

STAATSGERICHTSHOF

DER FREIEN HANSESTADT BREMEN

**Verfahren betreffend die Zulassung eines Volksbegehrens zur Änderung
des Bremischen Krankenhausgesetzes
Urteil vom 20. Februar 2020 (St 1/19)**

Leitsätze

1. Ein finanzwirksames Volksbegehren muss nach § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG in Verbindung mit Art. 71 Abs. 2 BremLV einen Finanzierungsvorschlag enthalten, auch wenn es nicht wesentlich in den Staatshaushalt eingreift. Greift es wesentlich in den Staatshaushalt ein, ist es bereits gemäß § 9 Satz 2 BremVEG unzulässig.
2. Die Anforderungen an einen Finanzierungsvorschlag dürfen nicht derart überspannt werden, dass die Durchführung eines finanzwirksamen Volksbegehrens faktisch unmöglich wird. Erforderlich, aber auch hinreichend ist, wenn sich die Initiatoren des Volksbegehrens mit den Fragen der Finanzierung eingehend auseinandersetzen, die entstehenden Kosten und deren Kompensation zumindest annäherungsweise benennen und nachvollziehbar darstellen.
3. Der Bund hat von seiner sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ergebenden konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz für den Bereich der Personalausstattung von Krankenhäusern mit Pflegepersonal umfassend und abschließend Gebrauch gemacht. Durch die abschließende Regelung dieses Sachbereichs tritt eine Sperrwirkung auch gegenüber der Gesetzgebungskompetenz der Länder für das Krankenhausplanungsrecht ein.



Staatsgerichtshof der Freien Hansestadt Bremen

St 1/19

*Verkündet am 20. Februar 2020
gez. Gerhard
Justizangestellte als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle*

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Verfahren

über die Vorlage betreffend die Zulassung eines Volksbegehrens zur Änderung des Bremischen Krankenhausgesetzes

des Senats der Freien Hansestadt Bremen, vertreten durch den Präsidenten des Senats,
Am Markt 21, 28195 Bremen

– Antragsteller –

Verfahrensbevollmächtigte:

Weitere Beteiligte:

Vertrauensperson:
Herr

1. stellvertretende Vertrauensperson:
Frau

2. stellvertretende Vertrauensperson:
Herr

Verfahrensbevollmächtigte:

Mitwirkungsberechtigte:

1. Der Präsident der Bremischen Bürgerschaft, Am Markt 20, 28195 Bremen
2. Die Senatorin für Justiz und Verfassung, Richtweg 16 - 22, 28195 Bremen

hat der Staatsgerichtshof der Freien Hansestadt Bremen aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 30. Januar 2020 durch

den Präsidenten Prof. Sperlich,
die Vizepräsidentin Prof. Dr. Schlacke,
den Richter Anuschewski,
den Richter Grotheer,
den Richter Dr. Haberland,
die Richterin Dr. Koch
und die Richterin Ülsmann

für Recht erkannt:

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens über den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bremischen Krankenhausgesetzes (BremKrhG) sind nicht gegeben.

Diese Entscheidung ergeht gebührenfrei. Auslagen werden nicht erstattet.

Gründe

A.

Gegenstand des Verfahrens ist die Frage, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens „Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus“ gegeben sind.

I.

Am 12. Februar 2019 wurde dem Landeswahlleiter gemäß § 10 Abs. 1 des Gesetzes über das Verfahren beim Volksentscheid (BremVEG) vom 27. Februar 1996 (Brem.GBl. S. 41), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. September 2018 (Brem.GBl. S. 411), ein Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens „Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus“ übergeben. Darin wurden drei Personen als Vertrauenspersonen benannt. Unterzeichnet war der Antrag von diesen drei Personen.

Gegenstand des Volksbegehrens ist der Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bremischen Krankenhausgesetzes (BremKrhG). Auf den ursprünglich überreichten Gesetzentwurf, der diesem Urteil als Anlage 1 beigelegt ist, wird Bezug genommen.

Mit Schreiben an den Landeswahlleiter vom 8. April 2019 änderten die Vertrauenspersonen unter Berufung auf § 11 BremVEG den Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens „Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus“ ab. Der mit dem geänderten Zulassungsantrag vom 8. April 2019 übermittelte Gesetzentwurf (im Folgenden: BremKrhG-E) ist diesem Urteil als Anlage 2 beigelegt.

In dem Entwurf vom 8. April 2019 sind Änderungen des Bremischen Krankenhausgesetzes (Fassung vom 12.4.2011, Brem.GBl. S. 252, geändert durch Gesetz vom 23.10.2012, Brem.GBl. S. 466) unter anderem wie folgt vorgesehen:

- In § 4a wird bestimmt, dass in den Krankenhausplan aufzunehmende Qualitätsanforderungen verbindliche Regelungen zur Personalbemessung des Pflegefachpersonals für den Bereich der stationären Krankenhausbehandlung enthalten. Dafür wird definiert, welche Ausbildungsanforderungen an das Pflegefachpersonal zu stellen sind. Es wird zudem festgelegt, nach welchen rechnerischen Grundlagen das notwendige Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegefachpersonal in der stationären Krankenpflege, teilweise differenziert nach verschiedenen Stationen, Funktionsbereichen und Betreuungsstufen, ermittelt werden soll. Weiterhin ist vorgesehen, dass Mindestpersonalvorgaben auf Grundlage des Stands der Wissenschaft und der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts erlassen werden sollen. Auch für Bereiche, die besonders relevant für die Einhaltung hygienischer Standards sind, sollen Mindestpersonalvorgaben durch Rechtsverordnung geschaffen werden.
- Nach § 4b des Entwurfs ist eine Expertenkommission einzusetzen, deren nähere Zusammensetzung ebenfalls geregelt wird. Aufgabe der Expertenkommission ist die Weiterentwicklung der Personalvorgaben, um diese an den aktuellen Stand der pflegerischen und medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Die Kommission soll wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben können. Sie soll innerhalb einer näher bestimmten Zeit der Bürgerschaft der Freien Hansestadt Bremen einen Abschlussbericht vorlegen. Dieser soll die Grundlage für eine Novellierung des Bremischen Krankenhausgesetzes bilden. Zudem hat der Senat der Bürgerschaft der Freien Hansestadt Bremen spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des Änderungsgesetzes einen Gesetzentwurf vorzulegen.

- § 4c BremKrhG-E verpflichtet die Krankenhäuser, jährlich eine Personalplanung für jede Station und jeden Bereich zu erstellen, die die Vorgaben des § 4a BremKrhG-E erfüllt. Außerdem muss jedes Krankenhaus am Ende eines jeden Kalenderjahres einen Bericht über die Einhaltung der Personalvorgaben erstellen. Die Vorschrift bestimmt ferner Sanktionen für den Fall, dass das Krankenhaus die Vorgaben nicht einhält.

Wegen der Einzelheiten wird auf den am 8. April 2019 eingereichten Gesetzentwurf Bezug genommen.

Die dem ursprünglichen Gesetzentwurf vom 12. Februar 2019 beigefügte Gesetzesbegründung ist in einen Allgemeinen Teil und Einzelbegründungen für die verschiedenen Regelungen gegliedert.

Im Allgemeinen Teil werden Motivation und Zielsetzung des Gesetzentwurfs beschrieben. Ziel des Gesetzes sei es, bedarfsgerechte Mindestpersonalzahlen für Pflegekräfte in Krankenhäusern zu definieren, Transparenz über die Qualitätsanforderungen und Personalvorgaben herzustellen sowie Konsequenzen zu formulieren, wenn diese Ziele nicht erreicht würden. Die Begründung des Gesetzentwurfs hebt die Bedeutung des Personalschlüssels für die Patientensicherheit, die Behandlungsqualität, den Behandlungserfolg und die Mitarbeitergesundheit hervor. Darüber hinaus wird ausgeführt, dass es bisher keine gesetzlichen Personalvorgaben gebe, „um die Qualität der Patient*innenversorgung im Krankenhaus zu verbessern“. Die zum 1. Januar 2019 in Kraft getretene Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, PpUGV) des Bundesministeriums für Gesundheit schreibe zum Ausschluss der Gefährdung von Patientinnen und Patienten Personaluntergrenzen lediglich für vier Bereiche (Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie) und nicht für alle bettenführenden Stationen eines Krankenhauses vor. Dies berge die Gefahr, dass Pflegekräfte von einer Station in die andere verschoben würden, um dort den Personalvorgaben zu genügen mit der Folge, dass auf den übrigen Stationen dann noch weniger Fachkräfte arbeiteten.

Zudem wird ausgeführt, dass eine ausschließliche Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Bereich der Krankenhäuser nach Art. 74 Nr. 19a GG für die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ bestehe. Den Ländern

sei es freigestellt, ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Landeskrankenhausplanung zu entwickeln. Das ergebe sich auch aus § 6 Abs. 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG).

In den Einzelbegründungen werden die Regelungen näher erläutert. Einen Vorschlag zur Finanzierung möglicher Kosten der geplanten Gesetzesänderungen enthalten der Gesetzentwurf und die Begründung nicht.

Der Landeswahlleiter leitete mit Schreiben vom 13. Februar 2019 den Zulassungsantrag gemäß § 10 Abs. 6 BremVEG an den Senat der Freien Hansestadt Bremen weiter und teilte mit, dass dem Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens 5.287 und damit die erforderliche Zahl bestätigter Unterstützungsunterschriften beigelegt sind.

Mit Beschluss vom 9. April 2019 stellte der Senat der Freien Hansestadt Bremen fest, dass er die Voraussetzungen für die Zulassung des Bremer Volksbegehrens für mehr Krankenhauspersonal nach § 9 Satz 1 Nr. 2 lit. b), § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG für nicht gegeben halte.

