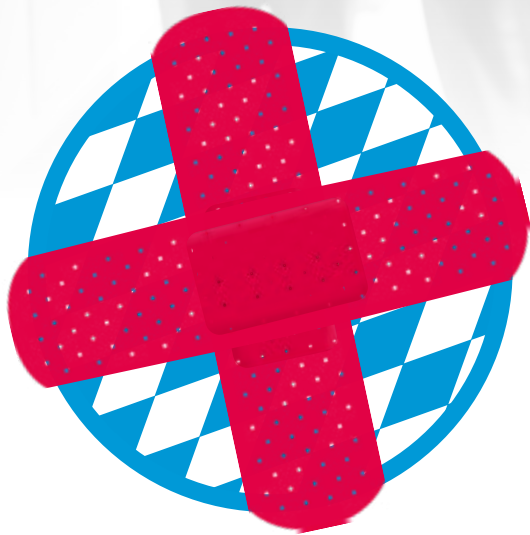




Gesetzestext



Volksbegehren
STOPPT DEN
PFLEGENOTSTAND
an Bayerns
Krankenhäusern

- **Für mehr Personal im Krankenhaus durch feste Personal-Patient*innen-Schlüssel**
- **Bessere Gesundheitsversorgung für alle**

JETZT AKTIV WERDEN
UND UNTERSCHREIBEN

Wichtige Anmerkungen! Bitte lesen!

Informationen zur Unterschriftenliste

Listen bitte auf keinen Fall kopieren oder abtrennen!
Die Unterschriften sind sonst ungültig.
Bitte senden Sie uns Listen – auch nicht vollständig ausgefüllte – spätestens bis zum 05.10.2018 per Post an:
*Volksbegehren Pflegenotstand,
c/o Harald Weinberg MdB Die Linke
Äußere Cramer-Klett-Straße 11-13
90489 Nürnberg*

Eine Übersicht der Orte, an denen Unterschriftenlisten direkt abgeholt oder abgegeben werden können, finden Sie hier:

www.stoppt-pflegenotstand.de/listen

Unterschriftenlisten können bestellt werden unter:

info@stoppt-pflegenotstand.de

Bitte rufen Sie uns an, wenn Sie Fragen zu den Unterschriftenlisten haben: 0163 6742510

Was Sie tun können, um das Volksbegehren zu unterstützen:

- Selbst unterschreiben
- Im eigenen Bekanntenkreis und/oder am Arbeitsplatz Unterschriften sammeln.
- *Mit Ihrer Spende das Volksbegehren unterstützen:
Harald Weinberg | IBAN: DE92 7656 0060 0101 3636 54
Stichwort: Volksbegehren Pflegenotstand
Online spenden unter
www.stoppt-pflegenotstand.de/#spenden*
- Weitere Informationen, Materialien und Termine unter www.stoppt-pflegenotstand.de

GEMEINSAM STOPPEN WIR DEN PFLEGENOTSTAND!

Begründung des Gesetzesentwurfs

Jeder Mensch kann plötzlich auf eine Behandlung und Pflege in einem Krankenhaus angewiesen sein. Voraussetzung einer guten Qualität bei der Versorgung sind eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung, ausreichende Investitionen für Krankenhäuser und genügend gut ausgebildete und motivierte Fachleute in allen Gesundheitsberufen.

In den bayerischen Krankenhäusern herrscht wie im Rest der Bundesrepublik Personalmangel, besonders in der Pflege und besonders in den Ballungsräumen. Im Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals gibt das Bundesgesundheitsministerium zu: „Die Arbeit hat sich für viele Beschäftigte in der Alten- und Krankenpflege in den letzten Jahren sehr verdichtet.“

Die Krankenhausfinanzierung über sogenannte Fallpauschalen hat dazu geführt, dass immer mehr Behandlungen durchgeführt werden. Gleichzeitig zwingen der politisch gewollte Konkurrenzkampf, das Gewinnstreben privater Unternehmen und die gesetzwidrige Weigerung des Freistaates Bayern, die Investitionskosten vollständig zu tragen, praktisch alle Krankenhäuser dazu, Kosten zu senken. Meistens geschieht das in Form von Personaleinsparungen und Arbeitsverdichtung.

