

Titel:

Keine Zulassung eines Volksbegehrens zum "Pflegernotstand" an Krankenhäusern

Normenketten:

GG Art. 72 Abs. 1, Art. 74 Abs. 1 Nr. 12, Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a

BV Art. 7 Abs. 2, Art. 64 Abs. 1 S. 1, Art. 67, Art. 71

Leitsätze:

1. Zur Frage der Zulassung eines Volksbegehrens zur Einführung von Vorgaben für die Pflege in Krankenhäusern. (Rn. 52 – 122)

2. Der dem Volksbegehren zugrunde liegende Gesetzentwurf ist mit Bundesrecht unvereinbar, da dem Landesgesetzgeber nach Art. 72 Abs. 1 GG die Gesetzgebungskompetenz fehlt. (Rn. 52 – 101)

3. a) Die auf der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG beruhenden bundesgesetzlichen Normierungen zur Bemessung und Finanzierung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern und zu Personaluntergrenzen insbesondere in § 136 a Abs. 2, §§ 137 i und 137 j SGB V versperren die Möglichkeit einer landesrechtlichen Regelung derselben Materie. (Rn. 61 – 91)

4. b) Es sind keine Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass der Bundesgesetzgeber durch die erschöpfende Regelung der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern die ihm nach dem Grundgesetz zustehenden Gesetzgebungszuständigkeiten überschritten hätte. (Rn. 79)

5. c) Die im Bundesrecht enthaltenen Öffnungsklauseln (§ 136 b Abs. 2 Satz 4 SGB V, § 6 Abs. 1 a Satz 2 KHG) erlauben keine Regelungen der Länder zur Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal. (Rn. 92 – 94)

6. Die Staatsregierung hat grundsätzlich selbst darüber zu befinden, ob und in welcher Weise sie von dem ihr in Art. 71 BV eingeräumten Gesetzesinitiativrecht Gebrauch machen will. Der Volksgesetzgeber darf die Staatsregierung nicht zur Vorlage eines Gesetzentwurfs verpflichten. (Rn. 102 – 106)

7. Die sich aus Art. 74 Abs. 2 i. V. m. Art. 7 Abs. 2 BV ergebende Abstimmungsfreiheit ist verletzt, wenn in der Begründung des Volksbegehrens in einer für die Abstimmung relevanten Weise die geltende Rechtslage unzutreffend und unvollständig erläutert wird. Dieser Mangel kann durch das Nachschieben einer ergänzenden Begründung nicht geheilt werden. Das Risiko, dass sich die Rechtslage während des Sammelns von Unterschriften für ein Volksbegehren ändert und die Grundlage für eine Zulassung dadurch möglicherweise entfällt, geht zulasten seiner Initiatoren. (Rn. 107 – 115)

8. Ohne die für unzulässig erachteten Teile wäre das mit dem Volksbegehren verfolgte Anliegen nur noch ein Torso. Der verbleibende Inhalt des Gesetzentwurfs ist daher nicht zulassungsfähig. (Rn. 122)

Schlagworte:

Volksbegehren, Pflegepersonalbedarf, Zulassung, Gesetzgebungskompetenz, Gesundheitsförderung, Krankenhäuser, Sperrwirkung, Öffnungsklauseln, Gesetzesinitiativrecht, Abstimmungsfreiheit

Fundstellen:

BtPrax 2019, 255

BayVBI 2019, 741

DÖV 2020, 34

MedR 2020, 399

BeckRS 2019, 15212

LSK 2019, 15212

Tenor

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens „Stoppt den Pflegernotstand an Bayerns Krankenhäusern“ sind nicht gegeben.

Entscheidungsgründe

I.

1

Gegenstand des Verfahrens ist die Frage, ob die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung eines Volksbegehrens zur Einführung von Vorgaben für die Pflege in Krankenhäusern gegeben sind.

2

Beim Bayerischen Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration wurde am 8. März 2019 der Antrag gestellt, ein Volksbegehren unter dem Titel „Stoppt den Pflegenotstand an Bayerns Krankenhäusern“ zuzulassen. Das Staatsministerium hat mitgeteilt, die Initiatoren hätten nach eigenen Angaben 102.137 Unterschriften gesammelt, sich aber auf die Übergabe eines Teils der Listen mit insgesamt 56.240 Unterzeichnern beschränkt. Es lägen jedenfalls 46.719 gültige Unterschriften vor; von einer Überprüfung der übrigen Unterschriften sei abgesehen worden.

3

Dem Gesetzentwurf des Volksbegehrens ist folgende Begründung vorangestellt (Gesetzentwurf und Begründung im Originalwortlaut):

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.

4

Der Gesetzentwurf des Volksbegehrens lautet:

§ 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:

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

2. Art. 4 wird wie folgt geändert:

a) 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.“

b) Folgender Abs. 2 wird eingefügt:

„(2) Der Krankenhausplan ist ein Rahmenplan, der insbesondere

- 1. eine Bedarfsanalyse enthält,
- 2. Versorgungsziele, planungsrelevante Qualitätsindikatoren, weitere Qualitätsanforderungen und Voraussetzungen für die Zulassung zur Notfallversorgung benennt und
- 3. medizinische Versorgungskonzepte und Informationen zum Leistungsgeschehen enthält.“

c) 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

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 Auf (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 oder Assistenten und Anästhesietechnische Assistentinnen und Assistenten nach den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sind diesen gleichgestellt, soweit diese ausschließlich in Operations- oder Anästhesieabteilungen eingesetzt werden.

(3) ¹Für die 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:

wandspunkte im Rahmen des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) vorliegen. ⁴Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt täglich. ⁵Für Leitungstätigkeiten ist zusätzlich zu den Berechnungen nach Pflegeminuten Pflegefachpersonal im erforderlichen Umfang vorzuhalten. ⁶Die Nachtschichten sind so zu besetzen, dass die Anzahl der Pflegefachpersonen in der somatischen Erwachsenenpflege sich nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit richtet, mindestens jedoch in einem Verhältnis 1:15. ⁷In der somatischen Kinderpflege beträgt das Verhältnis mindestens 1:10. ⁸Eine Pausenablösung ist zu garantieren.

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

1. Hochintensiver Versorgungsbedarf: Mindestens eine Pflegefachperson betreut einen Patienten oder eine Patientin in einer Schicht.

2. Intensiver Versorgungsbedarf: Eine Pflegefachperson betreut maximal zwei Patientinnen oder Patienten in einer Schicht.

3. Überwachung: Eine Pflegefachperson betreut maximal drei Patientinnen oder Patienten in einer Schicht. 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:

1. Operationssaal: mindestens zwei Pflegefachpersonen pro laufendem Operationssaal oder einer laufenden Operation außerhalb des OP-Bereichs,

2. Anästhesie: für die Dauer einer Anästhesie eine Pflegefachperson für maximal eine Patientin oder einen Patienten,

3. Herzkatheter, Angiographie, Endoskopie: zwei Pflegefachpersonen für laufende Diagnostik,

4. Dialyse: eine Pflegefachperson für maximal zwei Dialysepatientinnen oder -patienten sowie

5. Kreißsaal: 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 Gesetzentwurf 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 jährlich 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) "Krankenhäuser 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, Operationssäle 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. Einbezogenen 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 Grippewelle) 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 verdi 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.

II.

5

Das Bayerische Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration hat am 18. April 2019 gemäß Art. 64 Abs. 1 Satz 1 LWG die Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs beantragt, weil es die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens nicht für gegeben erachtet. Der Landesgesetzgeber habe für die in Art. 4 a und Art. 4 c des Volksbegehrensentwurfs vorgesehenen Regelungen zur Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern keine Gesetzgebungsbefugnis (1.). Bedenken bestünden auch im Hinblick auf die Vereinbarkeit dieser Regelungen mit den Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit (2.). Gleiches gelte für die Vorschriften über das Reinigungspersonal (3.). Die in Art. 4 b Abs. 1 Satz 8 BayKrG-E vorgesehene Verpflichtung der Staatsregierung zur Vorlage eines Gesetzentwurfs verletze deren Initiativrecht nach Art. 71 BV (4.). Die dynamische Verweisung in Art. 4 a Abs. 6 Satz 3 des Volksbegehrensentwurfs auf die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie zu den Personalkennzahlen in der Geriatrie begegne Bedenken im Hinblick auf das Demokratie- und das Rechtsstaatsprinzip (5.). Das beantragte Volksbegehren genüge nicht den zur Gewährleistung der Abstimmungsfreiheit zu beachtenden Anforderungen (6.). Dahingestellt bleiben könne, ob der Volksbegehrensentwurf überdies gegen das Koppelungsverbot verstoße (7.) und ob die vorgeschlagenen Regelungen mit

Art. 73 BV vereinbar seien (8.).

6

1. Regelungen über die Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflegepersonal gehörten wegen ihrer Bedeutung für die Qualität der Krankenhausversorgung sowie für die Bemessung der Vergütung für Krankenhausleistungen zum Bereich der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 74 Abs. 1 Nrn. 19 a und 12 GG. Mit den beabsichtigten landesrechtlichen Regelungen über die Personalbemessung sollten nach Auffassung der Initiatoren des Volksbegehrens weitere Qualitätsanforderungen im Sinn des § 6 Abs. 1 a KHG zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden. Dies sei aber nicht zulässig, da diese Regelungen auch für Krankenhäuser anwendbar wären, für die bereits bundesrechtliche Personalbemessungsvorschriften bzw. Personaluntergrenzen gelten würden.

7

a) Im Hinblick auf psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser habe der Bund in der Psychiatrie-Personalverordnung Regelungen für die Bemessung u. a. des Pflegepersonals erlassen. Auf der

Internetseite der Initiatoren des Volksbegehrens werde zwar ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Bereich der Psychiatrie andere gesetzliche Grundlagen einschlägig seien und daher ein Volksbegehren derzeit nicht möglich sei. Dieser nur eingeschränkte Regelungswille komme aber weder im Gesetzestext noch in der Begründung des Volksbegehrensentwurfs zum Ausdruck.

8

Mit der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung habe das Bundesministerium für Gesundheit verbindliche personelle Untergrößen für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern normiert.

9

Das am 1. Januar 2019 in Kraft getretene Pflegepersonal-Stärkungsgesetz habe in § 137 j Abs. 2 SGB V darüber hinaus und nicht begrenzt auf pflegesensitive Bereiche im Krankenhaus eine Verordnungsermächtigung zur Normierung einer Untergröße für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand geschaffen. Ob allein schon diese Ermächtigung eine Sperrwirkung für den Landesgesetzgeber entfalte, obwohl von ihr noch kein Gebrauch gemacht worden sei, könne angesichts der zuvor dargestellten Regelungskomplexe dahingestellt bleiben.

10

aa) Die bundesrechtlichen Normen enthielten keine Ermächtigung der Länder zu eigenen Bestimmungen über die Personalbemessung. Eine Öffnung zugunsten der Länder lasse sich für die Krankenhäuser außerhalb des Geltungsbereichs der Psychiatrie-Personalverordnung auch nicht damit begründen, dass sich dort die bundesrechtlichen Regelungen auf Vorgaben für Personalmindestgrößen beschränkten und keine Personalbemessungsvorschriften vorsähen. Eine Mindestgröße sei schon ihrem Wortsinn nach nicht darauf gerichtet, eine diese Größe überschreitende Personalausstattung auszuschließen. Im Gegenteil würden Krankenhaussträger durch den mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz seit 1. Januar 2019 geschaffenen Anspruch auf vollständige Erstattung der Kosten für zusätzliche oder aufgestockte Pflegepersonalstellen sogar zur Einstellung von mehr Pflegepersonal ermutigt.

11

Personalbemessungsregelungen gäben im Übrigen der Sache nach ebenfalls nur Personalmindestausstattungen vor. Hinzu komme, dass die Personalbemessungsvorschriften des Volksbegehrensentwurfs je nach den konkreten Gegebenheiten in einer Station teilweise sogar hinter den bundesrechtlichen Personalvorgaben zurückblieben.

12

bb) Die bundesrechtlichen Vorschriften seien auch nach ihrem Regelungszweck nicht darauf gerichtet, weitergehende oder abweichende landesgesetzliche Normen zuzulassen, da sich sonst ein bundeseinheitliches Vergütungssystem und ein gleiches Versorgungsniveau nicht gewährleisten ließen. Dem abschließenden Charakter der Bundesvorschriften stehe nicht entgegen, dass die Krankenhausplanung grundsätzlich Sache der Länder sei. Das schließe bundesgesetzliche Regelungen mit dem Ziel der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nicht aus, die Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und -organisation haben könnten. Fragen der Personalstärke in einem Krankenhaus, die eventuell für die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses und insoweit auch für die Krankenhausplanung Bedeutung hätten, seien zugleich und notwendigerweise Faktoren für die Vergütung von Krankenhausleistungen.

13

b) Darüber hinaus bestehe im Besonderen keine Befugnis zur Landesgesetzgebung für Sanktionsvorschriften bei Verstößen gegen landesrechtliche Qualitätsvorgaben bei der Krankenhausplanung, wie sie der Volksbegehrensentwurf in Art. 4 c vorsehe. Der Bund habe die Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung von planungsrelevanten Vorgaben in § 8 KHG abschließend geregelt.

