VERFASSUNGSGERICHTSHOF DES LANDES BERLIN

Im Namen des Volkes
Beschluss

VerfGH 105/19

In dem Vorlageverfahren

der **Senatsverwaltung für Inneres und Sport**,
Klosterstraße 47, 10179 Berlin,

betreffend die Zulässigkeit des Antrags auf Einleitung des Volksbegehrens über ein "Gesetz zur Verbesserung der Patient*innensicherheit im Krankenhaus“

Äußerungsberechtigte:

Die Trägerin des Volksbegehrens „Gesunde Krankenhäuser“,
Berlin,

vertreten durch die Vertrauenspersonen

1. Frau L. R.,
   Berlin,

2. Frau S. H.,
   Berlin,

3. Herr M. B.,
   Berlin,

4. Frau L. B.,
   Berlin,

5. Herr S. G.,
   Berlin,

Verfahrensbevollmächtigte zu 1. - 5.:
Rechtsanwältin A.R.,

hat der Verfassungsgerichtshof des Landes Berlin durch die Präsidentin Selting, den Vizepräsidenten Dr. Seegmüller und die Richterinnen und Richter Alagün, Dr. Burholt, Dr. Gräfin von Galen, Hilbrans, Kipp, Prof. Dr. Lembke und Prof. Dr. Schönrock

am 20. Januar 2021 beschlossen:

Der Antrag auf Einleitung eines Volksbegehrens über ein Gesetz zur „Verbesserung der Patient*innensicherheit im Krankenhaus" ist unzulässig.

Das Verfahren ist gerichtskostenfrei.

Das Land Berlin hat der Äußerungsberechtigten ihre notwendigen Auslagen zu erstatten.

Gründe

I.

Das Vorlageverfahren betrifft die Zulässigkeit des Antrags auf Einleitung eines Volksbegehrens über ein Gesetz zur Verbesserung der Patient*innensicherheit im Krankenhaus.

Im September 2017 teilte die Initiative ... als Trägerin des Volksbegehrens der Senatsverwaltung für Inneres und Sport des Landes Berlin mit, dass ein Antrag auf Einleitung eines Volksbegehrens zum Thema der Krankenhausversorgung in Berlin be-

absichtigt sei. Dabei wurde ein erster Entwurf für ein Gesetz vorgelegt und in einem Beratungstermin gemäß § 40a Abs. 1 Abstimmungsgesetz - AbstG - erörtert. In der Folge beantragte die Trägerin unter Beifügung eines Gesetzentwurfs mit Begründung eine Kostenschätzung. Diese nahm die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung auf Ersuchen der Senatsverwaltung für Inneres und Sport im Dezember 2017 vor. Der Kostenaufwand für das von der Trägerin beabsichtigte Gesetz wurde auf 385 Millionen Euro jährlich geschätzt.

Im Frühjahr 2018 fand die Unterschriftensammlung mit dem Ergebnis von 48.499 Unterschriften statt, von denen nach Überprüfung 40.077 als gültig angesehen wurden. Die Beschreibung der Kernpunkte des Volksbegehrens in der Unterschriftenliste lautet:

Das Gesetz:

> *Will die Gesundheitsversorgung für alle Berlinerinnen und Berliner verbessern und die Finanzierung der Krankenhäuser sichern.*
>
> *Legt Mindestpersonalzahlen für Pflegekräfte sowie andere Berufsgruppen im Krankenhaus fest und ergänzt die Hygienevorschriften für Reinigungsfachkräfte als verbindliche Qualitätsanforderungen.*
>
> *Legt eine Mindestquote von Investitionen fest, die durch das Land Berlin übernommen werden müssen.*
>
> *Stellt Transparenz über Einhaltung von Qualitätsanforderungen und Personalvorgaben her und formuliert Konsequenzen, wenn die Ziele nicht erreicht werden.*

Auf der Grundlage des damit erfüllten Quorums nach Art. 63 Abs. 1 Satz 1 der Verfassung von Berlin - VvB -, § 15 Abs. 2 Satz 1 AbstG (§ 15 Abs.1 Satz 2 a. F.) beantragte die Trägerin am 19. Juli 2018 förmlich die Einleitung des Volksbegehrens, legte dann jedoch am 30. Juli 2018 einen geänderten Gesetzentwurf vor. Nachdem Gespräche zwischen der Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, die zuvor mehrfach ihre grundsätzliche Unterstützung der Kernpunkte des Anliegens bekundet hatte, und der Trägerin über ein gemeinsames Vorgehen gescheitert waren, traten die Senatsinnenverwaltung und die Senatsgesundheitsverwaltung in die Prüfung der Frage ein, ob der am 30. Juli 2018 vorgelegte Gesetzentwurf den in der Unterschrif-

tenliste beschriebenen Kern des Volksbegehrens unzulässig verändere. Im Ergebnis wurde der Trägerin mit Schreiben der Senatsverwaltung für Inneres und Sport vom 22. Februar 2019 mitgeteilt, die in dem Entwurf vom 30. Juli 2018 enthaltenen Änderungen seien überwiegend zulässig, teilweise jedoch unzulässig. Mit ihrem Antwortschreiben vom 8. März 2019 widersprach die Trägerin den Ausführungen zur teilweisen Unzulässigkeit, bat dann jedoch ausdrücklich darum, zur Vermeidung weiterer Verzögerungen dem Verfahren den Gesetzentwurf vom 30. Juli 2018 ohne die beanstandeten Änderungen zugrunde zu legen. Die unter Berücksichtigung dieses Wunsches hergestellte Fassung des Gesetzentwurfs ist diesem Beschluss als Anlage 1 beigefügt.

Zentrale Bestandteile des Vorhabens sind die §§ 6a und 22a, die hinter § 6 und § 22 des Landeskrankenhausgesetzes von Berlin - LKG - eingefügt werden sollen. Die vorgeschlagenen Ergänzungsvorschriften lauten:

3. Neufassung § 6a

Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a Qualitätsanforderungen und Mindestpersonalbemessung.

(1) Die gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 2 in den Krankenhausplan aufzunehmenden Qualitätsanforderungen haben insbesondere auch Regelungen zu Mindestpersonalzahlen für den Bereich der stationären Krankenhausbehandlung zu enthalten. Durch Rechtsverordnung können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und -kontrolle bestimmt werden.

(2) Als Pflegepersonal im Sinne dieses Gesetzes werden Pflegefachpersonen mit einer mindestens dreijährigen staatlich anerkannten, abgeschlossenen Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder)-Krankenpflege oder einem vergleichbaren primärqualifizierenden Studium verstanden. Als Fachpersonen, die an der stationären Krankenhausbehandlung mitwirken und für die daher Qualitätsanforderungen und Mindestpersonalzahlen gelten sollen, werden alle Berufsgruppen mit einem Examen nach einer mindestens dreijährigen Ausbildung oder einem gleichwertigen Studium verstanden.

(3) Für die akut-stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt die Bedarfsermittlung für Pflegepersonal in der unmittelbaren Patient*innenversorgung für die Tagesschichten auf Grundlage der Ursprungsfassung der Pflege Personal-Regelung (PPR, entsprechend der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt vom 21. Dezember 1992. Die entsprechende Regelung ist als Anlage 2 diesem Gesetz beigefügt). Der Mindestbedarf der Minutenwerte für die Pflegestufe A4 wird ergänzend zur PPR in der Fassung vom 21. Dezember 1992 wie folgt festgesetzt:

Erwachsene

	S1	S2	S3
A4	289	299	325

Kleinkinder

	S1	S2	S3
A4	356	439	558

Jugendliche

	S1	S2	S3
A4	350	433	552

Der*die Patient*in wird in die Pflegestufe A4 gem. PPR eingestuft, wenn die Pflegestufe A3 sowie mindestens 6 dokumentierte Aufwandspunkte im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) in der jeweils gültigen Fassung oder einer diese Berechnung ersetzenden Systematik vorliegen. Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt täglich.