Unter diesem permanenten Druck und der zunehmenden Gewissheit, den Patientinnen und Patienten nicht mehr gerecht werden zu können, haben in den letzten Jahren viele Pflegefachpersonen für sich selbst die Notbremse gezogen. Sie haben auf Teilzeit reduziert oder das Krankenhaus ganz verlassen. Deutschland belegt in Vergleichen mit anderen Industrieländern schon seit vielen Jahren einen der hinteren Ränge: So werden Patientinnen und Patienten in Japan, aber auch im Nachbarland Dänemark, von mehr als doppelt so vielen Pflegefachpersonen versorgt. Auch der Freistaat Bayern hat dieser Entwicklung bislang tatenlos zugesehen.

Ungenügende Pflege ist unanständig, sie missachtet die Würde von Patientinnen und Patienten ebenso wie von

gehetzten und frustrierten Pflegefachpersonen. Sie fügt Patientinnen und Patienten vermeidbare Gesundheitsschäden zu. Große internationale Studien haben erwiesen: Bei besserer Personalbesetzung in der Pflege entstehen weniger Komplikationen, die Sterblichkeit sinkt.

Bisher gibt es keine gesetzlichen Personalvorgaben, um die Qualität der Patientinnen- und Patientenversorgung im Krankenhaus konkret zu verbessern – weder auf Landes- noch auf Bundesebene. Das muss geändert werden!

Seit 2016 dürfen Qualitätsanforderungen zur Krankenhausplanung auch auf Landesebene festgelegt werden (§ 6 Abs. 1a KHG). Ziel ist eine verbindliche Pflege-Personalbemessung, die für alle Stationen und Funktionsbereiche und für alle Patientinnen und Patienten gilt. Dieses Gesetz soll die Voraussetzungen für mehr Menschlichkeit und Zuwendung in den Krankenhäusern schaffen. Außerdem soll es Krankenhausinfektionen und die Verbreitung von multiresistenten Erregern in unseren Krankenhäusern vermeiden.

Nach allem was bisher bekannt ist, sind von der Festlegung von Personaluntergrenzen allenfalls minimale Verbesserungen in einzelnen Bereichen der unterbesetztesten Krankenhäuser zu erwarten. Der aktuelle Bundesgesetzentwurf zur Stärkung des Pflegepersonals soll absehbar zusätzliche Stellen in der Pflege schaffen. Jedoch schreibt nur das hier vorliegende Gesetz eine stationsbezogene Personalbemessung vor. Maßgeblich sollen die pflegerischen Bedürfnisse einer jeden Patientin und eines jeden Patienten sein!

Das durch das Volksbegehren herbeizuführende Gesetz wird die personellen Voraussetzungen für eine gute Pflege in Bayerns Krankenhäusern schaffen. Dazu werden bedarfsgerechte Personalschlüssel für alle Stationen und Funktionsbereiche gesetzlich festgelegt, auch für Hygiene und Reinigung. Zudem wird Transparenz geschaffen, ob die Regelungen umgesetzt werden. Für den Fall, dass die Qualitätsziele nicht eingehalten werden, sind Konsequenzen festgelegt.

Antrag auf Zulassung des Volksbegehrens „Stoppt den Pflegenotstand an Bayerns Krankenhäusern“

An das Bayerische Staatsministerium des Innern und für Integration:

Die unterzeichnenden Stimmberechtigten beantragen ein Volksbegehren gemäß Art. 63 des Landeswahlgesetzes für den folgenden Gesetzesentwurf zuzulassen:

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG)

§ 1 Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes

Das Bayerische Krankenhausgesetz (BayKrG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 28. März 2007 (GVBl. S. 288, BayRS 2126-8-G), das zuletzt durch § 2 des Gesetzes vom 13. Dezember 2016 (GVBl. S. 362) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

Nach Art. 4 werden folgende Angaben eingefügt:

- „Art. 4 a Qualitätsanforderungen und verbindliche Regelungen zur Personalbemessung“
- „Art. 4 b Expertenkommission und Vorlagepflicht“
- „Art. 4 c Personalplanung, Sanktionen und Software“
- „Art. 4 c Krankenhaushygiene“

2. Art. 4 wird wie folgt geändert:

- Abs. 1 wird wie folgt geändert:
Satz 2 wird aufgehoben; der bisherige Satz 3 wird zu Satz 2 und wie folgt geändert:
„1§ 6 Abs. 1a KHG ist anzuwenden.“
- Folgender Abs. 2 wird eingefügt:
„(2) Der Krankenhausplan ist ein Rahmenplan, der insbesondere
 - eine Bedarfsanalyse enthält,
 - Versorgungsziele, planungsrelevante Qualitätsindikatoren, weitere Qualitätsanforderungen und Voraussetzungen für die Zulassung zur Notfallversorgung benennt und
 - medizinische Versorgungskonzepte und Informationen zum Leistungsgeschehen enthält.“
- Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3.