14

2. Art. 4 a und 4 c des Gesetzentwurfs griffen in das Selbstverwaltungsrecht der kommunalen und in die Berufsfreiheit der privaten sowie der freigemeinnützigen Krankenhaussträger ein. Zwar verfolgten die vorgeschlagenen Regelungen zur Bemessung des Pflegepersonals mit dem Anliegen, die Qualität der Krankenhauspflege zu verbessern, ein legitimes und gewichtiges Ziel. Es beständen jedoch Zweifel, ob sie erforderlich und angemessen seien.

15

Die Vorschriften seien nicht evidenzbasiert. Art. 4 a Abs. 3 Satz 1 BayKrG-E nehme auf die Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (PPR) Bezug, die aus dem Jahr 1992 stamme und nur wenige Jahre gegolten habe. Ob und aus welchen Gründen diese Regelung nach 25 Jahren noch als tauglich erachtet werden könne, sei nicht ersichtlich. Zudem werde sie um eine neue Pflegestufe A4 ergänzt, ohne darzulegen, warum eine solche erforderlich sei. Dass nach Art. 4 b Abs. 1 des Entwurfs eine Expertenkommission eingesetzt werden solle, deren Aufgabe die Weiterentwicklung der Personalvorgaben in der Zukunft sei, vermöge die fehlenden Datengrundlagen nicht zu ersetzen. Die Angemessenheit der Vorschriften sei ferner bedenklich, weil die Personalvorgaben ungeachtet der tatsächlichen Versorgungssituation gelten würden. Darüber hinaus sehe der Entwurf keine Übergangsvorschriften vor, die sicherstellten, dass sich die Krankenhausträger auf die neue Rechtslage einstellen und insbesondere ausreichend Pflegepersonal anwerben könnten. Schließlich fehle es an Ausnahmenvorschriften für den Fall, dass es Krankenhausträgern trotz Ausschöpfung aller zumutbaren Anstrengungen nicht gelinge, Pflegepersonal im vorgesehenen Umfang einzustellen.

16

3. Unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit bestünden Bedenken gegen Art. 4 d Abs. 3 Satz 1 BayKrG-E, wonach in Infektions- und Risikobereichen nur dauerhaft beschäftigte Reinigungskräfte einzusetzen seien. Nicht weiter dargelegt werde, warum die qualitätsgerechte Reinigung nicht in gleicher Weise durch Vergabe an eine entsprechend qualifizierte Fremdfirma sichergestellt werden könne. Den Krankenhausträgern würden dadurch organisatorische Entscheidungen im Interesse der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verwehrt.

17

4. Art. 4 b Abs. 1 Satz 8 BayKrG-E, der vorsehe, dass die Staatsregierung dem Landtag spätestens drei Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Gesetzentwurf vorzulegen habe, verstoße gegen Art. 71 BV. Ob die Staatsregierung von dem ihr darin eingeräumten Gesetzesinitiativrecht Gebrauch machen wolle, sei ihrem pflichtgemäßen Ermessen überlassen. Auch der Volksgesetzgeber könne sie hierzu nicht verpflichten.

18

5. Die in Art. 4 a Abs. 6 Satz 3 BayKrG-E enthaltene dynamische Verweisung auf Empfehlungen des Bundesverbands Geriatrie, der als eingetragener (privater) Verein organisiert sei, begegne Bedenken im Hinblick auf das in Art. 2 und 4 BV verankerte Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip. Sie führe dazu, dass der Inhalt denkbarer Regelungen nicht hinreichend begrenzt und vorhersehbar sei. Der Gesetzgeber dürfe seine Normsetzungsbefugnis nicht in beliebigem Umfang einer außerstaatlichen Stelle überlassen. Hinzu komme, dass der Verband die in Bezug genommenen Personalkennzahlen jederzeit ändern könne, ohne dass dies, wie bei Verweisungen auf andere Gesetze, in amtlichen Verkündungsblättern veröffentlicht und dokumentiert werde.

19

6. Das beantragte Volksbegehren genüge nicht dem aus der verfassungsrechtlich geschützten Abstimmungsfreiheit folgenden Erfordernis, dass es dem Bürger möglich sein müsse, aus dem Gesetzentwurf und dessen Begründung die Abstimmungsfrage und deren Begründung und Tragweite zu entnehmen.

20

a) Die Aussage in der Begründung des Volksbegehrensentwurfs, es gebe auf Bundesebene keine gesetzlichen Personalvorgaben, sei unzutreffend. Bereits seit langem existierten jedenfalls für den Bereich psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser klar definierte Pflegepersonalbemessungsvorschriften. Zum 1. Januar 2019 seien darüber hinaus für die pflegesensitiven Bereiche Personaluntergrenzen normiert und durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz auch allgemein die Normierung solcher Untergrenzen durch Erlass einer Verordnung ermöglicht worden. Ferner würden nunmehr alle zusätzlichen und aufgestockten Stellen voll ausgebildeter Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen vollständig finanziert. Ab 1. Januar 2020 würden die Kosten für das Pflegepersonal aus den Fallpauschalen ausgegliedert und über ein eigenes Pflegepersonalbudget in voller Höhe erstattet (§ 6 a KHEntgG). Die Begründung des Gesetzentwurfs erwecke dagegen den Eindruck, als könnten diese bundesrechtlichen Vorschriften zur Verbesserung der Pflege in Krankenhäusern nicht oder nur unerheblich beitragen. Ohne jede Kenntnis der Existenz

einschlägiger Regelungen und ihres zumindest in Grundzügen skizzierten Inhalts könnten die Abstimmenden die behauptete Ungeeignetheit nicht beurteilen. Von den Anforderungen der Abstimmungsfreiheit könne insoweit nicht deshalb abgesehen werden, weil es im Zeitpunkt der Unterschriftensammlung die neuen Regelungen zu den Pflegepersonaluntergrenzen noch nicht gegeben habe. Eine Heilung des Mangels durch Nachschieben inhaltlich zureichender Gründe sei nach der in Bayern geltenden Rechtslage ausgeschlossen.

21

b) Die Begründung entspreche auch im Übrigen nicht den gesetzlichen Anforderungen. Es bleibe völlig unklar, ob und in welchem Umfang aufgrund der vorgeschlagenen Vorschriften neues Pflegepersonal erforderlich sei und ob die bundesrechtlichen Personaluntergrenzen überhaupt überstiegen würden. In Bezug auf Art. 4 Abs. 1 BayKrG-E, wonach § 6 Abs. 1 a KHG (Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren) künftig anzuwenden sei, fehle es an einer Begründung im Entwurf, obwohl die bisher geltende Rechtslage grundlegend umgekehrt werde. Die in Art. 4 a Abs. 3 Satz 2 BayKrG-E enthaltene Tabelle erschließe sich nicht ohne Weiteres. Die Begründung zu Art. 4 b Abs. 2 BayKrG-E suggeriere, dass der Gesetzentwurf Übergangsvorschriften enthalte und die Maßnahmen erst zwei Jahre nach dessen Inkrafttreten wirksam würden, obwohl solche Vorschriften nicht vorgesehen seien und die rechtlichen Verpflichtungen sofort und unmittelbar wirksam würden. Ferner seien Teile der Begründung an nicht passenden Stellen angeordnet.

22

7. Ob der Volksbegehrensentwurf gegen das Verbot der Koppelung sachlich nicht zusammenhängender Materien verstoße, könne dahingestellt bleiben. Er enthalte nicht nur Personalbemessungsvorschriften bezüglich des erforderlichen Pflegepersonals, sondern auch grundlegende Änderungen für die Erstellung des Krankenhausplans und die Zusammensetzung des Krankenhausplanungsausschusses sowie Regelungen zum Reinigungspersonal. Ob insoweit noch von einer Einheit der Materie gesprochen werden könne, erscheine zumindest zweifelhaft. Allein die generellabstrakte Zielsetzung der Verbesserung der Pflege im Krankenhaus könne einen Sachzusammenhang in diesem Sinn nicht ohne Weiteres vermitteln.

23

8. Schließlich bedürfe auch die Frage keiner Klärung, ob die Regelungen des Volksbegehrensentwurfs, soweit sie das Reinigungspersonal betrafen oder sich auf nicht in bettenführenden Stationen tätige Pflegekräfte bezögen, Auswirkungen auf den Staatshaushalt mit sich bringen könnten.

III.

24

1. Der Bayerische Landtag ist der Ansicht, einer Zulassung des Volksbegehrens stünden verfassungsrechtliche Gründe entgegen. Sein Vertreter schließt sich im Wesentlichen den Darlegungen des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, für Sport und Integration an.

25

2. Die Bevollmächtigte des Beauftragten des Volksbegehrens beantragt, die Zulässigkeit des Volksbegehrens festzustellen, da es mit höherrangigem Recht vereinbar sei.

26

a) Eine (konkurrierende) Kompetenz des Bundes, Regelungen zur Qualitätssicherung im Bereich der Krankenhäuser zu erlassen, sei nicht gegeben.

27

aa) Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG eröffne dem Bund keine umfassende Gesetzgebungsbefugnis für das Krankenhausrecht, sondern nur eine auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser beschränkte; die Krankenhausplanung sei Sache der Länder. Das Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration verkenne, dass die Ausgaben der Krankenhäuser hinsichtlich der Pflegepersonalausstattung vollständig refinanziert seien. Von der Kompetenznorm erfasst würden alle Regelungen über die Einnahmen und Ausgaben von Krankenhäusern einschließlich derjenigen zu Grundsätzen, Verfahren und Arten der öffentlichen finanziellen Förderung. Der Bund könne Rahmenvorgaben zur Krankenhausplanung machen; das Aufstellen detaillierter Qualitätsstandards sei hiervon jedoch nicht gedeckt.

28

Auf die Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG könne der Bund eine Regelung stützen, wenn diese schwerpunktmäßig der Sozialversicherung und nicht dem (Berufs- oder) Krankenhausplanungsrecht zuzuordnen sei. Dies sei der Fall, wenn die aufgestellte Qualitätsanforderung für die Leistungserbringung geboten und erforderlich sei. Nur dann dürfe eine bundesrechtliche Regelung in die Krankenhausplanung hineinwirken. Nicht gedeckt sei ein Eingriff in die Krankenhausplanung, wenn und soweit konkreter Personalbedarf nicht als Minimum, sondern als Kompetenzbeschneidung der Länder erfolge. Qualitätsvorgaben des Bundes, die über einen Mindeststandard hinausreichten, erwiesen sich als kompetenzwidrig.

29

Im Übrigen fehle es an der Erforderlichkeit für eine bundeseinheitliche Regelung gemäß Art. 72 Abs. 2 GG. Es sei nicht zu erkennen, dass ohne ein Eingreifen des Bundesgesetzgebers im Hinblick auf Untergrenzen der Pflegepersonalausstattung die gleichwertigen Lebensverhältnisse, die Rechtseinheit oder die Wirtschaftseinheit gefährdet wären.

30

bb) Im Rahmen der Öffnungsklausel des § 6 Abs. 1 a KHG würden den Ländern ausdrücklich Regelungskompetenzen zur Qualitätssicherung in der Krankenhausplanung eingeräumt. Dies schließe Regelungen zur Personalbemessung ein, wie auch die in Bayern für die Palliativversorgung geltenden Regelungen zeigten. Entsprechendes gelte für die Novellierung des Saarländischen Krankenhausgesetzes im Jahr 2017, durch die Qualitäts- und Personalindikatoren für sämtliche Bereiche, die ein Krankenhaus umfasse, in die Planung aufgenommen worden seien. Das Staatsministerium lege die derzeitige Gesetzeslage ganz offensichtlich falsch aus.

31

Ein Krankenhaus sei leistungsfähig im Sinn des § 1 KHG, wenn es dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft genüge. Für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser seien weitergehende Anforderungen weder geeignet noch erforderlich; sie würden dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit widersprechen. Gesundheitspolitische Fernziele, die den allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung weit überstiegen, könnten - so sinnvoll sie seien - nicht mithilfe zwingender Mindestvoraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz durchgesetzt werden. Für ihre Regelung fehle es schon an der Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG. § 137 i SGB V beziehe sich daher nur auf die absolute Untergrenze der Personalausstattung und eröffne den Ländern nach § 6 Abs. 1 a KHG Spielraum zur eigenen Regelung der Personalausstattung.

32

cc) Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung beziehe der Gesetzentwurf des Volksbegehrens nicht ein. In Art. 4 des Entwurfs werde mit der Bezugnahme auf § 6 Abs. 1 a KHG klargestellt, dass allein dessen Regelungsbereich eröffnet sei. Demgegenüber stütze sich die Psychiatrie-Personalverordnung auf § 16 Satz 1 i. V. m. § 19 Abs. 2 KHG; dabei handle es sich um eine spezialgesetzliche Regelung zu der allgemeinen, insoweit subsidiären Öffnungsklausel des § 6 Abs. 1 a KHG.

