

ANLAGE I

Art 2

24

Seite 1 von 6

Stand: 20.2.2018

Hamburger Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus Petition für eine Volksinitiative zur Personalbemessung in Hamburger Krankenhäusern

Gesetz zur Änderung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes:

Artikel 1 Änderung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes

Das Hamburgische Krankenhausgesetz
in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. April 1991 (HmbGVBl. 1991, S. 127),
zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (HmbGVBl. S. 46),
wird wie folgt geändert:

1.
Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach § 6b werden die folgenden Angaben eingefügt:

- § 6c Mindestpersonalbemessung
- § 6d Personalplanung und Kapazitätsanpassung
- § 6e Überwachung der Personalausstattung

b) Die bisherigen §§ 6c und 6d werden zu den §§ 6f und 6g.

2.
In § 4 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 3 eingefügt:

(3) Krankenhäuser müssen das erforderliche Reinigungspersonal vorhalten, um die Anforderungen hygienischer Standards erfüllen zu können. Das Reinigungspersonal muss mindestens eine Grundschulung zu krankenhausspezifischen Anforderungen an Reinigungsarbeiten nachweisen können. Alle Reinigungskräfte, die Kontakt mit Patientinnen oder Patienten haben, müssen zum Umgang mit Patientinnen und Patienten geschult sein.

In Infektions- und Risikobereichen dürfen zur Vermeidung von Infektionsübertragungen nur dauerhaft angestellte und entsprechend geschulte Reinigungskräfte eingesetzt werden. Infektions- und Risikobereiche in diesem Sinne sind insbesondere Intensivstationen und Operationssäle.

Reinigungskräften sollen feste Reviere zugewiesen werden. Der Einsatz von Springerinnen oder Springern soll nur ausnahmsweise erfolgen. Die Größe von Revieren von Reinigungskräften muss es den für das jeweilige Revier zuständigen Reinigungskräften ermöglichen, in der vorgegebenen Zeit die vorgeschriebenen Reinigungsmaßnahmen ordnungsgemäß zu erfüllen; dafür sind für eine 30-Betten-Station mit Nebenräumen mindestens 1,5 Vollzeitäquivalente anzusetzen; auf

andere Stationsgrößen wird entsprechend umgerechnet. Bei der Festlegung der Größe der Reviere von Reinigungskräften sind Besonderheiten der Stationen zu berücksichtigen, insbesondere verstärkte Verschmutzungen durch spezifische Krankheitsbilder, verstärkte Störungen durch Arbeitsabläufe oder Patientenverhalten, bauliche Besonderheiten. Zusätzlich zur Unterhaltsreinigung auszuführende regelmäßige und unregelmäßige Arbeiten sind in der Reinigungspersonalplanung und der Zuweisung von Revierrößen von Reinigungskräften zu berücksichtigen. Für Ausfallzeiten durch Urlaub, Bildungsurlaub, Fortbildung und Krankheit gilt dies entsprechend.

In Risikobereichen im Sinne der Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut¹ ist während des Betriebs zu gewährleisten, dass zumindest eine Reinigungskraft für den Bereich entsprechend zur Verfügung steht.

„Sichtreinigung“ ist in patientennahen Bereichen und in Aufenthaltsräumen des Personals verboten. Desinfektionen dürfen nur von staatlich geprüften Desinfektorinnen oder Desinfektoren nach abgelegter Fachweiterbildung durchgeführt werden. Um eine ausreichende Zahl von Desinfektorinnen und Desinfektoren dem Krankenhaus zu sichern, ist dem Reinigungspersonal die Möglichkeit zu gewähren, entsprechende Fortbildungen zu besuchen.

3.
Nach § 6b wird ein neuer § 6c eingefügt:

§ 6c Mindestpersonalbemessung

(1) Als „Pflegerkräfte“ und „Pflegepersonal“ im Sinne dieses Gesetzes sind nur solche Kräfte zu verstehen, die unmittelbar im Patientenkontakt Patienten pflegerisch versorgen. Als „Pflegefachkräfte“ im Sinne dieses Gesetzes sind nur solche Pflegerkräfte und solches Pflegepersonal zu verstehen, welche die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger / -pflegerin“ oder „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger / -pflegerin“ hat.

(2) Für die stationäre pflegerische Versorgung auf peripheren Krankenhausstationen, die nicht durch Absatz 3 erfasst ist, erfolgt die Bedarfsermittlung für Pflegepersonal für die Tagsschichten auf Grundlage der in Anhang 1 enthaltenen Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung)². Bei der Anwendung der Pflege-Personalregelung findet die Pflegestufe A₄ zusätzlich

1 Bundesgesundheitsblatt 1/2004 vom 01.01.2004, S. 51

2 Veröffentlicht als Artikel 13 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2316).

unter folgenden Voraussetzungen Anwendung: Tägliche Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Pflegestufe A3 gemäß PPR und mindestens 6 dokumentierten Aufwandspunkten im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS). Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzen die für die Pflegestufe A4 angegebenen Minutenwerte diejenigen der Pflegestufe A3.³ Folgende Tabelle stellt die Minutenwerte für die Pflegestufe A4 dar:

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

Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten Personal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. Die Nachtschichten sind so zu planen, dass eine Pflegefachkraft in der somatischen Erwachsenenpflege für nicht mehr als 15 Patientinnen und Patienten zuständig ist und eine Pausenablösung garantiert ist.

(3) Für die stationäre Versorgung im Bereich der Intensivpflege wird das notwendige Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegepersonal in drei Betreuungsstufen voneinander abgegrenzt:

- Hoch-intensiver Versorgungsbedarf: Mindestens eine Pflegefachkraft betreut einen Patienten oder eine Patientin in jeder Schicht.
- Intensiver Versorgungsbedarf: Eine Pflegefachkraft betreut maximal zwei Patientinnen oder Patienten in jeder Schicht.
- Überwachung: Eine Pflegefachkraft betreut maximal drei Patientinnen oder Patienten in jeder Schicht.

In jeder dieser Betreuungsstufen müssen mindestens 30% der Pflegekräfte Anästhesie- und Intensivfachpflegekräfte sein. Die Anästhesie- und Intensivfachpflegekräfte haben alle zwei Jahre mindestens eine Weiterbildung im Bereich Anästhesie- und Intensivpflege zu absolvieren.

(4) Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sind die Bestimmungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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. Dabei sind sowohl der

³ Die PKMS ist im Operationen- und Prozeduren-Schlüssel 9.20 „Hochaufwendige Pflege von PatientInnen“ veröffentlicht, siehe www.dimdl.de.

prozedurenbezogene Personalbedarf als auch der Personalbedarf für die darüber hinausgehenden organisatorischen Aufgaben wie z.B. der Dokumentation zu ermitteln.

(5) Außerhalb der stationären Versorgung gelten folgende prozedurenbezogene Personalvorgaben:

- Operationssaal: Mindestens Zwei Pflegefachkräfte pro laufendem Operationssaal oder einer laufenden Operation außerhalb des OP-Bereichs.
- Anästhesie: Für die Dauer einer Anästhesie betreut eine Pflegefachkraft maximal eine Patientin oder einen Patienten. Die Dauer der Anästhesie definiert den Zeitraum von der Übernahme der Patientin oder des Patienten zur Vorbereitung und Durchführung der Anästhesie bis zur Übergabe der Patientin oder des Patienten an einen nachfolgenden betreuenden Bereich.
- Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie: Zwei Pflegefachkräfte für eine laufende Diagnostik.
- Dialyse: Eine Pflegefachkraft für maximal zwei Dialysepatientinnen oder -patienten.
- Die Besetzung von Bereichen wie Notaufnahme und Radiologie erfolgt nach Bedarfsanalysen.
- In geriatrischen Einheiten sind die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.⁴
- Kreißsaal:
 - Eine Hebamme oder Entbindungspfleger für maximal zwei Patientinnen bei nicht pathologischer Geburt.
 - Eine Hebamme oder Entbindungspfleger pro maximal eine Patientin bei pathologischer Geburt.
 - Für jede Mehrlingsgeburt: Hebammen oder Entbindungspfleger mindestens in der Anzahl der zu erwartenden Neugeborenen.

(6) Der Senat wird ermächtigt, 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 zu treffen.

(7) Die zugelassenen Krankenhäuser melden der zuständigen Behörde halbjährlich die Einhaltung der nach § 6c und § 4 Absatz 3 berechneten Personalzahlen. Die Zahlen sind öffentlich zu machen. Das Nähere, insbesondere Regelungen zum Meldeverfahren regelt der Senat durch Rechtsverordnung. Diese Rechtsverordnung

⁴ Der Bundesverband Geriatrie e.V. veröffentlicht seit 1998 Personalkennzahlen als Empfehlungen für die personelle Ausstattung einer geriatrischen Einrichtung, siehe www.bv-geriatrie.de.

kann insbesondere die Mitteilung weiterer Daten bestimmen, sofern diese der Förderung und Beurteilung der Qualität dienen.

(8) Die zuständige Behörde legt der Bürgerschaft jährlich bis zum 30. Juni einen Bericht für das Vorjahr über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und der Personalvorgaben sowie über ergriffene Maßnahmen vor.

4.

Nach § 6c folgt ein neuer § 6d:

§ 6d Personalplanung und Kapazitätsanpassung

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegepersonal, entsprechend § 6c notwendige Software vorzuhalten. Des Weiteren sind sie dazu verpflichtet, ein Bemessungssystem vorzuhalten, über das die Abgrenzung der drei Betreuungsstufen für Intensivstationen vorgenommen wird.

(2) Die Krankenhäuser erstellen jährlich eine Personalplanung, welche die Vorgaben in § 6c erfüllt. Dabei sind die Erfahrungswerte des vorangegangenen Jahres in Bezug auf Leistungsentwicklung und Ausfallzeiten zu berücksichtigen. Ist absehbar, dass die Personalvorgaben nicht erfüllt werden können, teilen sie dies der zuständigen Behörde mit.

(3) Kann ein Krankenhaus die Vorgaben nicht einhalten, so legt es der zuständigen Behörde dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. Werden die Personalvorgaben in zwei Berichtsperioden nicht eingehalten, vereinbart das Krankenhaus mit der zuständigen Behörde Maßnahmen zur Einhaltung des durch die Mindestpersonalzahl definierten Personal-Patienten/Patientinnen-Verhältnisses. Hierfür sind, soweit für die Aufrechterhaltung dieses Verhältnisses erforderlich, Reduzierungen der Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich durchzuführen. Erfüllt ein Krankenhaus die Vereinbarung nicht, so kann die zuständige Behörde anordnen, dass das Krankenhaus oder einzelner Abteilungen aus dem Krankenhausplan entfernt werden.

5.

Nach § 6d folgt ein neuer § 6e:

§ 6e Überwachung der Personalausstattung

Die Beteiligten nach § 17 bilden den Ausschuss zur Kontrolle der Personalvorgaben. Er tagt mindestens zweimal im Jahr. Die zuständige Behörde hat ihm über die Einhaltung der Personalvorgaben und der Kapazitätsanpassungen nach § 6d zu berichten. Der Ausschuss nimmt zu den Nach § 6d Abs. 3 vereinbarten oder von der zuständigen Behörde getroffenen Maßnahmen Stellung.

6.
Die bisherigen §§ 6c und 6d werden zu den §§ 6f und 6g.

7.
Zu § 15 wird ein Abs. 10 angefügt:

(10) Die KH haben Anspruch auf Erstattung der krankenhausesindividuellen bereinigten Investitionskosten in Höhe ihres tatsächlichen Bedarfs durch das Land Hamburg. Der Bedarf wird alle zwei Jahre ermittelt und in den darauffolgenden Haushalt übernommen. Der Pauschalförderungs-Anteil wird nach Bett / Patient verteilt.

Artikel 2 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

(1) Dieses Gesetz tritt mit dem Beginn des auf die Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Hamburg folgenden Kalenderjahres in Kraft.

(2) Die für das Gesundheitswesen zuständige Behörde erstellt mit den Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind, innerhalb von einem Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Übersicht über den Investitionsbedarf der Krankenhäuser. Der ermittelte Investitionsbedarf ist im Rahmen der Haushaltsplanung zu berücksichtigen.

