

Stellungnahme von

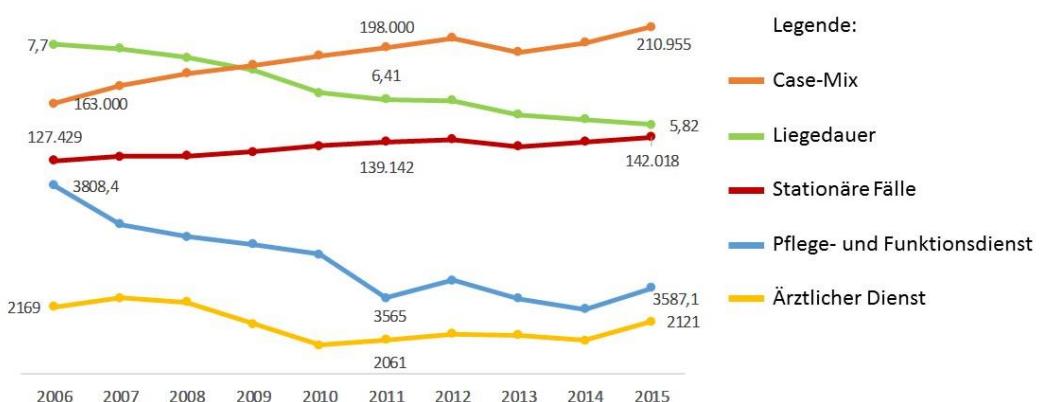
Dana Lützkendorf
Landesfachbereichsvorstandsvorsitzende ver.di FB 3
Personalrätin Charité

Zur Anhörung im Berliner Abgeordnetenhaus am 27.02.2017
Zum Thema: Krankenhaushygiene

Problemanalyse

Der politisch gewollte ökonomische Druck auf die Krankenhäuser, führte in den letzten zehn Jahren zu einem enormen Abbau des Klinikpersonalbestandes im Verhältnis zur Leistungsentwicklung. Um negative Bilanzen auszugleichen bzw. Erlöse zu erzielen, wurde nicht nur Personal abgebaut, sondern auch erlössichernde Leistungen gesteigert. Die Liegedauer der Patienten verkürzten sich und die stationären Fälle sowie Case-Mix Punkte (Schwere der Fälle) stiegen. Dieses wird folgend am Beispiel der Charité dargestellt:

Leistungsentwicklung und Personalbestand*



*Jahresbericht der Charité Universitätsmedizin Berlin 2006-2015

Insbesondere der Abbau von Personal in der Pflege hat zur Folge, dass die Besetzungen in den Schichten reduziert wurden und nicht selten eine Pflegekraft nachts allein arbeitet. Studien haben gezeigt, dass in deutschen Krankenhäusern Pflegekräfte mehr Patienten betreuen müssen, als es im europäischen Durchschnitt der Fall ist. Während in Deutschland eine Pflegekraft durchschnittlich 13 Patienten versorgt, sind es in England nur acht und in Norwegen sogar nur vier Patienten.ⁱ Häufig werden in Tagesschichten in der stationären Pflege mehr als 15 Patienten von einer Fachkraft versorgt, im Spätdienst erhöht sich das Verhältnis nochmals. Außerdem wurde im ver.di Nachtdienstcheck von 2015 festgestellt, dass 64% aller Befragten nachts allein arbeiten und dies als besonders belastend beschrieben.ⁱⁱ ver.di hat in einer Erhebung von 2013 festgestellt, dass 162000 Klinikbeschäftigte fehlen und ca. 70000 Pflegende.ⁱⁱⁱ Auf den Intensivstationen können nicht selten die empfohlenen

Besetzungsstandards von 1:2 nicht eingehalten werden.^{iv} Die Pflegekräfte betreuen dann drei oder vier Patienten, manchmal sogar sechs.