33

dd) Die bestehenden bundesrechtlichen Regelungen seien nicht abschließend; der Bund vertrete selbst die Ansicht, dass es sich bei der Festlegung von Personaluntergrenzen nicht um eine Personalbemessung handle. Geregelt werde eine Untergrenze als eine absolute Mindestanforderung, die - anders als die Konzeption des Volksbegehrens - gerade nicht geeignet sei, für die Patienten und die Pflegekräfte eine bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Es handle sich daher um zwei unterschiedliche Regelungsmaterien. Die Personalbemessungsvorschriften des Volksbegehrens blieben auch nicht hinter den Vorschriften des Bundes zurück; das Gegenteil sei der Fall. Die vom Staatsministerium angeführten Beispiele seien praktisch unbrauchbar. Das vom Bund vorgesehene Betreuungsverhältnis stelle die Pflegekräfte im hochintensiven und intensiven Bereich vor unlösbare Aufgaben.

34

Nur eine klare Abgrenzung zwischen der Regelung des Bundes mit Personaluntergrenzen und einer Personalbemessungsregelung, wie sie der Gesetzentwurf des Volksbegehrens vorsehe, könne zu einer Lösung führen. Die unzulässige Vermischung von Personaluntergrenzen mit Personalbemessungsregeln führe erst zu der Problematik der konkurrierenden Gesetzgebung, da bei einer klaren Trennung beider

Bereiche die Regelung des Bundes hinsichtlich der Untergrenzen die Länder in ihrer Kompetenz, Personalbemessungsregeln in einer überbordenden Anzahl der Bereiche zu erlassen, nicht beschneide.

35

Bei § 8 KHG handle es sich um keine Sanktionsmaßnahme zur Einhaltung von Personalvorgaben, sondern um eine Regelung, die im Wege eines Bescheids kläre, ob ein Krankenhaus als Voraussetzung für Fördermaßnahmen in den Krankenhausplan aufgenommen werde oder nicht. Dies sei jedoch nicht Gegenstand der Sanktionen nach dem Entwurf des Volksbegehrens.

36

ee) Soweit der Verfassungsgerichtshof dem bisherigen Vortrag nicht folge, werde vorsorglich geltend gemacht, dass der mit Wirkung zum 25. Juli 2017 neu in das Sozialgesetzbuch V eingefügte § 137 i SGB V insofern verfassungskonform auszulegen sei, als er nur als Untergrenze für die Regelungen der Länder zu berücksichtigen sei. Jenseits der vorgesehenen Untergrenzen durch den Bund eröffne sich ein Regelungsspielraum für die Länder, um ihren spezifischen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Gerade in einem sensiblen Bereich wie der Pflege könnten Bundesregelungen nicht dahingehend interpretiert werden, dass sie Verbesserungen auf Länderebene nicht zuließen. Eine solche Auslegung sei vorrangig im Verhältnis zur Verwerfung eines Gesetzes und zu einer Vorlage an das Bundesverfassungsgericht nach Art. 100 Abs. 1 GG.

37

ff) Bei der Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses zur Stärkung des Pflegepersonals habe der Gesetzgeber keinerlei Änderungen an § 6 Abs. 1 a KHG vorgenommen. Insoweit müsse davon ausgegangen werden, dass es nicht die Absicht gewesen sei, die Länder durch den neu gefassten § 137 i (richtig wohl: j) Abs. 2 SGB V in ihrer Kompetenz zu beschneiden. Den Ländern werde daher die Gesetzgebungskompetenz erhalten und die Möglichkeit für Regelungen zur weiteren Verbesserung der Situation an Krankenhäusern belassen.

38

b) Ein Verstoß der Personalbemessungsregelungen gegen die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit sei nicht gegeben.

39

Der Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Kommunen sei gerechtfertigt. Nachdem der Freistaat Bayern in der Vergangenheit mit Ausnahme der Palliativmedizin keine Regelungen getroffen habe und ein immer größer werdendes Defizit an Pflegefachkräften an den Krankenhäusern zu verzeichnen sei, sei eine gesetzliche Regelung hinsichtlich der Personalbemessung geboten.

40

Der aus Art. 12 und 14 GG folgenden Betätigungsfreiheit der privaten und gemeinnützigen Krankenhausträger stehe die staatliche Pflicht aus Art. 2 GG i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG gegenüber, eine angemessene, bedarfsgerechte und leistungsfähige Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Diese Schutzpflicht des Staates sei im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung zu berücksichtigen.

41

Qualitätsanforderungen seien grundsätzlich geeignet, Eingriffe in die grundrechtlich gewährten Freiheiten der Krankenhausträger zu rechtfertigen. Zur Absicherung der Personalbemessungsregeln des Volksbegehrens lägen umfassende wissenschaftliche Arbeiten vor. Mit Art. 4 c BayKrG-E werde zudem ein Verfahren implementiert, das die Erfahrungswerte des vergangenen Jahres in Bezug auf die Leistungsentwicklung und die Ausfallzeiten berücksichtige. Die Maßnahmen, die der Entwurf bei Nichteinhaltung von Personalbemessungsregeln vorsehe, seien angemessen und zumutbar. Eine Übergangsregelung im herkömmlichen Sinn sei nicht erforderlich, da die Krankenhäuser zunächst jeweils am Ende eines Kalenderjahres einen Bericht über die Einhaltung der Personalvorgaben erstellten. Erst wenn nach der dritten Berichtsperiode die mit der zuständigen Behörde vereinbarten Personalvorgaben nicht eingehalten würden, habe diese auf der Grundlage einer Soll-Vorschrift die Möglichkeit, Sanktionen zu ergreifen.

42

c) Die Vorgaben zum Reinigungspersonal und zu den Reinigungsstandards verletzen die Betreiber von Krankenhäusern nicht in ihren Rechten. Eine dauerhafte Beschäftigung sage nichts darüber aus, in welcher Rechtsform diese erfolge. Dauerhaft beschäftigt seien auch Reinigungskräfte bei Fremdvergaben, wenn eine langfristige Zusammenarbeit unter der Voraussetzung von langfristig beschäftigten Reinigungskräften in festgelegten Bereichen stattfinde. Der Vortrag des Ministeriums, dass eine fachgerechte Arbeit des Reinigungspersonals auch bei ständig wechselndem Personal möglich sei, mache deutlich, dass kein Wert auf qualifiziertes Personal gelegt werde.

43

d) Durch Art. 4 b Abs. 1 Satz 7 (richtig wohl: 8) des Gesetzentwurfs des Volksbegehrens werde der Staatsregierung kein Gesetzestext aufoktroiert. Es sei eine Weiterentwicklung der Personalvorgaben vorgesehen, die nach Außerkraftsetzung der von den Krankenhäusern jedoch weiterhin angewandten Pflege-Personalregelung seit Jahrzehnten versäumt und verweigert werde. In diesem Zusammenhang sei die Einsetzung einer Expertenkommission vorgesehen, in deren Arbeit die Staatsregierung bereits eng eingebunden sei. Darüber hinaus handle es sich nicht um ein neues Gesetz, das durch die Staatsregierung eingebracht werden solle, sondern ausschließlich um eine Novellierung des Art. 4 a. Selbst wenn davon ausgegangen werden sollte, dass damit in Art. 71 BV unzulässig eingegriffen werde, so stehe einer verfassungskonformen Auslegung nichts im Wege. Der Beauftragte des Volksbegehrens verwehre sich einer veränderten Formulierung nicht. Möglicherweise könne das Wort „hat“ durch das Wort „soll“ ersetzt werden.

44

e) Die Verweisung auf die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie sei als zulässig anzusehen. Der Gesetzgeber behalte weiter die Kontrolle über den Norminhalt. Die Transparenzanforderungen würden eingehalten, da die Verweisung hinreichend klar bestimmt sei und die Empfehlungen öffentlich zugänglich seien. Jedenfalls sei die Verweisung dahingehend verfassungsmäßig auszulegen, dass die zweite überarbeitete Auflage von 1998 in Bezug genommen werde.

45

f) Zur Begründung des Volksbegehrens sei Folgendes anzumerken:

46

Aufgrund des Zeitpunkts des Starts des Volksbegehrens und der damals im Bundestag noch nicht erfolgten Abstimmung über den Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums sei eine Einbeziehung der neuen Regelungen schlicht nicht möglich gewesen. Eine solche Einbeziehung sei auch nicht erforderlich gewesen, da sie keine Auswirkungen auf die Regelungen des Gesetzentwurfs habe. Weder seien die Regelungen für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser relevant, noch führten bundesrechtliche Personaluntergrenzen zu einer gegenüber dem Gesetzentwurf des Volksbegehrens verbesserten Situation.

47

Die Schutzbehauptung des Ministeriums, dass nicht geklärt sei, ob die vorgesehene Personalbemessung zu einer Verbesserung führe, könne anhand von Statistiken, Fachartikeln etc. jederzeit belegt (gemeint wohl: entkräftet) werden.

48

Bezüglich der in Art. 4 a Abs. 3 Satz 2 BayKrG-E dargestellten Tabelle werde darauf verwiesen, dass dies in den Krankenhäusern die gängige Art und Weise der Darstellung der Berechnung des Personalbedarfs sei.

49

Das redaktionelle Versehen hinsichtlich der Verwechslung von Art. 4 b und 4c sei nicht geeignet zu behaupten, dass dies von der Bevölkerung nicht nachvollzogen werden könne.

50

g) Eine Verletzung des Koppelungsverbots liege nicht vor. Allein die Zusammenarbeit von Pflege- und Hygienepersonal ermögliche es, eine gute Patientinnen- und Patientenversorgung sicherzustellen. Eine isolierte Betrachtung der Pflegekräfte führe nicht zu einer zwingenden Verbesserung der Patientenversorgung, wenn nicht gleichzeitig die Situation des Reinigungspersonals und die Hygienemaßnahmen mit verändert würden. Im Gesetzentwurf des Volksbegehrens würden daher eng

zusammenhängende Materien geregelt; nur eine gemeinsame Regelung könne zu dem beabsichtigten Erfolg führen.

51

h) Ein unzulässiger Eingriff in den Staatshaushalt nach Art. 73 BV sei nicht ersichtlich.

IV.

52

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung des Volksbegehrens „Stoppt den Pflegenotstand an Bayerns Krankenhäusern“ sind nicht gegeben.

53

Der Verfassungsgerichtshof hat gemäß Art. 67 BV i. V. m. Art. 64 Abs. 1 Satz 1 LWG über die Zulassung des Volksbegehrens zu entscheiden.

54

1. Hinsichtlich des Prüfungsgegenstands ist der Verfassungsgerichtshof grundsätzlich auf die vom Bayerischen Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration vorgetragene Beanstandung beschränkt. Dabei geht es vorliegend um die Frage, ob dem Landesgesetzgeber eine Gesetzgebungsbefugnis für die im Gesetzentwurf des Volksbegehrens vorgesehenen Regelungen zur Bemessung des Pflegepersonalbedarfs zusteht. Zudem rügt das Staatsministerium Verletzungen der Grundsätze der Verhältnismäßigkeit, des Gesetzesinitiativrechts der Staatsregierung, des Demokratie- und Rechtsstaatsprinzips im Zusammenhang mit einer Verweisung sowie der zur Gewährleistung der Abstimmungsfreiheit bei einem Volksbegehren zu beachtenden Anforderungen. Darüber hinaus werden Bedenken im Hinblick auf das Verbot der Koppelung sachlich nicht zusammenhängender Materien bei Volksbegehren angesprochen. Mit seiner Vorlage an den Verfassungsgerichtshof legt das Staatsministerium den Streitgegenstand für das gerichtliche Verfahren fest (VerfGH vom 24.2.2000 VerfGHE 53, 23/29; vom 31.3.2000 VerfGHE 53, 42/60; vom 17.7.2018 BayVBI 2018, 809 Rn. 32).