Am 10. April 2019 hat der Senat einen Antrag auf Feststellung beim Staatsgerichtshof der Freien Hansestadt Bremen gestellt, dass die Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens nicht gegeben seien.

II.

Der Senat hält die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens nach § 9 Satz 1 Nr. 2 lit. b), § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG weder in formeller noch in materieller Hinsicht für gegeben. Im Einzelnen trägt er vor:

1. Der Zulassungsantrag erfülle die formellen Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 BremVEG nur teilweise. Soweit es sich um ein finanzwirksames Volksbegehren handle, müsse der Gesetzentwurf nach § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG den Bestimmungen des Art. 71 Abs. 2 der Landesverfassung der Freien Hansestadt Bremen (BremLV) entsprechen. Nach Art. 71 Abs. 2 BremLV müssten finanzwirksame Volksentscheide mit Wirkung für zukünftige Haushalte einen Finanzierungsvorschlag enthalten. Diese Gegenfinanzierung sei in Anlehnung an die allgemeinen Regelungen des Haushaltsrechts darzustellen und dem Gesetzentwurf beizufügen.

Ein entsprechender Gegenfinanzierungsvorschlag sei mit dem Gesetzentwurf jedoch nicht vorgelegt worden, obwohl es sich hier um ein finanzwirksames Volksbegehren handle.

Denn bereits die Personalvorgaben des Volksbegehrens und der Verwaltungsaufwand, der sich insbesondere aus den Regelungen der §§ 4b, 4c BremKrhG-E ergebe, gingen über die bundesgesetzlichen Regelungen des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, PpSG) und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) deutlich hinaus. Es sei damit zu rechnen, dass ein erheblicher Teil dieser Mehrausgaben durch das Land Bremen und die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven zu tragen sei.

Daneben entstünden dem Land Bremen zusätzliche Ausgaben und zusätzlicher Erfüllungsaufwand durch die Einsetzung einer Expertenkommission nach § 4b Abs. 1 BremKrhG-E. Aufgabe der Kommission solle es sein, die Personalvorgaben weiterzuentwickeln und an den aktuellen Stand der pflegerischen und medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Die Kommission könne hierzu wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben, wobei der Senat die notwendigen Mittel für die Arbeitsfähigkeit und die fachliche Beratung der Expertenkommission bereitzustellen habe.

2. Materiell-rechtlich sei das beantragte Volksbegehren nicht mit Bundesrecht bzw. höherrangigem Recht vereinbar (§ 9 Satz 1 Nr. 2 lit. b) BremVEG).

a) Das Volksbegehren sei bereits wegen der nachträglichen Änderung des Textes durch die Erklärung gegenüber dem Landeswahlleiter vom 8. April 2019 unzulässig. Nach der Rechtsprechung des Hamburgischen Verfassungsgerichts in dem dort geführten Parallelverfahren seien hohe Anforderungen an die Textbeständigkeit zu stellen. Selbst bloße redaktionelle Änderungen könnten zur Unzulässigkeit führen.

b) Eine Landesgesetzgebungskompetenz bestehe für den Gegenstand des Volksbegehrens nicht. 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) seien Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung. Gemäß Art. 72 Abs. 1 GG hätten die Länder die Gesetzgebungskompetenz nur solange und soweit, bis der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit durch Gesetz Gebrauch gemacht habe.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung existierten zwei Bundesnormen, die den Einsatz von Pflegepersonal im Krankenhaus durch eine Vielzahl von Maßnahmen unmittelbar regelten. Durch diese Rechtsnormen habe der Bundesgesetzgeber für den Bereich der Pflegepersonalvorgaben im Krankenhaus von seiner Gesetzgebungszuständigkeit Gebrauch gemacht. Die Begründung zum

Gesetzentwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes spreche auch dafür, dass die Regelungen abschließender Natur seien.

Auch durch § 6 Abs. 1a KHG werde den Ländern keine Gesetzgebungskompetenz hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern eingeräumt. Der Bundesgesetzgeber habe insoweit im 5. Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), insbesondere in §§ 136a, 136c, 137i und 137j SGB V verbindliche Regelungen getroffen. Eine darüber hinausgehende allgemeine Öffnung in dem Sinne, dass die Länder auch von gesetzlichen Vorschriften des SGB V abweichen oder dessen Vorgaben ergänzen und damit abwandeln dürften, lasse sich weder dem Wortlaut noch dem Sinn und Zweck der Norm entnehmen.

c) Es liege zudem ein Verstoß gegen das sogenannte Koppelungsverbot vor. Das Koppelungsverbot folge aus dem Demokratieprinzip und verlange, dass Materien, die nicht in einem sachlich-inhaltlichen Zusammenhang stünden, nicht in demselben Volksbegehren miteinander gekoppelt werden dürften. Das Volksbegehren verstoße hiergegen, da der Gesetzentwurf wenigstens zwei Regelungsmaterien miteinander koppelte, nämlich die Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflegefachpersonal (§ 4a Abs. 3, 4 und 6 BremKrhG-E) einerseits und die zur Ausstattung von Krankenhäusern mit Personal für die Einhaltung hygienischer Standards (§ 4a Abs. 7 BremKrhG-E) andererseits. Diese Regelungsmaterien stünden in keinem sachlich-inhaltlichen Zusammenhang, sondern könnten im Falle ihrer Abtrennung jeweils für sich Gegenstände in sich geschlossener und lebensfähiger Volksinitiativen sein.

Der Senat beantragt,

festzustellen, dass die Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens nicht gegeben sind.

III.

Die Vertrauenspersonen beantragen,

unter Zurückweisung des Antrags des Senats die Zulässigkeit des Volksbegehrens festzustellen.

Die Vertrauenspersonen sind der Auffassung, dass der Antrag des Senats unbegründet, das Volksbegehren insbesondere mit höherrangigem Recht vereinbar sei. Dazu tragen sie wie folgt vor:

1. Das Volksbegehren sei formell rechtmäßig.

Der Senat behaupte unzutreffend, dass mit dem Volksbegehren Kosten auf das Land und die Stadtgemeinden zukämen. Das neue Pflegepersonal-Stärkungsgesetz sehe vor, dass jede zusätzliche Pflegestelle für die Krankenhäuser durch den Gesundheitsfonds voll refinanziert werde. Für die Krankenhäuser sei die Einführung von Mindestpersonalstandards daher mit keinen zusätzlichen Kosten verbunden. Pflegeentlastende Maßnahmen im Rahmen des Pflegebudgets würden durch den Kostenträger finanziert. Auch lineare und strukturelle Tarifsteigerungen für die Pflegekräfte würden vollständig von den Kostenträgern refinanziert.

Die in § 4b Abs. 1 BremKrhG-E vorgesehenen Kosten der Expertenkommission führten nicht zu einer Unzulässigkeit des Volksbegehrens. Nach der Rechtsprechung sei ein Eingriff in den Haushalt unzulässig, wenn es sich um einen wesentlichen Eingriff in den Staatshaushalt handele. Der Haushalt belaufe sich derzeit auf ca. 5,16 Mrd. Euro für das Land und ca. 4,42 Mrd. Euro für die Stadtgemeinde. Die Kosten der Expertenkommission stellten demgegenüber keine gewichtige staatliche Ausgabe dar und beeinflussten damit auch nicht den Haushalt wesentlich. Folglich sei darin auch kein Zulässigkeitshindernis zu sehen. Selbst wenn Gutachten erstellt würden und die Kommission mehrmals tage, sei nicht ersichtlich, dass dies Kosten über 0,3 % des Staatshaushaltes verursache.

2. Das Volksbegehren sei auch materiell rechtmäßig.

a) Entgegen der Auffassung des Senats bestehe für den Gegenstand des Volksbegehrens weder nach Art. 74 Abs.1 Nr. 19a GG noch nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG eine umfassende Gesetzgebungskompetenz des Bundes.

Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG eröffne dem Bund keine umfassende Gesetzgebungskompetenz für den Bereich des Krankenhausrechts. Ihm sei lediglich die Kompetenz zur Regelung der Finanzierung der Krankenhäuser und deren wirtschaftliche Sicherung eingeräumt. Dies betreffe aber lediglich einen Ausschnitt aus der Sachaufgabe der Krankenhausversorgung. Die Krankenhausorganisation und die Krankenhausplanung fielen laut Bundesverfassungsgericht allein in die Regelungskompetenz der Länder. Gesetzgebung in diesem Bereich sei dem Bund versperrt. Der Bund könne danach auf der Grundlage des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG zwar Rahmenvorgaben zur Krankenhausplanung machen. Das Aufstellen detaillierter Qualitätsstandards sei hiervon jedoch nicht gedeckt.

Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG sei ebenfalls Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung im Bereich des Krankenhauswesens. Dazu gehöre das Recht des Bundes, im Rahmen des SGB V vor dem Hintergrund des geltenden Sachleistungsprinzips Regelungen zur Art und

Weise der Leistungserbringung im stationären Bereich zu erlassen. Es sei jedoch zu unterscheiden zwischen Regelungen hinsichtlich der Anforderungen an Qualität und Sicherung als Recht des Bundes einerseits und hinsichtlich der in die Kompetenz der Länder fallenden Krankenhausplanung andererseits. Der Bund könne eine Regelung dann auf die Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG stützen, wenn diese schwerpunktmäßig der Sozialversicherung und nicht dem Krankenhausplanungsrecht zuzuordnen sei. Dies sei dann der Fall, wenn die aufgestellte Qualitätsanforderung Funktionsbedingung für die Gewährung sozialversicherungsrechtlicher Leistungen sei. Qualitätsanforderungen könnten also auch dann vom Bund gestützt auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erlassen werden, wenn sie zwar in die Krankenhausplanung hineinwirkten, aber primär der Gewährung sozialversicherungsrechtlicher Leistungen dienten. Grundsätzlich sei der Bund im Rahmen seiner konkurrierenden Gesetzgebungsbefugnis für die Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) zunächst ermächtigt, Regelungen zur Einhaltung und Sicherung von Qualitätsstandards in der stationären Versorgung zu regeln, jedoch nur insoweit, als diese Regelungen für die Leistungserbringung der Sozialversicherung erforderlich seien. Nicht unmittelbar von der Gesetzgebungskompetenz gedeckt sei jedoch der Eingriff in die Krankenhausplanung bei Qualitätsvorgaben des Bundes, die über einen Mindeststandard hinausreichen. Insgesamt werde deutlich, dass nur die klare Abgrenzung zwischen der Regelung von Personaluntergrenzen (konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes) und einer Personalbemessungsregelung (Gesetzgebungszuständigkeit der Länder) zu einer kompetenzgerechten Lösung führen könne.