Die Ermittlung der Personalstellen in Vollzeitäquivalente erfolgt gemäß § 7 Anlage 2 zu diesem Gesetz (PPR) für jede Station. Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten, Personal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. Die Nachtschichten sind so zu besetzen, dass die Anzahl der Pflegefachpersonen in der somatischen Erwachsenenpflege sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit richtet, mindestens jedoch in einem Verhältnis 1:15. In der somatischen Kinderpflege beträgt das Verhältnis mindestens 1:15. Eine Pausenregelung ist zu garantieren.

(4) Für die Patient*innenversorgung in Intensiv- und Überwachungsbereichen wird das notwendige Patient*innen-Pflegepersonal-Verhältnis in drei Betreuungsstufen voneinander abgegrenzt:

1. Hoch-Intensiver Versorgungsbedarf: mindestens eine Pflegefachperson betreut eine*n Patient*in in jeder Schicht
2. Intensiver Versorgungsbedarf: eine Pflegefachperson betreut maximal zwei Patient*innen in jeder Schicht
3. Überwachung: eine Pflegefachperson betreut maximal drei Patient*innen in jeder Schicht.

(5) Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sind die Bestimmungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses in seiner jeweils gültigen Fassung zu befolgen. Für alle Früh- und Reifgeborenen, die nicht unter diese Richtlinie fallen, gelten die Vorgaben nach Abs. 4.

(6) Des Weiteren gelten folgende Personalvorgaben:

1. Operationssaal: Zwei Fachpersonen pro laufendem Operationssaal oder einer laufenden Operation außerhalb des OP-Bereichs;
2. Anästhesie: Für die Dauer einer Anästhesie betreut eine Pflegefachperson maximal eine*n Patient*in. Die Dauer der Anästhesie definiert den Zeitraum

von der Übernahme des*der Patient*in zur Vorbereitung und Durchführung der Anästhesie bis zur Übergabe des*der Patient*in an einen nachfolgenden, betreuenden Bereich;

3. Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie: Zwei Fachpersonen für eine laufende Diagnostik;
4. Dialyse: Eine Fachperson pro zwei Dialysepatient*innen;
5. Die Besetzung von Bereichen wie Rettungsstellen und Radiologie erfolgen nach Bedarfsanalysen;
6. In geriatrischen Einheiten sind die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie anzuwenden;
7. Kreißsaal: Eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger pro zwei Gebärende bei nicht-pathologischer Geburt, eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger pro Gebärender bei pathologischer Geburt sowie für jede Mehrlingsgeburt: Hebammen bzw. Entbindungspfleger in der Anzahl der zu erwartenden Neugeborenen.

(7) Zur Ermittlung des absoluten Personalbedarfs in den Bereichen nach Abs. 6 sind sowohl der prozedurenbezogene Personalbedarf als auch der Personalbedarf für die darüberhinausgehenden organisatorischen Aufgaben, inklusive der Dokumentation, zu ermitteln.

(8) Für Bereiche, die insbesondere relevant für die Einhaltung hygienischer Standards sind, hat die zuständige Senatsverwaltung über eine Verordnung eine Konkretisierung der Personalvorgaben auf Grundlage des Stands der Wissenschaft und der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts in den jeweils geltenden Fassungen zu erlassen. Durch Rechtsverordnungen können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und Kontrolle bestimmt werden.

(9) In Bereichen, für die Genehmigungen (z.B. Zertifizierungen, Akkreditierungen, Zulassungen) vorliegen, sind die Personalvorgaben entsprechend der Genehmigungen auszuweisen und zur Grundlage der Personalplanung zu machen.

6. Neufassung § 22a

Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt

„§ 22a Qualitätssicherung

(1) Entsprechend § 135a Abs. 1 SGB V sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet, eine den fachlichen Erfordernissen entsprechende Qualität ihrer Leistungen zu gewährleisten. Zur Erfüllung dieser Pflicht treffen sie insbesondere die nach §§ 135 bis 139c Sozialgesetzbuch V vorgesehenen Maßnahmen.

(2) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die nach § 6a und § 22 ermittelten Personalvorgaben einzuhalten und das benötigte Personal in jeder Schicht vorzuhalten. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegefachpersonal entsprechend § 6a Abs. 3 notwendige Software vorzuhalten. Des Weiteren sind sie dazu verpflichtet ein Bemessungssystem vorzuhalten, über das die Abgrenzung der drei Betreuungsstufen für Intensiv- und Überwachungsbereiche gemäß § 6a Abs. 4 vorgenommen wird.

(3) Die Krankenhäuser erstellen jährlich eine Personalplanung für jede Station und jeden Bereich, die die in § 6a und § 22 festgelegten Vorgaben erfüllt. Auf Grundlage der ermittelten Planwerte wird eine monatliche Soll-Schichtplanung für jede Station und jeden Bereich erstellt. Dabei sind die Erfahrungswerte des vorherigen Jahres in Bezug auf Leistungsentwicklung der jeweiligen Stationen und Bereiche zu berücksichtigen. Ausfallzeiten sind einzuplanen. Absehbare Leistungssteigerungen und Kapazitätsausweitungen sind in die Er-

mittlung des Personalbedarfs einzubeziehen. Ist absehbar, dass die Personalvorgaben temporär oder dauerhaft nicht erfüllt werden können, ist dies der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zu melden und auch innerhalb einer Berichtsperiode ein entsprechendes Verfahren nach Abs. 4 einzuleiten.

(4) Kann ein Krankenhaus die Vorgaben nach § 6a und § 22 nicht einhalten, so legt es der zuständigen Senatsverwaltung dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. Werden die Personalvorgaben nicht eingehalten, vereinbart das Krankenhaus mit der zuständigen Behörde spätestens nach Ablauf von zwei Berichtsperioden Maßnahmen zur Einhaltung des durch die Mindestpersonalzahl definierten Personal-Patient*innen-Verhältnisses. Hierfür sind, soweit für die Aufrechterhaltung dieses Verhältnisses erforderlich, die Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich zu reduzieren. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht zustande oder erfüllt ein Krankenhaus diese Vereinbarung nicht, so kann die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung die Aufnahme des Krankenhauses oder einzelner Bereiche des Krankenhauses aus dem Landeskrankenhausplan widerrufen.

Die Senatsverwaltung für Inneres und Sport gelangte unter Beteiligung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung bei der anschließenden Prüfung des Gesetzentwurfs gemäß § 17 Abs. 2 AbstG a. F. zu dem Ergebnis, dass der Antrag auf Einleitung des Volksbegehrens nicht mit höherrangigem Recht vereinbar sei. Dem Land Berlin fehle für weite Teile des Gesetzentwurfs die Gesetzgebungskompetenz. Deshalb sei eine Mängelbeseitigung im Verfahren nach § 17 Abs. 3 Satz 1 AbstG a. F. ausgeschlossen, so dass der Trägerin eine entsprechende Möglichkeit nicht einzuräumen sei.

Die Auffassung über die Unvereinbarkeit mit höherrangigem Recht bekräftigte der Senat von Berlin mit Beschluss vom 2. Juli 2019 über seinen Standpunkt zum Volksbegehren gemäß § 17 Abs. 7 Satz 2 AbstG (§ 17 Abs. 4 Satz 2 a. F.).

Mit der am 10. Juli 2019 beim Verfassungsgerichtshof eingegangenen Vorlage beantragt die Senatsverwaltung für Inneres und Sport die Feststellung, dass der Antrag auf Einleitung des Volksbegehrens unzulässig sei. Die Vorlage sei nach § 55 Abs. 1 Alt. 1 des Gesetzes über den Verfassungsgerichtshof - VerfGHG - und § 17 Abs. 9 AbstG (§ 17 Abs. 6 a. F.) zulässig. Der mit der Vorlage gestellte Antrag sei auch begründet.