55

2. In diesem Verfahren ist vor allem zu klären, ob der zugrunde liegende Gesetzentwurf mit der Bayerischen Verfassung im Einklang steht (vgl. VerfGH vom 4.4.2008 VerfGHE 61, 78/84; vom 22.10.2012 VerfGHE 65, 226/233; vom 15.2.2017 BayVBI 2017, 407 Rn. 40). In ständiger Rechtsprechung überprüft der Verfassungsgerichtshof dabei den Gesetzentwurf des Volksbegehrens auch daraufhin, ob er mit Bundesrecht, insbesondere mit den Kompetenznormen des Grundgesetzes, vereinbar ist (VerfGH vom 14.6.1985 VerfGHE 38, 51/57 ff.; vom 14.8.1987 VerfGHE 40, 94/101 f.; vom 27.3.1990 VerfGHE 43, 35/56; vom 3.2.2009 VerfGHE 62, 1/11; vom 21.1.2016 BayVBI 2016, 337 Rn. 34). Der Verfassungsgerichtshof ist allerdings weder hier noch in anderen Verfahren befugt, die Bestimmungen des Grundgesetzes oder anderer Bundesgesetze verbindlich auszulegen. Der Sinn einer Überprüfung am Maßstab des Bundesrechts im Verfahren nach Art. 64 Abs. 1 Satz 1 LWG liegt nur in der Vermeidung solcher Volksbegehren, bei denen von vornherein ohne jeden ernsthaften Zweifel davon auszugehen ist, dass das Gesetz nach einer erfolgreichen Volksentscheid wegen Verstoßes gegen Bundesrecht vom Bundesverfassungsgericht oder vom Bayerischen Verfassungsgerichtshof - insoweit wegen Verletzung des Rechtsstaatsprinzips der Bayerischen Verfassung (ständige Rechtsprechung; vgl. VerfGH vom 28.6.2013 VerfGHE 66, 101/111; VerfGH BayVBI 2016, 337 Rn. 34) - für nichtig erklärt werden müsste. Dagegen steht die bloße Möglichkeit, das Bundesverfassungsgericht könne das Gesetz später für nichtig erklären, der Zulassung eines Volksbegehrens nicht entgegen. Der Verfassungsgerichtshof überprüft deshalb die Regelungen des Gesetzentwurfs am Maßstab des Bundesrechts nur unter dem eingeschränkten Gesichtspunkt, ob sie dem Bundesrecht bei jeder vertretbaren Auslegung der einschlägigen bundesrechtlichen Vorschriften widersprechen. Bestehen nur Zweifel, ob der Gesetzentwurf des Landesrechts mit Bundesrecht vereinbar sein könnte, ist zugunsten der Zulassung des Volksbegehrens zu entscheiden. Das ergibt sich auch aus dem Vorrang der Gesetzgebungskompetenz der Länder gemäß Art. 70 GG (VerfGHE 43, 35/56; 62, 1/11; VerfGH BayVBI 2016, 337 Rn. 34; Tilch in Verfassung als Verantwortung und Verpflichtung, Festschrift zum 50-jährigen Bestehen des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs, 1997, S. 275/281 ff.).

56

Es ist dagegen nicht Aufgabe des Verfassungsgerichtshofs, darüber zu befinden, ob die im Gesetzentwurf des Volksbegehrens vorgesehenen Regelungen sachgerecht, zweckmäßig, angemessen und praktikabel sind. Für die Entscheidung ist daher insbesondere nicht maßgeblich, wie die Vorschriften zur Bemessung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern sowie die Bestimmungen über das Reinigungspersonal gesundheitspolitisch zu bewerten sind (vgl. VerfGHE 61, 78/84; 65, 226/233; VerfGH BayVBI 2016, 337 Rn. 39).

A.

57

Die Bestimmungen der Art. 4 a und 4 c des Gesetzentwurfs des Volksbegehrens zur Bemessung des Pflegefachpersonals an Krankenhäusern sind - wie vom Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration beanstandet - mit Bundesrecht unvereinbar, da dem Landesgesetzgeber nach Art. 72 Abs. 1 GG die erforderliche Gesetzgebungskompetenz fehlt. Bereits vorhandene bundesgesetzliche Normierungen versperren offensichtlich die Möglichkeit landesgesetzlicher Regelungen.

58

1. Im Zentrum des Volksbegehrens „Stoppt den Pflegenotstand an Bayerns Krankenhäusern“ steht, wie schon der gewählte Titel belegt, die Situation des Pflegepersonals in den bayerischen Krankenhäusern. Aufgrund des nach Meinung der Initiatoren bestehenden Personalmangels „besonders in der Pflege und besonders in den Ballungsräumen“ (vgl. die Begründung des Volksbegehrens) wird gesetzgeberischer Handlungsbedarf gesehen. Der Gesetzentwurf des Volksbegehrens greift diese Thematik insbesondere in den Vorschriften der Art. 4 a und 4 c auf, die neu in das Bayerische Krankenhausgesetz eingefügt werden sollen.

59

a) Art. 4 a des Entwurfs normiert zum einen in Absatz 2 Qualitätsanforderungen für das in Krankenhäusern eingesetzte Pflegepersonal. Zum anderen werden „für alle Krankenhäuser in Bayern einheitliche und verbindliche Regelungen für die Personalbemessung für Pflegefachpersonen vorgeschrieben“ (vgl. die Begründung des Volksbegehrens zu Art. 4 a). Insoweit wird in Absatz 3 zunächst allgemein auf die Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung - PPR) Bezug genommen, die als Art. 13 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S. 2266, 2316) durch den Bundesgesetzgeber erlassen wurde und mit Ablauf des Jahres 1996 außer Kraft getreten ist. Aufgrund der Pflege-Personalregelung hatten die Krankenhäuser die notwendige Anzahl von Pflegekräften zu ermitteln, indem die Patienten bestimmten Pflegestufen und Patientengruppen zugeordnet und der jeweilige Pflegeaufwand auf der Basis von Minutenwerten bemessen wurden. Zusätzlich zu den in der Pflege-Personalregelung während ihrer Geltungsdauer vorgesehenen drei Pflegestufen führt der Gesetzentwurf des Volksbegehrens eine weitere vierte Pflegestufe ein. Es folgen weitere Regelungen zur Personalbemessung für Leitungstätigkeiten und Nachtschichten. Die Absätze 4 bis 6 des Art. 4 a BayKrG-E legen den Personalbedarf für besonders personalintensive Bereiche fest, wie z. B. für Intensivstationen oder Operationssäle.

60

b) Art. 4 c des Entwurfs enthält Regelungen zur Personalplanung der Krankenhäuser sowie zu möglichen Sanktionen bei Nichteinhaltung der Personalvorgaben.

61

2. Auf Bundesebene enthalten mehrere Gesetze und Verordnungen bereits Regelungen zur Bemessung und Finanzierung des Pflegepersonalbedarfs in Krankenhäusern und zu Personaluntergrenzen. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Vorschriften:

62

a) Für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser hat der Bund auf der Grundlage des § 16 Satz 1 KHG i. V. m. § 19 Abs. 2 KHG a. F. die Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV) vom 18. Dezember 1990 (BGBl I S. 2930), zuletzt geändert durch Gesetz vom 29. März 2017 (BGBl I S. 626), erlassen. Sie enthält u. a. Regelungen zur Personalbemessung für den Regeldienst der psychiatrischen Einrichtungen; insoweit gilt folgendes Verfahren (vgl. § 3 Abs. 1 Psych-PV): Patienten, die einer

Krankenhausbehandlung bedürfen, werden bestimmten Behandlungsbereichen zugeordnet (§§ 4 und 8 Psych-PV). Für jeden Behandlungsbereich und für jede Berufsgruppe wird eine Arbeitszeit in Minuten (Minutenwert) je Patient und Woche vorgegeben (§ 5 Abs. 1 und § 9 Abs. 1 Psych-PV). Die Minutenwerte werden sodann in Personalstellen umgerechnet (§§ 6 und 9 Abs. 3 Psych-PV).

63

In der Vergangenheit wurde die Geltungsdauer der Verordnung mehrfach verlängert. Aufgrund einer bereits vom Gesetzgeber getroffenen Entscheidung wird diese Verordnung nunmehr mit Ablauf des 31. Dezember 2019 aufgehoben (Art. 7 i. V. m. Art. 8 Abs. 3 des Gesetzes vom 21. Juli 2012, BGBl I S. 1613, geändert durch Art. 16 c des Gesetzes vom 21. Juli 2014, BGBl I S. 1133, und durch Art. 6 des Gesetzes vom 19. Dezember 2016, BGBl I S. 2986).

64

An ihrer Stelle ist für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in § 136 a Abs. 2 SGB V geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (vgl. § 91 SGB V) durch Richtlinien nach § 136 Abs. 1 SGB V geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität festlegt, wozu insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gehören. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die verbindlichen Mindestvorgaben bis spätestens 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu beschließen (§ 136 a Abs. 2 Satz 8 SGB V). Die Nichtbeachtung dieser Mindestvorgaben kann u. a. eine geringere Vergütung zur Folge haben (vgl. § 137 Abs. 1 SGB V).

65

b) Mit der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung - PpUGV) vom 5. Oktober 2018 (BGBl I S. 1632) hat das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem sich die Kostenträger und Krankenhausträger auf Bundesebene bisher nicht auf eine Vereinbarung verständigen konnten, von der in § 137 i Abs. 3 Satz 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung enthaltene Ermächtigung Gebrauch gemacht und ab 1. Januar 2019 (vgl. § 1 Abs. 1 PpUGV) verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern normiert. Als pflegesensitiv sind nach Maßgabe der Verordnung zu ermittelnde Bereiche in Krankenhäusern festgelegt, in denen Leistungen der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie, Kardiologie, Neurologie und Herzchirurgie erbracht werden (§ 1 Abs. 2 PpUGV).

66

Die normierten Personaluntergrenzen, die im Einzelnen schicht- und stationsbezogen in § 6 PpUGV festgelegt sind, treten mit Wirksamwerden einer Vereinbarung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung über Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Krankenhausbereichen außer Kraft, frühestens aber am 1. Januar 2020 (vgl. § 9 Satz 1 PpUGV und § 137 i SGB V in der seit 1. Januar 2019 geltenden Fassung).

67

Hält ein Krankenhaus die in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung festgelegten verbindlichen Untergrenzen nicht ein, haben die Vertragsparteien nach § 11 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG), also die jeweiligen Krankenhausträger und die Krankenkassen, Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren. Die Sanktionen können auch durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat (§ 137 i Abs. 5 SGB V in der ab 1. Januar 2019 geltenden Fassung).

68

c) Am 1. Januar 2019 ist das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl I S. 2394) in Kraft getreten, mit dem spürbare Entlastungen im Alltag der Pflegekräfte durch eine bessere Personalausstattung und bessere Arbeitsbedingungen in der Kranken- und Altenpflege erreicht werden sollen (BT-Drs. 19/4453 S. 1, 39).

69

aa) Nach der Gesetzesbegründung ergänzt der in das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches neu eingefügte § 137 j SGB V die Maßnahmen zur Stärkung der Pflege im Krankenhaus sowie die Vorschrift des § 137 i SGB V, die die Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen bezogen auf pflegesensitive Bereiche vorsieht. Da eine unzureichende Ausstattung mit Pflegepersonal aber nicht nur in pflegesensitiven Bereichen, sondern in allen Krankenhausbereichen und für alle dort pflegerisch zu versorgenden Fälle relevant sei, seien die Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Bezug auf das gesamte Krankenhaus erforderlich (BT-Drs. 19/4453 S. 75). Vor diesem Hintergrund ermittelt nach Absatz 1 Satz 1 des § 137 j SGB V das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus jährlich, erstmals zum 31. Mai 2020, für jedes zugelassene Krankenhaus einen Pflegequotienten, der das Verhältnis der Anzahl der Vollzeitkräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen zu dem Pflegeaufwand eines Krankenhauses beschreibt. Das Bundesministerium für Gesundheit wird gemäß § 137 j Abs. 2 Satz 1 SGB V ermächtigt, auf dieser Grundlage durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, bei der widerlegbar vermutet wird, dass eine nicht patientengefährdende pflegerische Versorgung noch gewährleistet ist. Angesichts der derzeit noch nicht abgeschlossenen Ermittlung der Pflegequotienten konnte von dieser neu geschaffenen Verordnungsermächtigung bisher noch kein Gebrauch gemacht werden.

70

Unterschreitet der Pflegepersonalquotient eines Krankenhauses die in der Rechtsverordnung festgelegte Untergrenze, haben die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (also Krankenhausträger und Krankenkassen) entsprechend einer zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Benehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung zu schließenden Vereinbarung Sanktionen in Form von Vergütungsabschlägen oder einer Verringerung der Fallzahl zu vereinbaren. Diese Sanktionen können durch die Vereinbarung von Maßnahmen ergänzt werden, die das Krankenhaus zur Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals zu ergreifen hat (§ 137 j Abs. 2 a SGB V).

71

bb) Aufgrund des geänderten § 4 Abs. 8 KHEntgG (vgl. Art. 9 Nr. 2 Buchst. d aa PpSG) wird zudem ab dem Jahr 2019 jede zusätzliche und jede aufgestockte Stelle für ausgebildetes Krankenpflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen von den Kostenträgern (gesetzliche und private Krankenversicherungsträger) vollständig finanziert. Für die zusätzlichen Mittel gilt anders als bisher keine Obergrenze und der Eigenanteil der Krankenhäuser von zehn Prozent entfällt. Die zusätzlichen Mittel sind zweckgebunden für zusätzliche und aufgestockte Pflegestellen am Bett. Die Mittel des laufenden Pflegestellen-Förderprogramms verbleiben dem einzelnen Krankenhaus. Nicht für zusätzliches Pflegepersonal verwendete Mittel sind zurückzuzahlen.

72

cc) Ab dem 1. Januar 2020 werden die Kosten für das Pflegepersonal aus den Fallpauschalen ausgegliedert und über ein eigenes Pflegepersonalbudget in voller Höhe erstattet (§ 6 a KHEntgG in der Fassung des Art. 9 Nr. 4 PpSG). Jede Personalbesetzung und die Bezahlung bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gelten dabei als wirtschaftlich (BT-Drs. 19/4453 S. 85 ff.).

