des Bundesgesetzgebers ab - sowohl inhaltlich-konzeptionell (umfassende Definition von Pflegepersonal versus Beschränkung auf Pflegefachkräfte, keine wissenschaftlich und normativ hergeleitete Operationalisierung des Konstruktes „bedarfsgerechte Mindestpersonalzahlen“) als auch methodisch (Pflegepersonal-Regelung aus dem Jahr 1992 versus Ableitung von Pflegepersonaluntergrenzen auf Basis aktueller empirischer Daten). Darüber hinaus fügen sich die Sanktionen bei Verstoß der Personalvorgaben nicht in die Regelungslogik des KHG ein (siehe vorstehende Ausführungen). Diese Voraussetzungen liefen dem Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden und gleichmäßigen Versorgung mit Krankenhausleistungen - insbesondere vor dem Hintergrund eines allgemeinen Mangels an Pflegekräften - zuwider. Unterschiedliche landesrechtliche Regelungen würden mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass die Krankenhausversorgung regional stärker variiert und kontraproduktive Wettbewerbs- bzw. Konkurrenzsituationen zwischen den Ländern geschaffen werden. Insofern besteht ein Widerspruch zur Absicht des Bundesgesetzgebers nach einer abschließenden und bundeseinheitlichen Regelung und den geplanten Gesetzesänderungen des Volksbegehrens. Die bundesgesetzlichen Regelungen belegen die gesetzgeberische Absicht, die Weiterentwicklung der Regelungen zur Pflegepersonalausstattung im Krankenhaus maßgeblich und ausschließlich den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten

Krankenversicherung) zu überantworten; diese Intention wird unterstützt durch die gemeinsame Initiative der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des Deutschen Pflegerates (DPR) zur bedarfsgerechten Pflegepersonal-ausstattung und -finanzierung im gesamten Krankenhaus. Nach der bundesgesetzlichen Konzeption soll die Fortentwicklung der Pflegepersonalvorgaben unter Einbeziehung derjenigen Stellen erfolgen, die in der Folge ganz wesentlich mit der Kostenlast konfrontiert sind. Hiervon weicht das Konzept des Volksbegehrens ab, das eine landesrechtliche Regelung ohne Einbeziehung eben dieser Stellen und damit letztlich zu Lasten Dritter anstrebt.

Gravierend unterschiedliche Kosten- und Belastungsstrukturen für öffentliche, freie und private Krankenhäuser in den einzelnen Ländern könnten im Übrigen im Ergebnis auch die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Einrichtungen in Frage stellen. Damit wäre in der Folge möglicherweise auch die Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen in den betroffenen Ländern betroffen. Bei einer Erhöhung der Personalkosten in den berührten Personal-Bereichen um etwa 20,8 Prozent in Bremen und bei entsprechend gleich gelagerten Volksbegehren bisher nur in den weiteren Ländern Bayern und Hamburg besteht auch insoweit ein begründeter Anlass zur Sorge. Die einheitlichen bundesrechtlichen Regelungen sichern demgegenüber auch gleiche wirtschaftliche Rahmenbedingungen dieser medizinischen Einrichtungen. Sie vermeiden regionale Verwerfungen der Gesundheitsversorgung, die auf verschiedenen wirtschaftlichen Ausgangsbedingungen beruhen könnten. Einseitige regionale Belastungen könnten bei den engen wirtschaftlichen Handlungsbedingungen der Kliniken auch unmittelbar deren Bestand berühren.

Im Ergebnis ist der Antrag auf Volksbegehren aus den genannten mehrfachen Gründen im Sinne des § 9 BremVEG im Ganzen unzulässig. Der Senat bittet, die beantragte Feststellung zu treffen.

Prof. Matthias Stauch  
- Rechtsanwalt -