Erfahrungsgemäß sind die Dienstpläne des pflegerischen, aber auch des ärztlichen Personals so eng gestrickt, dass ein plötzlicher Ausfall für einen Kollaps sorgt. Viele Kolleginnen müssen dann Einspringen und Überstunden machen. Wie bereits in einer Stellungnahme vom 26.05.2014 im Berliner Abgeordnetenhaus berichtet, stehen Pflegekräfte unter einem enormen Druck.^v Sie müssen immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit versorgen. Für eine Pause ist selten Zeit. Klinikpatienten waren in den letzten Jahren und werden in Zukunft multimorbider.^{vi} Das bringt nicht nur der demografische Wandel mit sich, sondern auch der medizinisch-technische Fortschritt, der die Lebenserwartungen erhöht. Klinikpatienten werden nicht nur kranker aufgenommen, sondern auch pflegebedürftiger. Die Arbeitsbelastung stieg in den letzten Jahren an und wird in Zukunft steigen, aufgrund der Anforderungen und der schlechten Personalausstattung. Arbeitsstress- und –hetze bestimmen den Alltag. Eine Befragung des DGB -Index für gute Arbeit (2015) ergab, dass 66 Prozent der Befragten im Gesundheitswesen sich bei der Arbeit gehetzt fühlen.^{vii} 59 Prozent bewerteten die Qualität ihrer Arbeit als schlecht bzw. im unteren Mittelfeld, im Zusammenhang mit schlechter Personalbesetzung und Arbeitshetze. Mit steigender Arbeitsbelastung im Krankenhaus, können Hygienemaßnahmen nicht sichergestellt werden. Im ver.di Nachdienstcheck gaben ¼ der Befragten an, ihre Händedesinfektion aufgrund des Arbeitsdrucks zu vernachlässigen. Eine internationale Studie ergab, dass Arbeitsbelastung und Qualifikation der Pflegenden eine Auswirkung auf die Sterblichkeit haben.^{viii} Eine andere Studie sagt aus, dass das Pflege zu Patient Verhältnis mit Infektionsraten für Blasenentzündungen und Wundinfektionen korreliert sowie ein enger Zusammenhang besteht zwischen Burnout der Pflegenden und nosokomialer Infektionen.^{ix}

Um eine Händedesinfektion und andere Hygienemaßnahmen adäquat durchführen zu können, benötigt es Zeit und Personal. Untersuchungen zur Händehygiene ergeben verschiedene Gründe einer Non-Compliance der Händehygiene. Personalmangel ist einer der häufigsten Gründe.^x Informationsdefizite, mangelnde Haltung und fehlende Qualifikationen sind weitere Gründe.^{xi} In einer Untersuchung von Prof. Rüden an der Charité, bzgl. der Händedesinfektion auf einer 12 Betten-Intensivstation, mit 1:2 Betreuung, wurde berechnet, dass bei adäquater Händedesinfektion es im Monat 3,2 Vollkräfte benötigt.

Eine weitere Folge des ökonomischen Drucks bzw. der Gewinnmaximierung ist das Outsourcing. Viele Facilities, wie Krankenhausreinigung und Sterilgutversorgung, sind nicht mehr dem Management der Krankenhäuser unterstellt. Je mehr ein Krankenhaus das Reinigungsbudget an externe Anbieter ausgibt, umso höher steigt das Infektionsrisiko durch Krankenhauskeime.^{xii}

Dass die Reinigung nicht mehr im Krankenhaus selbst gemanagt wird, ist insbesondere für pflegerische Führungskräfte eine Herausforderung, die an manchen Tagen viel Zeit damit verbringen müssen, dafür zu sorgen, dass die Qualität der Reinigung den Standards entspricht, wohl wissend, dass die Reinigungskräfte überlastet sind. Da sie selbst nicht direkt weisungsbefugt sind, benötigt es häufig das Durchlaufen mehrere Ebenen der Tochterfirma, bis ein Auftrag erledigt wird.

Außerdem haben die Führungskräfte der Kliniken weder einen Einfluss auf die Qualität der Qualifikation der Mitarbeiter der Tochterfirmen, noch haben sie einen Einfluss auf die Personalakquise und Personalentwicklung.