(3) Die Regelungen unter § 6c und § 4 Abs. 3 werden spätestens 12 Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Krankenhausplan übernommen. Die Maßnahmen nach § 6d werden erstmals 24 Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wirksam.

(4) Die Krankenhäuser legen der zuständigen Behörde innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Plan zur Umsetzung dieses Gesetzes vor. Über den Fortschritt bei der Umsetzung hat der Senat der Bürgerschaft zu berichten.

Hamburger Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus

Begründung

zum Petition für eine Volksinitiative zur Personalbemessung in Hamburger Krankenhäusern

Allgemeiner Teil

Die Bevölkerung ist auf gute Versorgung im Krankenhaus angewiesen. Für die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten sind drei Elemente besonders wichtig: die bauliche und technische Ausstattung, die Anzahl der Mitarbeiter und nicht zuletzt deren qualifizierte Aus- und Weiterbildung. Unsere Forderung nach besserer Versorgungsqualität durch mehr Personal im Krankenhaus und Investitionen in ausreichender Höhe betrifft also alle, die sich in Hamburger Krankenhäusern behandeln lassen.

Während in den vergangenen Jahren die Fallzahlen stetig stiegen, wurde in den Hamburger Krankenhäusern, ebenso wie im Rest der Republik, Personal abgebaut. Was das Verhältnis der Anzahl von Pflegefachkräften zu Patientinnen und Patienten angeht, belegt Deutschland im internationalen Vergleich der Industrieländer regelmäßig die letzten Plätze – eine Entwicklung mit fatalen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung.

Personalmangel schadet den Patientinnen und Patienten und verletzt sie in ihrer Würde. Es ist alarmierend, wie häufig wir in Gesprächen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen von Vorkommen erfahren, bei denen z.B. hilflose Personen stundenlang in ihren Ausscheidungen liegen mussten, weil Personal fehlte.

Personalmangel gefährdet die Gesundheit. Studien belegen, dass Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern mit besserer Personalbesetzung signifikant bessere Ergebnisse hatten als bei schlechter Besetzung. Die Gefahr „unerwünschter Ereignisse“ – z.B. Infektionen, Wundliegen oder Stürze – ist umso höher, je weniger Pflegepersonal vorhanden ist.

Der Personalmangel hinterlässt auch bei den Pflegenden Spuren. In ihrer Berufsgruppe ist der Krankenstand und die Rate spezifischer Erkrankungen überdurchschnittlich. Dies hat zur Folge, dass immer mehr Pflegenden aus ihrem Beruf ausscheiden und Berufseinsteiger abgeschreckt werden. Erfahrungen aus Ländern, in denen erfolgreich verbindliche Personal-Patienten-Relationen eingeführt wurden, zeigen, dass sich der Personalnotstand unter entsprechend verbesserten Arbeitsbedingungen entspannt hat.

Bisher gibt es keine gesetzlichen Personalvorgaben, um die Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus zu verbessern, weder auf Landes- noch auf Bundesebene. Bei der geplanten Einführung bundesweiter Vorgaben für Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen ist offen, wie diese Vorgaben aussehen werden und wie der Begriff „pflegesensitiv“ definiert wird. Ob die jüngste Idee von SPD und CDU, Personaluntergrenzen in *allen* stationären Bereichen im Krankenhaus einzuführen, auch gesetzgeberisch umgesetzt wird, ist derzeit völlig ungewiss. Auch bei dieser angedachten Erweiterung des Verfahrens dürfte es weiterhin der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der Krankenkassen überlassen bleiben, jahresdurchschnittliche Personaluntergrenzen zu formulieren. Sie sollen Gefährdungen ausschließen, erfüllen jedoch nicht die im SGB V formulierten Ansprüche an Qualität der Versorgung und Gesunderhaltung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Im Hamburgischen Krankenhausgesetz finden sich diesbezüglich nur allgemeine Vorgaben zu Qualitätsversorgung, Patientensicherheit und Qualitätstransparenz.

Gleichzeitig stellt die Bundesregierung den Landesregierungen 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 Hamburger Krankenhausgesetz dringend nötig.

Wesentlicher Inhalt des Volksentscheides:

Die Weiterentwicklung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes, die wir vorschlagen, will die Gesundheitsversorgung für alle HamburgerInnen und Hamburger sowie die Finanzierung der Krankenhäuser verbessern. Das vorgeschlagene Gesetz

- definiert Mindestpersonalzahlen für Pflegekräfte und andere Berufsgruppen im Krankenhaus und ergänzt die Hygiene-Vorschriften für Reinigungsfachkräfte,
- beschreibt das Recht der Krankenhäuser auf Erstattung Ihrer tatsächlichen Investitionskosten, die durch das Land Hamburg übernommen werden müssen,
- stellt Transparenz über Einhaltung von Qualitätsanforderungen und Personalvorgaben her und formuliert Konsequenzen, wenn die Ziele nicht erreicht werden.

Artikel 1

Änderung des Hamburger Krankenhausgesetzes

Ergänzung § 4

Krankenhaushygiene und PatientInnen- und Patientensicherheit gehören unmittelbar zusammen. Mit den vorliegenden Änderungen werden die bestehenden Hygienevorschriften ergänzt und gesetzlich verankert. Konkret werden in Absatz 3 verbindliche Vorgaben in Bezug auf die Personalbemessung und Qualifikation von Reinigungskräften vorgegeben.

Neufassung § 6c

Mit den vorliegenden Änderungen werden für alle Krankenhäuser in Hamburg einheitliche und verbindliche Mindestpersonalzahlen für Pflegefachkräfte vorgeschrieben. Als Grundlage der Bedarfe an Pflegefachkräften dient die in der Wissenschaft und unter Fachleuten bewährte Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenhausversorgung, kurz Pflege-Personalregelung (PPR) BGBl. I 1992 S. 2316-2325.

Sie wird ergänzt durch eine Pflegestufe A4, die sich aus der heutigen Anwendung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) ergibt und Fälle mit erhöhtem Pflegebedarf regelt. Wenn eine Patientin oder ein Patient der Pflegestufe 3 mindestens 6 Aufwandspunkte im PKMS erfüllt, werden die Minutenwerte entsprechend angepasst, um den Mehrbedarf zu regeln. So ist die PatientInnen- und Patientensicherheit auch bei besonders aufwendigem Pflegebedarf gewährleistet.

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 sicherzustellen und nachzuweisen. Die aktuelle Fassung kann unter <https://www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien/41/> eingesehen werden. Für alle anderen Bereiche wird auf Zertifizierung und Qualitätsvorgaben der jeweiligen Fachgesellschaften verwiesen.

Das Robert-Koch-Institut gilt als das führende Public Health Institut Deutschlands. Seine Empfehlungen stellen sicher, dass die Bevölkerung vor Krankheiten geschützt und ihr Gesundheitszustand verbessert wird (Leitbild September 2017). Deshalb definiert das Gesetz seine Empfehlungen für Krankenhausreinigung als Qualitätsanforderung: (Bundesgesundheitsblatt 2004, 47: 51-61).

Mit Absatz 1 wird festgelegt, dass lediglich Pflegefachkräfte in die Bedarfsplanung der Personal-Patienten-Relationen einberechnet werden dürfen.

Damit sich zukünftig auch alle Hamburgerinnen und Hamburger ein eigenes Bild der Qualität der Patientenversorgung in ihrem Krankenhaus machen können, werden die Krankenhäuser zur regelmäßigen Veröffentlichung der Personalquote verpflichtet.

Neufassung § 6d

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 Hamburger Krankenhäusern ist eine Erfassung der PPR bereits gewährleistet.

Absatz 2 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 3 schreibt ein gestuftes Sanktionsverfahren bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen vor. Die Sanktionen greifen bei Nichteinhaltung nach zwei Berichtsperioden. Somit werden unvorhersehbare Schwierigkeiten berücksichtigt, jedoch ein Eingriff nach einer längeren Gefährdung der Patientinnen- und Patientensicherheit vorgeschrieben. Die Sanktionen schreiben Reduzierungen der Behandlungskapazitäten vor oder sogar die Herausnahme aus dem Krankenhausplan, insofern es für die Patientinnen- und Patientensicherheit notwendig ist. Die Maßnahmen werden nach den Übergangsbestimmungen erst zwei Jahre nach Inkrafttreten wirksam, um den notwendigen Aufbau von Personalkapazitäten möglich zu machen und ausreichend Kapazitäten für das Land Hamburg vorzuhalten.

Neufassung § 6e

Diese Regelung dient der Überwachung der Personalvorgaben und eventuell notwendiger Kapazitätsanpassungen seitens der zuständigen Behörde durch die Öffentlichkeit. Überwachungsorgane sind neben den Krankenhausträgern Vertreterinnen und Vertreter der Patientinnen und Patienten und der Beschäftigten.

Ergänzung § 15

Mit der vorliegenden Änderung verpflichtet sich das Land Hamburg, seinen Investitionsverpflichtungen, wie sie sich aus dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze ergeben, verbindlich nachzukommen und damit für baulich intakte Krankenhäuser und Ausrüstung auf dem aktuellen Stand der technischen und medizinischen Entwicklung zu sorgen. Damit soll auch ausgeschlossen werden, dass Krankenhäuser gezwungen sind, für Personal und andere Betriebskosten vorgesehene Mittel aus den Krankenkassenbeiträgen der GKV für notwendige Investitionen zweckentfremden zu müssen.

Aus den Empfehlungen der „Rürup-Kommission“, die im März 2008 eine Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit unter dem Titel „Umstellung auf eine monetarische Finanzierung von Krankenhäusern“ erarbeitete, ergibt sich eine notwendige Investitionsquote von 8,6 Prozent. Die durch das Land Hamburg erfüllte Investitionsquote für die Hamburger Krankenhäuser beträgt derzeit 5,1 Prozent.

Mit der Forderung nach Erhebung der Investitionskosten der Krankenhäuser in Höhe ihres tatsächlichen Bedarfs seitens des Senats und der Verpflichtung zur Übernahme dieses Bedarfs in die Haushaltsplanung soll die ausreichende Finanzierung dieser Investitionen sichergestellt und Planungssicherheit geschaffen werden.

Mit der Art der Verteilung der Mittel im Bereich der Pauschalförderung nach Bett/Patientin bzw. Patient ist sichergestellt, dass eine Umstellung der Finanzierung nach Investitionsbewertungsrelationen ausgeschlossen ist.

Artikel 2 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

Absatz 1, 3 und 4 regeln das Inkrafttreten der Gesetzesänderungen. Absatz 2 verpflichtet den Senat dazu, Mittel zur Behebung des vorhandenen Investitionsstaus in ihrer Haushaltsplanung zu berücksichtigen.

ANLAGE II

ASE 11
48

**HAMBURGER
VOLKSENTSCHEID
GEGEN PFLEGE-
NOTSTAND IM
KRANKENHAUS**



Hiermit beantragen wir das ...

Volksbegehren gegen den Pflegenotstand
für ein

**Hamburger Gesetz
für mehr Personal und gute Versorgung
im Krankenhaus**

Petition

Begründung

Anhang: Pflege-Personal-Regelung (PPR)

5.10.2018 | v5

Senat der Freien und Hansestadt Hamburg
Senatskanzlei
Geschäftsstelle des Senats

Eing.: 05. Okt. 2018

An _____

[REDACTED]

[REDACTED]

Petition zum Volksbegehren gegen Pflegenotstand für ein
Hamburger Gesetz für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus

Artikel 1

Änderung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes

Das Hamburgische Krankenhausgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. April 1991 (HmbGVBl. 1991, S. 127), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (HmbGVBl. S. 46), wird wie folgt geändert:

1.

Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Nach § 6b werden die folgenden Angaben eingefügt:

§ 6c Mindestpersonalbemessung

§ 6d Personalplanung und Kapazitätsanpassung

§ 6e Überwachung der Personalausstattung

b) Die bisherigen §§ 6c und 6d werden zu den §§ 6f und 6g

2.