73

3. Für die oben unter 2. dargestellten Regelungen steht dem Bundesgesetzgeber eine konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit jedenfalls aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zu.

74

a) Für den Bereich des öffentlichen Krankenhauswesens, das der Gesundheitsförderung zuzurechnen ist (Maunz in Maunz/Dürig, GG, Bd. V, Art. 74 Rn. 220), ergeben sich aus den Kompetenzregelungen der Art. 70 ff. GG Gesetzgebungszuständigkeiten sowohl des Bundes als auch der Länder.

75

aa) Explizit ist diese Materie in Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG erwähnt, wonach sich die konkurrierende Gesetzgebung auf die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze erstreckt. Wie schon aus dem Wortlaut ersichtlich, räumt Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG keine umfassende Bundeskompetenz für den Bereich des Krankenhausrechts ein, sondern nur eine Regelungszuständigkeit für die wirtschaftlichen und finanziellen Aspekte (Wollenschläger/Schmidl, VSSR

2/2014, 117/124 f.). Demgegenüber ist die der Sicherstellung der stationären Krankenversorgung für alle Einwohner im Bundesgebiet dienende Krankenhausorganisation und Krankenhausplanung gemäß Art. 70 Abs. 1 GG grundsätzlich Sache der Länder (BVerfG vom 7.2.1991 BVerfGE 83, 363/380; Kuhla, NZS 2014, 361/362).

76

Das Aufstellen von Qualitätsanforderungen, zu denen auch Personalbemessungsregelungen oder Personaluntergrenzen für das Pflegepersonal gehören, betrifft in der Regel nicht nur die Krankenhausplanung und -organisation, sondern hat aufgrund der damit verbundenen Kosten auch Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser. Vor diesem Hintergrund können auch grundsätzliche und allgemeine Regelungen des Bundes zur Krankenhausplanung und -organisation auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG gestützt werden, sofern deren Bezug zur wirtschaftlichen Sicherung naheliegend und offensichtlich ist und den Ländern dennoch eigenständige und umfangmäßig erhebliche Ausgestaltungsspielräume bleiben. Inwieweit Regelungen zur Personalstruktur der Krankenhäuser durch diese Kompetenznorm gedeckt sind, ist im Einzelnen eine schwierige Abgrenzungsfrage (vgl. Harney in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl. 2017, § 7 Rn. 18). Teilweise wird dies bejaht, wenn die Regelungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser getroffen werden (Maunz in Maunz/Dürig, GG, Bd. V, Art. 74 Rn. 221; Rengeling in Isensee/Kirchhof, Handbuch des Staatsrechts, Bd. VI, 3. Aufl. 2008, § 135 Rn. 269; Kaltenborn in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, § 2 Rn. 2). In diesem Zusammenhang wird jedoch auch die Ansicht vertreten, der Bund sei auf der Grundlage des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG nicht ermächtigt, Einzelanforderungen an die Qualitätssicherung zu normieren, weil die jeweiligen wirtschaftlichen Folgen sonst zu einer Vollkompetenz des Bundes führen würden, was nicht gewollt sei (Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2/2014, 117/125 f.; Oeter in v. Mangoldt/Klein/Starck, GG, Bd. 2, 7. Aufl. 2018, Art. 74 Rn. 141; Degenhart in Sachs, GG, 8. Aufl. 2018, Art. 74 Rn. 89, jeweils m. w. N.).

77

bb) Einschlägig ist hier jedoch jedenfalls Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz ist danach unter anderem das Recht der Sozialversicherung. Hierzu zählen alle gesetzlich vorgesehenen Versicherungen zur Absicherung bestimmter sozialer Risiken, namentlich die Krankenversicherung. Der Bund kann in diesem Bereich beispielsweise Regelungen über den Versichertenkreis, den Leistungsumfang, den Schutz der sozialversicherungsrechtlichen Daten, die Organisation der Versicherungsträger oder die Finanzierung der Sozialversicherungsbeiträge treffen. Diese Regelungskompetenz umfasst, gerade vor dem Hintergrund des Sachleistungsprinzips, darüber hinaus auch die Normierung von Vorgaben für die Leistungserbringung durch die Leistungsträger (Leistungserbringungsrecht). Dies schließt Anforderungen an die Qualität der zu erbringenden Leistungen mit ein (vgl. BSG vom 18.3.1998 BSGE 82, 55/58 f. zur vertragsärztlichen Versorgung; Huster/Harney in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, § 7 Rn. 18, 21; Axer in Becker/Kinggreen, SGB V, 6. Aufl. 2018, § 129 Rn. 8; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2/2014, 117/126; Ebsen, GuP 2013, 121/123; Kuhla, NZS 2014, 361/362, 364; 2015, 561/562).

78

Regelungen über die Bemessung des Pflegepersonals in Krankenhäusern, wie sie zum einen in Art. 4 a des Gesetzentwurfs des Volksbegehrens (vgl. oben 1. a)) und zum anderen in der Psychiatrie-Personalverordnung, der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung sowie in § 137 j SGB V vorgesehen sind (vgl. oben 2.), betreffen die Qualität der Patientenversorgung und damit die Leistungserbringung. Denn sie enthalten Vorgaben für die Art und Weise der Patientenversorgung und beeinflussen deren Qualität. In der Begründung des Gesetzentwurfs des Volksbegehrens wird dieser Regelungszweck sowohl ausdrücklich angesprochen als auch durch die Bezugnahme auf § 6 Abs. 1 a KHG, wonach weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden dürfen, zum Ausdruck gebracht. Auch der Bundesgesetzgeber sieht in der Personalausstattung einen Indikator der Strukturqualität (vgl. BT-Drs. 18/5372 S. 89) und nimmt daher für diesbezügliche Normierungen regelmäßig die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG für sich in Anspruch (vgl. BT-Drs. 19/4453 S. 44). Die besondere Erforderlichkeit der bundesgesetzlichen Regelung im Sinn des Art. 72 Abs. 2 GG muss bei dieser Kompetenznorm nicht gegeben sein.

79

b) Ob die für die Beurteilung des Volksbegehrens maßgeblichen bundesrechtlichen Vorschriften zur Bemessung des Personalbedarfs in Krankenhäusern im Einzelnen mit den Vorschriften des Grundgesetzes

über die Gesetzgebungszuständigkeiten vereinbar sind, kann der Verfassungsgerichtshof als Landesverfassungsgericht im Übrigen mangels Kompetenz nicht überprüfen. Zwar käme insoweit grundsätzlich eine Vorlage gemäß Art. 100 Abs. 1 Satz 1 GG an das Bundesverfassungsgericht in Betracht (vgl. VerfGH vom 26.10.2004 VerfGHE 57, 129/143 f.), da die bundesrechtlichen Vorschriften über die Personalbemessung, sofern sie Sperrwirkung entfalten, landesrechtliche Regelungen verhindern und damit zur Unzulässigkeit des Volksbegehrens führen. Für die Entscheidung des vorliegenden Verfahrens kommt es somit auf die Gültigkeit dieser bundesrechtlichen Normen an. Weitere Voraussetzung einer Vorlage wäre jedoch, dass der Verfassungsgerichtshof von der Verfassungswidrigkeit dieser Vorschriften überzeugt ist (BVerfG vom 5.4.1989 BVerfGE 80, 54/59; vom 7.4.1992 BVerfGE 86, 52/57). Unter dem Aspekt der Gesetzgebungskompetenz sind jedoch keine Anhaltspunkte für die Grundgesetzwidrigkeit entscheidungserheblicher bundesrechtlicher Normen erkennbar.

80

4. Da der Bund von seiner konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz erschöpfend Gebrauch gemacht hat, fehlt es gemäß Art. 72 Abs. 1 GG an einer Regelungskompetenz des Landesgesetzgebers.

81

a) Nach Art. 70 Abs. 1 GG haben die Länder das Recht der Gesetzgebung, soweit das Grundgesetz nicht dem Bund Gesetzgebungsbefugnisse verleiht. Die Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Bund und Ländern bemisst sich gemäß Art. 70 Abs. 2 GG nach den Vorschriften des Grundgesetzes über die ausschließliche und die konkurrierende Gesetzgebung. Im Bereich der konkurrierenden Zuständigkeit haben gemäß Art. 72 Abs. 1 GG die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat (vgl. VerfGH vom 21.1.2016 BayVBI 2016, 337 Rn. 42). Demnach sind landesrechtliche Regelungen grundsätzlich ausgeschlossen, wenn ein Bundesgesetz eine bestimmte Materie regelt (BVerfG vom 26.7.1972 BVerfGE 34, 9/28). Ausnahmen gelten nur, wenn eine Abweichung gemäß Art. 72 Abs. 3 GG in Betracht kommt, wenn das Bundesgesetz eine Öffnungsklausel zugunsten der Länder enthält oder soweit der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz nicht erschöpfend Gebrauch gemacht hat. Ob eine bundesrechtliche Regelung abschließend ist oder nicht, kann nur einer Gesamtwürdigung des betreffenden Normenkomplexes entnommen werden; der Beurteilung ist die Gesamtkonzeption des Bundesgesetzgebers zugrunde zu legen (VerfGH vom 3.2.2009 VerfGHE 62, 1/14; BVerfG vom 7.5.1998 BVerfGE 98, 83/98; vom 29.3.2000 BVerfGE 102, 99/121; vom 10.2.2004 BVerfGE 109, 190/229).

82

Hat der Bund einen Sachbereich in Wahrnehmung einer konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz abschließend geregelt, so tritt die Sperrwirkung des Art. 72 Abs. 1 GG für eine Regelung der Länder in diesem Sachbereich unabhängig davon ein, ob die landesrechtlichen Vorschriften den bundesrechtlichen Bestimmungen widerstreiten oder sie nur ergänzen, ohne ihnen zu widersprechen. Die Länder sind nicht berechtigt, eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz dort in Anspruch zu nehmen, wo sie eine - abschließende - Bundesregelung für unzulänglich und deshalb reformbedürftig halten; das Grundgesetz weist ihnen nicht die Aufgabe zu, kompetenzgemäß getroffene Entscheidungen des Bundesgesetzgebers „nachzubessern“ (BVerfG vom 11.10.1966 BVerfGE 20, 238/250; BVerfGE 102, 99/115; 109, 190/230 m. w. N.).

83

b) Von seiner Kompetenz zur Regelung von Qualitätssicherungsvorgaben für Krankenhausleistungen hat der Bund gestützt auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG - abgesehen von Öffnungsklauseln (vgl. unten d)) - grundsätzlich abschließend Gebrauch gemacht (Huster/Harney in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, § 7 Rn. 21; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2/2014, 117/129). Für die bundesrechtlichen Vorgaben zur Personalbemessung ergibt sich dies im Einzelnen aus folgenden Erwägungen (so bereits Hamburgisches Verfassungsgericht vom 7.5.2019 -4/2018 - juris Rn. 85 ff.): 84 aa) Schon die Systematik der einschlägigen sozialrechtlichen Regelungen in § 136 a Abs. 2 SGB V (bisher § 19 KHG) sowie in §§ 137 i und 137 j SGB V spricht dafür, dass diese erschöpfenden Charakter haben. Der Bund hat hierfür ein Regelungssystem gewählt, wonach er einige ausgewählte Bereiche - die Ausstattung mit dem erforderlichen therapeutischen Personal in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung (§ 136 a Abs. 2 SGB V) sowie Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (§ 137 i SGB V) - gesondert geregelt und im Übrigen, d. h. soweit der Anwendungsbereich der vorstehend genannten Vorschriften nicht eröffnet ist, eine allgemeine Regelung über die Pflegepersonalausstattung der Krankenhäuser in § 137 j

SGB V getroffen hat. Es gibt somit keinen Bereich der Patientenversorgung im Krankenhaus, für den keine bundesrechtliche Regelung zur Ausstattung mit Pflegepersonal existiert.

84

bb) Der Wille des Bundesgesetzgebers, eine erschöpfende Regelung der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern zu schaffen, kommt auch in der Gesetzesbegründung zu § 137 j SGB V, der das bundesgesetzliche Regelungssystem zur Pflegepersonalausstattung komplettiert, zum Ausdruck. Dort wird ausgeführt, § 137 j SGB V ergänze die Vorschrift des § 137 i SGB V. Weiter heißt es: „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 ist, sind Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegepersonalausstattung in Bezug auf das gesamte Krankenhaus erforderlich“ (BT-Drs. 19/4453 S. 75).