Entgegen der Auffassung des Senats würden den Ländern im Rahmen der Öffnungsklausel des § 6 Abs. 1a KHG zudem ausdrücklich Regelungskompetenzen zur Qualitätssicherung in der Krankenhausplanung eingeräumt. Dies schließe Regelungen zur Personalbemessung, wie sie sich ausdrücklich aus der Gesetzesbegründung ergäben, ein. Gerade in einem sensiblen Bereich wie der Pflege könnten Bundesregelungen nicht dahingehend interpretiert werden, dass sie Verbesserungen auf Länderebene nicht zuließen.

b) Ein Verstoß gegen das Koppelungsverbot liege nicht vor. Ein enger sachlicher Zusammenhang sei danach zu beurteilen, ob die enge Verknüpfung der getroffenen Regelungen zu einer fachgerechten und guten Patientenversorgung führe. Allein die Zusammenarbeit von Pflegepersonal und Reinigungspersonal ermögliche es, eine gute Patientenversorgung sicherzustellen. Eine isolierte Betrachtung der Pflegekräfte führe deshalb nicht zu einer zwingenden Verbesserung der Patientenversorgung, wenn nicht gleichzeitig die Situation des Reinigungspersonals und die Hygienemaßnahmen mit verändert würden.

IV.

Der Präsident der Bremischen Bürgerschaft hat mitgeteilt, dass von einer Stellungnahme abgesehen werde. Die Senatorin für Justiz und Verfassung hat sich den Ausführungen des Senats angeschlossen.

B.

Der Antrag des Senats ist zulässig (I.) und auch begründet (II.).

I.

Der Staatsgerichtshof ist gemäß Art. 140 Abs. 2 BremLV und § 12 Abs. 2 BremVEG sowie § 31 Abs. 1 BremStGHG berufen, über die Zulassung des Volksbegehrens zu entscheiden. Nach diesen Bestimmungen wird die Entscheidung des Staatsgerichtshofs durch den Senat herbeigeführt, wenn dieser die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung eines Volksbegehrens nicht für gegeben hält.

Der Senat hat seinen Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Eingang des Antrags auf Zulassung des Volksbegehrens beim Landeswahlleiter gestellt (§ 12 Abs. 1 Satz 2 BremVEG) und in seinem Antrag an den Staatsgerichtshof außerdem die Gründe dargelegt, aus denen er das Volksbegehren für unzulässig hält (§ 31 Abs. 1 Satz 2 BremStGHG).

II.

Der Antrag des Senats ist auch begründet. Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens zur Änderung des Bremischen Krankenhausgesetzes sind nicht gegeben (vgl. § 31 Abs. 2 BremStGHG).

1. Ein Volksbegehren ist unzulässig, wenn der Zulassungsantrag den formellen Anforderungen nicht genügt (§ 10 BremVEG), der Haushaltsvorbehalt (Art. 70 Abs. 3 BremLVerf) entgegensteht (§ 9 Satz 1 Nr. 1 BremVEG), derselbe Gesetzentwurf in derselben Wahlperiode schon einmal in einem volksbegehrten Volksentscheid gescheitert ist (§ 9 Satz 1 Nr. 3 BremVEG) oder der zugrundeliegende Gesetzentwurf mit höherrangigem Recht nicht vereinbar ist (§ 9 Satz 1 Nr. 2 BremVEG). Der Staatsgerichtshof prüft die Zulässigkeit des Volksbegehrens umfassend und ist dabei nicht auf die vom Senat erhobenen Einwendungen beschränkt (vgl. BremStGH, Urt. v. 17.6.1997, St 7/96, BremStHGE 6, 115, 138 und Urt. v. 14.2.2000, St 1/99, BremStHGE 6, 228, 235). Die Prüfung umfasst unter anderem auch, ob der Gesetzentwurf mit Bundesrecht in Einklang steht. Der Staatsgerichtshof hat

seine Prüfungskompetenz bezüglich des Bundesrechts im Gegensatz etwa zum Bayerischen Verfassungsgerichtshof (vgl. BayVerfG, Entsch. v. 16.7.2019 – Vf. 41-IX-19, juris Rn. 55) nicht auf einen Evidenzmaßstab reduziert. Sie erstreckt sich auch auf die Vorschriften des Grundgesetzes über die Gesetzgebungszuständigkeiten (vgl. BremStGH, Urt. v. 14.2.2000, St 1/99, BremStHGE 6, 228, 235). Denn anders als im Rahmen eines Normenkontrollantrags gehört in dem Verfahren über die Zulässigkeit eines Volksbegehrens das Bundesrecht nach § 9 Satz 1 Nr. 2 lit. b) BremVEG ausdrücklich zum Prüfungsmaßstab. Daher prüft der Staatsgerichtshof im Zulassungsverfahren für Volksbegehren auch, ob der Gesetzentwurf nach Art. 70 ff. GG in die Gesetzgebungskompetenz des Landes fällt (vgl. Stauch/Maierhöfer, in: Fischer-Lescano/Rinken u.a. (Hrsg.), Verfassung der Freien Hansestadt Bremen, 2016, Art. 70 Rn. 42). In diesem Verfahren ist er befugt, Bestimmungen des Grundgesetzes und gegebenenfalls anderer maßgeblicher Bundesgesetze verbindlich auszulegen, da auf andere Art und Weise eine Entscheidung über die Zulässigkeit des Volksbegehrens nicht herbeigeführt werden kann.

2. Der Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens erfüllt bereits die formellen Anforderungen nicht.

a) Entgegen der Auffassung des Senats folgt die formelle Unzulässigkeit indes nicht bereits aus den durch das Schreiben der Vertrauenspersonen vom 8. April 2019 erfolgten Änderungen des Gesetzentwurfs.

§ 11 Abs. 1 BremVEG sieht ausdrücklich vor, dass der Zulassungsantrag durch gemeinsame schriftliche Erklärung der Vertrauensperson und der stellvertretenden Vertrauenspersonen gegenüber dem Landeswahlleiter bis zur Entscheidung über die Zulassung geändert werden kann. Nach der Rechtsprechung des Staatsgerichtshofes legt dies ein sehr enges Festhalten an dem bei der Unterschriftsleistung vorliegenden Entwurfstext nicht nahe, sondern lässt Änderungen, auch durch das Zulassungsverfahren selbst, in großzügigem Umfang zu (BremStGH, Urt. v. 14.2.2000, St 1/99, BremStGHE 6, 228, 246 f.). Weitergehende Grenzen für eine Änderung des Zulassungsantrags (etwa im Hinblick auf den Inhalt oder die Anzahl der zulässigen Änderungen) setzt das Bremische Gesetz über das Verfahren beim Volksentscheid, anders als etwa das Hamburgische Gesetz über Volksinitiative, Volksbegehren und Volksentscheid (vgl. dazu HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 35 ff.), nicht.

Ob darüber hinaus Änderungen nur dann zulässig sind, wenn sie den Grundcharakter und die Zielsetzung des (ursprünglichen) Zulassungsantrags nicht verändern, ist vorliegend un-

erheblich. Denn die vorgenommenen Änderungen sind nahezu ausschließlich redaktioneller Natur, ohne dass es zu wesentlichen inhaltlichen Änderungen des ursprünglichen Zulassungsantrags gekommen ist.

b) Der Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens ist aber deshalb unzulässig, weil es an einem Finanzierungsvorschlag fehlt.

Gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG i.V.m. Art. 71 Abs. 2 BremLV ist ein Finanzierungsvorschlag erforderlich, wenn es sich um ein finanzwirksames Volksbegehren handelt.

Finanzwirksame Volksbegehren und Volksentscheide sind danach solche, die finanzielle Folgen für zukünftige Haushalte auslösen, ungeachtet dessen, ob sie wesentlich oder unwesentlich in die Struktur des Haushaltes eingreifen. Damit ist grundsätzlich jeder Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens, der zu finanzwirtschaftlichen Lasten für den zukünftigen Haushalt führt, als finanzwirksam mit der Folge anzusehen, dass ein Finanzierungsvorschlag erforderlich ist. Dieser Finanzierungsvorschlag muss konkret, nachvollziehbar und überprüfbar sein (vgl. Bremische Bürgerschaft (Landtag) Drs. 17/594, S. 10; Stauch/Maierhöfer, in: Fischer-Lescano/Rinken u.a. (Hrsg.), Verfassung der Freien Hansestadt Bremen, 2016, Art. 71 Rn. 16).

Soweit die Vertrauenspersonen argumentieren, dass die durch das Volksbegehren entstehenden Kosten nicht wesentlich in den Staatshaushalt eingreifen, haben sie offenbar die Struktur der §§ 9, 10 BremVEG verkannt. Denn ein finanzwirksames Volksbegehren muss nach § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG auch dann den Voraussetzungen des Art. 71 Abs. 2 BremLV entsprechen, wenn es nicht wesentlich in den Staatshaushalt eingreift. Greift es wesentlich in den Staatshaushalt ein, ist es bereits gemäß § 9 Satz 2 BremVEG unzulässig.