Hauptanliegen des Entwurfs sei eine Veränderung der Personalvorgaben für Krankenhäuser. Insoweit habe der Bund aufgrund seiner Gesetzgebungskompetenz nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erschöpfende und abschließende Regelungen in § 136a, § 137i und § 137j Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversiche-

rung - SGB V - erlassen. Die in Art. 1 Nrn. 3, 6 und 7 des Gesetzentwurfs vorgesehenen Neuregelungen seien danach unzulässig. Die Zuständigkeit der Länder und damit auch des Landes Berlin könne für die Krankenhausplanung daran nichts ändern. Dies gelte auch angesichts der Öffnungsklauseln in § 136a Abs. 2 SGB V und § 6 Abs. 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG - (in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991, BGBl. I S. 886, zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. November 2020 - BGBl. I S. 2397).

Die Gesetzgebungskompetenz fehle auch für die durch Art. 1 Nr.1 des Gesetzentwurfs angestrebte Neudefinition der Begriffe „pflegerische Hilfeleistung", „pflegerische Versorgung" und „Krankenpflege" sowie für die Absicht, Regelungen zu Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, zur Qualitätssicherung und zu Berufsbeschreibungen von Pflege- und Fachpersonal zu schaffen.

Schließlich habe Berlin auch nicht die Kompetenz, den Krankenhäusern Melde- und Veröffentlichungspflichten aufzuerlegen, weil der Bund insoweit im Rahmen seiner Gesetzgebungsbefugnis aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG bundesrechtliche Regeln in Kraft gesetzt habe.

Darüber hinaus verstoße das Vorhaben der Volksgesetzgebung mit seinen verschiedenartigen Regelungsgegenständen zur Personalausstattung in der Pflege, zu Mindestinvestitionen, zu Reinigungspersonal und Reinigungsstandards sowie zu erweiterten Zuständigkeiten der Patient*innenfürsprecher*innen gegen das aus dem Demokratieprinzip folgende Koppelungsverbot. Auch das rechtsstaatliche Bestimmtheitsgebot werde nicht beachtet und schließlich seien Verstöße gegen die Grundrechte der Betreiber von Krankenhäusern aus Art. 12 Abs. 1 GG/Art. 17 VvB und Art. 14 Abs. 1 GG/Art. 23 Abs. 1 VvB zu verzeichnen.

Da vor allem die Regelungen des Gesetzentwurfs zu Personalvorgaben für das Pflegepersonal in Krankenhäusern kompetenzwidrig und unzulässig seien, sei das Volksbegehren insgesamt unzulässig. Wenn nämlich die wesentlichen Bestandteile unzulässig seien, könnten auch verbleibende, möglicherweise anpassungs- und zulassungsfähige Teile nicht als Volksbegehren zugelassen werden.

Die Senatsverwaltung für Inneres und Sport beantragt,

> festzustellen, dass der Antrag auf Einleitung eines Volksbegehrens über ein Gesetz zur Verbesserung der Patient*innensicherheit im Krankenhaus unzulässig ist.

Die Vertrauenspersonen beantragen für die Trägerin,

> die Zulässigkeit des Antrages auf Einleitung des Volksbegehrens festzustellen.

Die Trägerin macht geltend, die Überlegungen zur Gesetzgebungskompetenz müssten daran anknüpfen, dass die Gesetzgebungskompetenz im Grundsatz nach Art. 70 GG den Ländern zustehe. Nur ausnahmsweise gehe diese Kompetenz nach Art. 71 bis 74 GG auf den Bund über. Dieses Regel-Ausnahme-Verhältnis verkehre die Vorlage in ihr Gegenteil. Der Bund sei befugt, Regelungen für die Krankenversicherung zu erlassen. Er habe aber keine umfassende Kompetenz zur Bestimmung des Krankenhauswesens. Mit ihrem Gesetzentwurf strebe sie keine Veränderungen im SGB V an. Beabsichtigt seien vielmehr Qualitätssicherungsmaßnahmen, die der den Ländern obliegenden Krankenhausplanung zuzuordnen seien. Es gebe folglich ein verfassungsgemäßes Nebeneinander von Gesetzgebungskompetenzen des Bundes und der Länder. Selbst wenn dies anders gesehen werde, könnten die vom Bund für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung erlassenen Vorschriften nicht in dem Sinne als abschließend angesehen werden, dass sie Qualitätssicherungsmaßnahmen der Länder im Bereich der Krankenhausplanung ausschlössen.

Soweit ein Verstoß gegen das Koppelungsverbot angeführt werde, sei dies schon deshalb zurückzuweisen, weil in den Vorgesprächen von politischer Seite stets betont worden sei, die Probleme im Bereich der Pflege insgesamt in den Blick zu nehmen. Die vorgeschlagenen Neuregelungen entsprächen im Übrigen dem Bestimmtheitsgebot und beachteten in nicht zu beanstandender Weise die Grundrechte von Krankenhausbetreibern.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Senatsinnenverwaltung und der Trägerin wird auf den Inhalt der Streitakte des Vorlageverfahrens sowie auf die vom Verfassungsgerichtshof beigezogenen Verwaltungsvorgänge (Band 1 bis 3 der Senatsverwaltung für Inneres und Sport, Band „Gesunde

Krankenhäuser“ der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung) Bezug genommen. Die genannten Akten haben vorgelegen.

II.

Die Vorlage der Senatsverwaltung für Inneres und Sport ist zulässig.

Mit Gesetz vom 12. Oktober 2020 (GVBl. S. 787), nach seinem Art. 4 in Kraft getreten am 25. Oktober 2020, ist das Abstimmungsgesetz vom 11. Juni 1997 in wesentlichen Teilen geändert worden. Gemäß Art. 1 § 46 Satz 1 des Änderungsgesetzes sind für Volksbegehren, die bis zum 25. Oktober 2020 bei der für Inneres zuständigen Senatsverwaltung eingegangen sind, die §§ 17 Abs. 2 und 3, 18 Abs. 3 AbstG in ihrer bis dahin geltenden Fassung weiter anzuwenden.

Nach § 17 Abs. 9 AbstG hat die für Inneres zuständige Senatsverwaltung den Antrag auf Einleitung eines Volksbegehrens dem Verfassungsgerichtshof zur Entscheidung vorzulegen, wenn das Volksbegehren den Anforderungen des § 10 oder der §§ 13 bis 16, jedoch nicht den Anforderungen der §§ 11 oder 12 AbstG entspricht (Satz 1). Die Vorlage ist zu begründen (Satz 2). Sie ist innerhalb von 15 Tagen nach der Entscheidung des Senats über seinen Standpunkt einzureichen (Satz 3). Diesen Voraussetzungen entspricht die Vorlage der zuständigen Senatsverwaltung; insbesondere ist sie fristgerecht und mit der erforderlichen Begründung beim Verfassungsgerichtshof eingereicht worden.

