

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:

„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 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. 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 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 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) 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.

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) 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.