Allerdings dürfen die Anforderungen an einen Finanzierungsvorschlag nicht so überspannt werden, dass die Durchführung eines finanzwirksamen Volksbegehrens faktisch unmöglich wird. Das gilt insbesondere im Hinblick auf die Schwierigkeiten einer konkreten Bezifferung möglicher entstehender Ausgaben oder wenn die sich daraus ergebenden Folgen noch nicht klar absehbar oder nur mit ganz erheblichem Aufwand zu ermitteln sind. Sinn und Zweck des gesetzlich geforderten Finanzierungsvorschlags ist es, der Öffentlichkeit und den Bürgerinnen und Bürgern als Volksgesetzgeber vor Augen zu führen, welche finanzwirtschaftlichen Auswirkungen sich aus dem Volksbegehren ergeben können und wie diese nach den Vorstellungen der Initiatoren des Volksbegehrens kompensiert werden sollen. Hierzu ist es erforderlich, aber auch hinreichend, wenn sich die Initiatoren des Volks-

begehrens mit den Fragen der Finanzierung eingehend auseinandersetzen. Hierzu müssen zunächst die entstehenden Kosten annäherungsweise benannt und nachvollziehbar dargestellt werden. Ein Finanzierungsvorschlag kann dann beispielsweise eine Verschiebung im Haushalt enthalten oder im Gesetzentwurf selbst Maßnahmen vorsehen, die nach den Vorstellungen der Initiatoren Einnahmen generieren oder zu Einsparungen führen, aus denen sich die Deckung der Kosten des Vorhabens ergibt (Bremische Bürgerschaft (Landtag) Drs. 17/594, S. 10).

Bei dem Volksbegehren „Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus“ handelt es um ein finanzwirksames Volksbegehren im Sinne von § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG i.V.m. Art. 71 Abs. 2 BremLV, das einen Finanzierungsvorschlag erforderlich macht.

Bereits durch die in § 4b Abs. 1 BremKrhG-E vorgesehene Expertenkommission entstehen Kosten (z.B. Vergütung der Kommissionsmitglieder, Kosten etwaiger wissenschaftlicher Gutachten, die die Kommission gemäß § 4b Abs. 1 Satz 4 BremKrhG-E in Auftrag geben darf, sonstige Mittel für die Arbeitsfähigkeit und wissenschaftliche Beratung der Kommission gemäß § 4b Abs. 1 Satz 4 BremKrhG-E). Zudem ist davon auszugehen, dass die in dem Gesetzentwurf vorgesehene Personalbedarfsbemessung finanzwirksam ist. Zwar führt die Gesetzesbegründung zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz ausdrücklich aus, dass für die Krankenhäuser zukünftig jede zusätzliche und jede aufgestockte Stelle für Pflegekräfte finanziert wird (BT-Drs. 19/4453, S. 1; BR-Drs. 376/18, S. 1). Allerdings wird unter der Überschrift „Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand“ auch dargestellt, dass für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden jährliche Mehrbelastungen im Bereich der Beihilfe im niedrigen bis mittleren zweistelligen Millionenbereich entstehen können (BT-Drs. 19/4453, S. 3; BR-Drs. 376/18, S. 3). Daraus ergibt sich, dass jedenfalls im Bereich der vom Land und den Gemeinden Bremen und Bremerhaven zu erbringenden Beihilfe und sonstigen Leistungen (etwa im Bereich der freien Heilfürsorge für Bedienstete der Polizei) nennenswerte Belastungen für die jeweiligen Haushalte entstehen können, wenn die Personalbemessung in den Kliniken nicht lediglich nach den Vorgaben der bisher bestehenden gesetzlichen Regelungen, sondern nach den erheblich höher angesetzten Personalvorgaben des Gesetzentwurfes des Volksbegehrens erfolgt.

Entgegen § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG i.V.m. Art. 71 Abs. 2 BremLV fehlt in dem Antrag jedoch jede Auseinandersetzung mit den Kosten, die aus den vorgenannten Gründen für die öffentlichen Haushalte des Landes Bremen entstehen können. Dies führt zur Unzulässigkeit des Antrags.

3. Auch in materieller Hinsicht genügt der Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens nicht den gesetzlichen Anforderungen. Das Volksbegehren ist unzulässig, denn der dem Volksbegehren zugrundeliegende Gesetzentwurf ist mit höherrangigem Recht unvereinbar.

Der dem Volksbegehren zugrundeliegende Gesetzentwurf ist gemäß § 9 Satz 1 Nr. 2 lit. b) BremVEG mit Bundesrecht nicht vereinbar. Dem Landesgesetzgeber fehlt die Gesetzgebungskompetenz (a)). Das Volksbegehren ist zudem gemäß § 9 Satz 1 Nr. 2 lit. a) BremVEG wegen Unvereinbarkeit mit der Landesverfassung unzulässig (b)). Ob darüber hinaus auch ein Verstoß gegen das aus dem Demokratieprinzip resultierende Koppelungsverbot vorliegt, kann im Ergebnis offenbleiben (c)).

a) Das Volksbegehren ist unzulässig, weil eine Gesetzgebungskompetenz der Länder für Regelungen über die Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal nicht besteht.

Nach Art. 70 Abs. 1 GG haben die Länder das Recht der Gesetzgebung, soweit das Grundgesetz nicht dem Bund Gesetzgebungsbefugnisse verleiht. Die Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Bund und Ländern bemisst sich gemäß Art. 70 Abs. 2 GG nach den Vorschriften des Grundgesetzes über die ausschließliche und konkurrierende Gesetzgebung. Aus Art. 72 Abs. 1 GG ergibt sich, dass im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung haben, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch gemacht hat. Unter Berücksichtigung dieser Kompetenzverteilungen sind die Bestimmungen der § 4a und § 4c BremKrhG-E mit dem Bundesrecht nicht vereinbar, da dem Landesgesetzgeber nach Art. 72 Abs. 1 GG die erforderliche Gesetzgebungskompetenz für Regelungen zur Bemessung und Finanzierung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern und zu Personaluntergrenzen fehlt. Insofern hat der Bund von der ihm gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zustehenden Gesetzgebungskompetenz umfassend und abschließend Gebrauch gemacht. Die vom Bundesgesetzgeber erlassenen Vorschriften sperren insoweit die Möglichkeit landesgesetzlicher Regelungen.

aa) Der Bund hat in §§ 135 ff. SGB V, im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung umfassende Regelungen zur Personalausstattung mit Pflegepersonal in Krankenhäusern getroffen.

Für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ist eine umfassende Regelung in § 136a Abs. 2 SGB V erlassen worden. Für pflegesensitive Bereiche hat das Bundesgesundheitsministerium auf der Grundlage von § 137i Abs. 3 Satz 1 SGB V die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (aktuelle Fassung vom 28.10.2019, BGBl.

S. 1492) erlassen, die Untergrenzen für die Ausstattung mit Pflegepersonal in den Bereichen Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie vorsieht. Im Übrigen ermächtigt der § 137j SGB V das Bundesgesundheitsministerium, eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis von Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen.

bb) Hierfür steht dem Bund gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG auch die Gesetzgebungskompetenz zu.

Nach dieser Vorschrift erstreckt sich die konkurrierende Gesetzgebung u.a. auf die Sozialversicherung. Der Begriff „Sozialversicherung“ versteht sich nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und dem Schrifttum als verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff, der alles umfasst, was sich der Sache nach als Sozialversicherung darstellt (BVerfG, Beschl. v. 8.4.1987, 2 BvR 909/82 – juris Rn. 95; HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 75; Maunz, in: Maunz/Dürig, GG, 87. EL, Stand: März 2019, Rn. 170, jeweils m.w.N.; Pieroth, in: Jarass/Pieroth, GG, 15. Aufl. 2018, Art. 74 Rn. 35; Rengeling, HStR VI, 3. Aufl. 2008, § 135 Rn. 241).

Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erstreckt sich dabei auch auf Regelungen, die die Modalitäten der Erbringung der Krankenhausleistungen gegenüber den Versicherten im System der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen. Umfasst von der Gesetzgebungskompetenz sind nicht nur Vorschriften über Voraussetzungen und Umfang der im Krankheitsfall zu gewährenden Leistungen, sondern auch Regelungen über die Art und Weise ihrer Erbringung (das sogenannte Leistungserbringungsrecht), einschließlich der Anforderungen an die Qualität der krankenversicherungsrechtlichen Leistungen und die in diesem Zusammenhang stehende Qualitätssicherung (vgl. HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 76; BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 77; Huster/Harney, in: Huster/Klatenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 7 Rn. 21; Axer, VSSR 2010, 183, 195; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014, 117, 126 f.; dies., GesR 2016, 542, 546; Kuhla, NZS 2014, 361, 364; ders., NZS 2015, 561, 562; Ebsen, GuP 2013, 121, 123). Der Bund ist auch dann zur Gesetzgebung befugt, wenn aus Gründen der sozialversicherungsrechtlichen Qualitätssicherung Regelungen getroffen werden sollen, die auf die in der Gesetzgebungskompetenz der Länder liegende Krankenhausplanung einwirken und diese aus Gründen einer wirksamen, effektiven und wirtschaftlichen sozialversicherungsrechtlichen Leistungserbringung modifizieren (Axer, VSSR 2010, 183, 195; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014, 117, 126 f.; dies., GesR 2016, 542, 546; Kuhla, NZS 2014, 361, 364).

Die Regelungen der §§ 136a Abs. 2, 137i, 137j SGB V sind auch insoweit von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gedeckt, als sie in den Bereich der Krankenhausplanung hineinreichen. Eine Verletzung der allein den Ländern gemäß Art. 70 Abs. 1 GG obliegenden Gesetzgebungskompetenz für das Krankenhausplanungsrecht besteht nicht.

