



**Landesfachbereich 03  
Gesundheit, Soziale Dienste,  
Wohlfahrt und Kirchen**

**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

ver.di \* LBZ Bln-Bbg \* Köpenicker Str. 30 \* 10179 Berlin

**ver.di Landesbezirk  
Berlin-Brandenburg**

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales  
Herrn Senator Mario Czaja  
Oranienstraße 106

Köpenicker Strasse 30  
10179 Berlin

Telefon: 030/ 8866-0  
Durchwahl: -5250  
Telefax: -5925

**Meike Jäger**  
Landesbezirksfach-  
bereichsleiterin

10969 Berlin

Meike.jaeger@verdi.de  
www.verdi.de

Datum	26.01.2015
Ihre Zeichen	
Unsere Zeichen	/MJ

## **Zweite Stellungnahme des ver.di Landesfachbereichs Gesundheit und Soziales (FB3) Berlin/Brandenburg zum Krankenhausplan 2016-2020 – Personalbemessung im Landeskrankenhausplan verankern.**

Sehr geehrter Herr Czaja,  
sehr geehrte Damen und Herren,

wie schon in unserer ersten Stellungnahme vom 18.06.2014 angekündigt, hat der ver.di Landesfachbereich 3 eine Arbeitsgruppe eingerichtet, in der Beschäftigte und Interessenvertretungsmitglieder aus mehreren Berliner Krankenhäusern ihre Anforderungen an die neue Landeskrankenhausplanung diskutiert und eine Position entwickelt haben. Unter Einbeziehung der Ergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform geben wir hiermit eine zweite Stellungnahme zur Krankenhausplanung für die Planjahre 2016 bis 2020 ab.

Mit den Eckpunkten der Bund-Länder-AG wird die Planungskompetenz der Länder im Bezug auf Qualitätskriterien gestärkt. Die Bund-Länder-AG fordert in diesem Sinne die Länder auf, „planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ in der gesetzlichen Krankenhausplanung zu verankern. Die Erfüllung solcher Qualitätsindikatoren kann auch zu einer Voraussetzung für die Aufnahme und den Verbleib im Landeskrankenhausplan werden (Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015, S. 5).



Landesfachbereich 03  
Gesundheit, Soziale Dienste,  
Wohlfahrt und Kirchen

Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft

ver.di Landesbezirk  
Berlin-Brandenburg

Der Gesetzgeber hat die Länder im Weiteren verpflichtet im Rahmen der Krankenhausplanung eine „bedarfsgerechte Versorgung“ der Bevölkerung mit „leistungsfähigen“ Krankenhäusern sicher zu stellen (§1 i. V. m. §6 KHG). Bei der Feststellung der Leistungsfähigkeit und der Bedarfsgerechtigkeit ist dabei von gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen auszugehen. Zahlreiche wissenschaftliche Studien zeigen, dass eine entscheidende Strukturvoraussetzung zur Sicherstellung von Patientensicherheit eine Personalausstattung ist, die dem Arbeitsaufwand gerecht wird. Es wird u. a. aufgezeigt, dass mit jedem zusätzlichen Patienten pro Pflegekraft das Mortalitätsrisiko um ca. 7% steigt.<sup>1</sup> Gerade in personennahen Dienstleistungen, wie der ärztlichen und pflegerischen Versorgung von Patient\_innen, aber auch im Bereichen der Reinigung (Stichwort: Hygiene) ist also nachgewiesenermaßen eine aufwandsadäquate Personalausstattung entscheidend für die „Leistungsfähigkeit“ der Versorgung.<sup>2</sup> Deutschland hat im europäischen Durchschnitt mit mehr als 10 Patient\_innen pro Pflegekraft in der Normalpflege einen der schlechtesten Pflegekraft-Patient\_innen-Schlüssel (nurse-patient-ratio) überhaupt. Fast zwangsläufig muss sich dies auf die Arbeitsbedingungen auswirken. So ist die Arbeit im Krankenhaus nachweislich zunehmend belastender geworden. Das Wissen um diese Rahmenbedingungen führt dazu, dass leider auch die Attraktivität der Pflege- und Heilberufe stetig abnimmt. Das allgemeine Problem des Pflegefachkraftmangels wird so zusätzlich noch verschärft. Bereits jetzt können offene Stellen im Pflegebereich, insbesondere in den Funktionsbereichen und in der Fachpflege, oft über Monate hinweg nicht besetzt werden.<sup>3</sup>