85

cc) Auch die nähere inhaltliche Analyse namentlich der §§ 137 i und 137 j SGB V zeigt, dass die bundesrechtlichen Regelungen inhaltlich abschließend sein sollen. Hierfür spricht deren Regelungstiefe, die mit den im Einzelnen gewählten normativen Mechanismen zu belegen ist. Dazu gehören u. a. die Einbeziehung verschiedener Akteure, wie der Spitzenverbände, des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus und der Schiedsstelle, das Vorsehen von Sanktionen bei Nichteinhaltung der vereinbarten bzw. festgelegten Personaluntergrenzen, umfassende Beteiligungs-, Mitteilungs-, Nachweis- und Veröffentlichungspflichten sowie Berichts- und Evaluationspflichten. Diese Detailliertheit der bundesrechtlichen Regelungen belegt das Bestreben des Bundesgesetzgebers, die Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal einem umfassenden und vollständigen Rechtsregime zu unterwerfen. Bereits angesichts dieses in jeder Hinsicht komplexen Regelungssystems des Bundes ist es fernliegend, dass der Bundesgesetzgeber für bestimmte Krankenhausbereiche - geschweige denn allgemein für Krankenhäuser - ein konkurrierendes landesrechtliches Regelungssystem zur Pflegepersonalausstattung ermöglichen wollte. Hiergegen sprechen neben den Auswirkungen auf das bundeseinheitliche Vergütungssystem (vgl. § 4 Nr. 2 KHG, § 1 KHEntgG) auch die Gesichtspunkte der Praktikabilität und der Effizienz. Es würde die Betreiber von Krankenhäusern vor erhebliche Schwierigkeiten stellen, müssten sie unterschiedliche gesetzliche Vorgaben zur Pflegepersonalausstattung auf bundesgesetzlicher Ebene einerseits und auf landesrechtlicher Ebene andererseits berücksichtigen.

86

c) Gegen die Sperrwirkung der bundesrechtlichen Vorschriften kann nicht mit Erfolg eingewandt werden, dass der Bundesgesetzgeber darin selbst keine Komplettregelung vorgenommen, sondern die Bundesregierung bzw. das Bundesministerium für Gesundheit zum Erlass von Rechtsverordnungen ermächtigt hat (vgl. § 19 Abs. 2 KHG a. F., § 137 i Abs. 3 Satz 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2018 geltenden Fassung, § 137 j Abs. 2 Satz 1 SGB V).

87

aa) Regelungen zur Personalbemessung in der stationären Psychiatrie sowie in den pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern sind in der Psychiatrie-Personalverordnung und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung enthalten. Insoweit hat der jeweilige Ordnungsgeber die ihm durch formelles Bundesgesetz eingeräumte Ermächtigung genutzt und ausgefüllt. Auch mit dem Erlass von abgeleitetem Recht macht der Bund von seiner konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit im Sinn des Art. 72 Abs. 1 GG „durch Gesetz“ Gebrauch, wenn die Regelungen - wie hier - erschöpfend und abschließend sind (vgl. Uhle in Maunz/ Dürig, GG, Bd. V, Art. 72 Rn. 102; Oeter in v. Mangoldt/Klein/Starck, GG, Bd. 2, Art. 72 Rn. 81; Jarass, NVwZ 1996, 1041/1046).

88

bb) Von der Ermächtigung in § 137 j Abs. 2 Satz 1 SGB V, auf der Grundlage der durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelten Pflegepersonalquotienten der Krankenhäuser durch Rechtsverordnung eine Untergrenze für das erforderliche Verhältnis zwischen Pflegepersonal und Pflegeaufwand festzulegen, hat das Bundesministerium für Gesundheit dagegen noch keinen Gebrauch gemacht. Dies war bislang auch nicht möglich, da die einer Ordnungsregelung zwingend vorausgehende Ermittlung der Pflegepersonalquotienten durch das genannte Institut gemäß § 137 j Abs. 1 Satz 1 SGB V erstmals zum 31. Mai 2020 erfolgt.

89

Zu der Frage, ob der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz im Sinn des Art. 72 Abs. 1 GG unter Ausschluss des Landesgesetzgebers bereits dann Gebrauch macht, wenn er (nur) eine gesetzliche Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung schafft, werden unterschiedliche Meinungen vertreten. Nach einer differenzierenden Auffassung kommt es darauf an, ob der Bundesgesetzgeber seinen Willen, eine Materie schon durch eine gesetzliche Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung an sich zu ziehen, im konkreten Fall deutlich bekundet hat (vgl. VerfGHE 43, 35/57; Jarass, NVwZ 1996, 1041/1045 ff. und die aktuellen Übersichten bei Uhle, a. a. O., Art. 72 Rn. 96 ff.; Oeter, a. a. O., Art. 72 Rn. 78 ff.).

90

In einer Entscheidung vom 27. März 1990 (VerfGHE 43, 35/57 f.) hat der Verfassungsgerichtshof die Auffassung vertreten, der Bund mache von seinem Gesetzgebungsrecht im Sinn des Art. 72 Abs. 1 GG grundsätzlich bereits dann Gebrauch, wenn er eine gesetzliche Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen für eine bestimmte Materie schaffe. Ob dieser Ansicht weiterhin zu folgen ist, kann hier dahingestellt bleiben. Denn der Bundesgesetzgeber hat in die (allgemeine) Vorschrift zur Bemessung des Pflegepersonals außerhalb der stationären Psychiatrie sowie außerhalb der pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern Vorgaben aufgenommen, die es nahelegen, dass ein Tätigwerden des Landesgesetzgebers ausgeschlossen werden soll. Die Ermächtigung in § 137 j Abs. 2 Satz 1 SGB V setzt voraus, dass die durch das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus nach § 137 j Abs. 1 SGB V ermittelten Pflegequotienten der Krankenhäuser vorliegen. Diese Quotienten, die ihrerseits in einem detailliert normierten Verfahren zu berechnen sind, bilden die Grundlage für eine Verordnungsregelung. Da der Bundesgesetzgeber somit den Verordnungsinhalt und den Gestaltungsspielraum des Verordnungsgebers durch ein komplexes verfahrens- und materiellrechtliches Normenprogramm vorstrukturiert hat und hierdurch sein Wille, ein abschließendes und erschöpfendes bundesrechtliches Regelungssystem zu schaffen, zum Ausdruck kommt, ist von einer bundesgesetzlichen Regelung mit Sperrwirkung auszugehen (vgl. Hamburgisches Verfassungsgericht vom 7.5.2019 - 4/2018 - juris Rn. 92).

91

Entsprechendes gilt, soweit - für die Zukunft - eine Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (vgl. § 136 a Abs. 2 SGB V) sowie eine Weiterentwicklung der Personaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen durch eine Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (vgl. § 137 i Abs. 1 SGB V) vorgesehen sind. Denn der jeweilige Gestaltungsumfang bei der untergesetzlichen Normkonkretisierung wird durch den gesetzlichen Rahmen sowohl verfahrensrechtlich als auch inhaltlich im Einzelnen definiert und begrenzt (vgl. Hamburgisches Verfassungsgericht vom 7.5.2019 -4/2018 - juris Rn. 93).

92

d) Die im Bundesrecht enthaltenen ausdrücklichen Öffnungsklauseln erlauben keine Regelungen der Länder zur Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal.

93

Zwar erklärt § 136 b Abs. 2 Satz 4 SGB V ergänzende (nicht planungsrelevante) Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder für zulässig; ferner können nach § 6 Abs. 1 a Satz 2 KHG, auf den im Gesetzentwurf des Volksbegehren ausdrücklich Bezug genommen wird, weitere (planungsrelevante) Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung gemacht werden. Diese Regelungen lassen jedoch lediglich Ergänzungen der Qualitätsanforderungen zu, die der Gemeinsame Bundesausschuss als juristische Person des öffentlichen Rechts (vgl. § 91 Abs. 1 Satz 1 SGB V) gemäß § 136 b Abs. 1 bzw. § 136 c Abs. 1 SGB V in der Form von verbindlichen Beschlüssen (vgl. § 91 Abs. 6 SGB V) vorgegeben hat.

94

Voraussetzung ist daher zum einen, dass auch der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen seiner Zuständigkeit entsprechende Vorgaben zur Personalbemessung machen dürfte. Dies ist jedoch nicht der Fall, da er seinerseits an die bestehenden bundesgesetzlichen Regelungen in § 136 a Abs. 2, §§ 137 i, 137 j SGB V sowie in der Psychiatrie-Personalverordnung und der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung gebunden ist und ihm insoweit keine Abweichungskompetenz zusteht. Zum anderen erstrecken sich die Öffnungsklauseln nur auf zusätzliche Qualitätsanforderungen. Damit sind Anforderungen, die im

Widerspruch zu denen des Bundes stehen, ausgeschlossen; auch Verschärfungen durch die Länder scheiden aus (vgl. Huster/Harney in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, § 7 Rn. 21; Becker in Becker/Kingreen, SGB V, § 136 b Rn. 3; Kuhla, NZS 2014, 361/364; Wollenschläger/Schmidl, VSSR 2/2014, 117/130 ff.). Dem steht nicht entgegen, dass in der Gesetzesbegründung zu § 136 c Abs. 1 SGB V davon die Rede ist, als Indikatoren zur Strukturqualität kämen auch Maßzahlen zur Personalausstattung in Betracht (BT-Drs. 18/5372 S. 89). Denn die §§ 137 i und 137 j SGB V, die zu einer erschöpfenden und abschließenden Regelung des Bereichs der Pflegepersonalausstattung in Krankenhäusern geführt haben, sind zeitlich erst später - durch Gesetze vom 17. Juli 2017 (BGBl I S. 2615) bzw. vom 11. Dezember 2018 (BGBl I S. 2394) - in das Sozialgesetzbuch V eingefügt worden. Insoweit ist die ursprüngliche Gesetzesbegründung zu § 136 c SGB V wegen der nachfolgenden Rechtsentwicklung teilweise überholt (vgl. Hamburgisches Verfassungsgericht vom 7.5.2019 - 4/2018 - juris Rn. 106 ff.).

95

e) Eine Kompetenz des Landesgesetzgebers kann nicht daraus abgeleitet werden, dass das Bundesrecht - so die Argumentation des Beauftragten des Volksbegehrens - lediglich Personalmindestgrenzen vorsieht und sich darüber hinaus ein Regelungsspielraum im Hinblick auf die Personalbemessung ergäbe.

96

aa) Zwar werden die Regelungen zur Personalausstattung in den bundesrechtlichen Vorschriften teilweise als Untergrenzen bezeichnet (vgl. § 137 i Abs. 1 SGB V sowie die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, § 137 j Abs. 2 Satz 1 SGB V), während im Gesetzentwurf des Volksbegehrens überwiegend von einer Personalbemessung die Rede ist. Dies ändert jedoch nichts daran, dass auch die Pflegepersonalvorgaben des Volksbegehrens letztlich als Mindeststandards zu qualifizieren sind (vgl. Hamburgisches Verfassungsgericht vom 7.5.2019 - 4/2018 - juris Rn. 94). Es ist insbesondere nicht ersichtlich, dass eine bessere Personalausstattung als im Volksbegehren vorgesehen ausgeschlossen sein soll. Im Übrigen wird beispielsweise in Art. 4 a Abs. 7 des Entwurfs ausdrücklich der Begriff „Mindestpersonalvorgaben“ verwendet.

97

Hinzu kommt, dass die bundesrechtlichen Vorschriften zum Personalbedarf durch Regelungen flankiert werden, die die Krankenhausträger dazu bewegen sollen, eine die Mindestvorgaben überschreitende Personalausstattung zu erreichen. Zur Einstellung von mehr Pflegepersonal werden die Krankenhausträger durch den mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz seit Anfang dieses Jahres bestehenden Anspruch auf vollständige Erstattung der Kosten für zusätzliche oder aufgestockte Pflegestellen ermutigt. Dies gilt ebenso für das ab 1. Januar 2020 geltende Pflegepersonalbudget, nach dem die Kosten für das Pflegepersonal aus den Fallpauschalen ausgegliedert und in voller Höhe erstattet werden. Jede Personalbesetzung und die Bezahlung bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen gelten dabei als wirtschaftlich (§ 6 a KHEntgG).

98

Der Systematik der bundesrechtlichen Regelungen ist daher zu entnehmen, dass ihnen als Gesetzeszweck die Sicherung einer angemessenen Ausstattung der Krankenhäuser mit Pflegepersonal zugrunde liegt. Diese Intention entspricht derjenigen des Volksbegehrens. Der Bundesgesetzgeber will das gesetzte Ziel lediglich anders erreichen als die Initiatoren des Volksbegehrens. Wenn er dabei teilweise auf Freiwilligkeit und finanzielle Anreize setzt, ist dies Ausdruck seines eigenen abschließenden Gesamtkonzepts.

99

bb) Dass die (verpflichtenden) Pflegepersonalvorgaben der bundesrechtlichen Normen möglicherweise hinter den Anforderungen im Gesetzentwurf des Volksbegehrens zurückbleiben, führt nicht zu einer Regelungskompetenz der Länder. Wie bereits dargelegt (vgl. oben a)), sind die Länder nicht berechtigt, eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz dort in Anspruch zu nehmen, wo sie eine abschließende Bundesregelung für unzulänglich und deshalb reformbedürftig halten. Das Grundgesetz weist ihnen nicht die Aufgabe zu, kompetenzgemäß getroffene Entscheidungen des Bundesgesetzgebers nachzubessern (vgl. Hamburgisches Verfassungsgericht vom 7.5.2019 - 4/2018 - juris Rn. 95).