Dem Bund steht gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit für „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser“ zu. Hiervon sind die Regelungen über die Einnahmen und Ausgaben der Krankenhäuser erfasst (vgl. Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014, 117, 124 f.; Kuhla, NZS 2014, 361, 362). Demgegenüber ist die Krankenhausorganisation und -planung grundsätzlich Sache der Länder (vgl. BVerfG, Beschl. v. 7.2.1991, 2 BvL 24/84, – juris Rn. 60; BSG, Urt. v. 19.6.2018, B 1 KR 32/17 R – juris Rn. 17 ff.; HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 100; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014, 117, 124 f.; Axer, VSSR 2010, 183, 195; Pieroth, in: Jarass/Pieroth, GG, 15. Aufl. 2018, Art. 74 Rn. 54).

Unabhängig von der Reichweite der Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG sind Regelungen zur Qualitätssicherung und Personalbemessung, wie vorliegend die Vorgaben zu Pflegepersonaluntergrenzen, von der Gesetzgebungskompetenz des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gedeckt. Sie reichen in den Bereich der Krankenhausplanung hinein und sind schwerpunktmäßig dem auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gestützten Sozialversicherungsrecht und nicht dem Krankenhausplanungsrecht zuzuordnen (vgl. Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014, 117, 126 f.; Axer, VSSR 2010, 183, 195). Denn sie sind für die Erbringung der sozialversicherungsrechtlich geregelten Krankenhausleistungen erforderlich und auch primär hierauf ausgerichtet. Sie dienen der Sicherheit der Patientinnen und Patienten und der Wirksamkeit ihrer Behandlung (vgl. § 1 SGB V). Etwaige damit verbundene Nebeneffekte auf andere Bereiche – auch auf den Bereich der Krankenhausplanung – ändern daran nichts (HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 102; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014, 117, 127).

Entgegen der Auffassung der Vertrauenspersonen folgt auch nicht aus Art. 72 Abs. 2 GG, dass der Bund das Gesetzgebungsrecht auf dem Gebiet des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG nur dann hat, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht. Denn nach der Änderung des Grundgesetzes auf Grund der Föderalismusreform I des Jahres 2006 ist Art. 72 Abs. 2 GG dahingehend geändert worden, dass die Gesetzgebungskompetenzen, von denen der Bund nur dann Gebrauch machen darf, wenn die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt

sind, enumerativ aufgezählt werden. Die konkurrierende Gesetzgebung zur Sozialversicherung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gehört jedoch nicht (mehr) dazu.

cc) Der Bund hat von seiner sich aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ergebenden konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz für den Bereich der Personalausstattung von Krankenhäusern mit Pflegepersonal abschließend Gebrauch gemacht (vgl. auch BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 83; HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 82; Huster/Harney, in: Huster/Klatenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 7 Rn. 21; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014, 117, 129).

(1) Der abschließende Charakter der §§ 136a Abs. 2, 137i, 137j SGB V ergibt sich aus ihrer Systematik, aus der Gesetzesbegründung und der inhaltlichen Gestaltung der Normen.

(a) Spezielle Regelungen enthalten insoweit § 136a Abs. 2 und § 137i SGB V für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung bzw. für die pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern.

§ 136a Abs. 2 Sätze 1 bis 4 SGB V normiert, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 136 Abs. 1 SGB V geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festlegt. Dazu soll er u.a. verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Mindestvorgaben zur Personalausstattung bestimmen.

In § 137i SGB V wird ein Verfahren vorgesehen, in dem Pflegepersonaluntergrenzen in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern festgelegt, überprüft und gesichert werden. Für diese Bereiche hat das Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 137i Abs. 3 Satz 1 SGB V die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern erlassen. Diese Verordnung legt in ihrer aktuellen Fassung Pflegepersonaluntergrenzen in den Bereichen Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie fest (vgl. § 6 PpUGV).

(b) Über die speziellen Regelungsbereiche der § 136 a Abs. 2 und § 137i SGB V hinaus enthält § 137j SGB V eine allgemeine Regelung über die Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und entsprechende Pflegepersonalquotienten. Nach § 137j Abs. 1 SGB V

soll zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser und Sicherung der pflegerischen Versorgungsqualität das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich, erstmals zum 31. Mai 2020, für jedes nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus nach einem näher geregelten Verfahren einen Pflegepersonalquotienten ermitteln, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Nach § 137j Abs. 2 SGB V wird das Bundesministerium für Gesundheit ermächtigt, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen.

Es gibt somit keinen Bereich der Patientenversorgung im Krankenhaus, für den keine bundesrechtliche Regelung zur Ausstattung mit Pflegepersonal existiert (HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 86; BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 84).

(c) Der Wille des Bundesgesetzgebers, eine erschöpfende Regelung der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern zu schaffen, kommt auch in der Gesetzesbegründung zu § 137j SGB V zum Ausdruck. Dort heißt es:

„Die Regelung dient der Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in den Krankenhäusern sowie der Gewährleistung von Patientensicherheit in der pflegerischen Patientenversorgung und ergänzt damit die mit diesem Gesetz unternommenen Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus sowie die Vorschrift des § 137i, die die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen bezogen auf pflegesensitive Bereiche vorsieht. Da eine unzureichende Ausstattung mit Pflegepersonal aber nicht nur in pflegesensitiven Bereichen, sondern in allen Krankenhausbereichen und für alle dort pflegerisch zu versorgenden Fälle für eine nicht patientengefährdende Versorgung relevant ist, sind Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Bezug auf das gesamte Krankenhaus erforderlich“ (BT-Drs. 19/4453 S. 75, BR-Drs. 376/18, S. 81).

(d) Auch die inhaltliche Gestaltung der § 137i und § 137j SGB V zeigt, dass die bundesrechtlichen Regelungen zur Pflegepersonalausstattung abschließend sein sollen. Hierfür spricht das aufwändige und detaillierte Normprogramm unter Einbeziehung verschiedener Akteure, wie der Spitzenverbände, des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und der Schiedsstelle, das Vorsehen von Sanktionen bei Nichteinhaltung der vereinbarten bzw. festgelegten Personaluntergrenzen, umfassende Beteiligungs-, Mitteilungs-, Nachweis- und Veröffentlichungspflichten sowie Berichts- und Evaluationspflichten. Diese Detailliertheit der bundesrechtlichen Regelungen belegt das Bestreben des Bundesgesetzgebers,

die Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal einem umfassenden und vollständigen Rechtsregime zu unterwerfen (so auch HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 86; BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 88). Bereits angesichts dieses keinen Teilbereich vernachlässigenden Regelungssystems des Bundes ist es fernliegend, dass der Bundesgesetzgeber für bestimmte Krankenhausbereiche oder allgemein für Krankenhäuser ein konkurrierendes landesrechtliches Regelungssystem zur Pflegepersonalausstattung ermöglichen oder zulassen wollte (HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 86; BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 88). Hiergegen sprechen neben den Auswirkungen auf das bundeseinheitliche Vergütungssystem (vgl. § 4 Nr. 2 KHG, § 1 KHEntgG) auch die Gesichtspunkte der Praktikabilität und der Effizienz. Es würde die Betreiber von Krankenhäusern vor erhebliche Schwierigkeiten stellen, müssten sie unterschiedliche gesetzliche Vorgaben zur Pflegepersonalausstattung auf bundesgesetzlicher Ebene einerseits und auf landesrechtlicher Ebene andererseits berücksichtigen (HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 86; BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 88).

(2) Auch die Öffnungsklauseln in § 136b Abs. 2 Satz 4 SGB V und in § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG erlauben keine Regelungen der Länder zur Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal.

Gemäß § 136b Abs. 2 Satz 4 SGB V sind „ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder [...] zulässig“. Diese Klausel kann aber nicht isoliert betrachtet werden. Sie steht vielmehr im inhaltlichen und systematischen Zusammenhang mit den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Abs. 1 SGB V. § 136b Abs. 2 Satz 4 SGB V lässt also lediglich Ergänzungen der Qualitätsanforderungen zu, die der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 136b Abs. 1 SGB V in der Form von verbindlichen Beschlüssen (vgl. § 91 Abs. 6 SGB V) vorgegeben hat. Das bedeutet zum einen, dass sich die im Landesrecht vorgesehenen Ergänzungen im Rahmen der Regelungszuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses bei seinen Beschlüssen nach § 136b Abs. 1 SGB V halten müssen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist aber gerade nicht berechtigt, Regelungen zur Personalbemessung zu treffen. Als juristische Person des öffentlichen Rechts (§ 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V) ist er vielmehr an die gesetzlichen Regelungen in §§ 136a Abs. 2, 137i, 137j SGB V gebunden. Zum anderen gestattet § 136b Abs. 2 Satz 4 SGB V auch nur „ergänzende“ Anforderungen. Damit sind gesetzliche Vorgaben der Länder, die im Widerspruch zu denen des Bundes stehen oder diese verschärfen, ausgeschlossen (vgl. HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 108 f.; BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 95).

Auch § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG, wonach durch Landesrecht „weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden“ können, gestattet den Ländern nicht, Regelungen im Bereich der Pflegepersonalbemessung zu treffen. Diese Vorschrift kann ebenfalls nicht losgelöst von ihrem systematischen Zusammenhang betrachtet werden. § 6 Abs. 1a Satz 1 KHG nimmt unmittelbar Bezug auf § 136c Abs. 1 SGB V. Danach beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die nach § 6 Abs. 1a KHG Bestandteil des Krankenhausplans werden. Diese Regelung greift § 6 Abs. 1a KHG auf. „Weitere“ Qualitätsanforderungen können daher wiederum nur solche sein, die auch der Gemeinsame Bundesausschuss als Qualitätsindikator festlegen könnte. Wie ausgeführt, ist dieser aber an die (abschließenden) bundesrechtlichen Regelungen gebunden (vgl. HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 108 f.; BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 95).