Der vom Gesetzgeber gewollte Finanzierungs- und Wettbewerbsdruck zwingt auch im Reinigungsbereich (in den meisten Krankenhäusern zwischenzeitlich in eigene Betriebe ausgegliedert oder als Leistung fremd vergeben) zur Kostensenkung, was in der Konsequenz zu massiven Einsparungen beim Personal geführt hat. Die Reinigungskräfte sind heute für immer größere Flächen zuständig und müssen diese in immer kürzerer Zeit bearbeiten. Angesichts der im europäischen Vergleich betrachteten starken Verbreitung multi-resistenter Keime besteht u. E. grundsätzlich dringender Handlungsbedarf der Politik.

<sup>1</sup> Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM et al. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA : the journal of the American Medical Association 288:1987-1993

<http://www.nursing.upenn.edu/media/Californialeislation/Documents/Linda%20Aiken%20in%20the%20News%20PDFs/jama.pdf> ; für Europa: Aiken et al, 2014 Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet, doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8

<sup>2</sup> Für die Auswirkung von Personalmangel auf die Hygienesituation in den Krankenhäusern und die erhöhten Infektionsfälle in deutschen Krankenhäusern siehe u.a. die aktuellen Berichte in der Zeitung „Die Zeit“ zu Krankenhauskeimen. Nach Zahlen der „Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene“ sterben jedes Jahr 30.000 – 40.000 Menschen an Ansteckungen mit Keimen im Krankenhaus. <http://www.krankenhaushygiene.de>

<sup>3</sup> <http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2013-12.pdf>



Landesfachbereich 03  
Gesundheit, Soziale Dienste,  
Wohlfahrt und Kirchen

Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft

ver.di Landesbezirk  
Berlin-Brandenburg

Für das Land Berlin ergibt sich aus dieser Situation ein konkreter Handlungsauftrag im Rahmen seiner planerischen Kompetenz. Das Bundesverwaltungsgericht hat den Ländern ausdrücklich die „Gestaltungshoheit“ zugesprochen, um politisch definierte Zielvorstellungen, „die mit Hilfe des Einsatzes staatlicher Lenkungsmittel verwirklicht werden sollen“ umzusetzen (BVerwGE 3 C 134/79).

## Anforderungen zur Verankerung von Qualitätskriterien im Krankenhausplan

Mit der Definition von verbindlichen Qualitätsstandards im Rahmen des Landeskrankenhausplans hat das Land Berlin die Möglichkeit zur Festlegung eines ordnungspolitischen Rahmens, damit der zunehmende Wettbewerb im Krankenhaussektor nicht zu Lasten der Patient\_innen und auch der Beschäftigten ausgetragen wird. Dabei muss der Gesetzgeber insbesondere die Anforderungen nach Leistungsfähigkeit und „sozial tragbaren Pflegesätzen“ aus §1 KHG miteinander in Ausgleich bringen.

Darüber hinaus müssen solche Regelungen auch ordnungspolitisch durchsetzbar sein.

### ver.di schlägt deshalb die folgenden Regelungen für die Berliner Krankenhausplanung vor:

1. Im Landeskrankenhausplan wird für die pflegerischen Normalstationen die Pflegepersonal-Regelung (PPR) mit dem Stand von 1997 als Qualitätsstandard festgelegt. Die Arbeitsgruppe Krankenhausplanung des ver.di-Fachbereichs 3 Berlin hält die Anwendung der PPR als Sofortmaßnahme für sinnvoll und machbar, wohl wissend, dass das System PPR gewisse Schwächen hat. So sind dort nicht alle pflegerischen Leistungen angemessen erfasst. Da die PPR sich nur auf den Tagdienst bezieht, müssen für den Nachtdienst und Leitungstätigkeit gesonderte Regeln gefunden werden. Auch bilden sich die Veränderung der Pflegebedürftigkeit vieler multimorbiden Patient\_innen sowie die Arbeitsverdichtung der letzten 20 Jahre, u.a. durch eine Verkürzung der Liegedauer, nicht angemessen in der PPR ab. Tatsächlich kann die PPR also zunächst nur als Minimalstandard gesehen werden – was uns allerdings zu der Einschätzung gelangen lässt, dass sie deshalb auch nicht als unwirtschaftlich betrachtet werden kann. Ihre Verankerung als Minimalstandard würde jedoch sofort eine Verbesserung der Pflege- und Betreuungsqualität mit sich bringen und wäre ein wichtiger Schritt, um eine größere Transparenz in die von Kostendruck und Wettbewerb geprägte Personalplanung der Krankenhäuser zu bringen. Der Einführungsaufwand wäre gering, da sehr viele Krankenhäuser, auch in Berlin, die PPR als internes Planungsinstrument bereits seit langer Zeit anwenden.