3. Nach Art. 4 werden folgende Art. 4 a bis Art. 4 d eingefügt:

Art. 4 a

Qualitätsanforderungen und Regelungen zur Personalbemessung

(1) Die gemäß Art. 4 Abs. 2 Nr. 2 in den Krankenhausplan aufzunehmenden Qualitätsanforderungen haben verbindliche Regelungen zur Personalbemessung für den Bereich der stationären Krankenhausbehandlung zu enthalten.

(2) ¹Als Pflegefachpersonal im Sinne dieses Gesetzes werden ausschließlich staatlich anerkannte Pflegefachpersonen mit einer mindestens dreijährigen abgeschlossenen Ausbildung oder einem gleichwertigen Studium verstanden. ²Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten und Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten nach den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sind diesen gleichgestellt, soweit diese ausschließlich in Operations- oder Anästhesieabteilungen eingesetzt werden.

(3) ¹Für die akutstationäre Krankenhausbehandlung erfolgt die Bedarfsermittlung für Pflegefachpersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung für die Tagesschichten auf Grundlage der Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege in der Fassung vom 21.12.1992 (BGBl. 1992, I, S. 2266, 2316 ff) (PPR). ²Der Mindestbedarf der Minutenwerte für die Pflegestufe A4 wird dabei abweichend von der PPR wie folgt festgesetzt:

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

³Die Patientin oder der Patient wird in die Pflegestufe A4 gem. PPR eingestuft, wenn die Pflegestufe A3 sowie mindestens 6 dokumentierte Aufwandspunkte im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) vorliegen. ⁴Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt täglich.

⁵Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten Pflegefachpersonal im erforderlichen Umfang vorzuzahlen.

⁶Die Nachtschichten sind so zu besetzen, dass die Anzahl der Pflegefachpersonen in der somatischen Erwachsenenpflege sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit richtet, mindestens jedoch in einem Verhältnis 1:15. ⁷In der somatischen Kinderpflege beträgt das Verhältnis mindestens 1:10. ⁸Eine Pausenablosung ist zu garantieren.

(4) ¹Für die Patientenversorgung im Bereich der Intensiv- und Überwachungsstationen wird das notwendige Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu Pflegefachpersonal in drei Betreuungsstufen voneinander abgegrenzt:

- Hoch-intensiver Versorgungsbedarf: Mindestens eine Pflegefachperson betreut einen Patienten oder eine Patientin in einer Schicht.
 - Intensiver Versorgungsbedarf: Eine Pflegefachperson betreut maximal zwei Patientinnen oder Patienten in einer Schicht.
 - Überwachung: Eine Pflegefachperson betreut maximal drei Patientinnen oder Patienten in einer Schicht.
- ²In jeder dieser Betreuungsstufen müssen mindestens 30 % des Pflegefachpersonals die Weiterbildung zur Anästhesie- und Intensivfachpflegekraft erfolgreich abgeschlossen haben.

(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 ihrer jeweiligen gültigen Fassung zu befolgen.

(6) ¹Für Funktionsbereiche gelten folgende Personalvorgaben für die Pflege:

- Operationssaal: mindestens zwei Pflegefachpersonen pro laufendem Operationssaal oder einer laufenden Operation außerhalb des OP-Bereichs,
- Anästhesie: für die Dauer einer Anästhesie eine Pflegefachperson für maximal eine Patientin oder einen Patienten,
- Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie: zwei Pflegefachpersonen für laufende Diagnostik,
- Dialyse: eine Pflegefachperson für maximal zwei Dialysepatientinnen oder -patienten sowie
- Kreislaufsaal: eine Hebamme bzw. eine Entbindungspflegerin oder ein Entbindungspfleger pro zwei Kreißende bei nicht pathologischer Geburt, eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger pro Gebärender bei pathologischer Geburt sowie für jede Mehrlingsgeburt Hebammen bzw. Entbindungspflegerinnen oder Entbindungspfleger in der Anzahl der zu erwartenden

Neugeborenen.