In § 4 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 3 eingefügt:

(3) Krankenhäuser müssen das erforderliche Personal, insbesondere Reinigungspersonal, vorhalten, um die Anforderungen hygienischer Standards, entsprechend den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts, erfüllen zu können. Das Reinigungspersonal muss mindestens eine Schulung zu krankenhausspezifischen Anforderungen an Reinigungsarbeiten nachweisen können. Alle Reinigungskräfte, die Kontakt mit Patientinnen oder Patienten haben, müssen zum Umgang mit Patientinnen und Patienten geschult sein.

In Infektions- und Risikobereichen dürfen zur Vermeidung von Infektionsübertragungen nur dauerhaft beschäftigte und entsprechend geschulte Reinigungskräfte eingesetzt werden. Infektions- und Risikobereiche in diesem Sinne sind insbesondere Intensivstationen und Operationssäle sowie andere Bereiche, in denen Patientinnen und Patienten auf Grund der jeweiligen Umstände ein erhöhtes Infektionsrisiko haben.

Reinigungskräften sollen feste Bereiche oder Abteilungen, für die sie dauerhaft zuständig sind, zugewiesen werden. Der Einsatz von Springerinnen oder Springern soll nur ausnahmsweise erfolgen. Die Größe von Bereichen oder Abteilungen von Reinigungskräften muss es den für die jeweiligen Bereiche und Abteilungen zuständigen Reinigungskräften ermöglichen, in der vorgegebenen Zeit die vorgeschriebenen Reinigungsmaßnahmen ordnungsgemäß zu erfüllen; dafür sind für eine 30-Betten-Station mit Nebenräumen mindestens 1,5 Vollzeitäquivalente anzusetzen; auf andere Stationsgrößen wird entsprechend umgerechnet. Bei der Festlegung der Größe der Bereiche oder Abteilungen von Reinigungskräften sind Besonderheiten der Stationen zu berücksichtigen, insbesondere verstärkte Verschmutzungen durch spezifische Krankheitsbilder, verstärkte Störungen z.B. durch Arbeitsabläufe oder Patientenverhalten, bauliche Besonderheiten. Zusätzlich zur täglichen Reinigung auszuführende regelmäßige und unregelmäßige Arbeiten sind in der Reinigungspersonalplanung und der Zuweisung von Größen der zugewiesenen Bereiche oder Abteilungen von Reinigungskräften zu berücksichtigen. Für Ausfallzeiten durch Urlaub, Bildungsurlaub, Fortbildung und Krankheit gilt dies entsprechend.

In Risikobereichen im Sinne der Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut ist während des Betriebs zu gewährleisten, dass zumindest eine Reinigungskraft für den Bereich entsprechend zur Verfügung steht.

Bloße „Sichtreinigung“ ist in patientennahen Bereichen und in Aufenthaltsräumen des Personals verboten. „Sichtreinigung“ ist in diesem Zusammenhang ein Verfahren, bei dem nur in den Fällen gereinigt wird, wenn Verschmutzungen mit dem bloßen Auge sichtbar sind. Desinfektionen dürfen nur von staatlich geprüften Desinfektorinnen oder Desinfektoren nach abgelegter

Fachweiterbildung durchgeführt werden. Um eine ausreichende Zahl von Desinfektorinnen und Desinfektoren zu sichern, ist dem Reinigungspersonal die Möglichkeit zu gewähren, entsprechende Fortbildungen zu besuchen.

3.

In § 6b Abs. 2 wird nach den Worten „Die zuständige Behörde kann im Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten ergänzende Qualitätsanforderungen nach § 6 Absatz 1a Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 887), zuletzt geändert am 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229, 2253),“ eingefügt: „,welche nicht ausschließlich die Personalbemessung betreffen,“.

In § 6b Abs. 3 wird in Nr. 1 nach den Worten „ergänzende Qualitätsanforderungen nach § 6 Absatz 1a Satz 2 KHG“ eingefügt: „,welche nicht ausschließlich die Personalbemessung betreffen,“.

4.

Nach § 6b wird ein neuer § 6c eingefügt:

§ 6c Mindestpersonalbemessung

(1) Als „Pflegerkräfte“ und „Pflegepersonal“ im Sinne dieses Gesetzes sind nur solche Kräfte zu verstehen, die unmittelbar im Patientenkontakt Patienten pflegerisch versorgen. Als „Pflegefachkräfte“ im Sinne dieses Gesetzes ist nur Pflegepersonal mit einem nach dem Pflegeberufgesetz in der jeweils geltenden Fassung anerkannten Berufsabschluss zu verstehen, der eine mindestens dreijährige Ausbildung voraussetzt.

(2) Für die stationäre pflegerische Versorgung auf Krankenhausstationen erfolgt die Bedarfsermittlung für Pflegefachkräfte für die Tagschichten auf Grundlage der in Anhang 1 enthaltenen Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege in der Fassung vom 21.12.1992 (BGBl. 1992, I, S. 2266, 2316 ff. - PPR), soweit es dieses Gesetz für nicht anders bestimmt.

Bei der Anwendung der Pflege-Personalregelung findet die Pflegestufe A4 zusätzlich unter folgenden Voraussetzungen Anwendung: Tägliche Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Pflegestufe A3 gemäß PPR und mindestens 6 dokumentierten Aufwandspunkten im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) in der jeweils geltenden Fassung. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzen die für die Pflegestufe A4 angegebenen Minutenwerte diejenigen der Pflegestufe A3. Folgende Tabelle stellt die Minutenwerte für die Pflegestufe A4 dar:

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

Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten Personal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. Die Nachtschichten sind so zu planen, dass eine Pflegefachkraft in der somatischen Erwachsenenpflege für nicht mehr als 15, in der somatischen Kinderpflege 10 Patientinnen und Patienten zuständig und eine Pausenablösung garantiert ist.

(3) Für die stationäre Versorgung im Bereich der Intensivpflege wird das notwendige Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegepersonal in drei Betreuungsstufen voneinander abgegrenzt:

- Hoch-intensiver Versorgungsbedarf, d.h. Bei speziellen Situationen (z.B. schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren), einem hohen Anteil (>60%) an Patienten mit Organersatzverfahren (z.B. Beatmung, Nierenersatzverfahren) oder zusätzlichen Aufgaben (z.B. Stellung des Reanimationsteams für das Krankenhaus, Begleitung der Transporte der Intensivpatienten) soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden.
- Intensiver Versorgungsbedarf: Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich. Überwachung: Eine Pflegefachkraft betreut maximal drei Patientinnen oder Patienten in jeder 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% der Pflegekräfte Anästhesie- und

Intensivfachpflegekräfte mit staatlich anerkannter Fachweiterbildung sein.

(4) Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sind die Bestimmungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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. Dabei sind sowohl der prozedurenbezogene Personalbedarf als auch der Personalbedarf für die darüber hinausgehenden organisatorischen Aufgaben wie z.B. der Dokumentation zu ermitteln. Für Früh- und Reifgeborene, die nicht der QFR-RL unterliegen, gelten die Absätze 1 bis 3.

(5) Außerhalb der stationären Versorgung gelten folgende prozedurenbezogene Personalvorgaben:

- Die Besetzung der Notaufnahme erfolgt nach einer Bedarfsanalyse, der das durchschnittliche Patientenaufkommen je Früh-, Spät- und Nachtschicht zugrunde gelegt und gewährleistet wird, dass eine Pflegefachkraft für maximal drei Patientinnen oder Patienten vorgehalten wird, mindestens jedoch zwei Pflegefachkräfte je Anzahl der Schockräume sowie zusätzlich je eine Pflegefachkraft für Triage und Leitung und sonstiger Arbeitsplätze, wie z.B. chest pain unit, Gipsplatz.
- Die Besetzung der Radiologie erfolgt nach Bedarfsanalysen
- Operationssaal: Mindestens zwei Pflegefachkräfte pro laufender Operation.
- Anästhesie: Für die Dauer einer Anästhesie betreut eine Pflegefachkraft maximal eine Patientin oder einen Patienten. Die Dauer der Anästhesie definiert den Zeitraum von der Übernahme der Patientin oder des Patienten zur Vorbereitung und Durchführung der Anästhesie bis zur Übergabe der Patientin oder des Patienten an einen nachfolgenden betreuenden Bereich.
- Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie: Zwei Pflegefachkräfte für eine laufende Diagnostik.
- Dialyse: Eine Pflegefachkraft für maximal zwei Dialysepatientinnen oder -patienten.
- In geriatrischen Einheiten sind die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.
- Kreißsaal:
 - Eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger pro maximal einer Gebärenden.
 - Für jede Mehrlingsgeburt: Hebammen oder Entbindungspfleger mindestens in der Anzahl der zu erwartenden Neugeborenen.

(6) Der Senat wird, ermächtigt, 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 zu treffen.

(7) Die zugelassenen Krankenhäuser melden der zuständigen Behörde halbjährlich die Einhaltung der Soll-Werte der nach § 6c und § 4 Absatz 3 berechneten Personalzahlen sowie die Ist-Werte für jede Station und jeden Bereich für den vorangegangenen Berichtszeitraum. Die Zahlen sind öffentlich zu machen. Das Nähere, insbesondere Regelungen zum Meldeverfahren regelt der Senat durch Rechtsverordnung. Diese Rechtsverordnung hat sicherzustellen, dass die Einhaltung der Personalzahlen schichtkonkret dokumentiert wird und durch Dritte überprüft werden kann. Sie kann insbesondere die Mitteilung weiterer Daten bestimmen, sofern diese der Förderung und Beurteilung der Qualität dienen. Liegen die Ist-Werte unterhalb der Soll-Werte, ist dies der zuständigen Behörde auch innerhalb eines Berichtszeitraums zu melden und ein Verfahren nach § 6 d Abs. 3 einzuleiten.

(8) Die zuständige Behörde legt der Bürgerschaft jährlich bis zum 30. Juni einen Bericht für das Vorjahr über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und der Personalvorgaben sowie über ergriffene Maßnahmen vor.

(9) § 6 b bleibt unberührt.

(10) Die zuständige Behörde setzt mit Inkrafttreten der §§ 4 Abs. 3 und 6 c eine Expertenkommission ein, deren Aufgabe die Weiterentwicklung der Personalvorgaben, die sich am Bedarf orientiert, nach diesem Gesetz ist, um diese an den Stand der pflegewissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Die Expertenkommission setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern von Gewerkschaften, Berufsverbänden der im Krankenhaus

vertretenen Berufsgruppen sowie nach § 140 f SGB V anerkannten Patientenorganisationen. Die Kommission kann wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben und hat Pflegefachkräfte und Patientinnen oder Patienten anzuhören. Die zuständige Behörde stellt die Mittel für die Arbeitsfähigkeit und die fachliche Beratung der Kommission bereit. Zwei Jahre nach Inkrafttreten der §§ 4 Abs. 3 und 6 c soll die Kommission einen ersten Bericht vorlegen. Dieser wird veröffentlicht und bei einer Novellierung dieses Gesetzes berücksichtigt. Art. 50 Abs. 4 der Verfassung der Freien und Hansestadt Hamburg sowie § 25 Abs. 1 des Volksabstimmungsgesetzes bleiben unberührt.

5.

Nach § 6c folgt ein neuer § 6d:

§ 6d Personalplanung und Kapazitätsanpassung

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegepersonal entsprechend § 6c notwendige Software vorzuhalten. Des Weiteren sind sie dazu verpflichtet, ein Bemessungssystem vorzuhalten, über das die Abgrenzung der drei Betreuungsstufen für Intensivstationen vorgenommen wird.

(2) Die Krankenhäuser erstellen jährlich auf Grundlage der Leistungsentwicklung und Ausfallzeiten des Vorjahres eine Personalplanung, welche die Vorgaben in §6c erfüllt. Ist absehbar, dass sie die Personalvorgaben nicht erfüllt werden können, teilen sie dies der zuständigen Behörde mit.