Landesfachbereich 03  
Gesundheit, Soziale Dienste,  
Wohlfahrt und Kirchen

Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft

ver.di Landesbezirk  
Berlin-Brandenburg

2. Für den Intensivbereich werden die Anforderungen aus dem Landeskrankenhausplan NRW übernommen: „Für zwei Behandlungsplätze ist pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich. Zusätzlich soll eine Stelle für die pflegedienstliche Leitung mit der Qualifikation der Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivtherapie pro Intensivtherapieeinheit vorgesehen werden. Bei speziellen Situationen soll eine erhöhte Präsenz von Pflegepersonal bis zu einer Pflegekraft pro Bettenplatz pro Schicht eingesetzt werden.“ (S. 110) Weitere Vorgaben orientieren sich an den Empfehlungen der Fachgesellschaften (DFG; DIVI).<sup>4 5</sup>  
In der Neonatologie ist in jeder Schicht eine Pflegekraft für ein intensivpflichtiges Frühgeborenes zuständig und eine Pflegekraft für zwei überwachungspflichtige Frühgeborene zuständig.<sup>6</sup>
3. Für den psychiatrischen Bereich sind die Personalvorgaben der PsychPV als verbindliche Vorgaben im Krankenhausplan dauerhaft zu verankern. Ihre Einhaltung sollte, ebenso wie die Einhaltung der anderen Vorgaben, auch durchgesetzt werden (s.u.).
4. Für eine möglicherweise notwendige Phase der Anpassung an diese Personalvorgaben wird ein Reporting-System eingerichtet, in dessen Rahmen die zuständige Senatsverwaltung regelmäßig über die konkreten Maßnahmen zur Erreichung der Standards (Personalgewinnung, Verhandlung mit den Kassen [u. a. zum Landesbasisfallwert], etc.) unterrichtet wird.
5. Unabhängig von diesen konkreten Personalvorgaben werden die Krankenhäuser zusätzlich verpflichtet,
  - die tatsächliche Arbeitszeit der Beschäftigten zu erfassen (Gesamtsaldostunden);
  - die Gefährdungsmeldungen der Beschäftigten zu erfassen und jährlich an das LAGetSi zu melden (zu der Meldung gehören auch die getroffenen Maßnahmen, um die Überlastung einzudämmen);
  - Systeme zur zentralen Erfassung kritischer Vorfälle zu installieren; diese Vorfälle werden jährlich anonymisiert an das LAGetSi gemeldet.

Um die Qualitätsvorgaben des Krankenhausplans auch durchsetzen zu können, hält es die Arbeitsgruppe Krankenhausplanung des ver.di-Fachbereichs 3 für angezeigt, diese auch gesetzlich abzusichern. Daher sollte das Berliner Krankenhausgesetz dahin gehend geändert werden, dass der Senat beauftragt wird, Personalmindeststandards als obligatorische Qualitäts- und Sicherheitsstandards im Landeskrankenhausplan und über Verordnungen zu verankern. Für den Fall, dass ein Kranken-

<sup>4</sup> <http://www.divi.de/empfehlungen/intensivmedizin/195-empfehlungen-zur-struktur-und-ausstattung-von-intensivstationen.html> (online, 13.01.2015)

<sup>5</sup> <http://www.dgf-online.de/>

<sup>6</sup> [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2393/2013-06-20\\_QFR-RL\\_Aenderung\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2393/2013-06-20_QFR-RL_Aenderung_TrG.pdf) (online, 13.01.2015)



**Landesfachbereich 03**  
**Gesundheit, Soziale Dienste,**  
**Wohlfahrt und Kirchen**

**Vereinte**  
**Dienstleistungs-**  
**gewerkschaft**

**ver.di Landesbezirk**  
**Berlin-Brandenburg**

haus diese Vorgaben nicht einhält, sollte ebenfalls gesetzlich ein verbindliches Verfahren zur Behebung der Mängel festgelegt werden. Als ultima ratio sollte auch die Herausnahme von Krankenhäusern oder Abteilungen aus dem Landeskrankenhausplan vorgesehen werden.