²Die Besetzung von Bereichen wie Notaufnahme und Radiologie erfolgt nach einer Bedarfsanalyse.

³In geriatrischen Einheiten sind die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie in der jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

(7) ¹Für Bereiche, die besonders relevant für die Einhaltung hygienischer Standards sind, hat das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege durch Rechtsverordnung Mindestpersonalvorgaben auf Grundlage des Stands der Wissenschaft und der Empfehlung des Robert-Koch-Instituts in den jeweils geltenden Fassungen zu erlassen. ²Durch Rechtsverordnungen können weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung und Kontrolle bestimmt werden.

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

Art. 4 b

Expertenkommission und Vorlagepflicht

(1) ¹Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege setzt eine Expertenkommission ein, deren Aufgabe die Weiterentwicklung der Personalvorgaben nach diesem Gesetz ist, um diese an den aktuellen Stand der pflegerischen und medizinischen Erkenntnisse anzupassen. ²Diese Expertenkommission wird paritätisch besetzt. ³Der Expertenkommission gehören Vertreterinnen und Vertreter der Staatsregierung, der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen in Bayern und der Landesausschuss Bayern der privaten Krankenversicherung (50%) sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gewerkschaften, der Vereinigung der Pflegenden in Bayern, der Berufsverbände der im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen und der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen nach § 140f SGB V (50%) an. ⁴Die Kommission kann wissenschaftliche Gutachten in Auftrag geben. ⁵Die Staatsregierung hat die nötigen Mittel für die Arbeitsfähigkeit und die fachliche Beratung der Kommission bereitzustellen. ⁶Die Kommission legt binnen zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes dem Bayerischen Landtag einen Abschlussbericht vor. ⁷Dieser bildet die Grundlage für eine Novellierung dieses Gesetzes. ⁸Die Staatsregierung hat dem Bayerischen Landtag spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Gesetzesentwurf vorzulegen.

(2) Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege legt dem Bayerischen Landtag jährlich bis zum 31. Juli einen öffentlichen schriftlichen Bericht für das Vorjahr über die Einhaltung der Qualitätsanforderungen und der Personalvorgaben allgemein und in Bezug auf die einzelnen Krankenhäuser sowie über ergriffene Maßnahmen vor.

Art. 4 c

Personalplanung, Sanktionen und Software

(1) ¹Die Krankenhäuser erstellen eine Personalplanung für jede Station und jeden Bereich, die die Vorgaben des Art. 4 a erfüllt. ²Dabei sind die Erfahrungswerte des vorangegangenen Jahres in Bezug auf Leistungsentwicklung und Ausfallzeiten zu

berücksichtigen. ³Auf Grundlage der ermittelten Planwerte ist eine Soll-Schichtplanung zu erstellen. ⁴Hierbei werden die ermittelten monatlichen Vollkräfte vollständig auf die einzelnen Schichten verteilt. Ausfallzeiten sind einzuplanen. ⁵Ist absehbar, dass die Personalvorgaben nicht erfüllt werden können, teilen die Krankenhäuser dies der zuständigen Behörde mit. (2) ¹Am Ende eines jeden Kalenderjahres erstellt jedes Krankenhaus ein Bericht über die Einhaltung der Personalvorgaben. ²Hat das Krankenhaus die Vorgaben nicht eingehalten, so legt es der zuständigen Behörde dar, welche Maßnahmen es ergriffen hat, um die Vorgaben zu erfüllen. ³Werden die Personalvorgaben am Ende von zwei Berichtsperioden nicht eingehalten, soll die zuständige Behörde Maßnahmen zur Einhaltung des durch die in Art. 4a definierten Vorgaben zur Personalbemessung vereinbaren. ⁴Hierfür soll die Behörde, soweit für die Aufrechterhaltung des Patienten/Patientinnen-Verhältnisses erforderlich, im Sinne einer Einschränkung des Versorgungsauftrages die Betten-, Behandlungs- und Operationskapazitäten für den betroffenen Bereich reduzieren. ⁵Erfüllt ein Krankenhaus die Vereinbarung nicht, soll das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege die Aufnahme des Krankenhauses oder einzelner Abteilungen in den Krankenhausplan widerrufen. ⁶Die Behörde soll geeignete Maßnahmen ergreifen, um eine drohende Unterversorgung abzuwenden. ⁷Krankenhäuser können zu einer strukturierten Zusammenarbeit verpflichtet werden. (3) ¹Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die für die Bedarfsermittlung für Pflegefachpersonal entsprechend Art. 4 a notwendige Software vorzuhalten. ²Des Weiteren sind sie dazu verpflichtet ein Bemessungssystem vorzuhalten, über das die Abgrenzung der drei Betreuungsstufen für Intensivstationen vorgenommen wird.