100

cc) Dem abschließenden Charakter der Bundesvorschriften steht auch nicht entgegen, dass die Krankenhausplanung und -organisation grundsätzlich Sache der Länder und möglicherweise durch Vorgaben zur Personalbemessung tangiert ist. Soweit die Sperrwirkung der konkurrierenden Gesetzgebung

reicht, ist der Landesgesetzgeber insgesamt unzuständig. Die Länder können gleichgerichtete Regelungen auch nicht unter Berufung auf einen anderen Kompetenztitel erlassen als denjenigen, den der Bund für sich in Anspruch genommen hat. Maßgeblich für die Beurteilung ist, ob der Bund den betroffenen Sachbereich - wie dies hier der Fall ist - abschließend geregelt hat (BVerfGE 102, 99/114 f.; vgl. auch Hamburgisches Verfassungsgericht vom 7.5.2019 - 4/2018 - juris Rn. 105).

101

dd) Der Umstand, dass Anlage 1 zu Teil II Abschnitt D des Krankenhausplans des Freistaates Bayern einen Personalschlüssel für Pflegekräfte in Palliativstationen enthält, vermag die Sichtweise des Beauftragten des Volksbegehrens ebenfalls nicht zu stützen. Diese seit vielen Jahren bestehende programmatische Regelung bedarf ihrerseits der Anpassung an die durch § 137 j SGB V mit Wirkung vom 1. Januar 2019 gegebene neue Rechtslage. Ebenso wenig lässt sich daher eine mit Gesetz vom 13. Juni 2018 (SaarlAmtsbl I S. 380) in das Saarländische Krankenhausgesetz aufgenommene, bislang ungenutzt gebliebene Ermächtigung zugunsten des Volksbegehrens heranziehen, wonach das für die Krankenhausplanung zuständige Ministerium durch Rechtsverordnung personelle Anforderungen für die medizinischen und pflegerischen Bereiche der Krankenhäuser bestimmt, die Personaluntergrenzen umfassen sollen. Ob aus dem Gesetzentwurf des Volksbegehrens eine Anwendung der Pflegepersonalvorgaben auch auf psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser abzuleiten wäre, kann im Übrigen wegen sonstiger Widersprüche zum Bundesrecht (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung, vgl. 2. b); § 137 j Abs. 2 Satz 1 SGB V, vgl. 2. c) aa)) dahingestellt bleiben.

B.

102

Art. 4 b Abs. 1 Satz 8 des dem Volksbegehren zugrunde liegenden Gesetzentwurfs, wonach die Staatsregierung dem Landtag spätestens drei Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes einen Gesetzentwurf vorzulegen hat, verletzt das durch Art. 71 BV gewährleistete Gesetzesinitiativrecht der Staatsregierung.

103

1. Nach Art. 71 BV werden die Gesetzesvorlagen vom Ministerpräsidenten namens der Staatsregierung, aus der Mitte des Landtags oder vom Volk (Volksbegehren) eingebracht. Die Initiativrechte stehen, was ihr Verhältnis untereinander anbelangt, grundsätzlich unabhängig und gleichberechtigt nebeneinander. Ob die nach Art. 71 BV Berechtigten ihr Initiativrecht in Anspruch nehmen wollen, ist ihrem pflichtgemäßen Ermessen überlassen (Brechmann in Meder/Brechmann, Die Verfassung des Freistaates Bayern, 5. Aufl. 2014, Art. 71 Rn. 3; Möstl in Lindner/ Möstl/Wolff, Verfassung des Freistaates Bayern, 2. Aufl. 2017, Art. 71 Rn. 9). Die Staatsregierung, der durch das Volksbegehren eine Initiativpflicht auferlegt werden soll, verfügt, wenn sie ihre verfassungsmäßigen Aufgaben erfüllt, über eine selbständige politische Entscheidungsgewalt. Demgemäß hat sie grundsätzlich selbst darüber zu befinden, ob und in welcher Weise sie von dem ihr in Art. 71 BV eingeräumten Initiativrecht Gebrauch machen will, das unabhängig von dem des Landtags und des Volkes besteht (VerfGH vom 21.7.1965 VerfGHE 18, 79/84).

104

2. Zwar können sich aus Verfassungs- oder Unionsrecht unter Umständen Verpflichtungen zum Erlass eines förmlichen Gesetzes ergeben (vgl. Kersten in Maunz/Dürig, GG, Bd. V, Art. 76 Rn. 61; Masing/Risse in v. Mangoldt/Klein/Starck, GG, Bd. 2, Art. 76 Rn. 74; Mann in Sachs, GG, Art. 76 Rn. 14). Ob in einem solchen Fall die nach Art. 71 BV initiativberechtigte Staatsregierung bei funktionsgerechter Betrachtung vorrangig verpflichtet ist und daher auch gesetzlich angewiesen werden könnte, eine entsprechende Gesetzesvorlage zu erstellen und in die parlamentarische Beratung einzubringen (vgl. zu Art. 76 GG Kersten, a. a. O.; Masing/Risse, a. a. O., Rn. 77), bedarf hier keiner näheren Prüfung. Denn die in Art. 4 b Abs. 1 Satz 8 BayKrG-E vorgesehene Verpflichtung zur Vorlage eines Gesetzentwurfs dient nicht der Erfüllung einer auf höherrangigem Recht beruhenden Novellierungsverpflichtung, sondern soll lediglich den von der Expertenkommission vorgelegten Abschlussbericht umsetzen (Art. 4 b Abs. 1 Sätze 6 und 7 BayKrG-E). Auf einfachgesetzlichem Wege kann aber das verfassungsrechtlich begründete Gesetzesinitiativrecht der Staatsregierung weder hinsichtlich des „Ob“ noch hinsichtlich des „Wie“ eingeschränkt werden.

105

Auch der Volksgesetzgeber darf sich über die Kompetenzvorschrift des Art. 71 BV nicht hinwegsetzen und die Staatsregierung zur Vorlage eines bestimmten Gesetzentwurfs verpflichten, über den der Bayerische Landtag dann im parlamentarischen Verfahren beraten und beschließen müsste. Nach bayerischem Verfassungsrecht steht das Gesetzgebungsrecht des Volkes durch Volksbegehren und Volksentscheid - abgesehen vom Staatshaushalt (Art. 73 BV) - gleichberechtigt neben der Gesetzgebungsbefugnis des Landtags, die ihrerseits eine Initiative des Ministerpräsidenten namens der Staatsregierung oder aus der Mitte des Landtags voraussetzt (Art. 71 BV). Die Verfassung hat das Spannungsverhältnis zwischen parlamentarischer Gesetzgebung und Volksgesetzgebung in Kauf genommen. Es lässt sich nach den Grundentscheidungen der Bayerischen Verfassung nicht feststellen, dass sie einer bestimmten Art des Gesetzgebungsverfahrens den Primat einräumen wollte. Den Akten der Volksgesetzgebung kommt kein höherer Rang zu als denen der parlamentarischen Gesetzgebung; ein vom Volk beschlossenes Gesetz kann in verfassungsrechtlich zulässiger Weise durch ein Parlamentsgesetz wieder geändert oder aufgehoben werden (ständige Rechtsprechung; vgl. VerfGH vom 15.12.1976 VerfGHE 29, 244/264 f.; vom 19.1.1994 VerfGHE 47, 1/16; VerfGHE 53, 42/61). Mit dieser verfassungsrechtlich vorgegebenen Gleichrangigkeit wäre es nicht zu vereinbaren, wenn der Volksgesetzgeber der Staatsregierung im Hinblick auf ihr Gesetzesinitiativrecht und damit mittelbar dem parlamentarischen Gesetzgeber Direktiven für Art, Umfang und Zeitpunkt einer Novellierung des Bayerischen Krankenhausgesetzes erteilen könnte.

106

3. Diese verfassungsrechtlichen Bedenken könnten auch durch eine Auslegung des Art. 4 b Abs. 1 Satz 8 BayKrG-E als Sollvorschrift - wie sie die Bevollmächtigte des Beauftragten des Volksbegehrens vorschlägt - nicht ausgeräumt werden. Im Übrigen scheidet eine solche Auslegung schon angesichts des eindeutig gefassten Wortlauts der Norm aus. Sie käme zudem nicht in Betracht, weil bei der (vorbeugenden) Überprüfung des Entwurfs eines Volksbegehrens im Verfahren nach Art. 67 BV i. V. m. Art. 64 LWG wegen der im Vergleich zu einer nachträglichen Normenkontrolle grundlegend anders gelagerten Situation eine korrigierende (verfassungskonforme) Auslegung auch mit Blick auf die Abstimmungsfreiheit der Unterzeichner ausgeschlossen ist (VerfGHE 53, 42/66 f.).

C.

107

Das beantragte Volksbegehren erfüllt ferner zumindest teilweise nicht die Anforderungen, die sich aus Art. 74 Abs. 2 i. V. m. Art. 7 Abs. 2 BV ergeben, um die Abstimmungsfreiheit im Rahmen der Volksgesetzgebung zu gewährleisten.

108

1. Nach Art. 74 Abs. 2 BV, Art. 64 Abs. 1 Satz 2 LWG muss dem Volksbegehren ein ausgearbeiteter und mit Gründen versehener Gesetzentwurf zugrunde liegen. Die Bürgerinnen und Bürger müssen auf allen Stufen eines Volksgesetzgebungsverfahrens aus dem Gesetzentwurf und dessen Begründung die Abstimmungsfrage und deren Bedeutung und Tragweite entnehmen können. Dies fordert das Grundrecht auf Teilhabe an der Staatsgewalt gemäß Art. 7 Abs. 2 BV in Gestalt der Abstimmungsfreiheit. Die Entscheidung der Stimmberechtigten über den Gesetzentwurf kann nur dann sachgerecht ausfallen, wenn dieser so ausgestaltet ist, dass sie seinen Inhalt verstehen, seine Auswirkungen überblicken und die wesentlichen Vor- und Nachteile abschätzen können (vgl. VerfGH vom 10.3.1978 VerfGHE 31, 77/95; VerfGHE 47, 1/15; 53, 42/66 f.).

109

Mit diesen Grundsätzen ist es nicht vereinbar, wenn im Gesetzentwurf und seiner Begründung in einer für die Abstimmung relevanten Weise unzutreffende Tatsachen behauptet werden oder die geltende Rechtslage unzutreffend oder unvollständig erläutert wird. Unschädlich mag es zwar sein, wenn Tatsachenmitteilungen und Erläuterungen zur Rechtslage im Sinn des politischen Anliegens des Volksbegehrens „gefärbt“ sind. Denn die Darstellung des Anliegens des Volksbegehrens ist ein Mittel des politischen Meinungskampfes, bei dem sich die Elemente der Tatsachenbehauptung oder -mitteilung häufig mit Werturteilen über die bisherige Rechtslage mischen. Insofern ist es grundsätzlich hinnehmbar, wenn die abzulösende Rechtslage in der Begründung eines Volksbegehrens mit einer plakativen Argumentation abgewertet wird. Die Grenze einer sachlich vertretbaren Darstellung des Anliegens des Volksbegehrens ist aber jedenfalls dann überschritten, wenn bei der Erläuterung der konkreten Rechtslage, die abgelöst werden soll, wichtige bereits bestehende Regelungen überhaupt nicht in den Blick genommen werden und

dadurch bei den Stimmberechtigten der Eindruck hervorgerufen wird, dieses Regelungswerk gebe es (noch) nicht (vgl. VerfGH vom 13.4.2000 VerfGHE 53, 81/106).

110

2. Die Begründung zum Gesetzentwurf weist nach diesen Maßstäben so erhebliche sachliche Mängel auf, dass das Volksbegehren die Voraussetzungen des Art. 74 Abs. 2 i. V. m. Art. 7 Abs. 2 BV im Hinblick auf die in ihm enthaltenen Regelungen zur Bemessung des Pflegepersonals in Krankenhäusern nicht erfüllt.

111

a) In der Begründung des Volksbegehrens wird ausgeführt, bisher gebe es keine gesetzlichen Personalvorgaben, um die Qualität der Patientinnen- und Patientenversorgung im Krankenhaus konkret zu verbessern - weder auf Landes- noch auf Bundesebene. Nach allem was bisher bekannt sei, seien von der Festlegung von Personaluntergrenzen allenfalls minimale Verbesserungen in einzelnen Bereichen der unterbesetztesten Krankenhäuser zu erwarten. Der aktuelle Bundesgesetzentwurf zur Stärkung des Pflegepersonals solle absehbar zusätzliche Stellen in der Pflege schaffen. Jedoch schreibe nur das hier vorliegende Gesetz eine stationsbezogene Personalbemessung vor.