Dem steht auch die Gesetzesbegründung vom 30. Juni 2015 zu § 136c Abs. 1 SGB V nicht entgegen. Danach kämen als Indikatoren zur Strukturqualität zwar auch Maßzahlen zur Personalausstattung in Betracht (BT-Drs. 18/5372, S. 89). Die §§ 137i, 137j SGB V, die zu einer erschöpfenden und abschließenden Regelung des Bereichs der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern geführt haben, sind aber zeitlich erst später – durch Gesetze vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) und vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2394) – in das SGB V eingefügt worden. Insoweit ist die ursprüngliche Gesetzesbegründung zu § 136c SGB V wegen der nachfolgenden Rechtsentwicklung teilweise überholt und nicht einschlägig (vgl. HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 106 ff.; BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 95).

(3) Die Annahme der Vertrauenspersonen, § 137i SGB V beziehe sich nur auf die absoluten Untergrenzen der Personalausstattung, so dass den Ländern daher auch im Bereich der Personalbemessung über die Öffnungsklauseln Spielraum zur eigenen Regelung offenstehe, greift nicht durch.

Zwar werden die bundesgesetzlichen Regelungen zur Personalausstattung teilweise als Mindestvorgaben zur Personalausstattung oder Personaluntergrenzen bezeichnet (vgl. z.B. § 136a Abs. 2 Sätze 2, 3, 4 und 8, § 137i Abs. 1 Satz 1, Satz 2 Nr. 1 und Nr. 2 sowie Sätze 3, 5, 8, 10 und 11, § 137j Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die Vertrauenspersonen beabsichtigen mit ihrem Gesetzentwurf im Ergebnis aber nichts anderes als die Festlegung von Mindeststandards. Auch wenn in dem dem Volksbegehren zugrundeliegenden Gesetzentwurf lediglich von Personalbemessung die Rede ist, ergibt sich jedoch bereits aus dem Wortlaut des § 4a BremKrhG-E, dass sich die dortige Personalbemessung auf einen Mindestbedarf bezieht (vgl. § 4a Abs. 3 Satz 2, Abs. 4, Abs. 6 BremKrhG-E). Zudem heißt es

in der Gesetzesbegründung auf Seite 7 ausdrücklich, dass das vorgeschlagene Gesetz „bedarfsgerechte Mindestpersonalzahlen für Pflegekräfte im Krankenhaus“ definiere.

Hinzu kommt, dass die bundesrechtlichen Vorschriften zum Personalbedarf durch Regelungen flankiert werden, die die Krankenhausträger dazu veranlassen sollen, eine die Mindestvorgaben überschreitende, insgesamt angemessene Personalausstattung zu erreichen. Dies erfolgt unter anderem durch das ab dem 1. Januar 2020 geltende Pflegepersonalbudget, nach dem die Kosten für das Pflegepersonal aus den Fallpauschalen ausgliedert und in voller Höhe erstattet werden (vgl. § 17b Abs. 4 KHG).

Der Systematik der bundesrechtlichen Regelungen ist daher zu entnehmen, dass ihnen als Gesetzeszweck im Rahmen eines abschließenden Gesamtkonzepts die Sicherung einer angemessenen Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal zugrunde liegt (vgl. auch BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 98).

Dass die bundesrechtlichen Pflegepersonalvorgaben möglicherweise hinter den Anforderungen im Gesetzentwurf des Volksbegehrens zurückbleiben, führt nicht zu einer Regelungskompetenz der Länder. Die Länder sind nicht berechtigt, eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz dort in Anspruch zu nehmen, wo sie eine abschließende Bundesregelung für unzulänglich und deshalb reformbedürftig halten, denn das Grundgesetz weist ihnen nicht die Aufgabe zu, kompetenzgemäß getroffene Entscheidungen des Bundesgesetzgebers nachzubessern (vgl. HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 95; BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 100).

(4) Entgegen der Auffassung der Vertrauenspersonen kann auch die Gesetzgebungskompetenz der Länder für das Krankenhausplanungsrecht gemäß Art. 70 Abs. 1 GG nicht für weiterreichende Regelungen zur Personalausstattung herangezogen werden. Eine Doppelkompetenz von Bund und Ländern besteht vorliegend nicht. Der Bundesgesetzgeber hat abschließend von seiner konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht. Eine darüber hinausgehende Gesetzgebungskompetenz der Länder besteht auch dann nicht, wenn ein Sachbereich aufgrund unterschiedlicher Gesetzgebungskompetenzen geregelt werden könnte.

Die Vertrauenspersonen wenden vorliegend ein, dass das Volksbegehren nicht eine Änderung des SGB V, sondern des Bremischen Landeskrankenhausesgesetzes zum Gegenstand habe, die nicht auf den Kompetenztitel des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, sondern auf die Landesgesetzgebungskompetenz zur Krankenhausplanung gestützt werden könne.

Der Bund habe im Rahmen des SGB V lediglich Personaluntergrenzen festgelegt, bei deren Einhaltung eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet sei. Über die Gesetzgebungskompetenz zur Krankenhausplanung sei es den Ländern unbenommen, eine Personalbemessung nicht nur für eine Mindestversorgung, sondern, wie es § 1 Abs. 1 KHG ausdrücklich als Ziel beschreibe, eine qualitativ hochwertige bedarfsgerechte Patientenversorgung zu gewährleisten. Das Krankenhauswesen sei insofern durch eine Doppelkompetenz von Bund und Ländern geprägt.

Diese Argumentation der Vertrauenspersonen verkennt, dass die Sperrwirkung einer abschließenden Regelung nicht nur für den vom Bund in Anspruch genommenen Kompetenztitel gilt, sondern darüber hinausgeht. Den Ländern steht die Befugnis zur Gesetzgebung im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung gemäß Art. 72 Abs. 1 GG nur zu, solange und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen abschließenden Gebrauch gemacht hat. Andernfalls entfaltet das Bundesgesetz eine Sperrwirkung für die Länder (vgl. BVerfG, Beschl. v. 29.3.2000, 2 BvL 3/96, BVerfGE 102, 99). Den Ländern bleibt Raum für eine eigene Regelung nur, wenn und soweit die bundesrechtliche Regelung nicht erschöpfend ist. Hat der Bund einen Sachbereich in Wahrnehmung einer konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz abschließend geregelt, so tritt die Sperrwirkung des Art. 72 Abs. 1 GG für eine Regelung der Länder im selben Sachbereich unabhängig davon ein, ob die landesrechtlichen Regelungen den bundesrechtlichen Bestimmungen widerstreiten oder sie nur ergänzen, ohne ihnen sachlich zu widersprechen. Die Sperrwirkung tritt aber auch unabhängig davon ein, auf welche Kompetenzgrundlage das Landesgesetz gestützt werden soll. Sie ergreift nicht nur den Kompetenztitel, auf dessen Grundlage der Bund tätig geworden ist, sondern auch alle anderen Gesetzgebungskompetenzen, die nicht in Art. 74 GG genannt sind. Maßgeblich für die Sperrwirkung ist, ob ein bestimmter Sachbereich abschließend, das heißt tatsächlich umfassend und lückenlos geregelt ist. Das gilt auch dann, wenn den Ländern auf Grund eines anderen Kompetenztitels eine Gesetzgebungskompetenz für diesen Sachbereich zustünde.

b) Das Volksbegehren ist zudem gemäß § 9 Satz 1 Nr. 2 lit. a) BremVEG wegen Unvereinbarkeit mit der Landesverfassung unzulässig, weil § 4b Abs. 1 Satz 8 BremKrhG-E das durch Art. 123 Abs. 1 BremLV gewährleistete Gesetzesinitiativrecht des Senats verletzt.

Der dem Volksbegehren zugrundeliegende Gesetzentwurf sieht vor, dass die Expertenkommission binnen zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Änderungsgesetzes der Bürgerschaft der Freien Hansestadt Bremen einen Abschlussbericht vorlegt, der die Grundlage für eine Novellierung dieses Gesetzes bildet (§ 4b Abs. 1 Sätze 6 und 7 BremKrhG-E). Der Senat hat der Bürgerschaft der Freien Hansestadt Bremen dann spätestens drei Jahre

nach Inkrafttreten dieses Änderungsgesetzes einen Gesetzentwurf vorzulegen (§ 4b Abs. 1 Satz 8 BremKrhG-E).

Nach Art. 123 BremLV werden die Gesetzesvorlagen durch Volksbegehren, Bürgerantrag, vom Senat oder aus der Mitte der Bürgerschaft eingebracht. Die Initiativrechte stehen, was ihr Verhältnis untereinander anbelangt, grundsätzlich unabhängig und gleichberechtigt nebeneinander: Jeder Initiativberechtigte entscheidet selbst nach pflichtgemäßem Ermessen, ob und in welcher Weise er von dieser Befugnis Gebrauch machen will (Külpmann, in: Fischer-Lescano/Rinken u.a. (Hrsg.), Verfassung der Freien Hansestadt Bremen, 2016, Art. 123 Rn. 10; vgl. auch zu Art. 76 GG: Mann, in: Sachs, GG, 8. Aufl., 2018, Art. 76 Rn. 14), soweit sich nicht – was hier nicht der Fall ist – aus Verfassungs- oder Unionsrecht Verpflichtungen zum Erlass eines förmlichen Gesetzes ergeben (vgl. Kersten, in: Maunz/Dürig, GG, 87. EL, Stand: März 2019, Art. 76 Rn. 6; Mann, in: Sachs, GG, 8. Aufl. 2018, Art. 76 Rn. 14).