Art. 4 d Krankenhaushygiene

(1) ¹Krankenhäuser sind verpflichtet die Regeln der

Hygiene entsprechend dem jeweiligen Stand von Wissenschaft und Technik zu beachten und die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erfassung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen zu treffen. ²Dazu müssen die Krankenhäuser das erforderliche Hygienepersonal entsprechend den Empfehlungen der Fachbehörden vorhalten. (2) ¹Das Reinigungspersonal muss mindestens eine Grundschulung zu krankenhausspezifischen Anforderungen an Reinigungsarbeiten nachweisen können. ²Alle Reinigungskräfte, die Kontakt mit Patientinnen oder Patienten haben, müssen zum Umgang mit Patientinnen und Patienten geschult sein. ³Den Reinigungskräften sollen feste Bereiche oder Abteilungen zugewiesen werden. ⁴Die Bereichsgrößen der Reinigungskräfte müssen so bemessen sein, dass die vorgeschriebenen Reinigungsmaßnahmen in der vorgegebenen Zeit erfüllt werden können. ⁵Der Einsatz von Springerinnen und Springern soll nur ausnahmsweise erfolgen. (3) ¹In Infektions- und Risikobereichen werden zur Vermeidung von Infektionsübertragungen nur dauerhaft beschäftigte und entsprechend geschulte Reinigungskräfte eingesetzt. ²Infektions- und Risikobereiche in diesem Sinne sind insbesondere Intensivstationen, Operationsäle und Eingriffsräume sowie Spezialbereiche wie Onkologien und Infektionsstationen. (4) ¹Besonderheiten der Station sind zu berücksichtigen, insbesondere:
- verstärkte Verschmutzung durch spezifische Krankheitsbilder (z.B. dermatologische Erkrankungen),
- verstärkte Störungen, z.B. durch Arbeitsabläufe, Patientinnen- und Patientenverhalten (z.B. Demenz) sowie
- bauliche Besonderheiten (z.B. mehrere Etagen, alte oder renovierungsbedürftige Gebäude).
²Isolationszimmer, in denen Patientinnen und Patienten mit ansteckenden Erkrankungen oder multiresistenten Erregern untergebracht sind, sind von speziell dafür ausgebildetem Reinigungspersonal zu reinigen. (5) ¹Zusätzlich zur Unterhaltsreinigung auszuführende

regelmäßige und unregelmäßige Arbeiten sind in der Reinigungspersonalplanung und der Zuweisung von Reviergrößen von Reinigungskräften zu berücksichtigen.

²Für Ausfallzeiten durch Urlaub, Bildungsurlaub, Fortbildung und Krankheit gilt dies entsprechend.

4. Art. 7 wird wie folgt geändert:

- a) In Abs. 1 wird nach Nr. 10 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nr. 11 bis Nr. 15 eingefügt:
„11. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, ver.di,
12. Interessensvertretung der Patientinnen und Patienten gem. § 140 f SGB V,
13. ein Vertreter oder eine Vertreterin des Marburger Bundes,
14. ein Vertreter oder eine Vertreterin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) und
15. ein Vertreter oder eine Vertreterin der Vereinigung der Pflegenden in Bayern.“
b) Abs. 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) ¹Dem Krankenhausplanungsausschuss obliegt die Kontrolle der Personalvorgaben nach Art. 4a und Art. 4c. Er tagt mindestens zweimal im Jahr. ²Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege berichtet ihm über die Einhaltung von Personalvorgaben sowie über Kapazitätsanpassungen. ³Der Ausschuss nimmt zu den vereinbarten sowie durch das Staatsministerium getroffenen Maßnahmen Stellung.“
c) Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3.
d) Der bisherige Abs. 3 wird Abs. 4

5. Art. 22 wird wie folgt geändert:

- a) Folgender Abs. 2 wird eingefügt:
„(2) Die Regierungen sind zuständige Behörde nach Art. 4 c Abs. 1 S. 6 und Abs. 2 S. 2, 3, 4 und 6.“
b) Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3.
c) Der bisherige Abs. 3 wird Abs. 4.
d) Der bisherige Abs. 4 wird Abs. 5.