(3) Kann ein Krankenhaus die Vorgaben nicht einhalten, so legt es der zuständigen Behörde dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. Werden die Personalvorgaben nach spätestens zwei Berichtsperioden nicht eingehalten, vereinbart das Krankenhaus mit der zuständigen Behörde Maßnahmen zur Einhaltung der Personalvorgaben nach § 6 c. Hierfür sind, soweit für die Aufrechterhaltung dieses Verhältnisses erforderlich, im Sinne einer Einschränkung des Versorgungsauftrags die Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich zu reduzieren. Erfüllt ein Krankenhaus die Vereinbarung nicht, so soll die zuständige Behörde anordnen, dass die Aufnahme des Krankenhauses oder einzelner Abteilungen in den Krankenhausplan zurückgenommen oder widerrufen wird.

6.

Nach § 6d folgt ein neuer § 6e:

§ 6e Überwachung der Personalausstattung

Die Beteiligten nach § 17 Abs. 1 bilden den Ausschuss zur Kontrolle der Personalvorgaben. Er tagt mindestens zweimal im Jahr. Die zuständige Behörde hat ihm über die Einhaltung der Personalvorgaben und der Kapazitätsanpassungen nach § 6d zu berichten. Der Ausschuss nimmt zu den nach § 6d Abs. 3 vereinbarten oder von der zuständigen Behörde getroffenen Maßnahmen Stellung.

7.

Die bisherigen §§ 6c und 6d werden zu den §§ 6f und 6g.

8.

Es wird ein neuer § 32 angefügt:

§ 32 Umsetzung der Personalvorgaben

Die Krankenhäuser legen der zuständigen Behörde innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten der §§ 4 Abs. 3 und 6c einen Plan zu deren Umsetzung vor. Über den Fortschritt der Umsetzung berichtet der Senat der Bürgerschaft.

Artikel 2

Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

(1) Dieses Gesetz tritt mit dem Beginn des auf die Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Hamburg folgenden Kalenderjahres in Kraft.

(2) Die Regelungen unter §6c und §4 Abs.3 werden spätestens 12 Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Krankenhausplan übernommen. Die Maßnahmen nach § 6d werden erstmals 24 Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wirksam.

Begründung zum Volksbegehren gegen Pflegenotstand für ein **Hamburger Gesetz für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus**

Allgemeiner Teil

Die Bevölkerung ist auf gute Versorgung im Krankenhaus angewiesen. Für die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten sind drei Elemente besonders wichtig: Die Anzahl der Mitarbeiter, deren qualifizierte Aus- und Weiterbildung sowie nicht zuletzt das hygienische Umfeld in einem Krankenhaus. Die Forderung nach besserer Versorgungsqualität durch mehr Personal im Krankenhaus betrifft also alle, die sich in Hamburger Krankenhäusern behandeln lassen.

Während in den vergangenen Jahren die Fallzahlen stetig stiegen, wurde in den Hamburger Krankenhäusern, ebenso wie im Rest der Republik, Personal abgebaut. Was das Verhältnis der Anzahl von Pflegefachkräften zu Patientinnen und Patienten angeht, belegt Deutschland im internationalen Vergleich der Industrieländer regelmäßig die letzten Plätze – eine Entwicklung mit fatalen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung.

Personalmangel schädigt den Patientinnen und Patienten und verletzt sie in ihrer Würde. Es ist alarmierend, wie häufig z.B. Patientenberatungsstellen in Gesprächen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen von Vorkommen erfahren, bei denen z.B. hilflose Personen stundenlang in ihren Ausscheidungen liegen mussten, weil Personal fehlte.

Personalmangel gefährdet die Gesundheit. Studien belegen, dass Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern mit besserer Personalbesetzung signifikant bessere Ergebnisse hatten als bei schlechter Besetzung. Die Gefahr „unerwünschter Ereignisse“ – z.B. Infektionen, Wundliegen oder Stürze – ist umso höher, je weniger Pflegepersonal vorhanden ist. Die Sterblichkeit ist in Krankenhäusern mit der ungünstigsten Patientinnen-Pflege-Relation (eine Pflegekraft versorgt 10,3 bis 12,0 Patientinnen) um ein Viertel höher als in Krankenhäusern, in denen eine Pflegekraft 6,9 bis 8,3 Patientinnen versorgt.

Der Personalmangel hinterlässt auch bei den Pflegenden Spuren. In ihrer Berufsgruppe sind der Krankenstand und die Rate spezifischer Erkrankungen überdurchschnittlich. Dies hat zur Folge, dass immer mehr Pflegenden aus ihrem Beruf ausscheiden und Berufseinsteiger abgeschreckt werden. Erfahrungen aus Ländern, in denen erfolgreich verbindliche Personal-Patienten-Relationen eingeführt wurden, zeigen, dass sich der Personalnotstand unter entsprechend verbesserten Arbeitsbedingungen entspannt hat.

Bisher gibt es keine gesetzlichen Personalvorgaben, um die Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus zu verbessern, weder auf Landes- noch auf Bundesebene.

Personaluntergrenzen sollen Gefährdungen ausschließen, erfüllen jedoch nicht die im Sozialgesetz (SGB V) formulierten Ansprüche an Qualität der Versorgung und Gesunderhaltung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Im Hamburgischen Krankenhausgesetz finden sich diesbezüglich nur allgemeine Vorgaben zu Qualitätsversorgung, Patientensicherheit und Qualitätstransparenz.

Im Entwurf des Pflegepersonalstärkungsgesetzes aus dem Bundesgesundheitsministerium wird abermals eine bedarfsorientierte Personalbemessung vermieden. Lediglich die 25% mit Personal am schlechtesten ausgestatteten Kliniken sollen die Zahl des Pflegepersonals anheben, bis sie aus dem schlechtesten Viertel heraus sind. Selbst ob diese Vorgabe wirklich Gesetz wird, ist noch offen. Für alle Einrichtungen oberhalb dieses Benchmarks entsteht ein Anreiz, den Personalbestand auf das vorgeschriebene Minimum abzusenken, weil der Wettbewerb über die Personalkosten weiter geht.

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 Hamburg kann also Qualitätsanforderungen durch Strukturvorgaben formulieren.

Gleichzeitig stellt die Bundesregierung den Landesregierungen 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 Hamburger Krankenhausgesetz dringend nötig und möglich.

Der Referentenentwurf zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 25.06.2018 sieht darüber hinaus eine Vollfinanzierung zusätzlicher Stellen im Pflegebereich vor, so dass im Hinblick auf die Kosten der Pflegestellen keine Finanzierungsprobleme für den Hamburger Haushalt entstehen werden, wenn das PpSG verabschiedet wird. Dies gilt nicht für die anderen Berufsgruppen und die Notwendigkeit, ausreichend Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen, um zu verhindern, dass Krankenhäuser gezwungen sind, Einnahmen aus dem Topf der Krankenkassen, welche eigentlich für laufende Behandlungskosten (darunter vor allem Personalausgaben) vorgesehen sind, für Investitionen zu missbrauchen. Hier könnte durch eine Anhebung der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen seitens des Landes Hamburg sowie der Anhebung des Landesbasisfallwerts bei den Fallpauschalen eine ausreichende Finanzierung gesichert werden.

Wesentlicher Inhalt des Volksentscheides

Das vorgeschlagene Gesetz definiert Mindestpersonalzahlen für Pflegekräfte und andere Berufsgruppen im Krankenhaus und ergänzt die Hygiene-Vorschriften für Reinigungsfachkräfte, stellt Transparenz über Einhaltung von Qualitätsanforderungen und Personalvorgaben her und formuliert Konsequenzen, wenn die Ziele nicht erreicht werden.

Artikel 1

Änderungen des Hamburgischen Krankenhausgesetzes im Einzelnen

Ergänzung § 4

Krankenhaushygiene und Patientinnen- und Patientensicherheit gehören unmittelbar zusammen. Mit den vorliegenden Änderungen werden die bestehenden Hygienevorschriften ergänzt und gesetzlich verankert. Konkret werden in Absatz 3 verbindliche Vorgaben für die Personalbemessung und Qualifikation von Reinigungskräften vorgegeben.

Eine gute pflegerische Versorgung kann nur in einem hygienisch einwandfreien Umfeld gewährleistet werden. Mit der im Gesetz definierten Ausstattung mit ausreichend vorhandenem und geschultem Reinigungspersonal wird dies gewährleistet und eine sichere und gute pflegerische Versorgung in Hamburger Krankenhäusern sichergestellt. Das Robert-Koch-Institut gilt als das führende Public Health Institut Deutschland. Seine Empfehlungen stellen sicher, dass die Bevölkerung vor Krankheiten geschützt und ihr Gesundheitszustand verbessert wird (Leitbild September 2017). Deshalb definiert das Gesetz seine Empfehlungen für Krankenhausreinigung als Qualitätsanforderung.²

Neufassung § 6c

Mit den vorliegenden Änderungen werden für alle Krankenhäuser in Hamburg einheitliche und verbindliche Mindestpersonalzahlen für Pflegefachkräfte vorgeschrieben. Eine Definition von Pflegepersonal und Pflegefachkräften ist im Sinne der Qualitätssicherung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten notwendig.

Internationale Studien zeigen eine positive Korrelation zwischen zusätzlichem Pflegepersonal und besserer Versorgung von Patientinnen und Patienten nur bei Einsatz von Pflegefachkräften.³ Die RN4cast-Studie zeigte, dass mit dem Anteil des Hilfspersonals an den Pflegekräften nicht nur die Frustration (bis zum Burn-Out) und die Unzufriedenheit der Patientinnen steigt, sondern auch eine Korrelation zu erhöhter Sterblichkeit besteht.⁴

Als Grundlage des Bedarfs an Pflegefachkräften dient die in der Wissenschaft und unter Fachleuten bewährte Pflege-Personalregelung.⁵ Sie wird ergänzt durch eine Pflegestufe A4, die sich aus der heutigen Anwendung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)⁶ ergibt und Fälle mit erhöhtem Pflegebedarf

2 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Flaeche_Bill.pdf?sessionid=Co60CCE901C1435C4D2C6D15CDB14F14_1_cld3722__blob=publicationFile
3 Griffiths, et al., 2016, Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study
4 www.m4cast.eu
5 Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenhausversorgung, kurz Pflege-Personalregelung (PPR), BGBl. I 1992-S. 2316-2325
6 Die PKMS ist im Operationen- und Prozeduren-Schlüssel 9.20 „Hochaufwändige Pflege von Patientinnen“

regelt. Wenn eine Patientin oder ein Patient der Pflegestufe 3 mindestens 6 Aufwandspunkte im PKMS erfüllt, werden die Minutenwerte entsprechend angepasst, um den Mehrbedarf zu regeln. So ist die PatientInnen- und Patientensicherheit auch bei besonders aufwendigem Pflegebedarf gewährleistet.

Zu Qualitätsanforderungen gehören außerdem Personalquoten für Nachtschichten, Intensivpflege und Funktionsbereiche, die mit der PPR nicht geregelt sind. Als Intensiv- und Überwachungsbereiche werden alle Intensiv- und überwachungspflichtigen PatientInnen verstanden.

Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ist die Einhaltung der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sicherzustellen und nachzuweisen.⁷ Für alle anderen Bereiche wird auf Zertifizierung und Qualitätsvorgaben der jeweiligen Fachgesellschaften verwiesen.⁸ Dabei sind hier nur die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Kräfte ausgewiesen. Zur Ermittlung des absoluten Personalbedarfs in diesen Bereichen ist zusätzlich zum prozedurenbezogenen Personalbedarf auch der für die darüber hinaus gehenden organisatorischen Aufgaben inklusive der Dokumentation zu ermitteln.

Mit Absatz 1 wird festgelegt, dass lediglich Pflegefachkräfte in die Bedarfsplanung der Personal-Patienten-Relationen einberechnet werden dürfen.

Absatz 3 entspricht den Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.

Absatz 7: Damit sich zukünftig auch alle Hamburgerinnen und Hamburger ein eigenes Bild der Qualität der Patientenversorgung in Ihrem Krankenhaus machen können, werden die Krankenhäuser zur regelmäßigen Veröffentlichung der Personalquote verpflichtet.

Absatz 10 gewährleistet die Weiterentwicklung der Personalvorgaben dieses Gesetzes. VertreterInnen aus Berufsverbänden, Gewerkschaften und Patientenorganisationen werden ermächtigt und mit den nötigen Ressourcen ausgestattet, insbesondere der Möglichkeit, eigene wissenschaftliche Gutachten in Auftrag zu geben. Sinnhaft sollte die Expertenkommission ebenfalls damit beauftragt werden, ergänzende Personalbemessungen für bisher nicht berücksichtigte Bereiche zu erarbeiten.