Der Zulässigkeit der Vorlage steht nicht entgegen, dass der Trägerin des Vorhabens nach dem Abschluss der Prüfung durch die Senatsverwaltung für Inneres gemäß § 17 Abs. 2 a. F. AbstG und vor der Beschlussfassung des Senats von Berlin über seinen Standpunkt am 2. Juli 2019 nicht in der nach § 17 Abs. 3 a. F. AbstG vorgesehenen Weise die Möglichkeit gegeben worden ist, die in der Prüfung identifizierten Mängel zu beheben. Zwar hat der Verfassungsgerichtshof in seinem Beschluss vom 21. Oktober 2020 (VerfGH 150/18) ausdrücklich hervorgehoben, dass § 17 Abs. 3 Satz 1 a. F. AbstG in verfassungskonformer Weise volksgesetzgebungsfreundlich verstanden und angewendet werden müsse. Dies bedinge, dass der Mängelbeseitigungsversuch nach dieser Vorschrift regelmäßig unabhängig davon zu unternehmen sei, welcher Art die festgestellten Mängel des Gesetzesvorhabens seien. Es komme

also im Grundsatz nicht darauf an, ob die Mängel als behebbar oder unbehebbar einzustufen seien. An dieser - mit Beschluss vom 18. November 2020 im Verfahren VerfGH 173/19 nochmals bekräftigten - Auffassung hält der Verfassungsgerichtshof fest.

Sie führt indessen anders als in den Verfahren VerfGH 150/18 und 173/19 in der vorliegenden Sache nicht zur Unzulässigkeit der Vorlage. Die verfassungskonforme Anwendung des § 17 Abs. 3 Satz 1 a. F. AbstG dient vor allem der Transparenz des Volksgesetzgebungsverfahrens. Die Trägerin soll nach dem Abschluss der Vorprüfung vor der Standpunktbildung des Senats über die von der Verwaltung ermittelten Mängel ihres Vorhabens unterrichtet werden, um sich dazu äußern und gegebenenfalls Abhilfe schaffen zu können.

Der Verfassungsgerichtshof hat aber bereits in den Verfahren VerfGH 150/18 und 173/19 darauf hingewiesen, dass ein Ausnahmefall für ein Absehen von der Fristsetzung gem. § 17 Abs. 3 Satz 1 a. F. dann vorliegen kann, wenn von der gesicherten Erkenntnis auszugehen ist, dass eine Beteiligung der Trägerin nach § 17 Abs. 3 Satz 1 AbstG a. F. eine unwesentliche Veränderung des Gesetzesentwurfs offensichtlich nicht hätte bewirken können. Im zitierten Beschluss vom 21. Oktober 2020 (a. a. O.) hat der Verfassungsgerichtshof als Beispiel für eine solche Konstellation den Streit um die Gesetzgebungskompetenz des Landes Berlin angeführt, die schon Art. 62 Abs. 1 Satz 1 VvB ausdrücklich als Voraussetzung für Volksbegehren und Volksentscheid nennt. Diese Situation ist vorliegend gegeben. Der Verfahrensfehler bleibt mithin unbeachtlich.

Der mit der Vorlage an den Verfassungsgerichtshof gestellte Antrag ist auch begründet.

Gemäß § 12 Abs. 2 AbstG sind Volksbegehren, die dem Grundgesetz, sonstigem Bundesrecht oder der Verfassung von Berlin widersprechen, unzulässig. Diese Voraussetzung ist erfüllt. Der Gesetzentwurf widerspricht in weiten und das Vorhaben insgesamt prägenden Teilen der Kompetenzordnung des Grundgesetzes.

Im Ausgangspunkt zu Recht weist die Trägerin des Volksbegehrens auf den Grundsatz der Zuständigkeitsverteilung zwischen Bund und Ländern hin, der in Art. 70 Abs. 1 GG bestimmt ist. Danach haben die Länder das Recht der Gesetzgebung, soweit das Grundgesetz nicht dem Bund Gesetzgebungsbefugnisse verleiht. Für ei-

ne hier allein in Betracht kommende konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes gibt Art. 72 Abs. 1 GG ergänzend vor, dass die Länder die Gesetzgebungskompetenz haben, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit keinen Gebrauch gemacht hat.

Schon mit dem für die Unterschriftensammlung verwendeten Vordruck und seitdem fortlaufend hat die Trägerin des Volksbegehrens deutlich gemacht, dass für sie in der Verbesserung der Regelungen für die Bemessung und Finanzierung des Personalbedarfs in den Krankenhäusern der maßgebliche Hebel für eine Verbesserung der Krankenhausversorgung und damit für höhere Patient*innensicherheit zu sehen ist. Dieses Grundanliegen findet vor allem Ausdruck in Art. 1 Nrn. 3 (§ 6a LKG), 6 (§ 22a LKG) und 7 (§ 26 Abs. 3 LKG) des Gesetzentwurfs. Damit sind Bereiche der Krankenversorgung angesprochen, für die der Bund im Rahmen seiner konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit in §§ 135 ff. SGB V dezidierte Regelungen erlassen hat.

Für die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung gilt nach Aufhebung der Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930) nunmehr § 136a Abs. 2 SGB V. Danach legt der Gemeinsame Bundesausschuss (siehe § 91 SGB V) durch Richtlinien nach § 136 Abs. 1 SGB V geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität fest. Dazu gehören verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal. Die Maßnahmen waren aufgrund der sanktionsbewehrten bundesrechtlichen Vorgaben bis zum 30. September 2019 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2020 zu beschließen.

Für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern ist die auf der Grundlage von § 137i Abs. 3 Satz 1 SGB V erlassene Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV - vom 5. Oktober 2018 (BGBl. I S, 1632, aktuelle Fassung vom 28.Oktober 2019, BGBl. I S. 1492) wirksam.

Schließlich gilt für alle damit noch nicht erfassten Krankenhausbereiche der durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz - PpSG - vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I S. 394) in das Sozialgesetzbuch V eingefügte § 137j. Damit sollen die Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus sowie die Vorschrift des § 137i SGB V mit der dort vorgesehenen Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensiti-

ven Bereichen der Krankenhäuser ergänzt werden. Zur Verbesserung der Pflegesituation sieht § 137j Abs. 1 Satz 1 SGB V vor, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich, und zwar erstmals zum 31. Mai 2020, für jedes zugelassene Krankenhaus einen Pflegepersonalquotienten ermittelt. Auf der so gebildeten Grundlage soll sodann das Bundesministerium für Gesundheit gestützt auf die Ermächtigung in § 137j Abs. 2 Satz 1 SGB V mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis von Pflegepersonal und Pflegeaufwand festlegen, bei der - wie es im Gesetzestext heißt - widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist (§ 137j Abs. 2 Satz 1 letzter Halbsatz SGB V). Für den Fall, dass der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die in der Rechtsverordnung festgelegte Untergrenze unterschreitet, sind Sanktionen vorzusehen, die zur Vermeidung eines Schiedsstellenverfahrens von den Spitzenverbänden des Gesundheitswesens vereinbart werden sollen.

Für das damit geschaffene System zur Regelung der Ausstattung aller Krankenhausbereiche mit Pflegepersonal stand dem Bund die Gesetzgebungskompetenz zu. Dieses System ist im Sinne des Art. 72 Abs. 1 GG abschließend, so dass die Länder keine Befugnis zu weiterer oder ergänzender Gesetzgebung haben. Der Verfassungsgerichtshof des Landes Berlin schließt sich damit der Auffassung an, die zuvor bereits das Hamburgische Verfassungsgericht (Urteil vom 7. Mai 2019 - 4/18, 4/2018), der Bayerische Verfassungsgerichtshof (Entscheidung vom 16. Juli 2019 - Vf.41-IX-19) und der Staatsgerichtshof der Freien Hansestadt Bremen (Urteil vom 30. Januar 2020 - St 1/19 -) übereinstimmend eingenommen haben.

Einen Kompetenztitel „Krankenhauswesen“ enthält das Grundgesetz nicht. Daraus folgt, dass das Gesetzgebungsrecht insoweit gemäß Art. 70 GG bei den Ländern bleibt, soweit der Bund nicht für Ausschnitte aus dem Gesamtbereich „Krankenhauswesen“ Kompetenzen für sich in Anspruch nehmen kann.

Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG, demzufolge sich die konkurrierende Gesetzgebung auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze erstreckt, räumt dem Bund - für einen Teilbereich des Krankenhauswesens - eine konkurrierende Zuständigkeit ein, die jedoch die Pflegepersonalausstattung nicht abdeckt. Kompetenzthema ist vielmehr die finanzielle Seite des Krankenhauswesens, wie sich aus der Gleichordnung von wirtschaftlicher Sicherung

und Regelung der Pflegesätze ergibt. Danach ermöglicht Nr. 19a alle Regelungen, die die Entgelte für Krankenhausleistungen nach Höhe und Struktur beeinflussen (BSG, Urteil vom 20. April 2010 - B 1 KR 19/09 R -, juris Rn. 13 f.) sowie auch eine Qualitätssicherung durch qualitätsorientierte Krankenhausplanung (vgl. Wollenschläger/Schmidl, GesR 2016, 542 ff.). Eine Zuständigkeit für strukturelle Eingriffe in das Krankenhauswesen oder eine umfassende Bedarfsplanung ergibt sich daraus nicht (BVerfG, Beschlüsse vom 12. Juni 1990 - 1 BvR 355/86 -, BVerfGE 82, 209 <232> und vom 7. Februar 1991 - 2 BvL 24/84 -, BVerfGE 83, 363 <380>). Fragen der Krankenhaus- und Personalstruktur, der Einkünfte des Personals und des Liquidationsrechts der Ärzte sind nicht von Nr. 19a umfasst. Dass sie für die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser bedeutsam sind, reicht dafür allein nicht aus; würde dies anders beurteilt, würde Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG zu einer Vollkompetenz erstarken, die nach dem Wortlaut gerade nicht gewollt ist (so zutreffend Degenhart in Sachs, Hrsg., Grundgesetz, 8. Auflage, Art. 74 Rn. 89 mit weiteren Nachweisen).

Für die Regelungen zur Ausstattung aller Krankenhausbereiche mit Pflegepersonal steht dem Bund jedoch nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG die Gesetzgebungskompetenz zu. Nach dieser Vorschrift hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung. Dabei ist dieser Begriff als weitgefasster verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff zu verstehen (so BVerfG, Beschluss vom 8. April 1987 - 2 BvR 909/82 -, BVerfGE 75, 108 <146>). Er umfasst alles, was sich der Sache nach als Sozialversicherung darstellt. Zur Sozialversicherung gehört jedenfalls die gemeinsame Deckung eines möglichen, in seiner Gesamtheit schätzbaren Bedarfs durch Verteilung auf eine organisierte Vielheit (BVerfGE a. a. O. unter Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 20. Dezember 1957 - 7 RKg 4/56 -,BSGE 6, 213 <218, 227 f.>). Die Kompetenz erfasst auch Regelungen, die die Modalitäten der Erbringung von Krankenhausleistungen gegenüber den Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung betreffen. Davon sind Vorschriften über die Art und Weise, in der die Leistungen zu erbringen sind, und damit für die Anforderungen an die Qualität und deren Sicherung umfasst (vgl. Huster/Harney, in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 7 Rn. 18, 21; Axer, in: Becker/Kingreen, SGB V, 7. Aufl. 2020, § 129 Rn. 8; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2014, 117 <126>; kritisch in Bezug auf das Vorliegen einer Bundeskompetenz: Pitschas, GuP 2016, 161 ff.)

Diese Interpretation der Kompetenznorm hat zur Folge, dass bei Regelungen zu den Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung Überschneidungen mit der in die Hoheit der Länder fallenden Krankenhausplanung unausweichlich sind. Für die damit notwendige Abgrenzung ist auf den Schwerpunkt der gesetzlichen Regelung abzustellen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 10. März 1998 - 1 BvR 178/97 -, BVerfGE 97, 332 <341 f.> und Urteil vom 12. März 2008 - 2 BvF 4/03 -, BVerfGE 121, 30 <48>). Liegt dieser im Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung und nicht eher im Krankenhausplanungsrecht, ist die Anknüpfung an Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gegeben. Einwirkungen auf das den Ländern zustehende Recht der Krankenhausplanung sind unter der genannten Voraussetzung unvermeidlich und hinzunehmen.

Bei Anwendung dieses Maßstabes ist festzustellen, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß §§ 136 Abs. 1, 136a Abs. 2 SGB V zu erlassenden Richtlinien, die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und das durch § 137j SGB V errichtete System, eines gemeinsam haben: Sie zielen in erster Linie deutlich auf die Verbesserung der Pflege im Krankenhaus und damit auf die Qualität der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung zum Wohl der Patient*innen. Diesen Regelungszweck betont auch die Gesetzesbegründung zu § 137j SGB V, in der ausgeführt wird (BT-Drs. 19/4453 S. 75):

> Da eine unzureichende Ausstattung mit Pflegepersonal aber nicht nur in pflegesensitiven Bereichen, sondern in allen Krankenhausbereichen und für alle dort pflegerisch zu versorgenden Fälle für eine nicht patientengefährdende Versorgung relevant sind, sind Maßnahmen zur Verbesserung der Personalausstattung in Bezug auf das ganze Krankenhaus erforderlich.

Der Bundesgesetzgeber konnte somit die von ihm erlassenen, zuvor genannten Regelungen in verfassungsgemäßer Weise auf seine Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG stützen. Auf eine besondere Erforderlichkeit der bundesgesetzlichen Regelungen im Sinne des Art. 72 Abs. 2 GG kommt es folglich nicht an.

Das so beschriebene bundesgesetzliche Ziel der Verbesserung der Leistungserbringung gilt nach dem erkennbaren und bereits bei der Sammlung der Unterstützungsunterschriften hervorgehobenen Anliegen der Trägerin des Volksbegehrens auch für die mit Art. 1 Nrn. 3, 6 und 7 des Gesetzentwurfs angestrebten Einfügungen in das

Landeskrankenhausgesetz des Landes Berlin. Im Vordergrund stehen Überlegungen für eine bessere Pflege zum Wohle der Patienten und nicht Strukturüberlegungen für ein besseres Krankenhaus. Dann aber liegt entgegen dem Vorbringen der Trägerin des Volksbegehrens in dem Vorlageverfahren auch der Schwerpunkt des Volksbegehrens in dem Bereich der Leistungserbringung im Krankenhaus und ist damit von Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erfasst.

Berlin wäre deshalb nur dann insoweit noch zur Gesetzgebung befugt, wenn der Bund durch seine Gesetzgebung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG diese Befugnis nicht erschöpfend wahrgenommen hätte. Das kann nicht festgestellt werden. Der Bund hat für den Bereich der Leistungserbringung der gesetzlichen Krankenversicherung im Krankenhaus eine detaillierte und erschöpfende Regelung getroffen, die zum Ausschluss des Landesgesetzgebers führt. Dies ergibt die Gesamtwürdigung des Normenkomplexes in §§ 135 - 139e SGB V. Was die Pflegepersonalausstattung angeht, so ist der Zusammenhang von § 136a Abs. 2 SGB V mit den zu erlassenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, § 137i Abs. 3 SGB V mit der auf dieser Grundlage erlassenen Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und § 137j SGB V als ein Normengefüge anzusehen, welches den hochdiffizilen Sachbereich der Pflegepersonalmindestausstattung umfassend und lückenlos regelt und regeln will (vgl. zu diesem Maßstab: BVerfG, Urteil vom 10. Februar 2004 - 2 BvR 834/02 -, BVerfGE 109, 190 <230> = juris Rn. 143;). Besonders deutlich wird die dahingehende Absicht des Bundesgesetzgebers in der bereits zitierten Gesetzesbegründung zu § 137j SGB V. Es gibt deshalb in den Krankenhäusern keinen Bereich, für den nicht eine bundesrechtliche Regelung zur Ausstattung mit Pflegepersonal besteht.