Auf einfachgesetzlichem Wege kann das verfassungsrechtlich begründete Gesetzesinitiativrecht des Senats weder hinsichtlich des „ob“ noch hinsichtlich des „wie“ eingeschränkt werden. Insbesondere darf der Volksgesetzgeber sich nicht über die Kompetenzvorschrift des Art. 123 BremLV und der sich daraus ergebenden Gleichrangigkeit der Gesetzesinitiativberechtigten hinwegsetzen und den Senat zur Vorlage eines bestimmten Gesetzentwurfs verpflichten, über den die Bremische Bürgerschaft dann im parlamentarischen Verfahren beraten und beschließen müsste (so auch zur entsprechenden Regelung der bayerischen Landesverfassung BayVerfGH, Entsch. v. 16.7.2019, Vf. 41-IX-19 – juris Rn. 104 ff.).

§ 4b Abs. 1 Satz 8 BremKrhG-E verletzt das durch Art. 123 BremLV gewährleistete Gesetzesinitiativrecht des Senats, denn danach ist der Senat verpflichtet, der Bürgerschaft innerhalb der dort genannten Frist einen Gesetzentwurf auf der Grundlage des Abschlussberichtes der Expertenkommission vorzulegen.

c) Ob darüber hinaus, wie der Senat rügt, auch ein Verstoß gegen das sogenannte Koppelungsverbot vorliegt, kann im Ergebnis offenbleiben.

Das aus dem Demokratieprinzip abgeleitete Koppelungsverbot verbietet es, mehrere sachlich nicht miteinander zusammenhängende Fragestellungen bei einem Volksbegehren zu einem „Paket“ zusammenzufassen, über das nur einheitlich abgestimmt werden kann (BayVerfGH, Entsch. v. 24.2.2000, Vf. 112-IX-99 – juris Rn. 41 ff.; HVerfG, Urt. v. 7.5.2019,

4/18 – juris Rn. 64; Stauch/Maierhöfer, in: Fischer-Lescano/Rinken u.a. (Hrsg.), Verfassung der Freien Hansestadt Bremen, 2016, Art. 70 Rn. 30). Denn echte Mitwirkung an einem Volksbegehren setzt voraus, dass der Bürger bei den Einzelakten dieses Gesetzgebungs Vorgangs seinen Willen deutlich, unverkürzt und unverfälscht zum Ausdruck bringen kann (HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 64). Dies ist notwendig, weil 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 (BayVerfGH, Entsch. v. 24.2.2000, Vf. 112-IX-99 – juris Rn. 41 ff.; HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 64). Im Übrigen soll das Koppelungsverbot auch der Gefahr entgegenwirken, dass Regelungen und andere Vorlagen die erforderliche Mehrheit nur im Gefolge der Verbindung mit einem populären und damit zugkräftigen Einzelbegehren erreichen (BayVerfGH, Entsch. v. 24.2.2000, Vf. 112-IX-99 – juris Rn. 41 ff.).

Der hier in Rede stehende Gesetzentwurf enthält neben den Vorschriften über die Mindestpflegepersonalbemessung mit § 4a Abs. 7 BremKrhG-E eine Regelung, wonach die zuständige Senatorin für Bereiche, die besonders relevant für die Einhaltung hygienischer Standards sind, durch Rechtsverordnung Mindestpersonalvorgaben auf Grundlage des Stands der Wissenschaft und der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts in den jeweils geltenden Fassungen erlassen könne. Der Senat sieht hierin einen Verstoß gegen das Koppelungsverbot.

Gegen einen Verstoß gegen das Koppelungsverbot spricht vorliegend hingegen, dass der Gesetzentwurf in § 4a Abs. 7 BremKrhG-E – etwa im Unterschied zu § 4 Abs. 3 HambKrhG-E (vgl. dazu HVerfG, Urt. v. 7.5.2019, 4/18 – juris Rn. 229-234) – keine ausführlichen Regelungen für die hygienischen Standards einschließlich Personalbemessungsregelungen für das Reinigungspersonal in Krankenhäusern enthält. Insbesondere bezieht sich die Vorschrift weder ausdrücklich noch ausschließlich auf Reinigungskräfte, sondern nur auf „Bereiche, die besonders relevant für die Einhaltung hygienischer Standards sind“.

Letztlich kann hier dahinstehen, ob aus der Gesetzentwurfsbegründung ableitbar ist, dass detaillierte Regelungen über Reinigungspersonal und Reinigungsstandards getroffen werden sollen. Denn der Zulassungsantrag verstößt bereits aus anderen, oben dargelegten

Gründen gegen geltendes Recht. Die Frage, ob zusätzlich ein Verstoß gegen das Kopplungsverbot vorliegt, kann deshalb im Ergebnis offen bleiben.

4. Nach § 9 Satz 1 Nr. 2 und 3 BremVEG ist ein mit der Landesverfassung oder geltendem Bundesrecht unvereinbares Volksbegehren unzulässig. Eine teilweise Zulässigkeit des Volksbegehrens kommt hier nicht in Betracht (vgl. zur teilweisen Zulässigkeit eines Volksbegehrens BremStGH, Urt. v. 14.2.2000, St 1/99, BremStGHE 6, 228, 246 f.).

Hier ergibt sich die umfassende Unzulässigkeit des Volksbegehrens bereits daraus, dass der Zulassungsantrag die formellen Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG i.V.m. Art. 71 Abs. 2 BremLV nicht erfüllt.

Neben dem Verstoß gegen die formellen Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 Nr. 1 BremVEG i.V.m. Art. 71 Abs. 2 BremLV fehlt es zudem an einer Gesetzgebungskompetenz des Landes für die Regelungen in § 4a und § 4c BremKrhG-E. Des Weiteren verletzt jedenfalls § 4b Abs. 1 Satz 8 BremKrhG-E das sich aus Art. 123 Abs. 1 BremLV ergebende Gesetzesinitiativrecht des Senats. Damit verstoßen die wesentlichen, den Inhalt des Gesetzentwurfs prägenden Vorschriften gegen die Landesverfassung oder geltendes Bundesrecht. Die übrigen Bestimmungen haben keine selbständige Bedeutung. Eine Teilzulässigkeit des Volksbegehrens kommt aus diesen Gründen nicht in Betracht.

III.

Die Entscheidung ist einstimmig ergangen.

gez. Prof. Sperlich

gez. Prof. Dr. Schlacke

gez. Anuschewski

gez. Grotheer

gez. Dr. Haberland

gez. Dr. Koch

gez. Ülsmann

Anlage 1:

Gesetzesvorschlag aus dem ursprünglichen Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens „Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus" vom 12. Februar 2019:

„§ 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:

„⁴Der Krankenhausplan ist ein Rahmenplan, der eine Bedarfsanalyse, medizinische Versorgungskonzepte und Informationen zum Leistungsgeschehen enthält. ⁵Dabei 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) ¹Als Pflegefachpersonal im Sinne dieses Gesetzes werden ausschließlich staatlich anerkannte Pflegefachpersonen mit einer mindestens dreijährigen abgeschlossenen Ausbildung oder einem gleichwertigen Studium verstanden. ²Operationstechnische 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) ¹Für 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. ²Der 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

³Die 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. ⁴Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt täglich. ⁵Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten Pflegefachpersonal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. ⁶Die Nachschichten 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. ⁷In der somatischen Kinderpflege beträgt das Verhältnis mindestens 1:10. ⁸Eine Pausenablösung ist zu garantieren.

(4) ¹Für 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.

²Zusätzlich soll eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung (mit der Qualifikation der Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie) pro Intensivtherapieeinheit vorgesehen werden. ³In jeder dieser Betreuungsstufen müssen mindestens 30 % des Pflegefachpersonals die Weiterbildung zur Anästhesie- und Intensivfachpflegekraft erfolgreich abgeschlossen haben.

(5) ¹Für 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. ²Dabei sind sowohl der prozedurenbezogene Personalbedarf als auch der Personalbedarf für die darüber hinausgehenden organisatorischen Aufgaben wie z.B. Dokumentation zu ermitteln. ³Für Früh- und Reifgeborene, die nicht der QFR-RL unterliegen, gelten die Absätze 1 bis 3.

(6) ¹Für 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.

²Die Besetzung von Bereichen wie Notaufnahme und Radiologie erfolgt nach einer Bedarfsanalyse. ³In geriatrischen Einheiten sind die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

(7) ¹Für 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. ²Durch 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) ¹Die 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. ²Diese Expertenkommission wird paritätisch besetzt. ³Der 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. ⁴Die Kommission kann wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben. ⁵Der Senat hat die nötigen Mittel für die Arbeitsfähigkeit und die fachliche Beratung der Kommission bereitzustellen. ⁶Die Kommission legt binnen zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes der Bremischen Bürgerschaft einen Abschlussbericht vor. ⁷Dieser bildet die Grundlage für eine Novellierung dieses Gesetzes. ⁸Der 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) ¹Die Krankenhäuser erstellen jährlich eine Personalplanung für jede Station und jeden Bereich, die die Vorgaben des § 4a erfüllt. ²Dabei sind die Erfahrungswerte des vorangegangenen Jahres in Bezug auf Leistungsentwicklung und Ausfallzeiten zu berücksichtigen. ³Auf Grundlage der ermittelten Planwerte ist eine Soll-Schichtplanung zu erstellen. ⁴Hierbei werden die ermittelten monatlichen Vollkräfte vollständig auf die einzelnen Schichten verteilt. ⁵Ausfallzeiten sind einzuplanen. ⁶Ist absehbar, dass die Personalvorgaben nicht erfüllt werden können, teilen die Krankenhäuser dies der zuständigen Behörde mit.