Neufassung § 6d

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 Hamburger Krankenhäusern ist eine Erfassung der PPR bereits gewährleistet.

Absatz 2 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 3 schreibt ein gestuftes Sanktionsverfahren bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen vor. Die Sanktionen greifen bei Nichteinhaltung nach zwei Berichtsperioden. Somit werden unvorhersehbare Schwierigkeiten berücksichtigt, jedoch ein Eingriff nach einer längeren Gefährdung der PatientInnen- und Patientensicherheit vorgeschrieben. Die Sanktionen schreiben Reduzierungen der Behandlungskapazitäten vor oder sogar die Herausnahme aus dem Krankenhausplan, wenn es für die PatientInnen- und Patientensicherheit notwendig ist. Die Maßnahmen werden nach den Übergangsbestimmungen erst zwei Jahre nach Inkrafttreten wirksam, um den notwendigen Aufbau von Personalkapazitäten möglich zu machen und ausreichend Kapazitäten für das Land Hamburg vorzuhalten.

Neufassung § 6e

Diese Regelung dient der Überwachung der Personalvorgaben und eventuell notwendiger

veröffentlicht. Vgl. www.dlmdl.de.

7 <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41>

8 Der Bundesverband Geriatrie e.V. veröffentlicht seit 1998 Personalkennzahlen als Empfehlung für die personelle Ausstattung einer geriatrischen Einrichtung, Vgl. www.bv-geriatrie.de. Für den Bereich der Geburtshilfe gelten die Personalkennzahlen der NICE Guidelines (1.2 Setting the midwifery staffing establishment: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/Quality-statement-2.0>) sowie der WHO (WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience) als Richtlinie, die ab 2019 auch im Rahmen der AWMF-S3-Leitlinie für physiologische Geburt verbindlich Geltung erlangen werden. Den Personalkennzahlen für die Notaufnahme liegen die Nurse-to-Patient Ratios des Bundesstaates Victoria (Australien) zugrunde, die in der Fachliteratur als Richtungsweisend gelten (Simon und Mehmecke 2017: 19, 51).

Kapazitätsanpassungen seitens der zuständigen Behörde durch die Öffentlichkeit. Überwachungsorgane sind neben den Krankenhausträgern Vertreterinnen und Vertreter der Patientinnen und Patienten und der Beschäftigten.

Ergänzung § 32

Die Krankenhäuser sollen über ihre Planungen zur Umsetzung dieses Gesetzes und deren Fortschritt dem Senat berichten, der seinerseits die Bürgerschaft in Kenntnis setzt. Damit soll gewährleistet werden, dass die Vertretung der Bürgerinnen und Bürger die Einhaltung der Personalvorgaben kontrollieren kann.

Artikel 2

Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

Die Absätze 1 und 2 regeln das Inkrafttreten der Gesetzesänderungen.

Anhang zum Petition der Volksinitiative für ein
Hamburger Gesetz für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus

Pflege-Personalregelung (Auszug)

Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266, 2316), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. April 1996 (BGBl. I S. 620), aufgehoben durch Artikel 13 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) zum 1. Januar 1997

(...)

§ 3 Grundsätze

(1) Die Zahl der Personalstellen für den Regeldienst wird auf der Grundlage folgender Minutenwerte ermittelt:

1. Pflegegrundwerte nach § 6 Abs. 1 (...)
2. Werte nach § 6 Abs. 2 (...) für die Patientengruppen,
3. Fallwerte nach § 6 Abs. 3 (...),
4. Wert nach § 6 Abs. 4 für gesunde Neugeborene sowie
5. Werte nach § 6 Abs. 5 für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages.

(2) Der Regeldienst im Sinne des Absatzes 1 umfasst alle pflegerischen Tätigkeiten für den stationären Bereich mit Ausnahme von Nachtdienst und von Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldienstes.

(3) Die Minutenwerte nach Absatz 1 Nr. 1 bis 5 gelten für einen Regeldienst von täglich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes. (...)

Krankenpflege für Erwachsene

§ 4 Pflegestufen¹⁾ und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für die Krankenpflege für Erwachsene werden die Patienten auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß Anlage 1 den Pflegestufen A 1 bis A 3 und gemäß Anlage 2 den Pflegestufen S 1 bis S 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zwischen 12 und 20 Uhr zugeordnet:

Allgemeine Pflege:	Spezielle Pflege:
A 1 Grundleistungen	S 1 Grundleistungen
A 2 Erweiterte Leistungen	S 2 Erweiterte Leistungen
A 3 Besondere Leistungen	S 3 Besondere Leistungen

Die Zuordnung wird in der Pflegedokumentation ausgewiesen.

(2) Jeder Patient ist auf Grund seiner Zuordnung nach Absatz 1 in einer der nachfolgend aufgeführten Patientengruppen auszuweisen:

Allgemeine Pflege	A 1	A 2	A 3
Spezielle Pflege	Grundleistungen	Erweiterte Leistungen	Besondere Leistungen
S 1 Grundleistungen	A 1/S 1	A 2/S 1	A 3/S 1
S 2 Erweiterte Leistungen	A 1/S 2	A 2/S 2	A 3/S 2
S 3 Besondere Leistungen	A 1/S 3	A 2/S 3	A 3/S 3

(...)

§ 6 Minutenwerte

(1) Als Pflegegrundwert werden je Patient und Tag 30 Minuten zu Grunde gelegt.

(2) Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 4 Abs. 2 sind je Patient und Tag folgende Minutenwerte zu Grunde zu legen:

Erwachsene:

	S1	S2	S3
A1	52	62	88
A2	98	108	134
A3	179	189	215

Säuglinge:

	S1	S2	S3
A1	188	272	389
A2	252	336	453
A3	384	468	585

Kleinkinder:

	S1	S2	S3
A1	147	230	349
A2	186	269	288
A3	274	357	476

Jugendliche:

	S1	S2	S3
A1	77	160	279
A2	154	237	256
A3	253	336	455

(3) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 70 Minuten zu Grunde gelegt.

(4) Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene wird ein Wert von 110 Minuten je Tag zu Grunde gelegt.

(5) Für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages gelten die halben Minutenwerte nach den Absätzen 1 und 2 und der volle Minutenwert nach Absatz 3.

§ 7 Ermittlung der Personalstellen

Die Personalstellen für ein Krankenhaus werden ermittelt, indem

1. der Pflegegrundwert nach § 6 Abs. 1 mit der Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vervielfacht wird,
2. die Minutenwerte der Patientengruppen nach § 6 Abs. 2 mit der entsprechenden Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 vervielfacht werden.
3. der Minutenwert nach § 6 Abs. 3 mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen je Tag nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 vervielfacht wird,
4. der Minutenwert nach § 6 Abs. 4 mit der Zahl der gesunden Neugeborenen nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 vervielfacht wird und
5. die halben Minutenwerte nach § 6 Abs. 1 und 2 mit der entsprechenden Zahl der tagesklinisch zu behandelnden Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 vervielfacht werden.

Die sich aus den Minutenwerten der Nummern 1 bis 5 ergebende Gesamtstundenzahl ist in Personalstellen umzurechnen. Die Höhe der Ausfallzeiten wird von den Vertragspartnern unter Zugrundelegung einer angemessenen Arbeitsorganisation vereinbart.

§ 9 Pflegestufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Kinderkrankenschwestern und -pflegern werden die Patienten auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß (...) den Pflegestufen KA 1 bis KA 3, jeweils unterteilt in Frühgeborene, kranke Neugeborene und Säuglinge (F), Kleinkinder (K) sowie Schulkinder und Jugendliche (J) und gemäß Anlage 4 den Pflegestufen KS 1 bis KS 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zwischen 12 und 20 Uhr zugeordnet (siehe Fußnote 1),

(2) (...)

Anmerkungen

I
§ 10 der Pflege-Personalregelung beschreibt die Einstufung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Die Minutenwerte für alle Patientengruppen werden hier – der Einfachheit halber – unter § 6 aufgeführt und § 10 nicht zitiert.

II

A1 umfasst alle Leistungen für Patienten ohne besonderen Pflegebedarf.

A2 bezeichnet Patienten, die Hilfestellungen in mindestens zwei Bereichen benötigen, z.B. Hilfe bei Aufstehen, Durchführung von Prophylaxen, Teilwäsche, Begleitung zum WC, Mahlzeiten mundgerecht aufbereiten.

A3 bezeichnet Patienten, bei denen die Pflege in mindestens zwei Bereichen die Durchführung vollständig übernimmt, z.B. Lagerung, Ganzkörperwäsche, Versorgung bei Inkontinenz, Mahlzeiten anreichen, Überwachung bei Desorientierung. Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „A2“ muss mindestens in zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal zutreffen.

Trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus „A2“ zu und ist ein zweites aus „A3“ gegeben, ist der Patient der Pflegestufe „A2“ zuzuordnen.

Bei Vorliegen von mindestens zwei Einordnungsmerkmalen aus „A3“ ist der Patient dieser Pflegestufe zugeordnet.

S1 umfasst Leistungen der Behandlungspflege, die nicht unter S2 oder S3 fallen, z.B. einmal täglich Blutdruck messen.

S2 bezeichnet Patienten, die mindestens eine Leistung der Behandlungspflege mit erhöhtem Aufwand erhalten, z.B. Dauerinfusionen, einfache Verbandswechsel, Kontrolle der Medikamenteneinnahme.

S3 bezeichnet Patienten, die mindestens eine Leistung der Behandlungspflege mit hohem Aufwand erhalten, z.B. Transfusionen, aufwändige Verbandswechsel, Überwachung bei Nebenwirkungen von Medikamenten.

Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „S2“ muss mindestens in ein Einordnungsmerkmal zutreffen. Eine Zuordnung nach „S3“ erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus „S3“ zutrifft.

Kopie

ANLAGE III

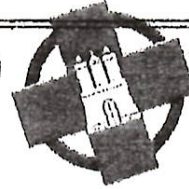
Anlage ASt 16

Senat der Freien und Hansestadt Hamburg
Senatskanzlei
Geschäftsstelle des Senats

Datum: 07. Dez. 2018

An

HAMBURGER VOLKSENTSCHEID GEGEN PFLEGE- NOTSTAND IM KRANKENHAUS



Volksbegehren gegen den Pflegenotstand
für ein

Hamburger Gesetz für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus

Petition

Begründung

Anhang: Pflege-Personal-Regelung (PPR)

07.12.2018 | v6

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Petition zum Volksbegehren gegen Pflegepersonalnotstand für ein

Hamburger Gesetz für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus

Artikel 1

Änderung des Hamburgischen Krankenhausgesetzes

Das Hamburgische Krankenhausgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. April 1991 (HmbGVBl. 1991, S. 127), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 21. Februar 2017 (HmbGVBl. S. 46), wird wie folgt geändert:

1.

Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

- a) Nach § 6b werden die folgenden Angaben eingefügt:
 - § 6c Mindestpersonalbemessung
 - § 6d Personalplanung und Kapazitätsanpassung
 - § 6e Überwachung der Personalausstattung
- b) Die bisherigen §§ 6c und 6d werden zu den §§ 6f und 6g

2.

In § 4 wird nach Absatz 2 folgender Absatz 3 eingefügt:

(3) Krankenhäuser müssen das erforderliche Personal, insbesondere Reinigungspersonal, vorhalten, um die Anforderungen hygienischer Standards, entsprechend den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts, erfüllen zu können. Das Reinigungspersonal muss mindestens eine Schulung zu krankenhausspezifischen Anforderungen an Reinigungsarbeiten nachweisen können. Alle Reinigungskräfte, die Kontakt mit Patientinnen oder Patienten haben, müssen zum Umgang mit Patientinnen und Patienten geschult sein.