Wird entgegengehalten, dass das Bundesrecht lediglich eine Personalmindestausstattung festsetze, so dass sich Spielräume für eine oberhalb dieser liegende bessere Ausstattung ergäben, so ist zu erwidern, dass die Trägerin des Volksbegehrens mit ihrem Gesetzentwurf gerade auf eine bessere Mindestpersonalausstattung abzielt (vgl. § 6a des Gesetzentwurfs). Folglich geht die Absicht nicht dahin, über die bundesgesetzlich geregelte Mindestausstattung hinaus landesrechtliche Möglichkeiten für einen besseren Personalschlüssel bei gleichbleibender bundesrechtlicher Mindestpersonalausstattung zu schaffen.

Im Übrigen hat der Bund neben dem zuvor geschildeten System im Pflegepersonalstärkungsgesetz flankierende Regelungen erlassen, die die Krankenhausträger in die Lage versetzen sollen, im Pflegebereich eine Ausstattung oberhalb der Mindestvorgaben vorzusehen (vgl. BayVerfGH, Entscheidung vom 16. Juli 2019, a. a. O. Rn. 1, 72, 98). Ab dem 1. Januar 2020 werden die Kosten für das Pflegepersonal gemäß § 6a Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG - in der Fassung von Art. 9 Nr. 4 PpSG aus den Fallpauschalen ausgegliedert und über ein eigenes Budget vollständig erstattet.

Gegen die Sperrwirkung des vom Bund im SGB V geregelten Systems einer Mindestpersonalausstattung für alle Krankenhausbereiche kann nicht mit Erfolg eingewendet werden, dass dieses System in §§ 136a Abs. 2, 137i Abs. 3 Satz 1 und 137j Abs. 2 Satz 1 SGB V selbst Ermächtigungen zum Erlass von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und zum Erlass von Rechtsverordnungen enthält. Zunächst macht der Bund nach allgemeiner Ansicht (vgl. Oeter in v. Mangoldt/Klein/Starck, GG, Bd. 2, Art. 72 Rn. 81; Jarass, NVwZ 1996, 1041 <1046>) auch mit dem verfassungsrechtlich durch Art. 80 GG legitimierten Erlass untergesetzlicher Normen von seiner Gesetzgebungskompetenz im Sinne des Art. 72 Abs. 1 GG Gebrauch. Für die Sperrwirkung kommt es dann darauf an, ob das durch parlamentarisch-gesetzliche Ermächtigung und Ausfüllung dieser Ermächtigung geschaffene Regelungssystem - wie hier - erschöpfend und abschließend ist. Darüber hinaus tritt die Sperrwirkung selbst für den Fall ein, dass der Bund eine von ihm erlassene Ermächtigungsgrundlage nicht oder jedenfalls noch nicht genutzt und ausgefüllt hat, sofern die gesetzliche Ermächtigungsnorm bereits ein detailliertes Programm vorsieht und damit deutlich bekundet hat, die Materie selbst regeln zu wollen (vgl. Degenhart, a. a. O., Art. 72 Rn. 26).

Entsprechendes kann hier für § 137j SGB V festgestellt werden. Zwar ist der dort niedergelegte Regelungsmechanismus offenbar im Verzug, weil zurzeit - soweit für den Verfassungsgerichtshof ersichtlich - nicht einmal die Ermittlung der Pflegepersonalquotienten, die bis zum 31. Mai 2020 vorgesehen war, erfolgt ist und somit schon deshalb die Verordnung nach § 137j Abs. 2 Satz 1 SGB V nicht erlassen werden konnte. Doch führt diese Verzögerung nicht dazu, an der fortbestehenden Absicht des Bundesgesetzgebers, die Personalausstattung in den Krankenhäusern selbst erschöpfend zu bestimmen, zu zweifeln. Dafür kann auch der auf Bundesebene nunmehr vorliegende Referentenentwurf für ein Gesetz zur Weiterentwicklung

der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG -) mit dem Bearbeitungsstand 23. Oktober 2020 als Beleg dienen. Danach sind zahlreiche bundesrechtliche Änderungen auch im Leistungserbringungsrecht nach §§ 135 ff. SGB V in der Diskussion.

Schließlich kann für das Bestehen einer Landesgesetzgebungskompetenz für den Gesetzentwurf der Trägerin des Volksbegehrens nicht erfolgreich angeführt werden, die im Bundesrecht bestehenden Öffnungsklauseln vermittelten eine solche Befugnis. Wenn § 136b Abs. 2 Satz 4 SGB V und § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG Ergänzungen durch die Länder im Hinblick auf Qualitätsanforderungen zulassen, so gilt dies zunächst für beide Öffnungsklauseln allein in Bezug auf Beschlüsse und Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, nicht also hinsichtlich der gesetzlichen Vorgaben in §§ 136a Abs. 2, 137i und 137j SGB V. Davon abgesehen wären Aufbesserungen der im Bundesrecht detailliert beschriebenen und festgesetzten Pflegepersonalausstattung auf diesem Wege ausgeschlossen (vgl. Hamburgisches Verfassungsgericht, Urteil vom 7. Mai 2019, a. a. O., juris Rn. 93 f.; Becker, in: Becker/Kingreen, SGB V, a. a. O., § 136b Rn. 3).

Schließt die von Art. 72 Abs. 1 GG durch die bundesgesetzlichen Regelungen ausgelöste Sperrwirkung mithin eine Gesetzgebungskompetenz des Landes Berlin zum Erlass eines Gesetzes mit dem Inhalt von Art. 1 Nrn. 3, 6 und 7 des Gesetzentwurfs der Trägerin des Volksbegehrens aus, so hat allein dies die Folge, dass der mit der Vorlage gestellte Antrag begründet ist. Können die Ergänzungen durch den geplanten § 6a sowie die Änderungen der §§ 22a und 26 Abs. 3 nicht in das Landeskrankenhausgesetz des Landes Berlin eingefügt werden, so ist dem Volksbegehren gewissermaßen das "Herzstück" entzogen.

Zwar enthält der Gesetzentwurf der Trägerin des Volksbegehrens mit den vorgesehenen Bestimmungen zu Melde- und Veröffentlichungspflichten, Mindestinvestitionen, Reinigungspersonal und Reinigungsstandards sowie zur Zuständigkeit der Patient*innenfürsprecher*innen weitere Anliegen, die nicht in einem unauflöslichen Zusammenhang mit der Pflegepersonalausstattung stehen; doch kommt die teilweise Zulassung des Volksbegehrens nicht in Betracht. Kann mit den Vorschriften zur Pflegepersonalausstattung der Kern des Gesetzentwurfs im Landesrecht Berlins nicht umgesetzt werden, so stellt der verbleibende Teil wegen der zentralen Bedeutung des nicht umsetzbaren Teils den Rest eines Gesetzentwurfs dar, von dem nicht

angenommen werden kann, dass er vom Willen der 40.077 gültigen Unterstützungsunterschriften umfasst ist (vgl. insoweit bereits: Urteil des VerfGH vom 13. Februar 2013 - VerfGH 32/12 -, juris Rn. 78 ff.)

Es kommt danach für die verbleibenden Teile nicht mehr darauf an, ob auch für sie Zulässigkeitsbedenken bestehen. Namentlich kann offen bleiben, ob die im Gesetzentwurf vorgenommene Verbindung mehrerer Gegenstände gegen das vom Verfassungsgerichtshof in seinem Beschluss vom 18. November 2020 (VerfGH 173/19) im Grundsatz bestätigte Koppelungsverbot verstößt, dessen Wirksamkeit allerdings in der Entscheidung für den dort zu beurteilenden Sachverhalt verneint worden ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 33 Abs.1, 34 Abs. 2 VerfGHG.