§ 2 Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am in Kraft.

Zur Begründung im Einzelnen:

Zu § 1

Inhaltsangabe

Die Inhaltsangabe ist anzupassen.

Zu Art. 4 Abs. 2

Der Krankenhausplan wird definiert und der zwingende Inhalt des Krankenhausplans beschrieben.

Zu Art. 4 a

Mit den vorliegenden Änderungen werden für alle Krankenhäuser in Bayern einheitliche und verbindliche Regelungen für die Personalbemessung für Pflegefachpersonen vorgeschrieben. Als Grundlage der Bedarfe an Pflegefachpersonen dient die in der Wissenschaft und unter Fachleuten bewährte Pflege-Personal-Regelung.

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. Einbezogen werden die besonderen Anforderungen der stationären Versorgung im Bereich der Intensivpflege sowie in Funktionsbereichen.

Mit Absatz 2 wird festgelegt, dass lediglich Pflegefachpersonal in die Bedarfsplanung der Personal-Patienten-Relationen einberechnet werden dürfen. Absatz 3 bis 6 legen den Personalbedarf für besonders personalintensive Bereiche fest.

Nach Absatz 7 das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege durch Rechtsverordnung Mindestpersonalvorgaben auf Grundlage des Stands der Wissenschaft und der Empfehlung des Robert-Koch-Instituts festzulegen.

In Absatz 8 wird eine Expertenkommission eingesetzt zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Instrumente der Personalbemessung eingesetzt. Die Staatsregierung wird mit der Erstellung eines Gesetzentwurfes auf Grundlage der Ergebnisse der Expertenkommission beauftragt.

Absatz 9 legt die jährliche Berichtspflicht gegen über dem Bay. Landtag fest.

Zu Art. 4 b

Absatz 1 schreibt den Krankenhäusern vor, ihre Personalplanung entlang der Erfahrungen des letzten Jahres auszurichten. Somit werden Ausfallzeiten des Personals realistisch abgebildet und saisonale Schwankungen ausgeglichen.

Absatz 2 schreibt ein gestuftes Sanktionsverfahren bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen vor. Die Sanktionen greifen bei Nichteinhaltung nach zwei Berichtsperioden. Die zuständige Behörde soll unvorhersehbare Schwierigkeiten (wie z.B. Erkrankungen des Pflegefachpersonals bei einer Grippeperiode) berücksichtigen. 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 Bayern vorzuhalten.

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 bayerischen Krankenhäusern ist eine Erfassung der PPR bereits gewährleistet.

Zu Art. 4 c

Es wird eine Expertenkommission durch das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege eingesetzt.

Ihre Aufgabe ist es die Instrumentarien zur Personalbemessung weiterzuentwickeln. Die Kommission soll paritätisch besetzt werden. Staatsregierung hat dem Bayerischen Landtag auf Grundlage der Ergebnisse der Expertenkommission drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Novellierung des Gesetz zur Beschlussfassung vorzulegen.

Zu Art. 4 d

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

Zu Art. 7

Der Krankenhausplanungsausschuss kontrolliert die Personalvorgaben. Er tagt mindestens zweimal im Jahr. Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege wird verpflichtet über die Einhaltung von Personalvorgaben sowie über Kapazitätsanpassungen zu berichten. Der Ausschuss nimmt dazu Stellung.

Der Krankenhausplanungsausschuss wird um Vertreterinnen und Vertreter der Berufsverbände, der Gewerkschaft ver.di und der Patientinnen und Patienten ergänzt.

Zu Art. 22

Die zuständige Behörde für Sanktionen bei Nichteinhaltung der verbindlichen Regelungen zur Personalbemessung sind die Regierungen. Ihnen obliegt die Einleitung des Sanktionsverfahrens bei anhaltendem Verstoß gegen die Mindestanforderungen.

Zu § 2:

§ 2 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.