In Infektions- und Risikobereichen dürfen zur Vermeidung von Infektionsübertragungen nur dauerhaft beschäftigte und entsprechend geschulte Reinigungskräfte eingesetzt werden. Infektions- und Risikobereiche in diesem Sinne sind insbesondere Intensivstationen und Operationssäle sowie andere Bereiche, in denen Patientinnen und Patienten auf Grund der jeweiligen Umstände ein erhöhtes Infektionsrisiko haben.

Reinigungskräften sollen feste Bereiche oder Abteilungen, für die sie dauerhaft zuständig sind, zugewiesen werden. Der Einsatz von Springerinnen oder Springern soll nur ausnahmsweise erfolgen. Die Größe von Bereichen oder Abteilungen von Reinigungskräften muss es den für die jeweiligen Bereiche und Abteilungen zuständigen Reinigungskräften ermöglichen, in der vorgegebenen Zeit die vorgeschriebenen Reinigungsmaßnahmen ordnungsgemäß zu erfüllen; dafür sind für eine 30-Betten-Station mit Nebenräumen mindestens 1,5 Vollzeitäquivalente anzusetzen; auf andere Stationsgrößen wird entsprechend umgerechnet. Bei der Festlegung der Größe der Bereiche oder Abteilungen von Reinigungskräften sind Besonderheiten der Stationen zu berücksichtigen, insbesondere verstärkte Verschmutzungen durch spezifische Krankheitsbilder, verstärkte Störungen z.B. durch Arbeitsabläufe oder Patientenverhalten, bauliche Besonderheiten. Zusätzlich zur täglichen Reinigung auszuführende regelmäßige und unregelmäßige Arbeiten sind in der Reinigungspersonalplanung und der Zuweisung von Größen der zugewiesenen Bereiche oder Abteilungen von Reinigungskräften zu berücksichtigen. Für Ausfallzeiten durch Urlaub, Bildungsurlaub, Fortbildung und Krankheit gilt dies entsprechend.

In Risikobereichen im Sinne der Empfehlung „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut ist während des Betriebs zu gewährleisten, dass zumindest eine Reinigungskraft für den Bereich entsprechend zur Verfügung steht.

Bloße „Sichtreinigung“ ist in patientennahen Bereichen und in Aufenthaltsräumen des Personals verboten. „Sichtreinigung“ ist in diesem Zusammenhang ein Verfahren, bei dem nur in den Fällen gereinigt wird, wenn Verschmutzungen mit dem bloßen Auge sichtbar sind. Desinfektionen dürfen nur von staatlich geprüften Desinfektorinnen oder Desinfektoren nach abgelegter Fachweiterbildung durchgeführt werden. Um eine ausreichende Zahl von Desinfektorinnen und Desinfektoren zu sichern, ist dem Reinigungspersonal die Möglichkeit zu gewähren, entsprechende Fortbildungen zu besuchen.

3.

In § 6b Abs. 2 wird nach den Worten „Die zuständige Behörde kann im Einvernehmen mit den unmittelbar Beteiligten ergänzende Qualitätsanforderungen nach § 6 Absatz 1a Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 887), zuletzt geändert am 10. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2229, 2253),“ eingefügt: „,welche nicht ausschließlich die Personalbemessung betreffen,“.

In § 6b Abs. 3 wird in Nr. 1 nach den Worten „ergänzende Qualitätsanforderungen nach § 6 Absatz 1a Satz 2 KHG“ eingefügt: „,welche nicht ausschließlich die Personalbemessung betreffen,“.

4.

Nach § 6b wird ein neuer § 6c eingefügt:

§ 6c Mindestpersonalbemessung

(1) Als „Pflegekkräfte“ und „Pflegepersonal“ im Sinne dieses Gesetzes sind nur solche Kräfte zu verstehen, die unmittelbar im Patientenkontakt Patienten pflegerisch versorgen. Als „Pflegefachkräfte“ im Sinne dieses Gesetzes ist nur Pflegepersonal mit einem nach dem Pflegeberufegesetz in der jeweils geltenden Fassung anerkannten Berufsabschluss zu verstehen, der eine mindestens dreijährige Ausbildung voraussetzt.

(2) Für die stationäre pflegerische Versorgung auf Krankenhausstationen erfolgt die Bedarfsermittlung für Pflegefachkräfte für die Tagschichten auf Grundlage der in Anhang 1 enthaltenen Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege in der Fassung vom 21.12.1992 (BGBl. 1992, I, S. 2266, 2316 ff. - PPR), soweit es dieses Gesetz für nicht anders bestimmt.

Bei der Anwendung der Pflege-Personalregelung findet die Pflegestufe A4 zusätzlich unter folgenden Voraussetzungen Anwendung: Tägliche Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Pflegestufe A3 gemäß PPR und mindestens 6 dokumentierten Aufwandspunkten im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) in der jeweils geltenden Fassung. Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzen die für die Pflegestufe A4 angegebenen Minutenwerte diejenigen der Pflegestufe A3. Folgende Tabelle stellt die Minutenwerte für die Pflegestufe A4 dar:

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

Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten Personal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. Die Nachtschichten sind so zu planen, dass eine Pflegefachkraft in der somatischen Erwachsenenpflege für nicht mehr als 15, in der somatischen Kinderpflege 10 Patientinnen und Patienten zuständig und eine Pausenablösung garantiert ist.

(3) Für die stationäre Versorgung im Bereich der Intensivpflege wird das notwendige Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegepersonal in drei Betreuungsstufen voneinander abgegrenzt:

- Hoch-intensiver Versorgungsbedarf, d.h. Bei speziellen Situationen (z.B. schwere Verbrennungen, extrakorporale Lungenersatzverfahren), einem hohen Anteil (>60%) an Patienten mit Organersatzverfahren (z.B. Beatmung, Nierenersatzverfahren) oder zusätzlichen Aufgaben (z.B. Stellung des Reanimationsteams für das Krankenhaus, Begleitung der Transporte der Intensivpatienten) soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden.
- Intensiver Versorgungsbedarf: Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich. Überwachung: Eine Pflegefachkraft betreut maximal drei Patientinnen oder Patienten in jeder 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% der Pflegekkräfte Anästhesie- und

Intensivfachpflegekräfte mit staatlich anerkannter Fachweiterbildung sein.

(4) Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sind die Bestimmungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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. Dabei sind sowohl der prozedurenbezogene Personalbedarf als auch der Personalbedarf für die darüber hinausgehenden organisatorischen Aufgaben wie z.B. der Dokumentation zu ermitteln. Für Früh- und Reifgeborene, die nicht der QFR-RL unterliegen, gelten die Absätze 1 bis 3.

(5) Außerhalb der stationären Versorgung gelten folgende prozedurenbezogene Personalvorgaben:

- Die Besetzung der Notaufnahme erfolgt nach einer Bedarfsanalyse, der das durchschnittliche Patientenaufkommen je Früh-, Spät- und Nachtschicht zugrunde gelegt und gewährleistet wird, dass eine Pflegefachkraft für maximal drei Patientinnen oder Patienten vorgehalten wird, mindestens jedoch zwei Pflegefachkräfte je Anzahl der Schockräume sowie zusätzlich je eine Pflegefachkraft für Triage und Leitung und sonstiger Arbeitsplätze, wie z.B. chest pain unit, Gipsplatz.
- Die Besetzung der Radiologie erfolgt nach Bedarfsanalysen
- Operationssaal: Mindestens zwei Pflegefachkräfte pro laufender Operation.
- Anästhesie: Für die Dauer einer Anästhesie betreut eine Pflegefachkraft maximal eine Patientin oder einen Patienten. Die Dauer der Anästhesie definiert den Zeitraum von der Übernahme der Patientin oder des Patienten zur Vorbereitung und Durchführung der Anästhesie bis zur Übergabe der Patientin oder des Patienten an einen nachfolgenden betreuenden Bereich.
- Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie: Zwei Pflegefachkräfte für eine laufende Diagnostik.
- Dialyse: Eine Pflegefachkraft für maximal zwei Dialysepatientinnen oder -patienten.
- In geriatrischen Einheiten sind die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.
- Kreißsaal:
 - Eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger pro maximal einer Gebärenden.
 - Für jede Mehrlingsgeburt: Hebammen oder Entbindungspfleger mindestens in der Anzahl der zu erwartenden Neugeborenen.

(6) Der Senat wird, ermächtigt, 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 zu treffen.

(7) § 6 b bleibt unberührt.

(8) Die zuständige Behörde setzt mit Inkrafttreten der §§ 4 Abs. 3 und 6 c eine Expertenkommission ein, deren Aufgabe die Weiterentwicklung der Personalvorgaben, die sich am Bedarf orientiert, nach diesem Gesetz ist, um diese an den Stand der pflegewissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Die Expertenkommission setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern von Gewerkschaften, Berufsverbänden der im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen sowie nach § 140 f SGB V anerkannten Patientenorganisationen. Die Kommission kann wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben und hat Pflegefachkräfte und Patientinnen oder Patienten anzuhören. Die zuständige Behörde stellt die Mittel für die Arbeitsfähigkeit und die fachliche Beratung der Kommission bereit. Zwei Jahre nach Inkrafttreten der §§ 4 Abs. 3 und 6 c soll die Kommission einen ersten Bericht vorlegen. Dieser wird veröffentlicht und bei einer Novellierung dieses Gesetzes berücksichtigt. Art. 50 Abs. 4 der Verfassung der Freien und Hansestadt Hamburg sowie § 25 Abs. 1 des Volksabstimmungsgesetzes bleiben unberührt.

5.

Nach § 6c folgt ein neuer § 6d:

§ 6d Personalplanung und Kapazitätsanpassung

(1) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegepersonal entsprechend § 6c notwendige Software vorzuhalten. Des Weiteren sind sie dazu verpflichtet, ein

Bemessungssystem vorzuhalten, über das die Abgrenzung der drei Betreuungsstufen für Intensivstationen vorgenommen wird.

(2) Die Krankenhäuser erstellen jährlich auf Grundlage der Leistungsentwicklung und Ausfallzeiten des Vorjahres eine Personalplanung, welche die Vorgaben in §6c erfüllt. Ist absehbar, dass sie die Personalvorgaben nicht erfüllen werden können, teilen sie dies der zuständigen Behörde mit.

(3) Kann ein Krankenhaus die Vorgaben nicht einhalten, so legt es der zuständigen Behörde dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. Werden die Personalvorgaben nach spätestens zwei Berichtsperioden nicht eingehalten, vereinbart das Krankenhaus mit der zuständigen Behörde Maßnahmen zur Einhaltung der Personalvorgaben nach § 6 c. Hierfür sind, soweit für die Aufrechterhaltung dieses Verhältnisses erforderlich, im Sinne einer Einschränkung des Versorgungsauftrags die Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich zu reduzieren. Erfüllt ein Krankenhaus die Vereinbarung nicht, so soll die zuständige Behörde anordnen, dass die Aufnahme des Krankenhauses oder einzelner Abteilungen in den Krankenhausplan zurückgenommen oder widerrufen wird.

6.

Die bisherigen §§ 6c und 6d werden zu den §§ 6e und 6f.

7.

Es wird ein neuer § 32 angefügt:

§ 32 Umsetzung der Personalvorgaben

Die Krankenhäuser legen der zuständigen Behörde innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten der §§ 4 Abs. 3 und 6c einen Plan zu deren Umsetzung vor. Über den Fortschritt der Umsetzung berichtet der Senat der Bürgerschaft.

8.

Es wird ein neuer § 33 angefügt:

§ 33 Berichtspflichten, Verordnungsermächtigung

(1) Die zugelassenen Krankenhäuser melden der zuständigen Behörde halbjährlich die Einhaltung der Sollwerte nach § 6 c und § 4 Absatz 3 berechneten Personalzahlen sowie die Ist-Werte für jede Station und jeden Bereich für den vorangegangenen Berichtszeitraum. Die Zahlen sind öffentlich zu machen. Das Nähere, insbesondere Regelungen zum Meldeverfahren, regelt der Senat durch Rechtsverordnung. Diese Rechtsverordnung hat sicherzustellen, dass die Einhaltung der Personalzahlen schichtkonkret dokumentiert wird und durch Dritte überprüft werden kann. Sie kann insbesondere die Mitteilung weiterer Daten bestimmen, sofern diese der Förderung und Beurteilung der Qualität dienen. Liegen die Ist-Werte unterhalb der Soll-Werte, ist dies der zuständigen Behörde auch innerhalb eines Berichtszeitraums zu melden und ein Verfahren nach § 6 d Absatz 3 einzuleiten.