Selting	Dr. Seegmüller	Alagün
Dr. Burholt	Dr. Gräfin von Galen	Hilbrans
Kipp	Prof. Dr. Lembke	Prof. Dr. Schönrock

Anlage 1

Februar 2019
9223-1055

Gesetz

zur Verbesserung der Patient*innensicherheit im Krankenhaus

Artikel 1

Änderung des Landeskrankenhausgesetzes von Berlin (LKG) (in der Fassung vom 18. September 2011, zuletzt geändert am 02.02.2018)

1. Ergänzung § 3
Dem § 3 wird folgender Absatz 5 angefügt:

(5) „Unter den Begriffen „pflegerische Hilfeleistung", „pflegerische Versorgung" (Vgl. § 3 Abs. 1 LKG) und „Krankenpflege" als Teil der stationären Krankenhausbehandlung (Vgl. § 39 Abs. 1 SGB V), wird die Gesamtheit aller pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung einer akuten Erkrankung, einer Verletzung, der Verschlechterung einer chronischen Erkrankung, der Versorgung von Frauen vor, während und nach der Geburt und von gesunden Neugeborenen, sowie der Gesundheitsförderung verstanden. Sie ist stets an eine ärztliche Diagnose gebunden. Die Krankenpflege ist Aufgabe des Pflegepersonals."

2. Ergänzung § 5
Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Der Krankenhausbeirat tagt mindestens zweimal im Kalenderjahr."

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

„§ 6a Qualitätsanforderungen und Mindestpersonalbemessung.

(1) Die gemäß § 6 Abs. 2 Nr. 2 in den Krankenhausplan aufzunehmenden Qualitätsanforderungen haben insbesondere auch Regelungen zu Mindestpersonalzahlen für den Bereich der stationären Krankenhausbehandlung zu enthalten. Durch Rechtsverordnung können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und –kontrolle bestimmt werden.

(2) Als Pflegepersonal im Sinne dieses Gesetzes werden Pflegefachpersonen mit einer mindestens dreijährigen staatlich anerkannten, abgeschlossenen Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder)-Krankenpflege oder einem vergleichbaren primärqualifizierenden Studium verstanden. Als Fachpersonen, die an der stationären Krankenhausbehandlung mitwirken und für die daher Qualitätsanforderungen und Mindestpersonalzahlen gelten sollen, werden alle Berufsgruppen mit einem Examen nach einer mindestens dreijährigen Ausbildung oder einem gleichwertigen Studium verstanden.

(3) Für die akut-stationäre Krankenhausbehandlung erfolgt die Bedarfsermittlung für Pflegepersonal in der unmittelbaren Patient*innenversorgung für die Tagesschichten auf Grundlage der Ursprungsfassung der Pflege-Personal-Regelung (PPR, entsprechend der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt vom 21. Dezember 1992. Die entsprechende Regelung ist als Anlage 2 diesem Gesetz beigefügt). Der Mindestbedarf der Minutenwerte für die Pflegestufe A4 wird ergänzend zur PPR in der Fassung vom 21. Dezember 1992 wie folgt festgesetzt:

Erwachsene

	S1	S2	S3
A4	289	299	325

Kleinkinder

	S1	S2	S3
A4	356	439	558

Jugendliche

	S1	S2	S3
A4	350	433	552

Der*die Patient*in wird in die Pflegestufe A4 gem. PPR eingestuft, wenn die Pflegestufe A3 sowie mindestens 6 dokumentierte Aufwandspunkte im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) in der jeweils gültigen Fassung oder einer diese Berechnung ersetzenden Systematik vorliegen. Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt täglich. Die Ermittlung der Personalstellen in Vollzeitäquivalente erfolgt gemäß § 7 Anlage 2 zu diesem Gesetz (PPR) für jede Station. Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten, Personal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. Die Nachtschichten sind so zu besetzen, dass die Anzahl der Pflegefachpersonen in der somatischen Erwachsenenpflege sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit richtet, mindestens jedoch in einem Verhältnis 1:15. Eine Pausenablösung ist zu garantieren.

(4) Für die Patient*innenversorgung in Intensiv- und Überwachungsbereichen wird das notwendige Patient*innen-Pflegepersonal-Verhältnis in drei Betreuungsstufen voneinander abgegrenzt:

1. Hoch-Intensiver Versorgungsbedarf: mindestens eine Pflegefachperson betreut eine*n Patient*in in jeder Schicht
2. Intensiver Versorgungsbedarf: eine Pflegefachperson betreut maximal zwei Patient*innen in jeder Schicht
3. Überwachung: eine Pflegefachperson betreut maximal drei Patient*innen in jeder Schicht.

(5) Für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen sind die Bestimmungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses in seiner jeweils gültigen Fassung zu befolgen. Für alle Früh- und Reifgeborenen, die nicht unter diese Richtlinie fallen, gelten die Vorgaben nach Abs. 4.

(6) Des Weiteren gelten folgende Personalvorgaben:

1. Operationssaal: Zwei Fachpersonen pro laufendem Operationssaal oder einer laufenden Operation außerhalb des OP-Bereichs;
2. Anästhesie: Für die Dauer einer Anästhesie betreut eine Pflegefachperson maximal eine*n Patient*in. Die Dauer der Anästhesie definiert den Zeitraum von der Übernahme des*der Patient*in zur Vorbereitung und Durchführung der Anästhesie bis zur Übergabe des*der Patient*in an einen nachfolgenden, betreuenden Bereich;
3. Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie: Zwei Fachpersonen für eine laufende Diagnostik;
4. Dialyse: Eine Fachperson pro zwei Dialysepatient*innen;
5. Die Besetzung von Bereichen wie Rettungsstellen und Radiologie erfolgen nach Bedarfsanalysen;
6. In geriatrischen Einheiten sind die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie anzuwenden;
7. Kreißsaal:
   Eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger pro zwei Gebärende bei nicht-pathologischer Geburt,
   Eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger pro Gebärender bei pathologischer Geburt sowie für jede Mehrlingsgeburt: Hebammen bzw. Entbindungspfleger in der Anzahl der zu erwartenden Neugeborenen.

(7) Zur Ermittlung des absoluten Personalbedarfs in den Bereichen nach Abs. 6 sind sowohl der prozedurenbezogene Personalbedarf als auch der Personalbedarf für die darüberhinausgehenden organisatorischen Aufgaben, inklusive der Dokumentation, zu ermitteln.

(8) Für Bereiche, die insbesondere relevant für die Einhaltung hygienischer Standards sind, hat die zuständige Senatsverwaltung über eine Verordnung eine Konkretisierung der Personalvorgaben auf Grundlage des Stands der Wissenschaft und der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts in den jeweils geltenden Fassungen zu erlassen. Durch Rechtsverordnungen können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und Kontrolle bestimmt werden.

(9) In Bereichen, für die Genehmigungen (z.B. Zertifizierungen, Akkreditierungen, Zulassungen) vorliegen, sind die Personalvorgaben entsprechend der Genehmigungen auszuweisen und zur Grundlage der Personalplanung zu machen."

4. Ergänzung § 10
Dem Absatz 3 wird folgende Formulierung angefügt:

„Die Krankenhäuser haben Anspruch auf die Übernahme ihrer nach KHG förderfähigen Investitionskosten in Höhe von 8,6% der jährlichen, krankenhausindividuellen bereinigten Kosten. Bis zu der so bestimmten Förderhöhe werden die Investitionen für die einzelnen Krankenhäuser durch das Land getragen, sofern sie entsprechend der Vorschriften dieses Gesetzes geltend gemacht wurden."