Da die vorgeschlagenen Regelungen lediglich als eine Art Sofortmaßnahme angesichts eines akuten Pflegenotstand betrachtet werden können, sollte der Senat im Weiteren beschließen, eine eigene Expertenkommission auf Länderebene einzurichten, die spätestens bis Ende 2016 verbindliche Orientierungswerte insbesondere für die Bereiche Pflege, ärztlicher Dienst, therapeutische Dienste sowie den Bereich der Reinigung (Hygiene/ Reinigung - siehe hierzu die bereits von ver.di entwickelten Orientierungswerte nach Fläche pro Stunden im Anhang)<sup>7</sup> entwickelt. Hierbei kann sicherlich auch auf die Ergebnisse der Arbeitsgruppen, die durch die Bund-Länder-AG eingerichtet wurden, zurückgegriffen werden.

Die sich nach unserer Auffassung kontinuierlich verschärfende Personalsituation an Berliner Krankenhäusern erfordert ein konsequentes Handeln durch die politisch Verantwortlichen. Es gilt keine Zeit zu verlieren. Mit der Landeskrankenhausplanung 2016 – 2020 kann der Berliner Senat ein entscheidendes Signal setzen, dass der drohende Pflegenotstand ernst genommen wird. Berlin könnte damit einer der Vorreiter bei der Einführung verbindlicher Personalbemessungsstandards auf Länderebene sein und damit andere Bundesländer unterstützen, die ebenfalls Schritte in diese Richtung unternommen haben.

Gerne würden wir unsere Anforderungen an den Landeskrankenhausplan – aber auch bezogen auf das Thema Personalbemessung insgesamt direkt mit Ihnen, Herr Czaja, besprechen. Über einen zeitnahen Termin für ein Gespräch in dieser Angelegenheit würden wir uns daher sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Meike Jäger

---

<sup>7</sup> Siehe hierzu auch die „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch Institut.  
[https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Flaeche\\_Rili.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Flaeche_Rili.pdf?__blob=publicationFile)



# 1. Zeitaufwand für Reinigung nach Arbeitsbereichen in den Krankenhäusern

(Berechnungen: ver.di Facharbeitsgruppe Personalbemessung in Servicebetrieben)

Kat.	Art / Nutzung des Raumes	m <sup>2</sup> /Std.
A1	Patientenzimmer mit höchster Hygienestufe	50
A2	Patientenzimmer mit hoher Hygienestufe	60
A3	Patientenzimmer mit mittlerer Hygienestufe	80
A4	Patientenzimmer mit niedriger Hygienestufe	100
A5	Patientenzimmer mit niedrigster Hygienestufe	150
B	Büro- und Verwaltungsräume, Dienstzimmer	200
C	OP-Räume einschl. der Nebenräume, Notfallversorgung und entsprechende Räume der Ambulanzen – Endreinigung	40
D1	Behandlungs- und Funktionsräume mit hoher Hygienestufe	70
D2	Behandlungs- und Funktionsräume mit niedriger Hygienestufe	150
E	Sanitärbereiche	50
F1	Flure, (Eingangs-)Hallen, Windfänge – maschinelle Reinigung	400
F2	Flure, (Eingangs-)Hallen, Windfänge – manuelle Reinigung	200
G	Treppenhäuser	150
H	Aufenthaltszimmer, Umkleide, Arbeitsraum	200
I	Lager, Archive, Technik, Abstellräume	250
K	Bäderbereich, Physikalische Therapie	100
L1	Cafeteria, Mensa, Casino	200
L2	Cafeteria, Mensa, Casino mit Desinfektion	100