(2) Ist im Zusammenhang mit der Personalplanung nach § 6 d Absatz 2 absehbar, dass Krankenhäuser die Personalvorgaben nicht erfüllen können, teilen sie dies der zuständigen Behörde mit.

(3) Kann ein Krankenhaus die Vorgaben nach § 4 Absatz 3 oder § 6 c Absätze 1 bis 5 nicht einhalten, so legt es der zuständigen Behörde dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen.

(4) Die Beteiligten nach § 17 Absatz 1 bilden den Ausschuss zur Kontrolle der Personalvorgaben. Er tagt mindestens zweimal im Jahr. Die zuständige Behörde hat ihm über die Einhaltung der Personalvorgaben und der Kapazitätsanpassung nach § 6 d zu berichten. Der Ausschuss nimmt zu den nach § 6 d Absatz 3 vereinbarten oder von der zuständigen Behörde getroffenen Maßnahmen Stellung.

(5) Die zuständige Behörde legt der Bürgerschaft jährlich zum 30. Juni einen Bericht für das Vorjahr über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und der Personalvorgaben nach § 4 Absatz 3 und § 6 c Absätze 1 bis 5 sowie über ergriffene Maßnahmen vor.

(6) Die zuständige Behörde berichtet jährlich zum 1. Oktober der Bürgerschaft zum Investitionsbedarf der Krankenhäuser.

(7) Über den Fortschritt des Plans zur Umsetzung der Personalvorgaben nach § 32 berichtet der

Senat der Bürgerschaft.

Artikel 2

Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

- (1) Dieses Gesetz tritt mit dem Beginn des auf die Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Hamburg folgenden Kalenderjahres in Kraft.
- (2) Die Regelungen unter §6c und §4 Abs.3 werden spätestens 12 Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Krankenhausplan übernommen. Die Maßnahmen nach § 6d werden erstmals 24 Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wirksam.

Begründung zum Volksbegehren gegen Pflegenotstand für ein Hamburger Gesetz für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus

Allgemeiner Teil

Die Bevölkerung ist auf gute Versorgung im Krankenhaus angewiesen. Für die Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten sind drei Elemente besonders wichtig: Die Anzahl der Mitarbeiter, deren qualifizierte Aus- und Weiterbildung sowie nicht zuletzt das hygienische Umfeld in einem Krankenhaus. Die Forderung nach besserer Versorgungsqualität durch mehr Personal im Krankenhaus betrifft also alle, die sich in Hamburger Krankenhäusern behandeln lassen.

Während in den vergangenen Jahren die Fallzahlen stetig stiegen, wurde in den Hamburger Krankenhäusern, ebenso wie im Rest der Republik, Personal abgebaut. Was das Verhältnis der Anzahl von Pflegefachkräften zu Patientinnen und Patienten angeht, belegt Deutschland im internationalen Vergleich der Industrieländer regelmäßig die letzten Plätze – eine Entwicklung mit fatalen Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung.

Personalmangel schadet den Patientinnen und Patienten und verletzt sie in ihrer Würde. Es ist alarmierend, wie häufig z.B. Patientenberatungsstellen in Gesprächen mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen von Vorkommen erfahren, bei denen z.B. hilflose Personen stundenlang in ihren Ausscheidungen liegen mussten, weil Personal fehlte.

Personalmangel gefährdet die Gesundheit. Studien belegen, dass Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern mit besserer Personalbesetzung signifikant bessere Ergebnisse hatten als bei schlechter Besetzung. Die Gefahr „unerwünschter Ereignisse“ – z.B. Infektionen, Wundliegen oder Stürze – ist umso höher, je weniger Pflegepersonal vorhanden ist. Die Sterblichkeit ist in Krankenhäusern mit der ungünstigsten Patientinnen-Pflege-Relation (eine Pflegekraft versorgt 10,3 bis 12,0 Patientinnen) um ein Viertel höher als in Krankenhäusern, in denen eine Pflegekraft 6,9 bis 8,3 Patientinnen versorgt. (Vgl. Raferty et al. 2006)

Der Personalmangel hinterlässt auch bei den Pflegenden Spuren. In ihrer Berufsgruppe sind der Krankenstand und die Rate spezifischer Erkrankungen überdurchschnittlich. Dies hat zur Folge, dass immer mehr Pflegendе aus ihrem Beruf ausscheiden und Berufseinsteiger abgeschreckt werden. Erfahrungen aus Ländern, in denen erfolgreich verbindliche Personal-Patienten-Relationen eingeführt wurden, zeigen, dass sich der Personalnotstand unter entsprechend verbesserten Arbeitsbedingungen entspannt hat.

Bisher gibt es keine gesetzlichen Personalvorgaben, um die Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus zu verbessern, weder auf Landes- noch auf Bundesebene.

Personaluntergrenzen sollen Gefährdungen ausschließen, erfüllen jedoch nicht die im Sozialgesetz (SGB V) formulierten Ansprüche an Qualität der Versorgung und Gesunderhaltung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus. Im Hamburgischen Krankenhausgesetz finden sich diesbezüglich nur allgemeine Vorgaben zu Qualitätsversorgung, Patientensicherheit und Qualitätstransparenz.

Im Entwurf des Pflegepersonalstärkungsgesetzes aus dem Bundesgesundheitsministerium wird abermals eine bedarfsorientierte Personalbemessung vermieden. Lediglich die 25% mit Personal am schlechtesten ausgestatteten Kliniken sollen die Zahl des Pflegepersonals anheben, bis sie aus dem schlechtesten Viertel heraus sind. Selbst ob diese Vorgabe wirklich Gesetz wird, ist noch offen. Für alle Einrichtungen oberhalb dieses Benchmarks entsteht ein Anreiz, den Personalbestand auf das vorgeschriebene Minimum abzusinken, weil der Wettbewerb über die Personalkosten weitergeht.

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 Hamburg kann also Qualitätsanforderungen durch Strukturvorgaben formulieren.

Gleichzeitig stellt die Bundesregierung den Landesregierungen 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 Hamburger Krankenhausgesetz dringend nötig und möglich.

Der Referentenentwurf zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 25.06.2018 sieht darüber hinaus

eine Vollfinanzierung zusätzlicher Stellen im Pflegebereich vor, so dass im Hinblick auf die Kosten der Pflegestellen keine Finanzierungsprobleme für den Hamburger Haushalt entstehen werden, wenn das PpSG verabschiedet wird. Dies gilt nicht für die anderen Berufsgruppen und die Notwendigkeit, ausreichend Investitionsmittel zur Verfügung zu stellen, um zu verhindern, dass Krankenhäuser gezwungen sind, Einnahmen aus dem Topf der Krankenkassen, welche eigentlich für laufende Behandlungskosten (darunter vor allem Personalausgaben) vorgesehen sind, für Investitionen zu missbrauchen. Hier könnte durch eine Anhebung der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen seitens des Landes Hamburg sowie der Anhebung des Landesbasisfallwerts bei den Fallpauschalen eine ausreichende Finanzierung gesichert werden.

Wesentlicher Inhalt des Volksentscheides

Das vorgeschlagene Gesetz definiert Mindestpersonalzahlen für Pflegekräfte und andere Berufsgruppen im Krankenhaus und ergänzt die Hygiene-Vorschriften für Reinigungsfachkräfte, stellt Transparenz über Einhaltung von Qualitätsanforderungen und Personalvorgaben her und formuliert Konsequenzen, wenn die Ziele nicht erreicht werden.

Artikel 1

Änderungen des Hamburgischen Krankenhausgesetzes im Einzelnen

Ergänzung § 4

Krankenhaushygiene und Patientinnen- und Patientensicherheit gehören unmittelbar zusammen. Mit den vorliegenden Änderungen werden die bestehenden Hygienevorschriften ergänzt und gesetzlich verankert. Konkret werden in Absatz 3 verbindliche Vorgaben für die Personalbemessung und Qualifikation von Reinigungskräften vorgegeben.

Eine gute pflegerische Versorgung kann nur in einem hygienisch einwandfreien Umfeld gewährleistet werden. Mit der im Gesetz definierten Ausstattung mit ausreichend vorhandenem und geschultem Reinigungspersonal wird dies gewährleistet und eine sichere und gute pflegerische Versorgung in Hamburger Krankenhäusern sichergestellt. Das Robert-Koch-Institut gilt als das führende Public Health Institut Deutschland. Seine Empfehlungen stellen sicher, dass die Bevölkerung vor Krankheiten geschützt und ihr Gesundheitszustand verbessert wird (Leitbild September 2017). Deshalb definiert das Gesetz seine Empfehlungen für Krankenhausreinigung als Qualitätsanforderung (vgl. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI zu Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen, veröffentlicht im Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2004, 47:51-61).

Neufassung § 6c

Mit den vorliegenden Änderungen werden für alle Krankenhäuser in Hamburg einheitliche und verbindliche Mindestpersonalzahlen für Pflegefachkräfte vorgeschrieben. Eine Definition von Pflegepersonal und Pflegefachkräften ist im Sinne der Qualitätssicherung in der Versorgung von Patientinnen und Patienten notwendig.

Internationale Studien zeigen eine positive Korrelation zwischen zusätzlichem Pflegepersonal und besserer Versorgung von Patientinnen und Patienten nur bei Einsatz von Pflegefachkräften (vgl. Griffiths et al., 2016, Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in english hospital trusts: a cross-sectional study). Die RN4cast-Studie zeigte, dass mit dem Anteil des Hilfspersonals an den Pflegekräften nicht nur die Frustration (bis zum Burn-Out) und die Unzufriedenheit der Patientinnen steigt, sondern auch eine Korrelation zu erhöhter Sterblichkeit besteht. (vgl. Busse et al, 2011, Nurse Forecasting (RN4CAST): Prognosemodelle zur quantitativen und qualitativen Bedarfsplanung von Krankenpflegekräften)

Als Grundlage des Bedarfs an Pflegefachkräften dient die in der Wissenschaft und unter Fachleuten bewährte Pflege-Personalregelung (vgl. Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenhausversorgung, kurz Pflege-Personalregelung (PPR), in der Fassung vom 12.12.1992 (BGBl. 1992, I S. 2266, 2316ff - PPR). Sie wird ergänzt durch eine Pflegestufe A4, die sich aus der heutigen Anwendung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS - Die PKMS ist im Operationen- und Prozeduren-Schlüssel 9.20 „Hochaufwändige Pflege von Patientinnen“ veröffentlicht) ergibt und Fälle mit erhöhtem Pflegebedarf regelt. Wenn eine Patientin oder ein Patient der Pflegestufe 3 mindestens 6 Aufwandspunkte im PKMS erfüllt, werden die Minutenwerte entsprechend angepasst, um den Mehrbedarf zu regeln. So ist die Patientinnen-

und Patientensicherheit auch bei besonders aufwendigem Pflegebedarf gewährleistet.

Zu Qualitätsanforderungen gehören außerdem Personalquoten für Nachtschichten, Intensivpflege und Funktionsbereiche, die mit der PPR nicht geregelt sind. Als Intensiv- und Überwachungsbereiche werden alle intensiv- und überwachungspflichtigen Patientinnen verstanden.

Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ist die Einhaltung der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sicherzustellen und nachzuweisen. (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene in der Fassung vom 20.09.2005, letzte Änderung 17.05.2018, in Kraft getreten am 25.08.2018; <https://www.g-ba.de/Informationen/Richtlinien/41/>) Für alle anderen Bereiche wird auf Zertifizierung und Qualitätsvorgaben der jeweiligen Fachgesellschaften verwiesen. Der Bundesverband Geriatrie e.V. veröffentlicht seit 1998 Personalkennzahlen als Empfehlung für die personelle Ausstattung einer geriatrischen Einrichtung (vgl. jeweils aktuelle Veröffentlichung von Personalkennzahlen auf der Homepage des Bundesverband Geriatrie; <http://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/personalschlüssel>). Für den Bereich der Geburtshilfe gelten die Personalkennzahlen der NICE Guidelines (vgl. Safe midwifery staffing für maternity settings (2015) NICE guideline NG4, recommendation 1.2.3; <https://www.nice.org.uk/guidance/ng4/chapter/1-Recommendations#assessing-differences-in-the-number-and-skill-mix-of-midwives-needed-and-the-number-of-midwives>) sowie der WHO (vgl. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience) als Richtlinie, die ab 2019 auch im Rahmen der AWMF-S3-Leitlinie für physiologische Geburt verbindlich Geltung erlangen werden. Den Personalkennzahlen für die Notaufnahme liegen die Nurse-to-Patient Ratios des Bundesstaates Victoria (Australien) zugrunde, die in der Fachliteratur als Richtungsweisend gelten (vgl. Simon und Mehmecke, 2017: 19, 51). Dabei sind hier nur die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätigen Kräfte ausgewiesen. Zur Ermittlung des absoluten Personalbedarfs in diesen Bereichen ist zusätzlich zum prozedurenbezogenen Personalbedarf auch der für die darüber hinaus gehenden organisatorischen Aufgaben inklusive der Dokumentation zu ermitteln.

Mit Absatz 1 wird festgelegt, dass lediglich Pflegefachkräfte in die Bedarfsplanung der Personal-Patienten-Relationen einberechnet werden dürfen.

Absatz 3 entspricht den Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.

Absatz 10 gewährleistet die Weiterentwicklung der Personalvorgaben dieses Gesetzes. VertreterInnen aus Berufsverbänden, Gewerkschaften und Patientenorganisationen werden ermächtigt und mit den nötigen Ressourcen ausgestattet, insbesondere der Möglichkeit, eigene wissenschaftliche Gutachten in Auftrag zu geben. Sinnhaft sollte die Expertenkommission ebenfalls damit beauftragt werden, ergänzende Personalbemessungen für bisher nicht berücksichtigte Bereiche zu erarbeiten.

Neufassung § 6d

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 Hamburger Krankenhäusern ist eine Erfassung der PPR bereits gewährleistet.

Absatz 2 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 3 schreibt ein gestuftes Sanktionsverfahren bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen vor. Die Sanktionen greifen bei Nichteinhaltung nach zwei Berichtsperioden. Somit werden unvorhersehbare Schwierigkeiten berücksichtigt, jedoch ein Eingriff nach einer längeren Gefährdung der Patientinnen- und Patientensicherheit vorgeschrieben. Die Sanktionen schreiben Reduzierungen der Behandlungskapazitäten vor oder sogar die Herausnahme aus dem Krankenhausplan, wenn es für die Patientinnen- und Patientensicherheit notwendig ist. Die Maßnahmen werden nach den Übergangsbestimmungen erst zwei Jahre nach Inkrafttreten wirksam, um den notwendigen Aufbau von Personalkapazitäten möglich zu machen und ausreichend Kapazitäten für das Land Hamburg vorzuhalten.

Ergänzung § 32

Die Krankenhäuser sollen über ihre Planungen zur Umsetzung dieses Gesetzes und deren Fortschritt dem Senat berichten, der seinerseits die Bürgerschaft in Kenntnis setzt. Damit soll gewährleistet werden, dass die Vertretung der Bürgerinnen und Bürger die Einhaltung der Personalvorgaben kontrollieren kann.

Ergänzung § 33

§ 33 fasst die Berichtspflichten der Krankenhäuser, der Behörde und des Senats zusammen. Damit wird eine öffentliche Kontrolle über die Einhaltung der Personalvorgaben gewährleistet. Für die Einzelheiten der Inhalte der Berichte der Krankenhäuser über Soll- und Ist-Zahlen der Personalbemessung enthält der Absatz 1 eine Verordnungsermächtigung. Dies geschieht, weil nicht von vornherein absehbar ist, welche Probleme im Einzelnen bei der Beurteilung der Berichte der Krankenhäuser auftauchen und weil bei Bedarf eine Rechtsverordnung schneller angepasst werden kann als ein Gesetz. Da es sich hier nur um die Ausgestaltung von Einzelheiten handelt, wird die grundsätzliche Normierung durch das Gesetz nicht beeinflusst.

Artikel 2
Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

Die Absätze 1 und 2 regeln das Inkrafttreten der Gesetzesänderungen.

Anhang zum Petition der Volksinitiative für ein

Hamburger Gesetz für mehr Personal und gute Versorgung im Krankenhaus

Pflege-Personalregelung (Auszug)

Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege vom 12. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266, 2316), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 17. April 1996 (BGBl. I S. 620), aufgehoben durch Artikel 13 des Gesetzes vom 23. Juni 1997 (BGBl. I S. 1520) zum 1. Januar 1997

(...)

§ 3 Grundsätze

(1) Die Zahl der Personalstellen für den Regeldienst wird auf der Grundlage folgender Minutenwerte ermittelt:

1. Pflegegrundwerte nach § 6 Abs. 1 (...)
2. Werte nach § 6 Abs. 2 (...) für die Patientengruppen,
3. Fallwerte nach § 6 Abs. 3 (...),
4. Wert nach § 6 Abs. 4 für gesunde Neugeborene sowie
5. Werte nach § 6 Abs. 5 für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages.

(2) Der Regeldienst im Sinne des Absatzes 1 umfasst alle pflegerischen Tätigkeiten für den stationären Bereich mit Ausnahme von Nachtdienst und von Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldienstes.

(3) Die Minutenwerte nach Absatz 1 Nr. 1 bis 5 gelten für einen Regeldienst von täglich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes. (...)

Krankenpflege für Erwachsene¹

§ 4 Pflegestufen² und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für die Krankenpflege für Erwachsene werden die Patienten auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß Anlage 1 den Pflegestufen A 1 bis A 3 und gemäß Anlage 2 den Pflegestufen S 1 bis S 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zwischen 12 und 20 Uhr zugeordnet:

Allgemeine Pflege:	Spezielle Pflege:
A 1	S 1
Grundleistungen	Grundleistungen
A 2	S 2
Erweiterte Leistungen	Erweiterte Leistungen
A 3	S 3
Besondere Leistungen	Besondere Leistungen

Die Zuordnung wird in der Pflegedokumentation ausgewiesen.

(2) Jeder Patient ist auf Grund seiner Zuordnung nach Absatz 1 in einer der nachfolgend aufgeführten Patientengruppen auszuweisen:

Allgemeine Pflege	A 1	A 2	A 3
Spezielle Pflege	Grundleistungen	Erweiterte Leistungen	Besondere Leistungen
S 1 Grundleistungen	A 1/S 1	A 2/S 1	A 3/S 1
S 2 Erweiterte Leistungen	A 1/S 2	A 2/S 2	A 3/S 2
S 3 Besondere Leistungen	A 1/S 3	A 2/S 3	A 3/S 3

(...)

§ 6 Minutenwerte

(1) Als Pflegegrundwert werden je Patient und Tag 30 Minuten zu Grunde gelegt.

(2) Der Personalbemessung für die Patientengruppen nach § 4 Abs. 2 sind je Patient und Tag folgende Minutenwerte zu Grunde zu legen:

Erwachsene:

	S1	S2	S3
A1	52	62	88
A2	98	108	134
A3	179	189	215

Säuglinge:

	S1	S2	S3
A1	188	272	389
A2	252	336	453
A3	384	468	585

Kleinkinder:

	S1	S2	S3
A1	147	230	349
A2	186	269	288
A3	274	357	476

Jugendliche:

	S1	S2	S3
A1	77	160	279
A2	154	237	256
A3	253	336	455

(3) Für jede Krankenhausaufnahme wird ein Fallwert von 70 Minuten zu Grunde gelegt.

(4) Für jedes wegen des Krankenhausaufenthaltes der Mutter zu versorgende gesunde Neugeborene wird ein Wert von 110 Minuten je Tag zu Grunde gelegt.

(5) Für tagesklinisch zu behandelnde Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages gelten die halben Minutenwerte nach den Absätzen 1 und 2 und der volle Minutenwert nach Absatz 3.

§ 7 Ermittlung der Personalstellen

Die Personalstellen für ein Krankenhaus werden ermittelt, indem

1. der Pflegegrundwert nach § 6 Abs. 1 mit der Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vervielfacht wird,
2. die Minutenwerte der Patientengruppen nach § 6 Abs. 2 mit der entsprechenden Zahl der Patienten nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 vervielfacht werden,
3. der Minutenwert nach § 6 Abs. 3 mit der Zahl der Krankenhausaufnahmen je Tag nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 vervielfacht wird,
4. der Minutenwert nach § 6 Abs. 4 mit der Zahl der gesunden Neugeborenen nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 vervielfacht wird und
5. die halben Minutenwerte nach § 6 Abs. 1 und 2 mit der entsprechenden Zahl der tagesklinisch zu behandelnden Patienten und Stundenfälle innerhalb eines Tages nach § 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 vervielfacht werden.

Die sich aus den Minutenwerten der Nummern 1 bis 5 ergebende Gesamtstundenzahl ist in Personalstellen umzurechnen. Die Höhe der Ausfallzeiten wird von den Vertragspartnern unter Zugrundelegung einer angemessenen Arbeitsorganisation vereinbart.

§ 9 Pflegestufen und Patientengruppen

(1) Zur Ermittlung des Bedarfs an Kinderkrankenschwestern und -pflegern werden die Patienten auf Grund der für sie notwendigen Pflegeleistungen gemäß (...) den Pflegestufen KA 1 bis KA 3, jeweils unterteilt in Frühgeborene, kranke Neugeborene und Säuglinge (F), Kleinkinder (K) sowie Schulkinder und Jugendliche (J) und gemäß Anlage 4 den Pflegestufen KS 1 bis KS 3 durch den Pflegedienst einmal täglich zwischen 12 und 20 Uhr zugeordnet (siehe Fußnote 1),

(2) (...)

Anmerkungen

§ 10 der Pflege-Personalregelung beschreibt die Einstufung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Die Minutenwerte für alle Patientengruppen werden hier – der Einfachheit halber – unter § 6 aufgeführt und § 10 nicht zitiert.

„

A1 umfasst alle Leistungen für Patienten ohne besonderen Pflegebedarf.

A2 bezeichnet Patienten, die Hilfestellungen in mindestens zwei Bereichen benötigen, z.B. Hilfe bei Aufstehen, Durchführung von Prophylaxen, Teilwäsche, Begleitung zum WC, Mahlzeiten mundgerecht aufbereiten.

A3 bezeichnet Patienten, bei denen die Pflege in mindestens zwei Bereichen die Durchführung vollständig übernimmt, z.B. Lagerung, Ganzkörperwäsche, Versorgung bei Inkontinenz, Mahlzeiten anreichen, Überwachung bei Desorientierung. Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „A2“ muss mindestens in zwei Leistungsbereichen je ein Einordnungsmerkmal zutreffen.

Trifft nur ein Einordnungsmerkmal aus „A2“ zu und ist ein zweites aus „A3“ gegeben, ist der Patient der Pflegestufe „A2“ zuzuordnen.

Bei Vorliegen von mindestens zwei Einordnungsmerkmalen aus „A3“ ist der Patient dieser Pflegestufe zugeordnet.

S1 umfasst Leistungen der Behandlungspflege, die nicht unter S2 oder S3 fallen, z.B. einmal täglich Blutdruck messen.

S2 bezeichnet Patienten, die mindestens eine Leistung der Behandlungspflege mit erhöhtem Aufwand erhalten, z.B. Dauerinfusionen, einfache Verbandswchsel, Kontrolle der Medikamenteneinnahme.

S3 bezeichnet Patienten, die mindestens eine Leistung der Behandlungspflege mit hohem Aufwand erhalten, z.B. Transfusionen, aufwändige Verbandswchsel, Überwachung bei Nebenwirkungen von Medikamenten.

Für die Zuordnung zu der Pflegestufe „S2“ muss mindestens in ein Einordnungsmerkmal zutreffen. Eine Zuordnung nach „S3“ erfolgt, wenn mindestens ein Einordnungsmerkmal aus „S3“ zutrifft.