

## **Petition** zur Volksinitiative gegen den 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 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 beschäftigte und entsprechend geschulte Reinigungskräfte eingesetzt werden. Infektions- und Risikobereiche in diesem Sinne sind insbesondere Intensivstationen und Operationsäle.

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 z.B. durch Arbeitsabläufe oder Patientenverhalten, bauliche Besonderheiten. Zusätzlich zur Unterhaltsreinigung auszuführende regelmäßige und unregelmäßige Arbeiten sind in der Reinigungspersonalplanung und der Zuweisung von Reviergrößen 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<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> Bundesgesundheitsblatt 1/2004 vom 01.01.2004, S. 51

Desinfektorinnen und Desinfektoren 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 ist nur Pflegepersonal zu verstehen, das 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 Tagschichten auf Grundlage der in Anhang 1 enthaltenen Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung)<sup>2</sup>.

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). Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzen die für die Pflegestufe A4 angegebenen Minutenwerte diejenigen der Pflegestufe A3.<sup>3</sup> Folgende Tabelle stellt die Minutenwerte für die Pflegestufe A4 dar:

<b>Erwachsene</b>	S <sub>1</sub>	S <sub>2</sub>	S <sub>3</sub>
A <sub>4</sub>	289	299	325
<b>Kleinkinder</b>	S <sub>1</sub>	S <sub>2</sub>	S <sub>3</sub>
A <sub>4</sub>	356	439	558
<b>Jugendliche</b>	S <sub>1</sub>	S <sub>2</sub>	S <sub>3</sub>
A <sub>4</sub>	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.

(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.

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

<sup>3</sup> Die PKMS ist im Operationen- und Prozeduren-Schlüssel 9.20 „Hochaufwendige Pflege von Patientinnen“ veröffentlicht, siehe [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de).

- (5) Außerhalb der stationären Versorgung gelten folgende prozedurenbezogene Personalvorgaben:
- Operationsaal: Mindestens Zwei Pflegefachkräfte pro laufendem Operationsaal 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.<sup>4</sup>
  - Kreißaal:
    - Eine Hebamme oder ein 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 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

---

4 Der Bundesverband Geriatrie e.V. veröffentlicht seit 1998 Personalkennzahlen als Empfehlungen für die personelle Ausstattung einer geriatrischen Einrichtung, siehe [www.bv-geriatrie.de](http://www.bv-geriatrie.de).

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.

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 Krankenhäuser haben Anspruch auf Erstattung ihres tatsächlichen krankenhauses-individuellen Investitionsbedarfs. Der Bedarf wird mit Erstellung oder Fortschreibung des jeweiligen Landeskrankenhausplans ermittelt. Der Berechnungsweg ist den Beteiligten nach § 17 offenzulegen.

#### **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 eines Jahres 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.

## **Begründung** zum Petikum der Volksinitiative gegen den 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 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. 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.<sup>1</sup>

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. 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 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.

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.

---

<sup>1</sup> Raferty et al. 2006

## **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 Investitionsbedarfe, 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**

### **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 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 Pflege-Personalregelung.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> Deshalb definiert das Gesetz seine Empfehlungen für Krankenhausreinigung als Qualitätsanforderung.<sup>5</sup>

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.

---

<sup>2</sup> Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenhausversorgung, kurz Pflege-Personalregelung (PPR), BGBl. I 1992 S. 2316-2325

<sup>3</sup> <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/>.

<sup>4</sup> Leitbild September 2017

<sup>5</sup> Bundesgesundheitsblatt 2004, 47: 51-61

### **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.

Mit der Forderung nach transparent dargelegter Erfassung der Investitionsbedarfe 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.

Aus der Umsetzung des vorliegenden Gesetzesentwurfes ergeben sich Kostenerhöhungen für die Hamburger Krankenhäuser. Diese fordern aktuell ein jährliches Fördermittelvolumen von 175 Mio. Euro vom Senat.<sup>6</sup> Für Krankenhausinvestitionen hat der Hamburger Senat in seinem Investitionsprogramm 2017 einen Betrag von 95 Mio. Euro veranschlagt.<sup>7</sup> Dies entspricht allein im Jahr 2017 einer Deckungslücke in Höhe von 80 Mio. Euro. Wenn der Senat seiner gesetzlichen Investitionspflicht in vollem Umfang nachkäme, würden die Hamburger Krankenhäuser finanziell entlastet. Bisher von den Krankenhäusern für Investitionen zweckentfremdete Mittel aus Krankenkassen-Beiträgen könnten für das notwendige zusätzliche Personal eingesetzt werden und die Qualität der baulichen und technischen Krankenhausinfrastruktur wäre gesichert.

Einen weiteren Beitrag zur Finanzierung der erhöhten Kosten für Personal könnte die Anhebung des Landesbasisfallwerts leisten.

## **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.

---

<sup>6</sup> <https://www.hkgev.de/mitteilungsanzeige/hamburger-krankenhaeuser-wehren-sich-gegen-kostendruck-misstrauenskultur-und-regulierungswut.html>

<sup>7</sup> Krankenhaus-Investitionsprogramm des Hamburger Senats 2017

Anhang zum Petition der Volksinitiative für ein

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

### Pflege-Personalregelung

#### 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 (Auszug)

(...)

#### § 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<sup>i</sup>

#### § 4 Pflegestufen<sup>ii</sup> 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 Vertragsparteien 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.