Ein weiteres Problem, welches sich darstellt ist, dass sich über die letzten zehn Jahre die Reinigungsleistung für eine Reinigungskraft verdoppelt hat. Besonders an den Wochenenden muss das Reinigungspersonal viel mehr Flächen reinigen und viel längere Wege überwinden. In einigen

Bereichen wird am Wochenende gar nicht gereinigt. Die Krankenhausreinigung ist in der geforderten Qualität nicht mehr zu bewältigen. Das Personal ist prekär beschäftigt, macht häufig unbezahlte Überstunden, um die geforderte Leistung zu erzielen. Es wird nur noch gereinigt, was schmutzig aussieht (Sichtreinigung). Steigende Arbeitsbelastung, Arbeitshetze, wechselndes Personal und Qualifikationsmängel sind nicht förderlich, um Standards der Krankenhausthygiene zu halten. Bei einer ver.di Umfrage bei den Beschäftigten von Viva-Clean (Vivantes) gaben über 90% der Befragten an, dass sie mehr Zeit bräuchten, um ihre Arbeit richtig machen zu können. Dazu braucht es mehr Personal. Außerdem gaben über 80% an, dass sie mehr Schulungen bräuchten.

Handlungsoptionen

Den öffentlichen Krankenhäusern muss der finanzielle Druck genommen werden. Die Investitionsmittel müssen den Krankhäusern im vollen Umfang zur Verfügung gestellt sowie der Investitionsstau abgebaut werden. Die frei werdenden Mittel der Häuser werden für die Einstellung von qualifiziertem Personal zur Verfügung gestellt. Dieses sollte regelmäßig kontrolliert und bei Nichteinhaltung mit Sanktionen hinterlegt werden. Die ausgegliederten Tochterfirmen müssen wieder in die Kliniken eingegliedert werden.

Es muss mehr Forschung zu Fragen der Krankenhausthygiene, Krankenhauskeime, Personalbestand und Reinigung initiiert werden. Auch sollte es regelmäßig kleine Anfragen an die öffentlichen Krankenhäuser zu diesen Themen geben. Allgemein muss die Transparenz in allen Häusern in Bezug auf Krankenhausthygiene, Keime und Personalbesetzung verbessert werden. So könnte man die Entwicklung und mögliche Fortschritte monitoren und bei Fehlentwicklungen schneller korrigieren.

Die Politik sollte darauf hinwirken, dass es eine Änderung der übertriebenen erlösorientierten Haltung privater, aber auch öffentlicher Krankenhäuser gibt, mehr hin zu einer patienten- und mitarbeiterorientierten Haltung. Wenn ein Haus mehr Personal zur Verbesserung der Patientenversorgung einstellt, sollte es kein Nachteil für das jeweilige Haus sein, wenn es dadurch keine oder weniger Gewinne erzielt.

Deswegen braucht es auch verbindliche Personalregelungen im Krankenhaus, die gesetzlich verankert sind, so dass diese Regelungen auch für alle Einrichtungen gelten. Dies gilt aber nicht nur für die Pflege, sondern für weiteres Personal, welches im Rahmen der Krankenhausthygiene benötigt wird, wie zum Beispiel mehr qualifizierte Reinigungskräfte. Insbesondere in sensiblen Bereichen, wie Intensivstationen und OP-Einheiten, sollte festes Reinigungsstammpersonal arbeiten. Die Reinigungsleistung muss wieder auf ein zu bewältigendes Niveaus reduziert werden, in dem mehr Reinigungspersonal eingestellt wird. Die Führungskräfte der Kliniken sollen wieder direkt Anforderungen an die Reinigung stellen können.

Wie Personal bemessen wird, muss gesetzlich geregelt werden. Die Kliniken müssen ihren Personaleinsatz wieder über einen Stellenplan planen. Bei der Personalbemessung muss sich an Empfehlungen der Fachgesellschaften orientiert werden.