(2) ¹Am Ende eines jeden Kalenderjahres erstellt jedes Krankenhaus einen Bericht über die Einhaltung der Personalvorgaben. ²Hat das Krankenhaus die Vorgaben nicht eingehalten, so legt es der zuständigen Behörde dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. ³Werden 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. ⁴Hierfür 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. ⁵Erfüllt ein Krankenhaus die Vereinbarung nicht, soll die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz die Aufnahme des Krankenhauses oder einzelner Abteilungen in den Krankenhausplan widerrufen. ⁶Die Behörde soll geeignete Maßnahmen ergreifen, um eine drohende Unterversorgung abzuwenden. ⁷Krankenhäuser können zu einer strukturierten Zusammenarbeit verpflichtet werden.

(3) ¹Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegefachpersonal entsprechend § 4c notwendige Software vorzuhalten. ²Des 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 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:

§ 6a Kontrolle der Personalvorgaben durch den Planungsausschuss

„(3) ¹Dem Planungsausschuss obliegt die Kontrolle der Personalvorgaben. ²Er tagt mindestens zweimal im Jahr. ³Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz berichtet ihm über die Einhaltung von Personalvorgaben sowie über Kapazitätsanpassungen. ⁴Der Bericht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz wird veröffentlicht. ⁵Der 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.“

Gesetzesvorschlag aus dem geänderten Antrag auf Zulassung eines Volksbegehrens „Bremer Gesetz gegen den Pflegenotstand, für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus“ vom 8. April 2019:

Artikel 1

Das Bremische Krankenhausgesetz vom 12. April 2011 (Brem.GBL 2011, S. 252 - 2128-b-1), geändert durch Gesetz vom 23.10.2012 (Brem.GBl. S. 466), wird wie folgt geändert:

1. *Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:*

a) *Nach der Angabe zu § 4 wird folgende Angabe eingefügt:*

„§ 4a Qualitätsanforderungen und Regelungen zur Personalbemessung

§ 4b Expertenkommission und Vorlagepflicht

§ 4c Personalplanung, Sanktion und Software“

b) *Nach der Angabe zu § 6 wird folgende Angabe eingefügt:*

„§ 6a Kontrolle der Personalvorgaben durch den Planungsausschuss“

2. *§ 2 Absatz 1 wird wie folgt geändert:*

a) *Satz 2 wird wie folgt gefasst:*

„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 gern. § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG und Regelungen zur Personalbemessung sowie die Gewährleistung der Rechte der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung sichergestellt.“

3. *§ 4 Absatz 1 Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:*

„Der Krankenhausplan ist ein Rahmenplan, der durch eine Bedarfsanalyse, medizinische Versorgungskonzepte und Informationen zum Leistungsgeschehen ergänzt wird.

Dabei ist insbesondere der Personalbedarf zu analysieren und sind Versorgungsziele, planungsrelevante Qualitätsindikatoren, weitere Qualitätsanforderungen und Voraussetzungen für die Zulassung zur Notfallversorgung zu benennen.

"

4. Nach § 4 werden folgende §§ 4a bis 4c eingefügt:

„§ 4a Qualitätsanforderungen und Regelungen zur Personalbemessung

(1) Die gemäß § 4 Absatz 1 in den Krankenhausplan aufzunehmenden Qualitätsanforderungen müssen verbindliche Regelungen zur Personalbemessung für den Bereich der stationären Krankenhausbehandlung enthalten.

(2) Als Pflegefachpersonal im Sinne dieses Gesetzes werden ausschließlich staatlich anerkannte Pflegefachpersonen mit einer abgeschlossenen mindestens dreijährigen Ausbildung oder einem gleichwertigen Studium verstanden. 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) 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 vom 21.12.1992 (BGBl. 1992, I, S. 2266, 2316 ff), soweit dieses Gesetz nicht etwas anderes bestimmt. Der Mindestbedarf der Minutenwerte für die Pflegestufe A4 wird dabei abweichend von der Pflege-Personalregelung wie folgt festgesetzt:

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

Die Patientin oder der Patient wird in die Pflegestufe A4 gemäß Pflege-Personalregelung eingestuft, wenn die Pflegestufe A3 sowie mindestens sechs dokumentierte Aufwandspunkte im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores vorliegen. Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt täglich. Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen

nach Pflegeminuten Pflegefachpersonal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. Die Nachschichten sind so zu besetzen, dass die Anzahl der Pflegefachpersonen in der somatischen Erwachsenenpflege sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit richtet, mindestens jedoch in einem Verhältnis 1:15. In der somatischen Kinderpflege beträgt das Verhältnis mindestens 1:10. Eine Pausenablösung ist zu garantieren.

(4) Für die 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.*

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

In jeder dieser Betreuungsstufen müssen mindestens 30 Prozent des Pflegefachpersonals die Weiterbildung zur Anästhesie- und Intensivfachpflegekraft erfolgreich abgeschlossen haben.

(5) Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sind die Bestimmungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL vom 20. September 2005 (BANz. S. 15684), zuletzt geändert am 17. Mai 2018 (BANz AT 24.08.2018 B4). Dabei sind sowohl der prozedurenbezogene Personalbedarf als auch der Personalbedarf für die darüber hinausgehenden organisatorischen Aufgaben wie zum Beispiel Dokumentation zu ermitteln. Für Früh- und Reifgeborene, die nicht der QFR-RL unterliegen, gelten die Absätze 1 bis 3.

(6) Für Funktionsbereiche gelten folgende Personalvorgaben für die Pflege:

- 1. Operationssaal: mindestens zwei Pflegefachpersonen pro laufendem Operationssaal und pro laufender 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 oder eine Entbindungspflegerin oder ein Entbindungspfleger pro zwei Kreißende bei nicht pathologischer Geburt, eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger pro Gebärender bei pathologischer Geburt sowie für jede Mehrlingsgeburt Hebammen oder Entbindungspflegerinnen oder Entbindungspfleger in der Anzahl der zu erwartenden Neugeborenen. Die Besetzung von Bereichen wie Notaufnahme und Radiologie erfolgt nach einer Bedarfsanalyse. In geriatrischen Einheiten sind die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie anzuwenden.*

(7) Für Bereiche, die besonders relevant für die Einhaltung hygienischer Standards sind, erlässt die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz durch Rechtsverordnung Mindestpersonalvorgaben auf Grundlage des Stands der Wissenschaft und der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts in den jeweils geltenden Fassungen.

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

§ 4b Expertenkommission und Vorlagepflicht

(1) 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. Diese Expertenkommission wird paritätisch besetzt: Der Expertenkommission gehören jeweils zur Hälfte zum einen Vertreterinnen und Vertreter des Senats, der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen, der Landesverbände der Krankenkassen in Bremen und des Landesausschusses Bremen der privaten Krankenversicherung sowie zum anderen 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an. Die Kommission kann wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben. Der Senat hat die nötigen Mittel für die Arbeitsfähigkeit und die fachliche Beratung der Kommission bereitzustellen. Die Kommission legt binnen zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Änderungsgesetzes der Bürgerschaft der Freien Hansestadt Bremen einen Abschlussbericht vor. Dieser bildet die Grundlage für eine Novellierung dieses Gesetzes. Der

Senat hat der Bürgerschaft der Freien Hansestadt Bremen spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Änderungsgesetzes einen Gesetzentwurf vorzulegen.

(2) Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz legt der Bürgerschaft der Freien Hansestadt Bremen 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) Die Krankenhäuser erstellen jährlich eine Personalplanung für jede Station und jeden Bereich, die die Vorgaben des § 4a erfüllt. Dabei sind die Erfahrungswerte des vorangegangenen Jahres in Bezug auf Leistungsentwicklung und Ausfallzeiten zu berücksichtigen. Auf Grundlage der ermittelten Planwerte ist eine Soll-Schichtplanung zu erstellen. Hierbei werden die ermittelten monatlichen Vollkräfte vollständig auf die einzelnen Schichten verteilt. Ausfallzeiten sind einzuplanen. Ist absehbar, dass die Personalvorgaben nicht erfüllt werden können, teilen die Krankenhäuser dies der zuständigen Behörde mit.

(2) Am Ende eines jeden Kalenderjahres erstellt jedes Krankenhaus einen Bericht über die Einhaltung der Personalvorgaben. Hat das Krankenhaus die Vorgaben nicht eingehalten, so legt es der zuständigen Behörde dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. Werden die Personalvorgaben am Ende von zwei aufeinanderfolgenden Berichtsperioden nicht eingehalten, soll die zuständige Behörde Maßnahmen zur Einhaltung der in § 4a definierten Vorgaben zur Personalbemessung vereinbaren. 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. 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. Die Behörde soll geeignete Maßnahmen ergreifen, um eine drohende Unterversorgung abzuwenden.

(3) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegefachpersonal entsprechend der Absätze 1 und 2 notwendige Software vorzuhalten. 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) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

1. Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Unmittelbar Beteiligte im Sinne des Satzes 1 sind die Interessenvertretung der Patientinnen und Patienten gemäß § 140 f. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, 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, der Landesausschuss der privaten Krankenversicherung, die Landeskrankenhausesellschaft sowie die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven.“

2. Die Sätze 6 bis 8 werden aufgehoben.

b) In Absatz 2 werden die Sätze 3 und 4 aufgehoben.

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

„§ 6a Kontrolle der Personalvorgaben durch den Planungsausschuss

Dem Planungsausschuss obliegt die Kontrolle der Personalvorgaben. Er tagt mindestens zweimal im Jahr. Die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz berichtet ihm zweimal im Jahr über die Einhaltung von Personalvorgaben sowie über Kapazitätsanpassungen. Der Bericht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz wird veröffentlicht. Der Ausschuss nimmt zu den vereinbarten sowie durch die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz getroffenen Maßnahmen Stellung.“

Artikel 2

Dieses Gesetz tritt am Tag nach seiner Verkündung in Kraft.“