5. Ergänzung § 22
Dem Absatz 1 werden folgende Formulierungen angefügt:

„In Ergänzung gelten folgende Vorgaben:

(1) Krankenhäuser müssen das erforderliche Personal vorhalten, um die Anforderungen hygienischer Standards erfüllen zu können. Dies gilt insbesondere auch für das durchführende Reinigungspersonal.

(2) Das Reinigungspersonal muss mindestens eine Grundschulung zu krankenhausspezifischen Anforderungen an Reinigungsarbeiten erhalten. Ebenso müssen alle Reinigungskräfte, die Kontakt mit Patient*innen haben, eine Schulung im Umgang mit den Patient*innen erhalten.
(3) In Infektions- und Risikobereichen (u.a. Operationssäle und Intensivstationen) dürfen zur Vermeidung von Infektionsübertragung nur dauerhaft beschäftigte und entsprechend geschulte Reinigungskräfte eingesetzt werden.
(4) Reinigungskräften sollen feste Reviere zugewiesen werden. Springer*innen sollen auf einer begrenzten Anzahl von Revieren eingesetzt werden.
(5) Die Reviergrößen der Reinigungskräfte müssen es ermöglichen, in der vorgegebenen Zeit die vorgeschriebenen Reinigungsmaßnahmen zu erfüllen.
(6) Besonderheiten der Stationen sind zu berücksichtigen, insbesondere, aber nicht abschließend:
   1. Verstärkte Verschmutzungen durch spezifische Krankheitsbilder (z.B. dermatologische Erkrankungen)
   2. Verstärkte Störungen, z.B. durch Arbeitsabläufe, Patient*innenverhalten, insbesondere auf psychiatrischen Stationen
   3. Bauliche Besonderheiten (z.B. mehrere Etagen, alte/renovierungsbedürftige Gebäude)
(7) Zusätzlich zur Unterhaltsreinigung auszuführende regelmäßige und unregelmäßige Arbeiten sind in der Personalplanung und der Zuweisung von Reviergrößen zu berücksichtigen.
(8) Die regelmäßigen Ausfallzeiten durch Urlaub, Krankheit und Weiterbildung/Fortbildung sind in der Personalbedarfsberechnung und -planung zu berücksichtigen.
(9) In Risikobereichen nach Empfehlung des Robert-Koch-Instituts ist während des Betriebes die ständige Präsenz einer Reinigungskraft zu gewährleisten.
(10) „Sichtreinigung"/Vornahme von Reinigung nach Augenschein ist in patientennahen Bereichen und Aufenthaltsräumen des Personals verboten.
(11) Desinfektionen dürfen nur von staatlich geprüften Desinfektor*innen (nach abgelegter Fachweiterbildung) durchgeführt werden. Um eine ausreichende Zahl von Desinfektor*innen auszubilden, ist dem vorhandenen Reinigungspersonal die Möglichkeit zu gewähren, die entsprechenden Fortbildungen zu besuchen."

6. Neufassung § 22a
Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt

„§ 22a Qualitätssicherung

(1) Entsprechend § 135a Abs. 1 SGB V sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet, eine den fachlichen Erfordernissen entsprechende Qualität ihrer Leistungen zu gewährleisten. Zur Erfüllung dieser Pflicht treffen sie insbesondere die nach §§ 135 bis 139c Sozialgesetzbuch V vorgesehenen Maßnahmen.

(2) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die nach §6a und §22 ermittelten Personalvorgaben einzuhalten und das benötigte Personal in jeder Schicht vorzuhalten. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegefachpersonal entsprechend § 6a Abs. 3 notwendige Software vorzuhalten. Des Weiteren sind sie dazu verpflichtet ein Bemessungssystem vorzuhalten, über das die Abgrenzung der drei Betreuungsstufen für Intensiv- und Überwachungsbereiche gemäß § 6a Abs. 4 vorgenommen wird.

(3) Die Krankenhäuser erstellen jährlich eine Personalplanung für jede Station und jeden Bereich, die die in § 6a und § 22 festgelegten Vorgaben erfüllt. Auf Grundlage der ermittelten Planwerte wird eine monatliche Soll-Schichtplanung für

jede Station und jeden Bereich erstellt. Dabei sind die Erfahrungswerte des vorherigen Jahres in Bezug auf Leistungsentwicklung der jeweiligen Stationen und Bereiche zu berücksichtigen. Ausfallzeiten sind einzuplanen. Absehbare Leistungssteigerungen und Kapazitätsausweitungen sind in die Ermittlung des Personalbedarfs einzubeziehen. Ist absehbar, dass die Personalvorgaben temporär oder dauerhaft nicht erfüllt werden können, ist dies der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung zu melden und auch innerhalb einer Berichtsperiode ein entsprechendes Verfahren nach Abs. 4 einzuleiten.

(4) Kann ein Krankenhaus die Vorgaben nach § 6a und § 22 nicht einhalten, so legt es der zuständigen Senatsverwaltung dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. Werden die Personalvorgaben nicht eingehalten, vereinbart das Krankenhaus mit der zuständigen Behörde spätestens nach Ablauf von zwei Berichtsperioden Maßnahmen zur Einhaltung des durch die Mindestpersonalzahl definierten Personal-Patient*innen- Verhältnisses. Hierfür sind, soweit für die Aufrechterhaltung dieses Verhältnisses erforderlich, die Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich zu reduzieren. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 nicht zustande oder erfüllt ein Krankenhaus diese Vereinbarung nicht, so kann die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung die Aufnahme des Krankenhauses oder einzelner Bereiche des Krankenhauses aus dem Landeskrankenhausplan widerrufen."

7. Ergänzung § 26
Dem § 26 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Die Krankenhäuser melden der für das Gesundheitswesen zuständigen Senatsverwaltung halbjährlich die Soll-Werte der nach § 6a und § 22 berechneten Personalzahlen sowie die Ist-Werte für jede Station und jeden Bereich für den vorangegangenen Zeitraum. Die Zahlen sind öffentlich zu machen. Das Nähere zum Meldeverfahren sowie zur Veröffentlichungspflicht regelt der Senat des Landes Berlin 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 zuträglich sind. Liegen die Ist-Werte unterhalb der Soll-Werte, ist dies der Senatsverwaltung auch innerhalb einer Berichtsperiode zu melden und ein Verfahren nach § 22a Abs. 4 einzuleiten."

8. Ergänzung § 30
Dem § 30 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Patient*innenfürsprecher*innen der einzelnen Krankenhäuser sind durch die Krankenhäuser über den Personalbedarf nach den Vorgaben nach § 6a und § 22 sowie die Maßnahmen nach § 22a Abs. 4 zu informieren. Sie sind in die Verfahren nach § 22a einzubeziehen und können in den Verfahren Empfehlungen an die zuständige Senatsverwaltung aussprechen. Die Umsetzung der Vorgaben nach diesem Gesetz und die Maßnahmen nach § 22a dieses Gesetzes können die Patient*innenfürsprecher*innen jährlich gegenüber der Bezirksverordnetenversammlung im Rahmen der Vorstellung Ihres Erfahrungsberichts darlegen. In die Diskussion zu diesem Bericht sind sie als Verfahrensbeteiligte einzubeziehen. Zudem wird dem Abgeordnetenhaus jährlich ein Gesamtbericht über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und Personalvorgaben, sowie über die ergriffenen Maßnahmen nach § 22a Abs. 4 vorgelegt."

Artikel 2

Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

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

(2) Die für das Gesundheitswesen zuständige Senatsverwaltung 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 über die jährliche Investitionsförderung hinausgeht. Der ermittelte Investitionsbedarf ist im Rahmen der Haushaltsplanung zu berücksichtigen.

(3) Die Regelungen unter §6a und §22 werden spätestens 12 Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes in den Krankenhausplan übernommen. Die Maßnahmen nach § 22 a Abs. 4 werden erstmals 24 Monate nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wirksam.

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