Auf den Intensivstationen sollte es eine Relation von einer Pflegekraft zu zwei Patienten geben, bei Bedarf sogar von 1:1.^{xiii} Im OP sollten zwei OP-Fachkräfte pro Saal und eine Anästhesiefachkraft pro eingeleiteten Patienten arbeiten. Dass gesetzlich geregelte Personalschlüssel (Nurse-to-Patient Ratio) auch für die stationären Pflege möglich und sinnvoll sind, wurde in einer aktuellen Studie veröffentlicht, die Besetzungsregelungen international erforscht hat.^{xiv} „Nach Auffassung der

jeweiligen Gesetz- und Verordnungsgeber können Vorgaben zu Mindestbesetzungen insbesondere dazu beitragen, Schädigungen der Patientengesundheit durch schwere Komplikationen zu vermeiden.“^{xv} Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die international erworbenen Erkenntnisse zur gesetzlich geregelten Mindestbesetzung durchaus auch auf das deutsche System übertragbar wären und einige Anregungen zur Regelung auch für Deutschland bereithalten.

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DHKG) erkennt in einer Stellungnahme von 2015, dass eine generelle Anhebung der Personalzahlen im Krankenhaus auf den europäischen Durchschnitt von 1:7 in der Tagesschicht für die Normalstation sinnvoll ist. Eine ver.di Forderung an der Charité war eine Besetzung von 1:5 in der stationären Pflege.

Die Mindestbesetzung muss auch bei Personalausfall sichergestellt sein. Sollte es keinen Ersatz geben, muss die Klinik dafür sorgen können, dass das Personalleistungsverhältnis wiederhergestellt wird, in dem es Leistungen für den Zeitraum des Ausfalls einschränkt. Diese Form der Leistungseinschränkung darf keinen Nachteil für die Klinik in der Finanzierung bedeuten.

Bessere Arbeitsbedingungen können ein Grund sein, dass die Attraktivität des Pflegeberufes wieder steigt. Diesbezüglich sollte in berufsspezifische Verbesserung der Ausbildung, Entlohnung und dem Arbeitsumfeld investiert werden. Ausbildungsplätze müssen erhöht werden, um dem Personalmangel entgegenzuwirken zu können.

Selbstverständlich muss jeder Beschäftigte in patientennahen Bereichen befähigt werden und befähigt sein, hygienische Maßnahmen einzuhalten und umzusetzen. Dazu müssen sie eine Haltung entwickeln, sensibilisiert werden und sich weiterentwickeln. Qualifikationen und wiederkehrende Fortbildungen sind dafür maßgeblich.

ⁱ https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2011.lectures/Berlin_2011.11.11.rb_Pflegerat-RN4Cast.pdf (online 20.02.2017)

ⁱⁱ <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/mehr-personal/++co++abc7d1a2-c16e-11e6-9424-525400ed87ba> (online 20.02.2017)

ⁱⁱⁱ <http://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/mehr-personal> (online 20.02.2017)

^{iv} Pflegethermometer (2012): http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2012.pdf (online 20.02.2017)

^v <https://www.parlament-berlin.de/ados/17/GesSoz/vorgang/gs17-0160-v-StN%20Gesamtpersonalrat%20Charit%C3%A9.pdf> (online 20.02.2017)

^{vi} http://www.statistikportal.de/Statistik-Portal/demografischer_wandel_heft2.pdf (online, 20.02.2017)

^{vii} DGB Report 2015 - Der Supplementband mit Branchenauswertungen <http://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/jahresreports/++co++8ede63c8-9990-11e5-9dfa-52540023ef1a> (online 20.02.2017)

^{viii} Aiken LH, et al.: Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European Countries: A retrospective observational study. Lancet 2014, 383: 1824–30

^{ix} Cimotti et al: Nurse staffing, burnout and health-care-associated infection. Am J Infect Contr 2012

^x Bundesgesundheitsbl (2016): Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens. 59: 1189–1220; DOI 10.1007/s00103-016-2416-6; © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

^{xi} http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/029_AWMF-AK_Krankenhaus-und_Praxishygiene/HTML-Dateien/029-027I_S1_Haendedesinfektion_und_Haendehygiene_2015-08.htm#kap9 (online 20.02.2017)

^{xii} Adam Seth Litwin, Ariel C. Avgar, Edmund R. Becker: Superbugs versus Outsourced Cleaners: Employment Arrangements and the Spread of Health Care-Associated Infections, Industrial and Labor Relations Review 2016

xiii

http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLang_version.pdf (online 20.02.2017)

xiv http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf (online 20.02.2017)

xv http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf Seite 7