112

b) Diese Darlegungen sind unzutreffend, da für den Bereich psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser bereits seit vielen Jahren Vorschriften existieren, die eine Berechnung des jeweiligen Bedarfs an Pflegepersonal auf der Grundlage des in Minutenwerten ermittelten Arbeitsaufwands vorsehen (vgl. oben A. 2. a)). Selbst wenn diese Krankenhäuser vom Gesetzentwurf des Volksbegehrens nicht erfasst sein sollten, ist dessen Begründung unzureichend. Soweit darin von minimalen Verbesserungen in einzelnen Krankenhausbereichen die Rede ist, wird offenbar auf die Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern Bezug genommen, die am 11. Oktober 2018 in Kraft getreten ist und deren Personalvorgaben mit Wirkung zum 1. Januar 2019 umzusetzen sind (vgl. oben A. 2. b)). Dass diese Anforderungen stations- und schichtbezogen sind (vgl. § 6 PpUGV), kommt in der Begründung des Volksbegehrens nicht zum Ausdruck. Vielmehr wird dort der Eindruck vermittelt, allein der Gesetzentwurf des Volksbegehrens sehe eine stationsbezogene Personalbemessung vor. Gänzlich unberücksichtigt bleibt, dass der mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zum 1. Januar 2019 neu eingeführte § 137 j SGB V -als Auffangvorschrift - nunmehr die Grundlage für Untergrößen beim Pflegepersonal in allen Krankenhausbereichen bietet (vgl. oben A. 2. c) aa)). Im Hinblick auf das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz wird lediglich - bezogen auf dessen weiteren Regelungsschwerpunkt (vgl. oben A. 2. c) bb)) - angedeutet, dass zusätzliche Stellen in der Pflege geschaffen werden sollen. Nähere Einzelheiten zum Umfang dieser Maßnahme und zu den finanziellen Verbesserungen für die Krankenhäuser sind der Begründung des Gesetzentwurfs nicht zu entnehmen.

113

Auch wenn die Initiatoren des Volksbegehrens der Auffassung sind, die bundesrechtlichen Regelungen seien trotz der genannten Änderungen unzureichend, entbindet sie dies nicht davon, die Rechtslage, die für eine sachbezogene und unvoreingenommene Beurteilung des Volksbegehrens von Bedeutung ist, umfassend darzustellen. Den sich aus der Abstimmungsfreiheit ergebenden Aufklärungs- und Informationspflichten wird das vorliegende Volksbegehren nicht gerecht. Zwar kann nicht verlangt werden, dass alle Einzelheiten des bundesrechtlichen Regelungszusammenhangs dargelegt werden. In seinen Grundzügen muss er sich jedoch aus der Begründung zum Volksbegehren ergeben. Nur dann ist die Abstimmungsfreiheit aller beteiligten Bürgerinnen und Bürger gewährleistet, die als Gesamtheit den Volksgesetzgeber bilden. Hieran fehlt es vorliegend aufgrund einer nicht nur lückenhaften, sondern nahezu vollständig fehlenden Information über die aktuelle Rechtslage auf Bundesebene. Bei einer Zulassung könnten sich die Bürgerinnen und Bürger anhand seiner Begründung weder ein zutreffendes Bild von der geltenden Rechtslage verschaffen noch die sich aus dem Volksbegehren ergebenden praktischen Veränderungen für die Personalausstattung in der Krankenpflege abschätzen.

114

c) Dieser Beanstandung wegen der Begründung des Volksbegehrens steht nicht entgegen, dass die neuen bundesrechtlichen Regelungen zur Personalbemessung in den Krankenhäusern im Zeitpunkt der Unterschriftensammlung noch nicht erlassen waren. Im Hinblick auf den Grundsatz der Abstimmungsfreiheit ist für die Beurteilung durch den Verfassungsgerichtshof insoweit allein entscheidend, ob die Begründung eine geeignete Grundlage für die Unterschriftensammlung (bei den Gemeinden) nach Art. 74 Abs. 1 BV, Art.

65 ff. LWG und insbesondere für den abschließenden Volksentscheid nach Art. 74 Abs. 5 BV, Art. 75 ff. LWG darstellt (vgl. VerfGHE 31, 77/95). Rechtsentwicklungen, die sich nach Beginn der (freien) Sammlung von Unterschriften gemäß Art. 63 Abs. 1 LWG auf der ersten Stufe des Volksgesetzgebungsverfahrens ergeben und inhaltliche Auswirkungen auf das Volksbegehren haben, dürfen daher bei der Zulässigkeitsprüfung des Verfassungsgerichtshofs nicht unberücksichtigt bleiben. In diesem Zusammenhang kommt es auch nicht darauf an, ob die fehlende Aktualität der Begründung auf einem Versäumnis der Initiatoren des Volksbegehrens beruht oder ob diese wegen einer unvorhersehbaren Rechtsentwicklung zu keiner Einarbeitung der neuen Entwicklung in der Lage waren (zur Aktualität der Begründung von Bürgerbegehren vgl. BayVGH vom 4.7.2016 BayVBI 2017, 92 Rn. 27 ff.). Das Risiko, dass sich die Rechtslage während des Sammelns von Unterschriften für ein Volksbegehren ändert und die Grundlage für eine Zulassung dadurch möglicherweise entfällt, geht zulasten seiner Initiatoren.

115

Die dargelegten Mängel könnten im Übrigen durch Nachschieben einer ergänzten Begründung nicht geheilt werden. Dies hätte zur Folge, dass die Unterstützerunterschriften dem Gegenstand des Volksbegehrens nicht mehr mit der erforderlichen Sicherheit zugerechnet werden könnten, da sie von den Stimmberechtigten möglicherweise aufgrund anderer Vorstellungen geleistet worden sind. Die Unterstützerunterschriften nach Art. 63 Abs. 1 Satz 3 LWG sind mit dem Gesetzentwurf des Volksbegehrens, für den sie konkret geleistet wurden und der den Gegenstand des Verfahrens bildet, untrennbar verbunden; dies kann rückwirkend nicht mehr geändert werden. Über bloße redaktionelle oder sonstige geringfügige Anpassungen hinausgehende Änderungen von Gesetzentwurf und Begründung kommen daher nicht in Betracht. Hier würde eine inhaltliche Korrektur der Begründung mit dem Ziel der Berücksichtigung der gegenwärtigen Rechtslage infolge der oben (A. 2.) dargestellten weitreichenden Novellierungen im Bundesrecht den sachlichen Gegenstand des Verfahrens verändern und die Unterstützerunterschriften als Grundlage des Volksgesetzgebungsverfahrens vom weiteren Verfahren abkoppeln. Dies ist nicht zulässig (VerfGHE 53, 81/110 m. w. N.).

D.

116

Ob weitere der vom Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration erhobenen Beanstandungen durchgreifen, kann dahingestellt bleiben. Die Unzulässigkeit des Volksbegehrens im Hinblick auf die unter A., B. und C. aufgeführten Vorschriften, die den Komplex der Bemessung des Krankenhauspflegepersonals betreffen, führt dazu, dass die Voraussetzungen für die Zulassung des gesamten Volksbegehrens nicht gegeben sind.

117

1. Nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs kommt eine teilweise Zulassung eines Volksbegehrens nur ausnahmsweise in Betracht. Entscheidender Gesichtspunkt ist danach, dass dem Volksbegehren ein Gesetzentwurf zugrunde liegen muss, der vom Willen der Unterzeichner gedeckt ist. Abzustellen ist auf den objektivierten Willen der Unterzeichner, wie er dadurch zum Ausdruck gekommen ist, dass diese mit ihrer Unterschrift das Einverständnis damit erklärt haben, dieser Gesetzentwurf solle zum Gegenstand eines Volksgesetzgebungsverfahrens gemacht werden. Fällt dieser „gemeinsame Nenner“ für die Vereinigung von mindestens 25.000 Stimmberechtigten dadurch weg, dass ein Teil des Gesetzentwurfs zu beanstanden ist, fehlt es an der übereinstimmenden Aufnahme gerade dieses Gesetzentwurfs in den gemeinsamen Willen der Unterzeichner. Deren ursprüngliche Erklärung deckt den verbleibenden Teil grundsätzlich nicht ab. Denn der verbleibende Teil des Gesetzentwurfs stellt in aller Regel etwas wesentlich anderes dar als der Gesetzentwurf, dem die Unterzeichner ursprünglich ihre Zustimmung erteilt hatten. Der Verfassungsgerichtshof kann nicht durch seine Entscheidung eine Fassung des Gesetzentwurfs zum Gegenstand eines Volksbegehrens machen, die eine substantielle Veränderung des von den Unterzeichnern bei objektiver Betrachtung Gewollten bewirken könnte. Nur wenn die die Unzulässigkeit des Volksbegehrens begründenden Vorschriften lediglich einen unwesentlichen Teil eines einheitlichen Gesetzentwurfs darstellen und von diesem sachlich trennbar sind, könnte ein Volksbegehren mit den verbleibenden Vorschriften ausnahmsweise zugelassen werden. Dies ist nach objektiven Gesichtspunkten unter Würdigung des gesamten Gesetzentwurfs festzustellen (vgl. VerfGH vom 14.11.1994 VerfGHE 47, 265/273; vom 17.11.1994 VerfGHE 47, 276/313 ff.; vom 6.5.2005 VerfGHE 58, 113/130 f.).

118

In den genannten Entscheidungen hat der Verfassungsgerichtshof auch dargelegt, dass für die Zulässigkeit eines Volksbegehrens andere Maßstäbe gelten, als sie für die Beurteilung der Teilnichtigkeit von Normen entwickelt wurden. Denn anders als bei einem bereits bestehenden Gesetz gehe es bei einem Volksbegehren um ein in einem besonderen Verfahren der Gesetzgebung erst entstehendes Gesetz, das bis zur Entscheidung durch das Volk vom Willen der Unterzeichner des Volksbegehrens gedeckt sein muss. Damit hat sich der Verfassungsgerichtshof gegenüber älteren Entscheidungen abgegrenzt, in denen unter Berufung auf die Maßstäbe der Teilnichtigkeit von Normen Volksbegehren teilweise zugelassen worden waren (vgl. VerfGHE 29, 244/262; 43, 35/64). An dieser Rechtsprechung hat der Verfassungsgerichtshof seither festgehalten (vgl. VerfGHE 53, 42/74; 53, 81/112; 58, 113/131). Das vorliegende Verfahren bietet keinen Anlass, davon abzuweichen.

119

2. Die vom Verfassungsgerichtshof für unzulässig erachteten Teile stellen bei objektiver Betrachtung wesentliche Bestandteile des gesamten Gesetzentwurfs dar.

120

a) Die Beanstandungen des Verfassungsgerichtshofs oben unter A. erstrecken sich auf die gesamten Bestimmungen der Art. 4 a und 4 c BayKrG-E; der unter B. festgestellte Verfassungsverstoß betrifft Art. 4 b Abs. 1 Satz 8 BayKrG-E. Da die restlichen Regelungen des Art. 4 b BayKrG-E dem Gesamtkontext der Personalbemessung im Pflegebereich zuzurechnen sind, ergäbe sich aus ihnen gesondert keine sinnvolle Regelung. Zudem erfassen die unter A. konstatierte Kompetenz Widrigkeit und der unter C. dargelegte Begründungsmangel die Vorschriften zur Personalbemessung - Art. 4 a, 4 b und 4 c BayKrG-E, Art. 7 Abs. 2 BayKrG-E, der auf Art. 4 a und 4 c BayKrG-E Bezug nimmt, sowie Art. 22 Abs. 2 BayKrG-E, der auf Art. 4 c verweist - in ihrem Gesamtzusammenhang.

121

Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf des Volksbegehrens Regelungen zur Änderung des Art. 4 BayKrG (Geltung der Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, Inhalt des Krankenhausplans), zur Krankenhaushygiene (Art. 4 d BayKrG-E) und zur Änderung des Art. 7 Abs. 1 BayKrG (Besetzung des Krankenhausplanungsausschusses).

122

b) Ohne die vom Verfassungsgerichtshof für unzulässig erachteten Teile wäre das mit dem Volksbegehren verfolgte Anliegen - verglichen mit dem gemäß Art. 63 Abs. 1 Satz 2 LWG durch die Unterschriften von mindestens 25.000 Stimmberechtigten gebilligten ursprünglichen Entwurf - nur noch ein Torso (vgl. VerfGHE 53, 81/112; 58, 113/131). Anlass und Ziel des Volksbegehrens kommen in seiner schlagwortartigen Bezeichnung „Stoppt den Pflegenotstand an Bayerns Krankenhäusern“ zum Ausdruck. Auch die Begründung zum Volksbegehren stellt maßgeblich auf die Situation in der Krankenpflege ab. Ungenügende Pflege und bislang fehlende gesetzliche Personalvorgaben gebieten nach Auffassung der Initiatoren ein Tätigwerden des Volksgesetzgebers. Durch das Volksbegehren sollen die personellen Voraussetzungen für eine gute Pflege in Bayerns Krankenhäusern geschaffen werden. Dieser Begründungsschwerpunkt zeigt, dass die Regelungen zur Personalbemessung in der Krankenpflege das materielle „Herzstück“ des Gesetzentwurfs sind. Vor diesem Hintergrund würde es eine Irreführung der Bürgerinnen und Bürger darstellen, wenn ein Restentwurf zugelassen würde, der den Kern des Anliegens der Initiatoren nicht mehr enthält. Der verbleibende Inhalt des Gesetzentwurfs ist im Vergleich zum ursprünglichen Entwurf ein alium und damit nicht zulassungsfähig.

V.

123

Das Verfahren ist kostenfrei (Art. 27 Abs. 1 Satz 1 VfGHG).